PZU TWOJE ŻYCIE I ZDROWIE

PROGRAM UBEZPIECZENIOWY

PROGRAM UBEZPIECZENIOWY
PZU TWOJE ŻYCIE I ZDROWIE

podpisany w Warszawie w dniu 20.02.2023 r.

Strony umowy:

POWSZECHNY ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE SA
z siedzibą w Warszawie przy Rondzie Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, wpisany do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla miasta stołecznego Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000030211, NIP 527-020-60-56, o kapitale zakładowym w wysokości 295 000 000,00 zł wpłaconym w całości,

reprezentowany przez:

Macieja Wolińskiego – Dyrektora Biura Sprzedaży Multiagencyjnej i Brokerskiej

zwany dalej **PZU Życie SA**

oraz

STOWARZYSZENIE BEZPIECZNI Z IEXPERT
z siedzibą w Warszawie, Aleje Jerozolimskie 99 lok. 32, 02-001 Warszawa, wpisane do Rejestru Stowarzyszeń, Innych organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej pod numerem KRS: 0000996394, Regon: 523363002, NIP: 701-110-95-95

reprezentowane przez:

Huberta Sobczyńskiego – Prezesa Stowarzyszenia Bezpieczni z iExpert

Małgorzatę Annę Tomala – Członka Zarządu Stowarzyszenia Bezpieczni z iExpert

zwane dalej **UBEZPIECZAJĄCYM**,

zwanych także indywidualnie **Stroną** lub łącznie **Stronami**,
o następującej treści:

§ 1

1. W wyniku przeprowadzonych negocjacji Strony postanawiają w ramach niniejszej umowy uregulować zasady wprowadzenia i funkcjonowania Programu Ubezpieczeniowego PZU Twoje Życie i Zdrowie (zwanego dalej: „Programem Ubezpieczeniowym" lub „umową").
2. Strony postanawiają, że w ramach Programu Ubezpieczeniowego zostaną zawarte umowy grupowego ubezpieczenia:
   1) na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia typ P Plus, kod warunków: PTGP34, oraz ogólnych warunków dodatkowych grupowych ubezpieczeń, o których mowa w § 2 pkt 1–19 Programu Ubezpieczeniowego;
   2) na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie i zdrowie Opieka Medyczna S, kod warunków: Z0GP50, UZGP50, o których mowa w § 2 pkt 20 Programu Ubezpieczeniowego,

   z zastrzeżeniem zmian określonych w treści Programu Ubezpieczeniowego.
3. Umowy, o których mowa w ust. 2, zawarte są na okres jednego roku, tj. od 01.03.2023 r. do dnia 25.02.2024 r., z możliwością ich przedłużenia na kolejny okres, zgodnie z warunkami umowy.

§ 2

W ramach Programu Ubezpieczeniowego funkcjonują Warianty różniące się zakresem ubezpieczenia, wysokościami sum ubezpieczenia i świadczeń, oparte na ogólnych warunkach:
1) **grupowego ubezpieczenia typ P Plus, kod warunków: PTGP34,** zatwierdzonych uchwałą nr UZ/282/2016 Zarządu PZU Życie SA z dnia 24 listopada 2016 roku, zwanych dalej „**OWU PT**";
2) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków: NWGP30,** zatwierdzonych uchwałą nr UZ/86/2004 Zarządu PZU Życie SA z dnia 3 marca 2004 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu PZU Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku, uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu PZU Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu PZU Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku;
3) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym, kod warunków: WKGP32,** zatwierdzonych uchwałą nr UZ/340/2007 Zarządu PZU Życie SA z dnia 11 lipca 2007 roku, ze zmianami wprowadzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu PZU Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku, uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu PZU Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu PZU Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku;
4) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy, kod warunków: WPGP32,** zatwierdzonych uchwałą nr UZ/340/2007 Zarządu PZU Życie SA z dnia 11 lipca 2007 roku, ze zmianami wprowadzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu PZU Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku, uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu PZU Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu PZU Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku;

5) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci spowodowanej zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym, kod warunków ZZGP32,** zatwierdzonych uchwałą nr UZ/340/2007 Zarządu PZU Życie SA z dnia 11 lipca 2007 roku, ze zmianami wprowadzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu PZU Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku oraz uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu PZU Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku, zwanych dalej „**OWU ZZ**";
6) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka, kod warunków: SMGP30,** zatwierdzonych uchwałą nr UZ/86/2004 Zarządu PZU Życie SA z dnia 3 marca 2004 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu PZU Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku oraz uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu PZU Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku;
7) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia dziecka, kod warunków: UDGP30,** zatwierdzonych uchwałą nr UZ/86/2004 Zarządu PZU Życie SA z dnia 3 marca 2004 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu PZU Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku oraz uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu PZU Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku;
8) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków: TUGP30,** zatwierdzonych uchwałą nr UZ/86/2004 Zarządu PZU Życie SA z dnia 3 marca 2004 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu PZU Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku, uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu PZU Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu PZU Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku;
9) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym, kod warunków: TZGP33**, zatwierdzonych uchwałą nr UZ/155/2020 Zarządu PZU Życie SA z dnia 13 lipca 2020 roku, zwanych dalej „**OWU TZ**";
10) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, kod warunków: TNGP33,** zatwierdzonych uchwałą nr UZ/340/2007 Zarządu PZU Życie SA z dnia 11 lipca 2007 roku, ze zmianami wprowadzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu PZU Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku, uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu PZU Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu PZU Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku;
11) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, kod warunków: CCGP34,** zatwierdzonych uchwałą nr UZ/155/2020 Zarządu PZU Życie SA z dnia 13 lipca 2020 roku;
12) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka, kod warunków: MCGP33**, zatwierdzonych uchwałą nr UZ/155/2020 Zarządu PZU Życie SA z dnia 13 lipca 2020 roku, zwanych dalej „**OWU MC**";
13) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, kod warunków: LSGP32,** zatwierdzonych uchwałą nr UZ/340/2007 Zarządu PZU Życie SA z dnia 11 lipca 2007 roku, ze zmianami wprowadzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu PZU Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku, uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu PZU Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu PZU Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku;
14) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus, kod warunków: LPGP32,** zatwierdzonych uchwałą nr UZ/155/2020 Zarządu PZU Życie SA z dnia 13 lipca 2020 roku, zwanych dalej „**OWU LP**";
15) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek specjalistycznego leczenia, kod warunków: LCGP33,** zatwierdzonych uchwałą nr UZ/155/2020 Zarządu PZU Życie SA z dnia 13 lipca 2020 roku, zwanych dalej „**OWU LC**";
16) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych, kod warunków: OPGP32,** zatwierdzonych uchwałą nr UZ/166/2015 Zarządu PZU Życie SA z dnia 11 września 2015 roku;
17) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwego wypadku na drodze lub w pracy – usługi medyczne, kod warunków: NPGP30,** zatwierdzonych uchwałą nr UZ/5/2018 Zarządu PZU Życie SA z dnia 5 stycznia 2018 roku;
18) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek złamania kości przez ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków: ZKGP32,** zatwierdzonych uchwałą nr UZ/340/2007 Zarządu PZU Życie SA z dnia 11 lipca 2007 roku, ze zmianami wprowadzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu PZU Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku, uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu PZU Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu PZU Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku;
19) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia Medyczny Ekspert Domowy, kod warunków: KZGP32,** zatwierdzonych uchwałą nr UZ/427/2008 Zarządu PZU Życie SA z dnia 18 listopada 2008 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu PZU Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu PZU Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku;
20) **grupowego ubezpieczenia na życie i zdrowie Opieka Medyczna S, kod warunków: Z0GP50, UZGP50,** zatwierdzonych uchwałą nr UZ/123/2022 Zarządu PZU Życie SA z dnia 1 lipca 2022 roku, zwanych dalej „**OWU OMS**".

§ 3

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenia zaistniałe w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA względem ubezpieczonego lub współubezpieczonego, wymienione w załączniku nr 1 do umowy.
2. Wysokość składki, sumy ubezpieczenia oraz kwota świadczenia w poszczególnych wariantach zależy od wieku ubezpieczonego.
3. Jeżeli ubezpieczony ukończy określony w danym wariancie wiek, odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego określonego w tym wariancie wieku. Jeśli ubezpieczony chce być nadal objęty ochroną w ramach innego wariantu (zgodnie z przedziałem wiekowym), powinien złożyć deklarację przystąpienia do nowego wariantu w terminie i przy zachowaniu ciągłości opłaty składki.
4. Ubezpieczony może zmienić wariant ubezpieczenia w każdą rocznicę polisy w przypadku:
1) zmiany wariantu z opieką medyczną na inny wariant z opieką medyczną;
2) zmiany wariantu z opieką medyczną na wariant bez opieki medycznej,
składając przed tym dniem deklarację przystąpienia.
5. Ubezpieczony może zmienić wariant ubezpieczenia w dowolnym momencie trwania umowy w przypadku:
1) zmiany wariantu bez opieki medycznej na inny wariant bez opieki medycznej;
2) zmiany wariantu bez opieki medycznej na wariant z opieką medyczną,
z zastrzeżeniem, że odpowiedzialność PZU Życie SA w nowym wariancie ubezpieczenia rozpocznie się w odniesieniu do ubezpieczonego od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym otrzymaliśmy deklarację przystąpienia.

§ 4

1. W miejsce zapisów OWU PT stosuje się następujące zapisy:
1) § 2 ust. 1 pkt 3 OWU PT otrzymuje brzmienie: „3) **małżonek** – osobę pozostającą z ubezpieczonym w związku małżeńskim. W odniesieniu do ubezpieczonego za małżonka uważa się również partnera życiowego, czyli wskazaną w deklaracji przystąpienia ubezpieczonego osobę nie będącą w formalnym związku małżeńskim, pozostającą z ubezpieczonym – również nie będącym w formalnym związku małżeńskim – we wspólnym pożyciu. Partner życiowy nie może być spokrewniony z ubezpieczonym. Ubezpieczony może wskazać partnera życiowego przystępując do ubezpieczenia albo w innym terminie, ze skutkiem od rocznicy przystąpienia do ubezpieczenia (rozumianej jako każda rocznica dnia, w którym ubezpieczony przystąpił do ubezpieczenia).

Ubezpieczony może zmienić wskazanego partnera życiowego w każdym terminie – ze skutkiem od rocznicy przystąpienia do ubezpieczenia;";

2) § 2 ust. 1 pkt 13 OWU PT otrzymuje brzmienie: „13) **ubezpieczony** – osobę fizyczną, pozostającą w stosunku prawnym z ubezpieczającym, która przystąpiła do ubezpieczenia;";
3) § 8 ust. 1 OWU PT otrzymuje brzmienie: „1. Do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która składa podpisaną deklarację przystąpienia oraz która w dniu podpisania deklaracji przystąpienia:
   1) spełnia definicję ubezpieczonego;
   2) ukończyła 18 rok życia i nie ukończyła 65 roku życia, z uwzględnieniem przedziałów wiekowych o których mowa w § 3 Programu Ubezpieczeniowego;
   3) nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych, na świadczeniu rehabilitacyjnym lub nie jest uznana za niezdolną do pracy lub niezdolną do służby orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym,

   z zastrzeżeniem ust. 2.";
4) § 8 ust. 2 OWU PT otrzymuje brzmienie: „2. W dniu podpisania deklaracji przystąpienia osoba przystępująca do ubezpieczenia składa dodatkowo oświadczenie dotyczące zdrowia.";
5) § 22 ust. 2 OWU PT otrzymuje brzmienie: „2. Składka przekazywana jest do końca miesiąca, za który jest należna.";
6) § 25 ust. 1 pkt 3 OWU PT otrzymuje brzmienie: „3) upływu 1 miesiąca, licząc od końca okresu, za który została przekazana ostatnia składka – jeśli ubezpieczający nie przekaże zaległości w terminie określonym w § 23 ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 2;";
7) § 25 ust. 1 pkt 4 OWU PT otrzymuje brzmienie: „4) rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym ubezpieczony kończy 66 rok życia, z uwzględnieniem przedziałów wiekowych, o których mowa w § 3 Programu Ubezpieczeniowego;";
8) § 25 ust. 1 pkt 5 OWU PT otrzymuje brzmienie: „5) upływu okresu, za jaki przekazano składkę, jeżeli w tym okresie ustał stosunek prawny łączący ubezpieczonego z ubezpieczającym;";
9) § 25 ust. 1 pkt 7 OWU PT otrzymuje brzmienie: „7) rozpoczęcia odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego z tytułu innej umowy grupowego ubezpieczenia typ P Plus zawartej w ramach Programu Ubezpieczeniowego;";
10) § 27 OWU PT otrzymuje brzmienie:

    „**1.** PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego w okresie karencji, tj. w okresie 6 miesięcy od początku odpowiedzialności PZU Życie SA, z zastrzeżeniem ust. 2 i ust. 3.

    2. W stosunku do osoby, która bezpośrednio przed początkiem odpowiedzialności PZU Życie SA z tytułu umowy była objęta odpowiedzialnością PZU Życie SA – lub innego zakładu ubezpieczeń – z tytułu innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie w analogicznym zakresie (dalej: „poprzednie ubezpieczenie") okres ubezpieczenia w poprzednim ubezpieczeniu odpowiednio skraca długość okresu karencji w umowie, pod warunkiem zachowania ciągłości w przekazywaniu składek. Przez ciągłość w przekazywaniu składek należy rozumieć brak przerwy pomiędzy okresem, za który przekazano ostatnią składkę za poprzednie ubezpieczenie a okresem, za który przekazano pierwszą składkę z tytułu umowy za daną osobę. W stosunku do osoby, która w poprzednim ubezpieczeniu miała niższą wysokość świadczenia PZU Życie SA, w okresie karencji nie ponosi odpowiedzialności w zakresie różnicy pomiędzy obecną a poprzednią wysokością świadczenia.

    3. Karencji nie stosuje się, jeżeli śmierć była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem.";
11) § 40 OWU PT otrzymuje brzmienie:

    „**1.** Reklamację, skargę lub zażalenie składa się w każdej jednostce PZU Życie SA obsługującej klienta.

    2. Reklamacja, skarga lub zażalenie mogą być złożone:
    1) na piśmie – osobiście albo wysłane przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe, na przykład pisząc na adres: PZU Życie SA ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres tylko do korespondencji);
    2) na piśmie – wysłane na adres do doręczeń elektronicznych PZU Życie SA w rozumieniu ustawy o doręczeniach elektronicznych, począwszy od dnia wpisania tego adresu do bazy adresów elektronicznych;
    3) w formie ustnej – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce, o której mowa w ust. 1
    4) w postaci elektronicznej – wysyłając e-mail na reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.

    3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, skargę lub zażalenie i udziela na nie odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania, z zastrzeżeniem ust. 4.

    4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA przekazuje osobie, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie informację, w której:
    1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
    2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
    3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia.

    5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, skargę lub zażalenie zostanie dostarczona osobie, która je złożyła:
    1) w przypadku, gdy klientem jest osoba fizyczna – na piśmie, z tym że odpowiedź można dostarczyć pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek klienta;
    2) w przypadku, gdy klientem jest inny podmiot niż wskazany w pkt 1 – na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji.

    6. Osobie fizycznej, która złożyła reklamację przysługuje prawo wniesienia do Rzecznika Finansowego wniosku dotyczącego:
    1) nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji;
    2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą tej osoby w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.

    7. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrywane są przez jednostki organizacyjne PZU Życie SA, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.

    8. Reklamacje uregulowane są w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym oraz w ustawie o dystrybucji ubezpieczeń.

    9. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.

    10. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla PZU Życie SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy, którego adres strony internetowej jest następujący: www.rf.gov.pl.

    11. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.

    12. Językiem stosowanym przez PZU Życie SA w relacjach z konsumentem jest język polski.

13. PZU Życie SA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
14. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń są dostępne na stronie www.pzu.pl w części dotyczącej relacji inwestorskich.";

12) w umowie ubezpieczenia nie stosuje się poniższych zapisów OWU PT:
   a) § 2 ust. 1 pkt 7 OWU PT,
   b) § 8 ust. 3 OWU PT,
   c) § 25 ust. 3 OWU PT.

2. Ilekroć w OWU ZZ mowa jest o **krwotoku śródmózgowym**, stosuje się określenie **udar mózgu**, który oznacza nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu spowodowane wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany. Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu:
a) w którym badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub
b) który był leczony trombolitycznie.
Nasza ochrona nie obejmuje udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu lub przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA).

3. Ilekroć w OWU TZ mowa jest o **krwotoku śródmózgowym**, stosuje się określenie **udar mózgu**, który jest nagłym ogniskowym lub uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu spowodowanym wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany. Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu:
a) w którym badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub
b) który był leczony trombolitycznie.
Nasza ochrona nie obejmuje przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA) oraz takiego udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu.

4. Pkt 1 ppkt 2 OWU MC otrzymuje brzmienie: „2) **małżonek** – osoba, która pozostaje z ubezpieczonym w związku małżeńskim i której wiek w dniu wystąpienia u niej ciężkiej choroby nie przekracza 70 lat. W odniesieniu do ubezpieczonego za małżonka uważa się również partnera życiowego, czyli wskazaną w deklaracji przystąpienia ubezpieczonego osobę, której wiek w dniu wystąpienia u niej ciężkiej choroby nie przekracza 70 lat, nie będącą w formalnym związku małżeńskim, pozostającą z ubezpieczonym – również nie będącym w formalnym związku małżeńskim – we wspólnym pożyciu. Partner życiowy nie może być spokrewniony z ubezpieczonym. Ubezpieczony może wskazać partnera życiowego przystępując do ubezpieczenia albo w innym terminie, ze skutkiem od rocznicy przystąpienia do ubezpieczenia (rozumianej jako każda rocznica dnia, w którym ubezpieczony przystąpił do ubezpieczenia). Ubezpieczony może zmienić wskazanego partnera życiowego w każdym terminie – ze skutkiem od rocznicy przystąpienia do ubezpieczenia;".

5. W miejsce zapisów OWU LP stosuje się następujące zapisy:
1) ilekroć w OWU LP mowa jest o pobycie w szpitalu z powodu zawału serca lub krwotoku śródmózgowego, rozumieć przez to należy **pobyt w szpitalu z powodu wystąpienia ciężkiej choroby** – jest to taka choroba, uraz lub operacja chirurgiczna, które są objęte odpowiedzialnością PZU Życie SA na podstawie ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby. Zakres ciężkich chorób dla ubezpieczonego jest taki sam jak wybrany przez ubezpieczonego w dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby;
2) ilekroć w OWU LP mowa jest o pobycie na OAIT, rozumieć przez to należy pobyt na **oddziale intensywnej terapii** – oddziale szpitalnym, który jest wyodrębniony w strukturach szpitala w celu leczenia pacjentów wymagających intensywnej terapii i jest wyposażony w sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie podstawowych funkcji życiowych lub podjęcie czynności zastępczych niewydolnych narządów lub układów oraz zapewnia stały i bezpośredni nadzór lekarza i pielęgniarki. Za oddział intensywnej terapii rozumie się także salę intensywnej terapii, która jest wyodrębniona na oddziale szpitalnym w celu leczenia pacjentów wymagających intensywnej terapii i jest wyposażona w sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie podstawowych funkcji życiowych lub podjęcie czynności zastępczych niewydolnych narządów lub układów oraz zapewnia stały i bezpośredni nadzór lekarza i pielęgniarki;
3) pkt 2 OWU LP otrzymuje brzmienie: „**2.** Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu. W tych OWU mają zastosowanie definicje ciężkich chorób zawarte w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby wraz ze związanymi z nimi wyłączeniami ochrony wskazanymi w pkt 10 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby.";
4) pkt 12 OWU LP otrzymuje brzmienie: „**12.** Wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie – za każdy dzień pobytu w szpitalu, w czasie którego wystąpiła dana ciężka choroba, w pierwszych 14 dniach tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest Twoim pierwszym pobytem związanym z wystąpieniem danej ciężkiej choroby.".

6. Ilekroć w OWU LC mowa jest o:
1) **radioterapii**, rozumieć przez to **należy radioterapię choroby nowotworowej** – jest to metoda leczenia za pomocą promieniowania jonizującego, stosowana w leczeniu nowotworu złośliwego lub nowotworu łagodnego,
2) **radioterapii Gamma Knife lub Cyber Knife**, rozumieć przez to należy **radioterapię Gamma Knife lub Cyber Knife choroby nowotworowej** – jest to metoda leczenia za pomocą radioterapii stereotaktycznej tzw. Gamma Knife lub Cyber Knife, stosowana w leczeniu nowotworu złośliwego lub nowotworu łagodnego.

7. W Programie Ubezpieczeniowym w umowach ubezpieczeń dodatkowych w których obowiązuje karencja, w stosunku do osoby, która bezpośrednio przed początkiem odpowiedzialności PZU Życie SA z tytułu Programu Ubezpieczeniowego była objęta odpowiedzialnością PZU Życie SA – lub innego zakładu ubezpieczeń – z tytułu innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie w analogicznym zakresie mają zastosowanie zasady skrócenia okresu karencji określone w § 4 ust. 1 pkt 10 Programu Ubezpieczeniowego. Zasady skracania okresów karencji nie mają zastosowania w przypadku wszystkich ryzyk dotyczących partnera życiowego znajdujących się w zakresie ubezpieczenia. W przypadku wszystkich ryzyk dotyczących partnera życiowego znajdujących się w zakresie ubezpieczenia PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności w okresie karencji. Długość okresu karencji wskazana jest we właściwych ogólnych warunkach ubezpieczeń dodatkowych. Okres karencji rozpoczyna się od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy lub – jeśli ubezpieczony wskazał partnera życiowego po przystąpieniu do umowy albo zmienił wskazanego partnera życiowego – od rocznicy przystąpienia do ubezpieczenia. PZU Życie SA ponosi jednak odpowiedzialność jeżeli w okresie karencji zdarzenie nastąpiło w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

8. W miejsce zapisów OWU OMS stosuje się następujące zapisy:
1) § 2 ust. 1 pkt 2 OWU OMS otrzymuje brzmienie: „2) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione ubezpieczonego lub jego partnera życiowego, w wieku do 18 lat;";
2) § 2 ust. 1 pkt 26 OWU OMS otrzymuje brzmienie: „26) **współubezpieczony** – objęte ubezpieczeniem dziecko;";

3) § 5 ust. 5 OWU OMS otrzymuje brzmienie: „5. Do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która składa podpisaną deklarację przystąpienia oraz która w dniu podpisania deklaracji przystąpienia:
   1) spełnia warunki określone w § 2 ust. 1 pkt 19;
   2) ukończyła 18 rok życia i nie ukończyła 65 roku życia;
   3) nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych, na świadczeniu rehabilitacyjnym lub nie jest uznana za niezdolną do pracy lub niezdolną do służby orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.";
   4) § 5 ust. 10 OWU OMS otrzymuje brzmienie: „**10**. W celu objęcia ubezpieczeniem, dziecko składa w deklaracji przystąpienia oświadczenie, że spełnia kryteria, o których mowa § 2 ust. 1 pkt 2 oraz określone w ust. 5 pkt 3 niniejszego paragrafu oraz że chce skorzystać z zastrzeżenia na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w umowie.";
   5) § 16 ust. 5 OWU OMS otrzymuje brzmienie: „**5.** Składka płatna jest miesięcznie do 25 dnia miesiąca poprzedzającego okres, za który jest należna.";
   6) § 19 ust. 1 pkt 4 OWU OMS otrzymuje brzmienie: „4) rocznicy polisy przypadającej w roku, w którym ubezpieczony kończy 66 rok życia;";
   7) § 19 ust. 1 pkt 5 OWU OMS otrzymuje brzmienie: „5) upływu okresu, za jaki przekazano składkę, jeżeli w tym okresie ustał stosunek prawny łączący ubezpieczonego z ubezpieczającym;";
   8) § 19 ust. 2 pkt 4 OWU OMS otrzymuje brzmienie: „4) rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 18 rok życia;";
   9) w umowie ubezpieczenia nie stosuje się poniższych zapisów OWU OMS:
      a) § 2 ust. 1 pkt 6, 7, 8, 20 OWU OMS,
      b) § 4 ust. 4, 7, 8, 9, 10, 11 OWU OMS,
      c) § 5 ust. 6 OWU OMS,
      d) § 11 ust. 1 pkt 2, 3 OWU OMS,
      e) § 19 ust. 2 pkt 6 OWU OMS,
      f) § 19 ust. 3 OWU OMS.

§ 5

Wszelkie zmiany niniejszego Programu Ubezpieczeniowego wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 6

Program Ubezpieczeniowy wchodzi w życie z dniem 1.03.2023 roku.

§ 7

Program Ubezpieczeniowy sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

UBEZPIECZAJĄCY

PZU Życie SA

ZAŁĄCZNIK NR 1

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ W POSZCZEGÓLNYCH WARIANTACH

Zakres ubezpieczenia i wysokości świadczeń w poszczególnych WARIANTACH DLA PRZEDZIAŁÓW WIEKOWYCH:
- 18–30
- 31–45
- 46–55

Nazwa OWU	KOD OWU	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT I	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT II	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT III	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY I	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY II	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY III
Wsparcie W Razie Choroby							
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby	CCGP34	12 000	15 000	20 000	12 000	13 500	15 000
		(17 chorób)	17 chorób)	(36 chorób)	(17 chorób)	(17 chorób)	(36 chorób)
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie Medyczny Ekspert Domowy (wariant podstawowy)	KZGP32			TAK			TAK
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek specjalistycznego leczenia	LCGP33			20 000		5 000	10 000
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym – 1%	TZGP33			800		800	800
Wsparcie W Razie Wypadku							
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – 1%	TUGP30	400	600	600	400	500	600
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek złamania kości przez ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem	ZKGP32	iloczyn sumy ubezpieczenia (5 000) i świadczenia w procencie sumy ubezpieczenia w zależności od rodzaju złamania	iloczyn sumy ubezpieczenia (7 500) i świadczenia w procencie sumy ubezpieczenia w zależności od rodzaju złamania	iloczyn sumy ubezpieczenia (10 000) i świadczenia w procencie sumy ubezpieczenia w zależności od rodzaju złamania			
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie następstw nieszczęśliwego wypadku na drodze lub w pracy – usługi medyczne	NPGP30			TAK			
Wsparcie W Razie Operacji Chirurgicznej i Leczenia Szpitalnego							
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznych	OPGP32		I klasa – 3 000 II klasa – 1 500 III klasa – 900 IV klasa – 300 V klasa – 150	I klasa – 6 000 II klasa – 3 000 III klasa – 1 800 IV klasa – 600 V klasa – 300	I klasa – 3 000 II klasa – 1 500 III klasa – 900 IV klasa – 300 V klasa – 150	I klasa – 4 500 II klasa – 2 250 III klasa – 1 350 IV klasa – 450 V klasa – 225	I klasa – 6 000 II klasa – 3 000 III klasa – 1 800 IV klasa – 600 V klasa – 300
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego	LSGP32	suma ubezpieczenia = 10 000	suma ubezpieczenia = 15 000	suma ubezpieczenia = 20 000	suma ubezpieczenia = 10 000	suma ubezpieczenia = 15 000	suma ubezpieczenia = 20 000
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego Plus – suma ubezpieczenia analogiczna jak w ubezpieczeniu LSGP32							
Wskutek wystąpienia ciężkiej choroby	LPGP32	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
Wskutek nieszczęśliwego wypadku		0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
Wskutek wypadku komunikacyjnego		0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
Wskutek wypadku przy pracy		0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
Na oddziale intensywnej terapii		5%	5%	5%	5%	5%	5%
Za dzień rekonwalescencji		0,25%	0,25%	0,25%	0,25%	0,25%	0,25%
Poza terytorium Polski		TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK

Nazwa OWU	KOD OWU	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT I	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT II	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT III	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY I	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY II	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY III
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji	TNGP33	50 000	100 000	150 000	50 000	100 000	150 000
Wsparcie Dla Bliskich							
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem	NWGP30	80 000	140 000	160 000	160 000	170 000	180 000
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy	WPGP32	80 000	140 000	140 000	160 000	180 000	180 000
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym	WKGP32	80 000	80 000	80 000	100 000	100 000	100 000
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci spowodowanej zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym	ZZGP32			70 000	40 000	55 000	70 000
Grupowe ubezpieczenie typ P Plus	PTGP34	30 000	60 000	80 000	50 000	65 000	80 000
Świadczenia Rodzinne							
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby małżonka	MCGP33				6 000	7 000	8 000
					(17 chorób)	(17 chorób)	(36 chorób)
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci małżonka	SMGP30				15 000	17 500	20 000
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek urodzenia dziecka	UDGP30					500	1 200
Opieka Medyczna							
Grupowe ubezpieczenie na życie i zdrowie Opieka Medyczna S	Z0GP50, UZGP50	STANDARD	STANDARD	STANDARD	STANDARD	STANDARD	STANDARD
			KOMFORT	KOMFORT		KOMFORT	KOMFORT

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ W POSZCZEGÓLNYCH WARIANTACH DLA PRZEDZIAŁU WIEKOWEGO:

- 56–65

Nazwa OWU	KOD OWU	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT I	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT II	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT III	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY I	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY II	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY III
Wsparcie W Razie Choroby							
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby	CCGP34	3 600 (17 chorób)	4 500 17 chorób)	6 000 (36 chorób)	3 600 (17 chorób)	4 200 (17 chorób)	4 500 (36 chorób)
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie Medyczny Ekspert Domowy (wariant podstawowy)	KZGP32			TAK			TAK
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek specjalistycznego leczenia	LCGP33			10 000		2 500	5 000
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym – 1%	TZGP33			800		800	800
Wsparcie W Razie Wypadku							
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – 1%	TUGP30	400	600	600	400	500	600
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek złamania kości przez ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem	ZKGP32	iloczyn sumy ubezpieczenia (5 000) i świadczenia w procencie sumy ubezpieczenia w zależności od rodzaju złamania	iloczyn sumy ubezpieczenia (7 500) i świadczenia w procencie sumy ubezpieczenia w zależności od rodzaju złamania	iloczyn sumy ubezpieczenia (10 000) i świadczenia w procencie sumy ubezpieczenia w zależności od rodzaju złamania			
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie następstw nieszczęśliwego wypadku na drodze lub w pracy – usługi medyczne	NPGP30			TAK			
Wsparcie W Razie Operacji Chirurgicznej i Leczenia Szpitalnego							
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznych	OPGP32		I klasa – 1 500 II klasa – 750 III klasa – 450 IV klasa – 150 V klasa – 75	I klasa – 3 000 II klasa – 1 500 III klasa – 900 IV klasa – 300 V klasa – 150	I klasa – 1 500 II klasa – 750 III klasa – 450 IV klasa – 150 V klasa – 75	I klasa – 2 200 II klasa – 1 100 III klasa – 660 IV klasa – 220 V klasa – 110	I klasa – 3 000 II klasa – 1 500 III klasa – 900 IV klasa – 300 V klasa – 150
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego	LSGP32	suma ubezpieczenia = 2 500	suma ubezpieczenia = 4 000	suma ubezpieczenia = 5 000	suma ubezpieczenia = 2 500	suma ubezpieczenia = 4 000	suma ubezpieczenia = 5 000
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego Plus – suma ubezpieczenia analogiczna jak w ubezpieczeniu LSGP32							
Wskutek wystąpienia ciężkiej choroby	LPGP32	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
Wskutek nieszczęśliwego wypadku		0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
Wskutek wypadku komunikacyjnego		0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
Wskutek wypadku przy pracy		0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
Na oddziale intensywnej terapii		5%	5%	5%	5%	5%	5%
Za dzień rekonwalescencji		0,25%	0,25%	0,25%	0,25%	0,25%	0,25%
Poza terytorium Polski		TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK

Nazwa OWU	KOD OWU	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT I	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT II	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT III	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY I	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY II	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY III
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji	TNGP33	12 500	25 000	37 500	12 500	25 000	37 500
Wsparcie Dla Bliskich							
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem	NWGP30	80 000	140 000	160 000	160 000	170 000	180 000
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy	WPGP32	80 000	140 000	140 000	160 000	180 000	180 000
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym	WKGP32	80 000	80 000	80 000	100 000	100 000	100 000
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci spowodowanej zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym	ZZGP32			70 000	40 000	55 000	70 000
Grupowe ubezpieczenie typ P Plus	PTGP34	20 000	35 000	45 000	30 000	35 000	45 000
Świadczenia Rodzinne							
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby małżonka	MCGP33				1 800	2 100	2 400
					(17 chorób)	(17 chorób)	(36 chorób)
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci małżonka	SMGP30				7 500	8 750	10 000
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek urodzenia dziecka	UDGP30					500	1 200
Opieka Medyczna							
Grupowe ubezpieczenie na życie i zdrowie Opieka Medyczna S	Z0GP50, UZGP50	STANDARD	STANDARD	STANDARD	STANDARD	STANDARD	STANDARD
			KOMFORT	KOMFORT		KOMFORT	KOMFORT

Powyższe wartości świadczeń nie są skumulowaną wartością świadczenia wypłacaną w przypadku zajścia danego zdarzenia. Możesz indywidualne kontynuować ubezpieczenie na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, kod warunków PTKP51 albo ich kolejnej wersji, jeżeli spełnione zostaną warunki w nich określone.

W ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym:
- za każde 1 000 zł sumy ubezpieczenia składka wyniesie 7 zł;
- za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem świadczenie wyniesie 1% sumy ubezpieczenia.

Wysokości składek:

WARIANT						
Przedział wiekowy	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT I	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT II	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT III	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY I	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY II	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY III
18–30	55 zł	75 zł	110 zł	60 zł	90 zł	145 zł
31–45	60 zł	85 zł	135 zł	75 zł	105 zł	150 zł
46–55	90 zł	140 zł	210 zł	135 zł	180 zł	210 zł
56–65	110 zł	155 zł	220 zł	150 zł	205 zł	230 zł

WARIANT z OPIEKĄ MEDYCZNĄ ZAKRES STANDARD						
Przedział wiekowy	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT I	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT II	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT III	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY I	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY II	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY III
18–30	127 zł	141 zł	170 zł	132 zł	156 zł	205 zł
31–45	132 zł	151 zł	195 zł	147 zł	171 zł	210 zł
46–55	162 zł	206 zł	270 zł	207 zł	246 zł	270 zł
56–65	182 zł	221 zł	280 zł	222 zł	271 zł	290 zł

WARIANT z OPIEKĄ MEDYCZNĄ ZAKRES KOMFORT						
Przedział wiekowy	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT I	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT II	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT III	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY I	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY II	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY III
18–30	–	206 zł	229 zł	–	221 zł	264 zł
31–45	–	216 zł	254 zł	–	236 zł	269 zł
46–55	–	271 zł	329 zł	–	311 zł	329 zł
56–65	–	286 zł	339 zł	–	336 zł	349 zł

WARIANT Z OPIEKĄ MEDYCZNĄ zakres STANDARD DLA UBEZPIECZONEGO oraz DLA NIEPEŁNOLETNICH DZIECI (bez względu na wskazaną liczbę dzieci)						
Przedział wiekowy	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT I	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT II	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT III	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY I	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY II	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY III
18–30	235 zł	240 zł	260 zł	240 zł	255 zł	295 zł
31–45	240 zł	250 zł	285 zł	255 zł	270 zł	300 zł
46–55	270 zł	305 zł	360 zł	315 zł	345 zł	360 zł
56–65	290 zł	320 zł	370 zł	330 zł	370 zł	380 zł

WARIANT Z OPIEKĄ MEDYCZNĄ zakres KOMFORT DLA UBEZPIECZONEGO oraz DLA NIEPEŁNOLETNICH DZIECI (bez względu na wskazaną liczbę dzieci)						
Przedział wiekowy	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT I	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT II	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT III	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY I	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY II	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY III
18–30	–	403 zł	408 zł	–	418 zł	443 zł
31–45	–	413 zł	433 zł	–	433 zł	448 zł
46–55	–	468 zł	508 zł	–	508 zł	508 zł
56–65	–	483 zł	518 zł	–	533 zł	528 zł

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA TYP P PLUS

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

GRUPOWE UBEZPIECZENIE TYP P PLUS

Wersja z dnia 1.10.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Grupowego ubezpieczenia typ P Plus, kod warunków: PTGP34 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest materiałem informacyjnym,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna być wyłączną podstawą do tego, aby podjąć decyzję o zawarciu umowy.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie naszej odpowiedzialności.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku śmierci ubezpieczonego wypłacamy aktualną w dniu śmierci sumę ubezpieczenia uposażonemu. W przypadku, gdy ubezpieczony wskazał kilku uposażonych, a niektórzy spośród nich zmarli przed śmiercią ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, wówczas przypadająca im część świadczenia zostanie rozdzielona proporcjonalnie pomiędzy pozostałych uposażonych.
W przypadku, gdy ubezpieczony nie wskazał uposażonego albo gdy wszyscy uposażeni zmarli przed śmiercią ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, wówczas świadczenie przysługuje niżej wymienionym członkom rodziny ubezpieczonego według kolejności pierwszeństwa:
- małżonek w całości,
- dzieci w częściach równych,
- rodzice w częściach równych,
- inni ustawowi spadkobiercy ubezpieczonego w częściach równych.

Jest to umowa ubezpieczenia podstawowego. Istnieje możliwość rozszerzenia ochrony o dodatkowe ryzyka wypadkowe i chorobowe.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.
Do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która składa ubezpieczającemu podpisaną deklarację przystąpienia oraz która w dniu podpisania deklaracji przystąpienia:
- pozostaje w stosunku prawnym z ubezpieczającym, jest małżonkiem albo pełnoletnim dzieckiem ubezpieczonego podstawowego,
- ukończyła 16. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia, a w przypadku pełnoletniego dziecka – ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia,
- nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych, na świadczeniu rehabilitacyjnym lub nie jest uznana za niezdolną do pracy lub niezdolną do służby orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.

Ubezpieczony bliski (małżonek albo pełnoletnie dziecko ubezpieczonego podstawowego), który bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia:
- nie był objęty innym ubezpieczeniem grupowym na życie w PZU Życie SA,
- był objęty innymi ubezpieczeniami grupowymi na życie w PZU Życie SA krócej, niż 12 miesięcy,

w dniu podpisania deklaracji przystąpienia składa oświadczenie dotyczące zdrowia.
Możemy wyrazić zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia osoby, która ukończyła 69 rok życia. Ubezpieczony może być objęty ubezpieczeniem wyłącznie w ramach jednej umowy grupowego ubezpieczenia typ P Plus.

Jak długo trwa umowa?

Umowa zawierana jest pomiędzy nami a ubezpieczającym na czas określony potwierdzony polisą.
Umowa zostaje przedłużona na kolejny okres 1 roku na tych samych warunkach, o ile żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy opłacasz składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone polisą.
Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego w pełnej wymaganej kwocie.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) w stosunku do ubezpieczonych rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące wymogi:
- przed rozpoczęciem tego miesiąca kalendarzowego wpłynęły do nas podpisane przez ubezpieczonych deklaracje przystąpienia wraz z wykazem tych osób,
- pierwsza składka została przekazana nie później niż w przypadającym w tym miesiącu kalendarzowym terminie przekazania składki.

Nie ponosimy odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego w okresie karencji, tj. w okresie 6 miesięcy od początku naszej odpowiedzialności. Karencja ma zastosowanie, jeżeli:

- początek odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego przypada później niż w czwartym miesiącu, licząc od dnia:
  - zawarcia umowy, o ile on lub ubezpieczony podstawowy pozostawał w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia umowy,
  - powstania stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego lub ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym, o ile stosunek ten powstał po dniu zawarcia umowy,
  - zawarcia związku małżeńskiego lub ukończenia 18 roku życia po dniu zawarcia umowy
- śmierć nie była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego zakończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:
- otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy,
- śmierci ubezpieczonego,
- upływu 1 miesiąca, licząc od końca okresu, za który została przekazana ostatnia składka – w przypadku nieprzekazania składki i braku wznowienia odpowiedzialności,
- rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym ubezpieczony kończy 70 rok życia albo 76 rok życia, jeżeli odpowiedzialnością objęta była osoba, która w dniu złożenia deklaracji przystąpienia ukończyła 69 rok życia,
- upływu okresu, za jaki przekazano składkę, jeżeli w tym okresie ustał stosunek prawny łączący ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym,
- upływu okresu, za jaki przekazano składkę – w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia,
- rozpoczęcia naszej odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego z tytułu innej umowy grupowego ubezpieczenia typ P Plus zawartej pomiędzy danym ubezpieczającym a nami,
- upływu czasu trwania umowy w przypadku jej nieprzedłużenia,
- upływu okresu wypowiedzenia umowy.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:
- podpisania deklaracji przystąpienia na zwolnieniu lekarskim,
- podania nieprawdziwych informacji w oświadczeniu składanym przed objęciem naszą odpowiedzialnością,
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą, która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługuje prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.
2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:
   1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
   2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.
3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:
   1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
   2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
   3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.
6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osoba fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

Informacja wskazująca, które z postanowień
ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia typ P Plus,
kod warunków PTGP34 (OWU), dotyczą podstawowych warunków
umowy ubezpieczenia.
Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1
ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 6 OWU § 19 OWU § 28 – 30 OWU § 32 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 8 OWU § 24 – 25 OWU § 26 – 27 OWU § 31 OWU

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA TYP P PLUS

Kod warunków: PTGP34

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów grupowego ubezpieczenia typ P Plus zwanego ubezpieczeniem podstawowym.

§ 2

1. Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:
1) **akty terroru** – działania indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko ludności lub mieniu, w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności, dezorganizacji życia publicznego, transportu publicznego, zakładów usługowych lub wytwórczych – dla osiągnięcia skutków ekonomicznych, politycznych lub społecznych;
2) **działania wojenne** – działania sił zbrojnych mające na celu rozbicie sił zbrojnych przeciwnika na lądzie, w powietrzu lub na morzu;
3) **małżonek** – osobę pozostającą z ubezpieczonym w związku małżeńskim;
4) **masowe rozruchy społeczne** – zorganizowane lub niezorganizowane wystąpienie grupy społecznej, zwykle połączone z aktami przemocy fizycznej, wywołane poczuciem niezadowolenia z istniejącej sytuacji politycznej, ekonomicznej lub społecznej, skierowane przeciw strukturom sprawującym władzę na mocy obowiązującego prawa;
5) **nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli i stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością PZU Życie SA;
6) **okres odpowiedzialności PZU Życie SA** – czas trwania odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego wyznaczony przez daty początku i końca odpowiedzialności;
7) **pełnoletnie dziecko** – dziecko własne, przysposobione albo pasierb (jeżeli nie żyje ojciec lub matka) ubezpieczonego podstawowego, które ukończyło 18 rok życia;
8) **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy pomiędzy ubezpieczającym a PZU Życie SA oraz warunki tej umowy;
9) **PZU Życie SA** – Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
10) **rocznica polisy** – każdą kolejną rocznicę potwierdzonego polisą dnia zawarcia umowy;
11) **stosunek prawny** – stosunek zatrudnienia, członkostwa, bądź inny zaakceptowany przez PZU Życie SA;
12) **ubezpieczający** – podmiot, który zawarł umowę z PZU Życie SA;
13) **ubezpieczony** – osobę fizyczną, która przystąpiła do ubezpieczenia i:
    a) pozostaje w stosunku prawnym z ubezpieczającym (dalej: **ubezpieczony podstawowy**),
    b) jest małżonkiem albo pełnoletnim dzieckiem ubezpieczonego podstawowego (dalej: **ubezpieczony bliski**);
14) **umowa** – umowę ubezpieczenia zawieraną na wniosek ubezpieczającego na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia i potwierdzoną polisą;
15) **uposażony** – podmiot wskazany przez ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego.

2. W zasadach ustalania świadczeń należnych z tytułu umowy nie ma zastosowania stopa techniczna.

3. Integralną częścią niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia jest informacja wskazująca, które z postanowień dotyczą podstawowych warunków umowy.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

§ 5

1. Na wniosek ubezpieczającego, za zgodą PZU Życie SA, może być zawarta więcej niż jedna umowa grupowego ubezpieczenia typ P Plus, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Ubezpieczony może być objęty ubezpieczeniem wyłącznie w ramach jednej umowy grupowego ubezpieczenia typ P Plus.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 6

PZU Życie SA wypłaca świadczenie w przypadku śmierci ubezpieczonego w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 7

1. Podmiot, który zamierza zawrzeć umowę, składa do PZU Życie SA wniosek o zawarcie umowy oraz podpisane przez osoby zamierzające przystąpić do ubezpieczenia deklaracje przystąpienia wraz z wykazem tych osób.

2. Przed zawarciem umowy PZU Życie SA przekazuje podmiotowi, o którym mowa w ust. 1, ogólne warunki ubezpieczenia oraz odpowiednie formularze.

3. PZU Życie SA może odmówić zawarcia umowy.

4. PZU Życie SA potwierdza zawarcie umowy polisą.

§ 8

1. Do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która składa ubezpieczającemu podpisaną deklarację przystąpienia oraz która w dniu podpisania deklaracji przystąpienia:
1) spełnia definicję ubezpieczonego;

2) ukończyła 16. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia, a w przypadku pełnoletniego dziecka – ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia;
3) nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych, na świadczeniu rehabilitacyjnym lub nie jest uznana za niezdolną do pracy lub niezdolną do służby orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym,

z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Ubezpieczony bliski, który bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia:
1) nie był objęty innym ubezpieczeniem grupowym na życie w PZU Życie SA;
2) był objęty innymi ubezpieczeniami grupowymi na życie w PZU Życie SA krócej, niż 12 miesięcy,

w dniu podpisania deklaracji przystąpienia składa oświadczenie dotyczące zdrowia. PZU Życie SA ma prawo odstąpić od konieczności składania oświadczenia dotyczącego zdrowia.

3. PZU Życie SA może wyrazić zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia osoby, która ukończyła 69. rok życia.

4. PZU Życie SA ma prawo odmówić zgody na przystąpienie do ubezpieczenia. O odmowie zgody na przystąpienie do ubezpieczenia PZU Życie SA poinformuje ubezpieczonego za pośrednictwem ubezpieczającego na piśmie.

5. W przypadku stwierdzenia, że do PZU Życie SA wpłynęła składka za osobę, która nie mogła przystąpić do ubezpieczenia, w związku z tym, że nie spełnia warunków określonych w ust. 1 pkt 1 lub pkt 2, podlega ona zwrotowi ubezpieczającemu jako nienależna.

6. W przypadku ujawnienia, że przed objęciem odpowiedzialnością PZU Życie SA osoba przystępująca do ubezpieczenia podała w oświadczeniu, o którym mowa w ust. 1 pkt 3 albo ust. 2, nieprawdziwe informacje, PZU Życie SA może w okresie pierwszych 3 lat od początku odpowiedzialności w stosunku do tego ubezpieczonego odmówić wypłaty świadczenia. Jeżeli do podania nieprawdziwych informacji doszło na skutek winy umyślnej ubezpieczonego, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie przewidziane umową i jego następstwa są skutkiem tych nieprawdziwych okoliczności.

§ 9

Ubezpieczony ma prawo zrezygnować z ubezpieczenia w każdej chwili, bez podawania przyczyny, składając ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji, która skutkuje końcem odpowiedzialności określonym w § 25 ust. 1 pkt 6.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 10

1. Umowa zawierana jest pomiędzy PZU Życie SA a ubezpieczającym na czas określony potwierdzony polisą.

2. Umowa zostaje przedłużona na kolejny okres 1 roku na tych samych warunkach, o ile żadna ze stron nie postanowi inaczej, z tym że oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia umowy na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa została zawarta.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 11

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy, składając do PZU Życie SA pisemne oświadczenie o odstąpieniu od umowy. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego po przekazaniu składki PZU Życie SA zwraca mu składkę pomniejszoną o jej część odpowiadającą okresowi odpowiedzialności PZU Życie SA.

WYPOWIEDZENIE I ROZWIĄZANIE UMOWY

§ 12

Umowa może być wypowiedziana przez ubezpieczającego w każdym czasie, bez podawania przyczyny, na piśmie, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia. Okres wypowiedzenia rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego bezpośrednio po miesiącu, w którym PZU Życie SA otrzymał oświadczenie o wypowiedzeniu.

§ 13

Umowę uważa się za wypowiedzianą przez ubezpieczającego w przypadku zaległości w przekazywaniu składek za wszystkich ubezpieczonych – umowa rozwiązuje się z upływem trzeciego miesiąca zaległości, z tym że nie później niż z końcem okresu na jaki umowa została zawarta, z zastrzeżeniem § 23.

§ 14

Obowiązek przekazywania składek istnieje przez cały czas trwania odpowiedzialności PZU Życie SA.

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON

§ 15

1. Ubezpieczający ma prawo przenieść, w całości lub w części, prawa i obowiązki z umowy na inny podmiot. W przypadku przeniesienia praw i obowiązków na inny podmiot z chwilą przeniesienia podmiot ten staje się ubezpieczającym. Umowa przeniesienia praw i obowiązków powinna być pod rygorem nieważności zaakceptowana pisemnie przez PZU Życie SA.

2. Ubezpieczający jest obowiązany:
1) doręczyć warunki ubezpieczenia osobom zamierzającym przystąpić do ubezpieczenia przed odebraniem od nich deklaracji przystąpienia;
2) przekazywać PZU Życie SA deklaracje przystąpienia podpisane przez ubezpieczonych;
3) przekazywać ubezpieczonym, w formie przewidzianej przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, informacje dotyczące zmiany warunków umowy lub zmiany prawa właściwego dla umowy, przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu umowy;
4) zgłaszać PZU Życie SA zmiany danych osobowych i teleadresowych własnych oraz ubezpieczonych i uposażonych, chyba że zmiany danych ubezpieczonych lub uposażonych zostały zgłoszone PZU Życie SA przez ubezpieczonego;
5) terminowo przekazywać do PZU Życie SA składki;
6) przekazywać PZU Życie SA, jednocześnie z przekazaniem składki, rozliczenie składek wraz z odpowiednimi wykazami ubezpieczonych;
7) przekazywać inne dokumenty niezbędne do prawidłowej realizacji umowy – na życzenie PZU Życie SA;
8) wyznaczyć osobę odpowiedzialną za wykonywanie umowy przez ubezpieczającego oraz poinformować ubezpieczonych i PZU Życie SA o wyznaczeniu oraz każdej zmianie takiej osoby.

§ 16

1. Ubezpieczony ma prawo żądać, by PZU Życie SA wypełniał prawidłowo i terminowo obowiązki wynikające z § 17 ust. 2

oraz z obowiązujących przepisów prawa, w szczególności kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

2. Ubezpieczony jest obowiązany zgłaszać ubezpieczającemu lub PZU Życie SA zmiany danych osobowych i teleadresowych swoich oraz uposażonych.

§ 17

1. PZU Życie SA ma prawo do kontrolowania wykonywania przez ubezpieczającego obowiązków wynikających z umowy oraz udzielania wytycznych w tym zakresie.
2. PZU Życie SA jest obowiązany:
   1) prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania przewidziane umową;
   2) przekazywać ubezpieczającemu, w formie przewidzianej przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, informacje dotyczące zmiany warunków umowy lub zmiany prawa właściwego dla umowy, przed wyrażeniem przez strony zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu umowy;
   3) przekazywać na żądanie ubezpieczonego informacje, o których mowa w pkt 2;
   4) informować ubezpieczającego lub ubezpieczonego o zajściu zdarzeń objętych odpowiedzialnością PZU Życie SA, jeżeli zdarzenie zostało zgłoszone do PZU Życie SA, a osoby te nie są osobami występującymi z tym zgłoszeniem;
   5) informować osobę występującą z roszczeniem, pisemnie lub w inny sposób, na który ta osoba wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zobowiązania, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia dalszego postępowania;
   6) informować pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie oraz ubezpieczonego, jeśli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczenia w całości lub części w przewidzianym terminie oraz wypłacić bezsporną część świadczenia;
   7) informować pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz ubezpieczonego, jeśli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, że świadczenie nie przysługuje w całości lub części, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia, z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
   8) udostępniać ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem, osobie uprawnionej do żądania spełnienia świadczenia oraz spadkobiercy ubezpieczonego, który zgłosił zawiadomienie o zdarzeniu, informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności PZU Życie SA lub wysokość świadczenia; na żądanie ww. osób informacje i dokumenty mogą być udostępniane również w postaci elektronicznej;
   9) udzielać na wniosek ubezpieczonego informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunkach ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego;
   10) udostępniać na żądanie ubezpieczającego lub ubezpieczonego informacje o oświadczeniach złożonych przez nich na etapie zawierania umowy lub przystępowania do ubezpieczenia lub kopie dokumentów sporządzonych na tym etapie.

ZMIANA UMOWY

§ 18

Wszelkie zmiany w umowie są dokonywane w drodze negocjacji, w trybie ofertowym bądź w inny przewidziany ogólnie obowiązującymi przepisami prawa sposób i potwierdzane w formie pisemnej. Do zmiany umowy na niekorzyść ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci ubezpieczonego wymagana jest zgoda ubezpieczonego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 19

1. Sumą ubezpieczenia jest kwota stanowiąca podstawę ustalania wysokości świadczeń.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia jest niezmienna przez cały czas trwania umowy.

SKŁADKA

§ 20

Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, zakresu ubezpieczeń dodatkowych, wysokości świadczeń, częstotliwości przekazywania składek oraz liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przystępujących do ubezpieczenia.

§ 21

Składkę uważa się za przekazaną z chwilą uznania rachunku bankowego wskazanego przez PZU Życie SA.

§ 22

1. Wysokość składki obowiązującej w umowie określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
2. Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone polisą.
3. Składka nie podlega indeksacji.
4. Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego w pełnej wymaganej kwocie.

§ 23

1. W przypadku zaległości w przekazaniu całości lub części składek PZU Życie SA wzywa ubezpieczającego do uzupełnienia zaległości, wskazując w wezwaniu co najmniej 15-dniowy dodatkowy termin do zapłaty liczony od dnia otrzymania wezwania oraz informując o skutku nieprzekazania składki, określonym w § 25 ust. 1 pkt 3 oraz w § 13.
2. W przypadku zaległości w przekazywaniu składek przekazywane kwoty przeznaczane są w pierwszej kolejności na pokrycie zaległości.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 24

1. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonych rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące wymogi:
   1) przed rozpoczęciem tego miesiąca kalendarzowego wpłynęły do PZU Życie SA podpisane przez ubezpieczonych deklaracje przystąpienia wraz z wykazem tych osób;
   2) pierwsza składka została przekazana nie później niż w przypadającym w tym miesiącu kalendarzowym terminie przekazania składki;

   z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się nie wcześniej niż w dniu zawarcia umowy i nie wcześniej, niż następnego dnia po tym, gdy ubezpieczony ten oświadczył ubezpieczającemu, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w umowie, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia.

§ 25

1. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:
   1) otrzymania przez PZU Życie SA oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy;
   2) śmierci ubezpieczonego;
   3) upływu 1 miesiąca, licząc od końca okresu, za który została przekazana ostatnia składka, z zastrzeżeniem ust. 2;
   4) rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym ubezpieczony kończy 70 rok życia albo 76 rok życia, jeżeli odpowiedzialnością objęta była osoba, która w dniu złożenia deklaracji przystąpienia ukończyła 69 rok życia;
   5) upływu okresu, za jaki przekazano składkę, jeżeli w tym okresie ustał stosunek prawny łączący ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym, z zastrzeżeniem ust. 3;
   6) upływu okresu, za jaki przekazano składkę – w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia;
   7) rozpoczęcia odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego z tytułu innej umowy grupowego ubezpieczenia typ P Plus zawartej pomiędzy danym ubezpieczającym a PZU Życie SA;
   8) upływu czasu trwania umowy w przypadku jej nieprzedłużenia;
   9) upływu okresu wypowiedzenia umowy.
2. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego zostaje wznowiona z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności w przypadku uzupełnienia zaległości w przekazywaniu składek przed upływem trzeciego miesiąca zaległości.
3. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego zostaje przedłużona o 1 miesiąc po ustaniu stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym w przypadku miesięcznej częstotliwości przekazywania składek, pod warunkiem przekazania składki za ten miesiąc.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 26

PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności w przypadku:
1) śmierci ubezpieczonego w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
2) śmierci ubezpieczonego w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
3) samobójstwa ubezpieczonego popełnionego w okresie 2 lat od początku odpowiedzialności w stosunku do tego ubezpieczonego;
4) śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, gdy prowadził on pojazd będąc w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile okoliczności te miały wpływ na zajście zdarzenia.

§ 27

1. PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego w okresie karencji, tj. w okresie 6 miesięcy od początku odpowiedzialności PZU Życie SA, z zastrzeżeniem ust. 6.
2. Karencja – w stosunku do ubezpieczonego podstawowego – ma zastosowanie, jeżeli początek odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do niego przypada później niż w czwartym miesiącu, licząc od dnia:
   1) zawarcia umowy, o ile pozostawał on w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia umowy;
   2) powstania stosunku prawnego łączącego go z ubezpieczającym, o ile stosunek ten powstał po dniu zawarcia umowy.
3. Karencja – w stosunku do ubezpieczonego bliskiego, będącego małżonkiem ubezpieczonego podstawowego – ma zastosowanie, jeżeli początek odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do niego przypada później niż w czwartym miesiącu, licząc od dnia:
   1) zawarcia umowy, o ile ubezpieczony podstawowy pozostawał w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia umowy;
   2) powstania stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym, o ile stosunek ten powstał po dniu zawarcia umowy;
   3) zawarcia związku małżeńskiego z ubezpieczonym podstawowym po dniu zawarcia umowy.
4. Karencja – w stosunku do ubezpieczonego bliskiego, będącego pełnoletnim dzieckiem ubezpieczonego podstawowego – ma zastosowanie, jeżeli początek odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do niego przypada później niż w czwartym miesiącu, licząc od dnia:
   1) zawarcia umowy, o ile ubezpieczony podstawowy pozostawał w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia umowy;
   2) powstania stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym, o ile stosunek ten powstał po dniu zawarcia umowy;
   3) ukończenia 18 roku życia po dniu zawarcia umowy.
5. W stosunku do osoby, która bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia była objęta grupowym ubezpieczeniem typ P Plus u danego ubezpieczającego, ale z niższą sumą ubezpieczenia lub z niższą wysokością świadczenia – w okresie karencji, tj. w okresie 6 miesięcy od początku odpowiedzialności, PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności w zakresie różnicy pomiędzy obecną a poprzednią sumą ubezpieczenia i wysokością świadczenia, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Karencji nie stosuje się, jeżeli śmierć była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 28

Prawo do świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego przysługuje uposażonemu, z zastrzeżeniem § 30.

§ 29

1. Ubezpieczony ma prawo wskazać, dowolnie zmieniać i odwoływać uposażonych.
2. W przypadku, gdy ubezpieczony wskazał kilku uposażonych, a niektórzy spośród nich zmarli przed śmiercią ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, wówczas

przypadająca im część świadczenia zostanie rozdzielona proporcjonalnie pomiędzy pozostałych uposażonych.

§ 30

W przypadku, gdy ubezpieczony nie wskazał uposażonego albo gdy wszyscy uposażeni zmarli przed śmiercią ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, wówczas świadczenie przysługuje niżej wymienionym członkom rodziny ubezpieczonego według kolejności pierwszeństwa:

1) małżonek w całości;
2) dzieci w częściach równych;
3) rodzice w częściach równych;
4) inni ustawowi spadkobiercy ubezpieczonego w częściach równych.

§ 31

Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci ubezpieczonego.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 32

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:
   1) zgłoszenie roszczenia;
   2) akt zgonu ubezpieczonego;
   3) kartę zgonu albo – jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci, jeżeli śmierć była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem lub jeżeli śmierć nastąpiła w pierwszych dwóch latach od początku odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego;
   4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na życzenie PZU Życie SA.
2. PZU Życie SA decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1.
3. W przypadku, gdy dokumenty składane przez wnioskującego sporządzone zostały w języku innym niż polski, wnioskujący dostarcza je przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

§ 33

1. PZU Życie SA wykonuje zobowiązania najpóźniej w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym odpowiedzialnością PZU Życie SA.
2. W przypadku, gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego albo wysokości zobowiązania okazało się niemożliwe, PZU Życie SA wykonuje zobowiązanie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, z tym że część bezsporna świadczenia zostanie wypłacona w terminie wskazanym w ust. 1.

§ 34

Świadczenie wypłacane jest w formie jednorazowej w pełnej należnej kwocie.

§ 35

1. W przypadku, gdy PZU Życie SA w związku z wykonaniem któregokolwiek ze zobowiązań wynikających z umowy obowiązany jest zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa pobrać i odprowadzić jakiekolwiek kwoty, w tym w szczególności kwoty na poczet zobowiązań podatkowych osób uprawnionych, kwoty pobrane i odprowadzone przez PZU Życie SA pomniejszają kwoty stosownych wypłat płatnych przez PZU Życie SA na podstawie umowy.
2. Opodatkowanie zobowiązań PZU Życie SA regulują obowiązujące przepisy prawa dotyczące podatku dochodowego, w szczególności przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

§ 36

Jeżeli świadczenie nie przysługuje w całości lub w części, PZU Życie SA informuje o tym niezwłocznie osobę występującą z roszczeniem oraz ubezpieczonego, jeśli nie jest on osobą występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną, uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia, z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 37

1. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby: ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub innego uprawnionego do żądania spełnienia świadczenia z umowy ubezpieczenia, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy: ubezpieczonego, uposażonego lub innego uprawnionego do żądania spełnienia świadczenia z umowy ubezpieczenia.
2. Prawem właściwym w stosunkach wynikających z umowy jest prawo polskie.

§ 38

W sprawach nieuregulowanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 39

1. Wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia PZU Życie SA mające związek z umową wymagają dla swej skuteczności zachowania formy pisemnej lub innej formy uzgodnionej przez ubezpieczającego i PZU Życie SA i wywierają skutek prawny z chwilą doręczenia.
2. Wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia mające związek z umową kierowane do PZU Życie SA wymagają dla swej skuteczności zachowania formy pisemnej lub innej formy uzgodnionej przez ubezpieczającego i PZU Życie SA i wywierają skutek prawny z chwilą doręczenia.
3. PZU Życie SA, ubezpieczający i ubezpieczony obowiązani są informować o każdej zmianie adresów.

§ 40

1. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i innemu uprawnionemu do żądania spełnienia świadczenia z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, przysługuje prawo złożenia reklamacji w rozumieniu ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, tj. prawo skierowania wystąpienia do PZU Życie SA, w którym zgłasza on zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez PZU Życie SA.
2. Reklamację składa się w każdej jednostce PZU Życie SA obsługującej klienta.
3. Reklamacja może być złożona w formie:
   1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
   2) ustnej – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty osoby, o której mowa w ust. 1, w jednostce, o której mowa w ust. 2;

3) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na www.pzu.pl.

4. PZU Życie SA rozpatruje reklamację i udziela na nią odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 5.

5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 4, PZU Życie SA przekazuje osobie, która złożyła reklamację, informację, w której:
1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

6. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację zostanie dostarczona osobie, która ją złożyła, w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy o usługach płatniczych lub pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek tej osoby.

7. Klientowi, o którym mowa w ust. 1, przysługuje prawo wniesienia do Rzecznika Finansowego wniosku dotyczącego:
1) nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji;
2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą klienta w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.

8. Skargę lub zażalenie, niebędące reklamacją, o której mowa w ust. 1, składa się w formie pisemnej, za pośrednictwem poczty, kuriera lub osobiście, do każdej jednostki organizacyjnej PZU Życie SA w sposób umożliwiający identyfikację osoby wnoszącej i przedmiotu skargi lub zażalenia.

9. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez jednostki organizacyjne PZU Życie SA, zgodnie z zakresem ich działania.

10. PZU Życie SA rozpatruje skargę lub zażalenie niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 30 dni od daty otrzymania, i udziela pisemnej odpowiedzi, a w przypadku niemożności ich rozpatrzenia w powyższym terminie zawiadamia pisemnie wnoszącego z podaniem przyczyny zwłoki i nowego terminu rozpatrzenia.

11. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i innemu uprawnionemu do żądania spełnienia świadczenia z umowy ubezpieczenia, będącemu konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.

12. PZU Życie SA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

13. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń są dostępne na stronie www.pzu.pl w części dotyczącej relacji inwestorskich.

§ 41

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/282/2016 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 listopada 2016 roku.

2. Niniejsze ogólne warunki wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2017 roku.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Wersja dokumentu z dnia 1.10.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków: NWGP30 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest życie ubezpieczonego.
Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem w okresie naszej odpowiedzialności.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem wypłacamy uposażonemu sumę ubezpieczenia.
W stosunku do uposażonego, w tym w zakresie trybu i sposobu jego wskazywania, zmiany i odwoływania, stosuje się zasady przyjęte w ubezpieczeniu podstawowym.
Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia dodatkowego zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.
Przystąpienie do ubezpieczenia dodatkowego możliwe jest wyłącznie jednocześnie z przystąpieniem do ubezpieczenia podstawowego.

Jak długo trwa umowa?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na czas określony, zgodny z okresem, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia podstawowego.
W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia podstawowego umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na taki sam co do długości okres.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.
Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego zakończy się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czyli czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:
- gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia,
- braku normalnego związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią ubezpieczonego.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą, która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługuje prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.

2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:
1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.

3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:
1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.

6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.

7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osoba fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków NWGP30 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia.
Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 5 OWU § 11 OWU § 15 OWU § 16 – 17 OWU § 18 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 13 OWU § 14 OWU § 17 OWU § 18 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Kod warunków: NWGP30

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem zawieranych jako umowy ubezpieczenia dodatkowego do umów wskazanego przez PZU Życie SA grupowego ubezpieczenia na życie zwanego ubezpieczeniem podstawowym.

§ 2

Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennie, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, używane są w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

§ 5

PZU Życie SA wypłaca w przypadku śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem świadczenie w wysokości równej odpowiedniego procenta sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci. Procent ten jest równy określonemu we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podstawowego i potwierdzonego polisą procentowi sumy ubezpieczenia świadczenia należnego z tytułu ubezpieczenia podstawowego.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 6

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego.

§ 7

Przystąpienie do ubezpieczenia dodatkowego możliwe jest wyłącznie jednocześnie z przystąpieniem do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 8

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na czas określony, zgodny z okresem, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia podstawowego.
2. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia podstawowego umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na taki sam co do długości okres.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 9

1. Zasady odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 10

1. Zasady wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 11

1. Wysokość sumy ubezpieczenia określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest niezmienna przez cały czas trwania umowy.

SKŁADKA

§ 12

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, zakresu ubezpieczeń dodatkowych, wysokości świadczeń, częstotliwości przekazywania składek oraz liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przystępujących do ubezpieczenia.
2. Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
3. Składka przekazywana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 13

1. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 14

PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwego wypadku zaistniałego przed początkiem odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego lub:

1) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
2) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
3) w wyniku wypadku komunikacyjnego, gdy ubezpieczony prowadził pojazd:

a) nie mając uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu,
b) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,

o ile okoliczności, o których mowa pod lit. a lub b, miały wpływ na zajście zdarzenia;

4) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku;
5) w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa;
6) bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę;
7) w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 15

1. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem przysługuje uposażonemu.
2. W stosunku do uposażonego, w tym w zakresie trybu i sposobu jego wskazywania, zmiany i odwoływania, stosuje się zasady przyjęte w ubezpieczeniu podstawowym.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 16

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:
1) zgłoszenie roszczenia;
2) akt zgonu ubezpieczonego;
3) kartę zgonu albo – jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci;
4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na życzenie PZU Życie SA.

2. PZU Życie SA decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1.

§ 17

1. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią ubezpieczonego.
2. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 18

W sprawach nieuregulowanych w ogólnych warunkach mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 19

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/86/2004 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 3 marca 2004 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku, uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku.
2. Niniejsze ogólne warunki wchodzą w życie z dniem 1 listopada 2013 roku.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ WYPADKIEM KOMUNIKACYJNYM

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ WYPADKIEM KOMUNIKACYJNYM

Wersja z dnia 1.10.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym, kod warunków: WKGP32 (OWU).
Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie:

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest życie ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym, zaistniałym w okresie naszej odpowiedzialności.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym wypłacamy uposażonemu procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci. W stosunku do uposażonego, w tym w zakresie trybu i sposobu jego wskazywania, zmiany i odwoływania, stosuje się zasady przyjęte w ubezpieczeniu podstawowym.
Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.
Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

Jak długo trwa umowa?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego zakończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:
- zakończenia naszej odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia,
- upływu okresu za jaki przekazano składkę – w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego,
- upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:
- gdy ubezpieczony prowadził pojazd będąc w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
- braku związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią ubezpieczonego,
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą, która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługuje prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.
2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:
   1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
   2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.
3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:
   1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
   2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
   3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.
6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osoba fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym, kod warunków WKGP32 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia.
Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 5 OWU § 12 OWU § 17 OWU § 18 OWU § 19 OWU § 20 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 14 – 15 OWU § 16 OWU § 19 OWU § 20 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ WYPADKIEM KOMUNIKACYJNYM

Kod warunków: WKGP32

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym zawieranych jako umowy ubezpieczenia dodatkowego do umów wskazanego przez PZU Życie SA grupowego ubezpieczenia na życie zwanego ubezpieczeniem podstawowym.

§ 2

1. Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:
1) **statek** – pasażerski albo towarowy statek morski albo statek śródlądowy – z wyjątkiem okrętów wojennych – o napędzie silnikowym lub żaglowym;
2) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek:
   a) wywołany ruchem pojazdów na drodze, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca, z tym że „pojazd", „droga", „uczestnik ruchu" i „kierowca" rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym; pojazdem jest również tramwaj,
   b) wywołany ruchem pojazdu kolejowego ciągniętego przez pojazd trakcyjny, w którym ubezpieczony brał udział jako pasażer albo członek załogi tego pojazdu, z tym że:
      - pojazd kolejowy oznacza pojazd dostosowany do poruszania się na własnych kołach po torach kolejowych,
      - pojazd trakcyjny oznacza pojazd kolejowy z napędem własnym, w tym metro,

      wypadkiem komunikacyjnym, w rozumieniu lit. b, nie są wypadki dotyczące kolejowego transportu wewnątrzzakładowego oraz transportu linowego i linowo-terenowego,
   c) wywołany eksploatacją pasażerskiego statku powietrznego koncesjonowanych linii lotniczych, który zaistniał od chwili, gdy jakakolwiek osoba weszła na jego pokład z zamiarem wykonania lotu, do chwili opuszczenia pokładu statku powietrznego przez wszystkie osoby znajdujące się na nim, a statek powietrzny został uszkodzony lub nastąpiło zniszczenie jego konstrukcji, albo statek powietrzny zaginął i nie został odnaleziony, a urzędowe jego poszukiwania zostały odwołane lub statek powietrzny znajduje się w miejscu, do którego dostęp nie jest możliwy,
   d) wywołany ruchem statku, w którym ubezpieczony brał udział jako członek załogi bądź pasażer, a statek zatonął albo został uszkodzony lub nastąpiło zniszczenie jego konstrukcji albo statek zaginął i nie został odnaleziony, a urzędowe jego poszukiwania zostały odwołane lub statek znajduje się w miejscu, do którego dostęp nie jest możliwy.

2. Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennie, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, używane są w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego spowodowaną wypadkiem komunikacyjnym zaistniałym w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 5

PZU Życie SA wypłaca w przypadku śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym świadczenie w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 6

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

§ 7

Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 8

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.

2. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej, z tym że oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia dodatkowego została zawarta.

§ 9

W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres nie jest wymagane ponowne złożenie deklaracji przystąpienia.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 10

1. Zasady odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.

3. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 11

1. Zasady wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.

3. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia podstawowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 12

1. Wysokość sumy ubezpieczenia określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest niezmienna przez cały czas trwania umowy.

SKŁADKA

§ 13

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia i wysokości świadczenia, częstotliwości przekazywania składek oraz liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przystępujących do ubezpieczenia.
2. Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
3. Składka przekazywana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 14

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

§ 15

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:

1) zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym;
2) otrzymania przez PZU Życie SA oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego;
3) upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia;
4) upływu okresu za jaki przekazano składkę – w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego;
5) upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego;
6) rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 16

PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności za skutki wypadku komunikacyjnego zaistniałego przed początkiem odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego lub:

1) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
2) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
3) gdy ubezpieczony prowadził pojazd:
   a) nie mając uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu,
   b) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
   c) który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu,

   o ile okoliczności, o których mowa pod lit. a lub b lub c, miały wpływ na zajście zdarzenia;
4) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu obowiązujących przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie wypadku komunikacyjnego;
5) w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 17

1. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym przysługuje uposażonemu.
2. W stosunku do uposażonego, w tym w zakresie trybu i sposobu jego wskazywania, zmiany i odwoływania, stosuje się zasady przyjęte w ubezpieczeniu podstawowym.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 18

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:
   1) zgłoszenie roszczenia;
   2) akt zgonu ubezpieczonego;
   3) kartę zgonu albo – jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci;
   4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia w szczególności dokumentację potwierdzającą okoliczności wypadku komunikacyjnego – na życzenie PZU życie SA.
2. PZU Życie SA decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1.

§ 19

1. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią ubezpieczonego.
2. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 20

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 21

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/340/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 11 lipca 2007 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku, uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku.
2. Niniejsze ogólne warunki wchodzą w życie z dniem 1 listopada 2013 roku.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ WYPADKIEM PRZY PRACY

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ WYPADKIEM PRZY PRACY

Wersja z dnia 1.10.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy, kod warunków: WPGP32 (OWU).
Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie:

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest życie ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego spowodowaną wypadkiem przy pracy, zaistniałym w okresie naszej odpowiedzialności.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy wypłacamy uposażonemu procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci. W stosunku do uposażonego, w tym w zakresie trybu i sposobu jego wskazywania, zmiany i odwoływania, stosuje się zasady przyjęte w ubezpieczeniu podstawowym.
Wypadek przy pracy oznacza nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych w ramach istniejącego stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego, w ramach którego opłacane są składki na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych.
Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.
Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

Jak długo trwa umowa?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa przez 24 godziny na dobę na całym świecie, z zastrzeżeniem, że ubezpieczony jest zatrudniony u pracodawcy, który za niego opłaca składki na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego zakończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:
- zakończenia naszej odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia,
- upływu okresu za jaki przekazano składkę – w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego,
- upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:
- gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu obowiązujących przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie zdarzenia wypadku przy pracy,
- zdarzeń będących przyczyną wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- braku związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy wypadkiem przy pracy a śmiercią ubezpieczonego.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą, która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługuje prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.
2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:
   1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
   2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.
3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:
   1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
   2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
   3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.
6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osoba fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy, kod warunków WPGP32 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia.
Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 5 OWU § 12 OWU § 17 OWU § 18 OWU § 19 OWU § 20 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 14 – 15 OWU § 16 OWU § 19 OWU § 20 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ WYPADKIEM PRZY PRACY

Kod warunków: WPGP32

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy zawieranych jako umowy ubezpieczenia dodatkowego do umów wskazanego przez PZU Życie SA grupowego ubezpieczenia na życie zwanego ubezpieczeniem podstawowym.

§ 2

1. Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenie **wypadek przy pracy** oznacza nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych w ramach istniejącego stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego, w ramach którego opłacane są składki na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych.
2. Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennie, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, używane są w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego spowodowaną wypadkiem przy pracy zaistniałym w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 5

PZU Życie SA wypłaca w przypadku śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy świadczenie w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 6

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

§ 7

Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 8

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej, z tym że oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia dodatkowego została zawarta.

§ 9

W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres nie jest wymagane ponowne złożenie deklaracji przystąpienia.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 10

1. Zasady odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 11

1. Zasady wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia podstawowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 12

1. Wysokość sumy ubezpieczenia określona jest we wniosku o zawarcie umowy, potwierdzona polisą.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest niezmienna przez cały czas trwania umowy.

SKŁADKA

§ 13

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia i wysokości świadczenia, częstotliwości przekazywania składek oraz liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przystępujących do ubezpieczenia.
2. Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
3. Składka przekazywana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 14

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

§ 15

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:

1) zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym;
2) otrzymania przez PZU Życie SA oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego;
3) upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia;
4) upływu okresu za jaki przekazano składkę – w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego;
5) upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego;
6) rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 16

PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności za skutki wypadku przy pracy zaistniałego przed początkiem odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego lub:

1) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
2) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
3) w wyniku wypadku komunikacyjnego, gdy ubezpieczony prowadził pojazd:
   a) nie mając uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu,
   b) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
   c) który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu,

   o ile okoliczności, o których mowa pod lit. a lub b lub c, miały wpływ na zajście zdarzenia;
4) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu obowiązujących przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie zdarzenia wypadku przy pracy;
5) w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa;
6) gdy ubezpieczony wykonywał pracę bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 17

1. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy przysługuje uposażonemu.

2. W stosunku do uposażonego, w tym w zakresie trybu i sposobu jego wskazywania, zmiany i odwoływania, stosuje się zasady przyjęte w ubezpieczeniu podstawowym.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 18

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:
   1) zgłoszenie roszczenia;
   2) akt zgonu ubezpieczonego;
   3) kartę zgonu albo – jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci;
   4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, w szczególności dokumentację Zakładu Ubezpieczeń Społecznych stwierdzającą zaistnienie wypadku przy pracy – na życzenie PZU Życie SA.

2. PZU Życie SA decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1.

§ 19

1. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem przy pracy a śmiercią ubezpieczonego.

2. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 20

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 21

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/340/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 11 lipca 2007 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku, uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku.

2. Niniejsze ogólne warunki wchodzą w życie z dniem 1 listopada 2013 roku.

POSTANOWIENIA DODATKOWE DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ WYPADKIEM PRZY PRACY

§ 1

W ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy, kod warunków WPGP32, zatwierdzonych uchwałą nr UZ/340/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 11 lipca 2007 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku, uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku, zwanych dalej „OWU", wprowadza się następujące zmiany:

§ 2

§ 2 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„**1.** Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

1) **stosunek prawny** – umowa o pracę lub inny stosunek cywilnoprawny, z tytułu którego, na dzień wystąpienia wypadku przy pracy, istnieje prawny obowiązek opłacania składek na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych;

2) **wypadek przy pracy** – tylko taki nieszczęśliwy wypadek, który wystąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach stosunku prawnego, w którym ubezpieczony pozostawał w chwili wystąpienia wypadku przy pracy. Wypadkiem przy pracy nie jest wypadek w drodze do pracy lub z pracy.".

§ 3

Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.

§ 4

Niniejsze postanowienia dodatkowe zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/212/2021 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 16 listopada 2021 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy, kod warunków WPGP32.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI SPOWODOWANEJ ZAWAŁEM SERCA LUB KRWOTOKIEM ŚRÓDMÓZGOWYM

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI SPOWODOWANEJ ZAWAŁEM SERCA LUB KRWOTOKIEM ŚRÓDMÓZGOWYM

Wersja dokumentu z dnia 1.10.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci spowodowanej zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym, kod warunków: ZZGP32 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest życie ubezpieczonego.
Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego spowodowaną zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym w okresie naszej odpowiedzialności.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym wypłacamy uposażonemu procent aktualnej w dniu śmierci sumy ubezpieczenia. W stosunku do uposażonego, w tym w zakresie trybu i sposobu jego wskazywania, zmiany i odwoływania, stosuje się zasady przyjęte w ubezpieczeniu podstawowym.
Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia dodatkowego zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.
Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

Jak długo trwa umowa?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy opłacasz składkę?

Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą. Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:
- zakończenia naszej odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia,
- upływu okresu, za jaki przekazano składkę w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego,
- upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:
- zdarzeń będących przyczyną wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- brakiem związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zawałem serca albo krwotokiem śródmózgowym a śmiercią ubezpieczonego,
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą, która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia

czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługuje prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.

2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:
1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.

3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:
1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.

6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.

7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osoba fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci spowodowanej zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym, kod warunków ZZGP32 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia.
Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 5 OWU § 12 OWU § 17 OWU § 18 OWU § 19 OWU § 20 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 14 – 15 OWU § 16 OWU § 19 OWU § 20 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI SPOWODOWANEJ ZAWAŁEM SERCA LUB KRWOTOKIEM ŚRÓDMÓZGOWYM

Kod warunków: ZZGP32

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci spowodowanej zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym zawieranych jako umowy ubezpieczenia dodatkowego do umów wskazanego przez PZU Życie SA grupowego ubezpieczenia na życie zwanego ubezpieczeniem podstawowym.

§ 2

1. Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:
   1) **krwotok śródmózgowy** – wynaczynienie krwi do tkanki mózgowej;
   2) **zawał serca** – martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego.
2. Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennie, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, używane są w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego spowodowaną zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym, zaistniałym w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 5

PZU Życie SA wypłaca świadczenie w przypadku śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 6

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

§ 7

Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 8

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej, z tym że oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia dodatkowego została zawarta.

§ 9

W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres nie jest wymagane ponowne złożenie deklaracji przystąpienia.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 10

1. Zasady odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 11

1. Zasady wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia podstawowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 12

1. Wysokość sumy ubezpieczenia określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest niezmienna przez cały czas trwania umowy.

SKŁADKA

§ 13

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składek oraz liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przystępujących do ubezpieczenia.
2. Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
3. Składka przekazywana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 14

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

§ 15

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:

1) zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym;
2) otrzymania przez PZU Życie SA oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego;
3) upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia;
4) upływu okresu, za jaki przekazano składkę w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego;
5) upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego;
6) rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 16

PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności w przypadkach wyłączenia odpowiedzialności z tytułu śmierci w ubezpieczeniu podstawowym.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 17

1. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym przysługuje uposażonemu.

2. W stosunku do uposażonego, w tym w zakresie trybu i sposobu jego wskazywania, zmiany i odwoływania, stosuje się zasady przyjęte w ubezpieczeniu podstawowym.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 18

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:

1) zgłoszenie roszczenia;
2) akt zgonu ubezpieczonego;
3) kartę zgonu ubezpieczonego albo – jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci;
4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na życzenie PZU Życie SA.

2. PZU Życie SA decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1.

§ 19

1. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zawałem serca albo krwotokiem śródmózgowym a śmiercią ubezpieczonego.

2. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci spowodowanej zawałem serca albo krwotokiem śródmózgowym przysługuje, jeżeli śmierć nastąpiła w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 20

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 21

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/340/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 11 lipca 2007 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku oraz uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku.

2. Niniejsze ogólne warunki wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2011 roku.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA

Wersja dokumentu z dnia 1.10.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka, kod warunków: SMGP30 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest życie małżonka. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć małżonka w okresie naszej odpowiedzialności.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku śmierci małżonka wypłacamy ubezpieczonemu procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci.
Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.
Przystąpienie do ubezpieczenia dodatkowego możliwe jest wyłącznie jednocześnie z przystąpieniem do ubezpieczenia podstawowego.

Jak długo trwa umowa?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na czas określony, zgodny z okresem, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia podstawowego.
W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia podstawowego umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na taki sam co do długości okres.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

W ubezpieczeniu ma zastosowanie karencja w przypadkach i na zasadach analogicznych jak w ubezpieczeniu podstawowym.

Nie ponosimy odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego w okresie 6 miesięcy od początku odpowiedzialności.
Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego kończy się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku śmierci małżonka, która nastąpiła w wyniku:
- działań wojennych,
- czynnego udziału w aktach terroru,
- czynnego udziału w masowych rozruchach społecznych.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą, która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługuje prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.
2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:
   1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
   2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.

3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:
1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.

6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.

7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osoba fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka, kod warunków SMGP30 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia.
Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 5 OWU § 11 OWU § 16 OWU § 17 OWU § 18 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 13 OWU § 14 – 15 OWU § 16 OWU § 18 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA

Kod warunków: SMGP30

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka zawieranych jako umowy ubezpieczenia dodatkowego do umów wskazanego przez PZU Życie SA grupowego ubezpieczenia na życie zwanego ubezpieczeniem podstawowym.

§ 2

Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennie, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, używane są w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie małżonka.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć małżonka zaistniałą w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

§ 5

PZU Życie SA wypłaca świadczenie w przypadku śmierci małżonka w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 6

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego.

§ 7

Przystąpienie do ubezpieczenia dodatkowego możliwe jest wyłącznie jednocześnie z przystąpieniem do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 8

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na czas określony, zgodny z okresem, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia podstawowego.
2. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia podstawowego umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na taki sam co do długości okres.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 9

1. Zasady odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 10

1. Zasady wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 11

1. Wysokość sumy ubezpieczenia określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest niezmienna przez cały czas trwania umowy.

SKŁADKA

§ 12

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, zakresu ubezpieczeń dodatkowych, wysokości świadczeń, częstotliwości przekazywania składek oraz liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przystępujących do ubezpieczenia.
2. Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
3. Składka przekazywana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 13

1. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 14

PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci małżonka, która nastąpiła w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych.

§ 15

W ubezpieczeniu ma zastosowanie karencja w przypadkach i na zasadach analogicznych jak w ubezpieczeniu podstawowym.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 16

Prawo do świadczenia z tytułu śmierci małżonka przysługuje

ubezpieczonemu, o ile nie przyczynił się umyślnie do śmierci małżonka.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 17

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:
   1) zgłoszenie roszczenia,
   2) akt zgonu małżonka, akt małżeństwa,
   3) kartę zgonu albo – jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci, jeżeli śmierć była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem w okresie karencji,
   4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na życzenie PZU Życie SA.
2. PZU Życie SA decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 18

W sprawach nieuregulowanych w ogólnych warunkach mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 19

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/86/2004 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 3 marca 2004 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku oraz uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku.
2. Niniejsze ogólne warunki wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2011 roku.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA DZIECKA

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK URODZENIA DZIECKA

Wersja dokumentu z dnia 1.10.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia dziecka, kod warunków: UDGP30 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest urodzenia dziecka ubezpieczonego.
Zakres ubezpieczenia obejmuje:
- urodzenie dziecka,
- urodzenie martwego dziecka w rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń, jeżeli urodzenie zostało zarejestrowane, zaistniałe w okresie naszej odpowiedzialności.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku urodzenia dziecka wypłacamy ubezpieczonemu 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu urodzenia.
W przypadku urodzenia martwego dziecka wypłacamy ubezpieczonemu 200% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu urodzenia.
Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.
Przystąpienie do ubezpieczenia dodatkowego możliwe jest wyłącznie jednocześnie z przystąpieniem do ubezpieczenia podstawowego.

Jak długo trwa umowa?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na czas określony, zgodny z okresem, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia podstawowego.
W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia podstawowego umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na taki sam co do długości okres.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

W ubezpieczeniu ma zastosowanie karencja w przypadkach i na zasadach analogicznych jak w ubezpieczeniu podstawowym, z tym że okres karencji wynosi:
- 9 miesięcy od początku odpowiedzialności – w przypadku urodzenia dziecka,
- 6 miesięcy od początku odpowiedzialności – w przypadku urodzenia martwego dziecka.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego kończy się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:
- zdarzeń będących przyczyną wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia,
- gdy osobą zgłaszającą roszczenie jest osoba inna niż uprawniona do otrzymania roszczenia w świetle umowy.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą, która

wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługuje prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.

2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:
1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.

3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:
1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.

6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.

7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osoba fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia dziecka, kod warunków UDGP30 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia.
Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 5 OWU § 11 OWU § 15 OWU § 16 OWU § 17 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 13 OWU § 14 OWU § 17 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA DZIECKA

Kod warunków: UDGP30

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia dziecka zawieranych jako umowy ubezpieczenia dodatkowego do umów wskazanego przez PZU Życie SA grupowego ubezpieczenia na życie zwanego ubezpieczeniem podstawowym.

§ 2

Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennie, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, używane są w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest urodzenie dziecka ubezpieczonemu.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia zaistniałe w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA:

1) urodzenie dziecka,
2) urodzenie martwego dziecka w rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń, jeżeli urodzenie zostało zarejestrowane.

§ 5

PZU Życie SA wypłaca świadczenie w przypadku:

1) urodzenia dziecka – w wysokości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu urodzenia,
2) urodzenia martwego dziecka w rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń, jeżeli urodzenie zostało zarejestrowane – w wysokości 200% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu urodzenia.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 6

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego.

§ 7

Przystąpienie do ubezpieczenia dodatkowego możliwe jest wyłącznie jednocześnie z przystąpieniem do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 8

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na czas określony, zgodny z okresem, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia podstawowego.
2. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia podstawowego umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na taki sam co do długości okres.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 9

1. Zasady odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 10

1. Zasady wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 11

1. Wysokość sumy ubezpieczenia określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest niezmienna przez cały czas trwania umowy.

SKŁADKA

§ 12

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, zakresu ubezpieczeń dodatkowych, wysokości świadczeń, częstotliwości przekazywania składek oraz liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przystępujących do ubezpieczenia.
2. Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
3. Składka przekazywana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 13

1. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 14

W ubezpieczeniu ma zastosowanie karencja w przypadkach i na zasadach analogicznych jak w ubezpieczeniu podstawowym, z tym że okres karencji wynosi:

1) 9 miesięcy od początku odpowiedzialności – w przypadku urodzenia dziecka,
2) 6 miesięcy od początku odpowiedzialności – w przypadku urodzenia martwego dziecka.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 15

Prawo do świadczenia z tytułu zdarzeń, o których mowa w § 4, przysługuje ubezpieczonemu.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 16

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:
1) zgłoszenie roszczenia,
2) akt urodzenia dziecka,
3) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na życzenie PZU Życie SA.

2. PZU Życie SA decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 17

W sprawach nieuregulowanych w ogólnych warunkach mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 18

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/86/2004 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 3 marca 2004 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku oraz uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku.

2. Niniejsze ogólne warunki wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2011 roku.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Wersja dokumentu z dnia 1.10.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków: TUGP30 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie naszej odpowiedzialności.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.
Przystąpienie do ubezpieczenia dodatkowego możliwe jest wyłącznie jednocześnie z przystąpieniem do ubezpieczenia podstawowego.

Jak długo trwa umowa?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na czas określony, zgodny z okresem, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia podstawowego.
W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia podstawowego umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na taki sam co do długości okres.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego kończy się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:
- zdarzeń będących przyczyną wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- brakiem związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu,
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą, która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługuje prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.

2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:
1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.

3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:
1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.

6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.

7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osoba fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków TUGP30 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia. Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 5 OWU § 11 OWU § 15 OWU § 16 – 19 OWU § 20 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 13 OWU § 14 OWU § 17 – 18 OWU § 20 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Kod warunków: TUGP30

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem zawieranych jako umowy ubezpieczenia dodatkowego do umów wskazanego przez PZU Życie SA grupowego ubezpieczenia na życie zwanego ubezpieczeniem podstawowym.

§ 2

1. Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenie trwały uszczerbek na zdrowiu oznacza trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji.
2. Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennie, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, używane są w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

§ 5

PZU Życie SA wypłaca świadczenie w przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 6

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego.

§ 7

Przystąpienie do ubezpieczenia dodatkowego możliwe jest wyłącznie jednocześnie z przystąpieniem do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 8

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na czas określony, zgodny z okresem, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia podstawowego.
2. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia podstawowego umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na taki sam co do długości okres.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 9

1. Zasady odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 10

1. Zasady wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 11

1. Wysokość sumy ubezpieczenia określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest niezmienna przez cały czas trwania umowy.

SKŁADKA

§ 12

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, zakresu ubezpieczeń dodatkowych, wysokości świadczeń, częstotliwości przekazywania składek oraz liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przystępujących do ubezpieczenia.
2. Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
3. Składka przekazywana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 13

1. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 14

PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwego wypadku, który powstał przed początkiem odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego lub:

1) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;

2) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
3) w wyniku wypadku komunikacyjnego, gdy ubezpieczony prowadził pojazd:
   a) nie mając uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu,
   b) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,

   o ile okoliczności, o których mowa pod lit. a lub b, miały wpływ na zajście zdarzenia;
4) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku;
5) w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa;
6) bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę;
7) w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 15

Prawo do świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem przysługuje ubezpieczonemu.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 16

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:
   1) zgłoszenie roszczenia;
   2) dokumentację medyczną potwierdzającą trwały uszczerbek na zdrowiu;
   3) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na życzenie PZU Życie SA.

2. PZU Życie SA decyduje o uznaniu roszczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz jego stopniu (procencie) na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1, opinii lub orzeczenia wskazanego przez siebie lekarza orzecznika oraz ewentualnie wyników zleconych przez siebie badań medycznych.

3. PZU Życie SA pokrywa koszty orzekania przez wskazanego przez siebie lekarza orzecznika oraz koszty zleconych przez siebie badań medycznych.

§ 17

1. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego.

2. Prawo do świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem.

§ 18

1. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.

2. Jeżeli po 4 miesiącach od daty nieszczęśliwego wypadku leczenie i okres rehabilitacji nie zostały zakończone, PZU Życie SA występuje do lekarza orzecznika w celu wydania opinii lub orzeczenia oraz ewentualnie zleca badania medyczne i wypłaca bezsporną część świadczenia.

3. W przypadku, gdy lekarz orzecznik nie jest w stanie określić ostatecznego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, PZU Życie SA występuje powtórnie do lekarza orzecznika, z tym że nie później niż w 24 miesiącu od daty nieszczęśliwego wypadku, w celu określenia ostatecznego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu.

4. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, który przed nieszczęśliwym wypadkiem był uszkodzony wskutek samoistnej choroby lub przebytego urazu, a ma to wpływ na ustalenie aktualnego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się na podstawie analizy jako różnicę stanu danego organu, narządu lub układu przed nieszczęśliwym wypadkiem a stanem istniejącym po nieszczęśliwym wypadku.

5. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącą załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia.

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

7. Po ustaleniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.

§ 19

Świadczenie wypłacane jest w formie jednorazowej w pełnej należnej kwocie, z zastrzeżeniem § 18 ust. 2 i 3.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 20

W sprawach nieuregulowanych w ogólnych warunkach mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 21

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/86/2004 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 3 marca 2004 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku, uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku.

2. Niniejsze ogólne warunki wchodzą w życie z dniem 1 listopada 2013 roku.

Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu

A. USZKODZENIA GŁOWY

	Procent uszczerbku na zdrowiu
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
a) uszkodzenie powłok czaszki – w zależności od rozmiaru, ruchomości, tkliwości blizn itp.	**1–10**
Pozbawienie owłosienia (w zależności od obszaru):	
b) poniżej 25% powierzchni skóry owłosionej	**1–10**
c) od 25% do 75% powierzchni skóry owłosionej	**11–20**
d) powyżej 75% powierzchni skóry owłosionej	**21–30**
UWAGA: W przypadku uzupełnienia ubytku skóry owłosionej przeszczepem skóry oraz odtworzenia własnego owłosienia należy oceniać wg punktu 1 a. W przypadku skutecznej replantacji skalpu oceniać wg punktu 1a.	
2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (wgłobienia, szczeliny, fragmentacja) – w zależności od rozległości uszkodzeń:	
a) bez wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego	**1–10**
b) z nawracającym płynotokiem nosowym i/lub usznym	**10–30**
3. Ubytki w kościach sklepienia czaszki o łącznej powierzchni – w zależności od rozmiarów:	
a) poniżej 10 cm²	**1–10**
b) od 10 do 50 cm²	**11–15**
c) powyżej 50 cm²	**16–25**
UWAGA: Jeżeli powstały ubytek kości został uzupełniony operacją plastyczną z dobrym efektem, odsetek trwałego uszczerbku na zdrowiu oceniony za pierwotny ubytek – należy zmniejszyć o połowę. Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), należy osobno oceniać stopień uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości wg poz. 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki wg poz. 1.	
4. Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepcowej leczonej operacyjnie, przepukliny mózgowej – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań:	**1–25**

	Procent uszczerbku na zdrowiu
5. Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego:	
a) porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0–1° wg skali Lovette'a	**100**
b) głęboki niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych znacznie utrudniający sprawność kończyn 2 ° lub 2/3° wg skali Lovette'a	**60–80**
c) średniego stopnia niedowład połowiczy lub niedowład obu kończyn dolnych 3° lub 3/4° wg skali Lovette'a	**40–60**
d) nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych 4° lub 4/5° wg skali Lovette'a	**10–40**
e) porażenie kończyny górnej 0–1° wg skali Lovette'a z niedowładem kończyny dolnej 3–4° wg skali Lovette'a:	
prawej	**70–90**
lewej	**60–80**
f) niedowład kończyny górnej 3–4° wg skali Lovette'a z porażeniem kończyny dolnej 0–1° wg skali Lovette'a:	
prawej	**70–90**
lewej	**60–80**
g) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 0–1° wg skali Lovette'a:	
prawa	**40–50**
lewa	**30–40**
h) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 2°–2/3° wg skali Lovette'a:	
prawa	**30–40**
lewa	**25–30**
i) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 3–4° wg skali Lovette'a:	
prawa	**10–30**
lewa	**5–20**
j) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 0° wg skali Lovette'a:	**50**
k) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 1–2° wg skali Lovette'a:	**30–50**

	Procent uszczerbku na zdrowiu
l) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 3–4° wg skali Lovette'a	**10–30**
UWAGA: W przypadku współistnienia zaburzeń mowy o typie afazji oceniać dodatkowo wg punktu 11, uwzględniając, że całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%. W przypadku współistnienia deficytu ruchowego z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9. W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi, należy oceniać wg punktu 5 g oddzielnie dla każdej kończyny.	

SKALA LOVETTE'A

0º – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej,
1º – ślad czynnego skurczu mięśnia – 10% prawidłowej siły mięśniowej,
2º – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 25% prawidłowej siły mięśniowej,
3º – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej,
4º – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 75% prawidłowej siły mięśniowej
5º – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej

	Procent uszczerbku na zdrowiu
6. Izolowane zespoły pozapiramidowe:	
a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	**100**
b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, itp.	**40–80**
c) zaznaczony zespół pozapiramidowy	**5–30**
7. Zaburzenia równowagi i inne poza niedowładem zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria, inne objawy zespołu móżdżkowego) pochodzenia mózgowego:	
a) uniemożliwiające chodzenie	**100**
b) utrudniające w dużym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	**50–80**
c) utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	**10–40**
d) utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową	**1–10**
8. Padaczka jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu:	
a) padaczka z bardzo częstymi napadami – 3 napady w tygodniu i więcej	**50–60**
b) padaczka z napadami – powyżej 2 na miesiąc	**30–50**
c) padaczka z napadami – 2 i mniej na miesiąc	**10–30**
d) padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	**1–10**

	Procent uszczerbku na zdrowiu
UWAGA: Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja z przebiegu leczenia, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego. W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9.	
9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych:	
a) ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne uniemożliwiające samodzielną egzystencję	**80–100**
b) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym	**50–80**
c) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu	**30–50**
d) encefalopatia z niewielkimi zmianami charakterologicznymi i/lub niewielkim deficytem neurologicznym	**10–30**
UWAGA: Rozpoznanie encefalopatii powinno być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym, udokumentowane badaniem psychiatrycznym, psychologicznym i neurologicznym oraz zmiany w obrazie EEG, TK lub NMR.	
10. Nerwice i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych lub po ciężkim uszkodzenia ciała:	
a) skargi subiektywne związane z urazem głowy lub z ciężkim uszkodzeniem innych części ciała w zależności od stopnia zaburzeń (nawracające bóle i zawroty głowy, męczliwość, nadpobudliwość, osłabienie pamięci, trudności w skupieniu uwagi, bezsenność itp.)	**1–5**
b) zespół stresu pourazowego, utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym lub po ciężkim uszkodzeniu ciała – w zależności od stopnia zaburzeń, wymagające stałego leczenia psychiatrycznego	**5–20**
11. Zaburzenia mowy:	
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	**100**
b) afazja całkowita motoryczna	**60**
c) afazja średniego i znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	**20–40**
d) afazja nieznacznego stopnia	**10–20**
12. Zespoły podwzgórzowe i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):	
a) znacznie upośledzające czynność ustroju	**40–60**
b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	**20–30**

	Procent uszczerbku na zdrowiu
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:	
a) z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	**20–35**
b) z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	**10–20**
c) z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	**5–15**
d) zaburzenia akomodacji lub inne zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka	**1–15**
14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)	**1–10**
b) ruchowe	**1–10**
c) czuciowo-ruchowe	**5–20**
15. Uszkodzenie nerwu twarzowego:	
a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki	**20**
b) obwodowe częściowe w zależności od nasilenia dolegliwości	**5–15**
c) izolowane uszkodzenie centralne	**5–10**
UWAGA: Współistnienie uszkodzenia nerwu twarzowego z pęknięciem kości skalistej oceniać wg poz. 48. Uszkodzenie centralne nerwu twarzowego współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu oceniać wg punktu 5 lub 9.	
16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego:	
a) niewielkiego stopnia	**5–10**
b) średniego stopnia	**10–25**
c) dużego stopnia	**25–50**
17. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	**3–15**
18. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	**5–20**
UWAGA: Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu, należy oceniać wg punktu 9.	
19. Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki):	
a) oszpecenia bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	**1–10**
b) oszpecenia z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	**5–30**
c) oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	**30–60**

	Procent uszczerbku na zdrowiu
20. Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, uszkodzenia chrząstki, ubytki części miękkich):	
a) uszkodzenia nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia – blizny i/lub niewielkie zniekształcenie nosa	**1–5**
b) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania – znacznego stopnia deformacja nosa lub utrata części nosa	**5–15**
c) uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia – w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu	**15–20**
d) utrata lub zaburzenia powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki:	**1–5**
e) utrata znacznej części nosa lub utrata całkowita (łącznie z kością nosa)	**20–30**
UWAGA: O ile znacznej deformacji nosa towarzyszą blizny nosa, oceniać łącznie wg punktu 20. O ile uszkodzenie nosa, warg, powiek wchodzi w zespół uszkodzeń objętych punktem 19, należy stosować ocenę wg tego punktu (tj. wg punktu19).	
21. Uszkodzenia w obrębie zębów:	
a) utrata częściowa korony zęba bez uszkodzeń miazgi – siekacze lub kły	**1**
b) utrata częściowa korony zęba bez uszkodzeń miazgi – pozostałe zęby	**0,5**
c) utrata częściowa korony zęba z uszkodzeniem miazgi – siekacze lub kły	**1,5**
d) utrata częściowa korony zęba z uszkodzeniem miazgi – pozostałe zęby	**1**
e) całkowita utrata korony zęba z zachowaniem korzenia – siekacze lub kły	**2**
f) całkowita utrata korony zęba z zachowaniem korzenia – pozostałe zęby	**1,5**
g) całkowita utrata zęba – siekacze lub kły	**3**
h) całkowita utrata zęba – pozostałe zęby	**2**
i) pourazowe rozchwianie zęba	**0,5**
22. Uszkodzenia (złamania, zwichnięcia) kości oczodołu, szczęki, kości jarzmowej, żuchwy, stawu skroniowo-żuchwowego – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, niesymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, rozwierania jamy ustnej, zaburzeń czucia:	
a) nieznacznego stopnia	**1–5**
b) średniego stopnia	**5–10**
c) znacznego stopnia	**10–25**

	Procent uszczerbku na zdrowiu
UWAGA W przypadku urazu oczodołu z dwojeniem obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku należy oceniać dodatkowo wg punktu 26 b, w przypadku zaburzeń ostrości wzroku według tabeli 26 a. W przypadku pojawienia się dużych deficytów neurologicznych dotyczących unerwienia twarzy orzekać dodatkowo z punktu właściwego dla danego nerwu. Jeżeli uszkodzeniom kości twarzoczaszki towarzyszy oszpecenie, oceniać jedynie wg punktu 19. W przypadku złamania żuchwy z innymi kośćmi twarzoczaszki, następstwa uszkodzeń żuchwy oceniać oddzielnie od złamania pozostałych kości twarzoczaszki – dodatkowo z punktu 22 lub 23.	
23. Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów – w zależności od wielkości ubytków, oszpecenia i powikłań:	
a) częściowa	**15–35**
b) całkowita	**40–50**
24. Ubytek podniebienia:	
a) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	**10–25**
b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	**25–40**
25. Urazy języka, przedsionka jamy ustnej, warg, ubytki – w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, zaburzeń mowy, trudności w połykaniu:	
a) uszkodzenie języka, uszkodzenia przedsionka jamy ustnej, warg w zależności od wielkości uszkodzeń – zmiany i ubytki niewielkiego stopnia	**1–5**
b) ubytki języka, uszkodzenia przedsionka jamy ustnej i warg – zmiany i ubytki średniego stopnia upośledzające odżywianie	**5–15**
c) duże zmiany i ubytki języka – upośledzające mowę i odżywianie w zależności od stopnia	**15–40**
d) całkowita utrata języka	**50**

B. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

	Procent uszczerbku na zdrowiu
26. Obniżenie ostrości wzroku bądź utrata jednego lub obu oczu:	
a) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obu oczu trwały uszczerbek ocenia się wg tabeli 26a	

Tabela 26a

Ostrość wzroku oka prawego	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
Ostrość wzroku oka lewego	Procent trwałego uszczerbku										
1,0 (10/10)	**0**	**2,5**	**5**	**7,5**	**10**	**12,5**	**15**	**20**	**25**	**30**	**35**
0,9 (9/10)	**2,5**	**5**	**7,5**	**10**	**12,5**	**15**	**20**	**25**	**30**	**35**	**40**
0,8 (8/10)	**5**	**7,5**	**10**	**12,5**	**15**	**20**	**25**	**30**	**35**	**40**	**45**
0,7 (7/10)	**7,5**	**10**	**12,5**	**15**	**20**	**25**	**30**	**35**	**40**	**45**	**50**
0,6 (6/10)	**10**	**12,5**	**15**	**20**	**25**	**30**	**35**	**40**	**45**	**50**	**55**
0,5 (5/10)	**12,5**	**15**	**20**	**25**	**30**	**35**	**40**	**45**	**50**	**55**	**60**
0,4 (4/10)	**15**	**20**	**25**	**30**	**35**	**40**	**45**	**50**	**55**	**60**	**65**
0,3 (3/10)	**20**	**25**	**30**	**35**	**40**	**45**	**50**	**55**	**60**	**65**	**70**
0,2 (2/10)	**25**	**30**	**35**	**40**	**45**	**50**	**55**	**60**	**65**	**70**	**80**
0,1 (1/10)	**30**	**35**	**40**	**45**	**50**	**55**	**60**	**65**	**70**	**80**	**90**
0	**35**	**40**	**45**	**50**	**55**	**60**	**65**	**70**	**80**	**90**	**100**

	Procent uszczerbku na zdrowiu
b) dwojenie obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku	**1–10**
c) utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyłuszczeniem gałki ocznej	**38**
UWAGA: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szkłami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Wartość uszczerbku w punkcie 26 c obejmuje również oszpecenie związane z wyłuszczeniem gałki ocznej.	
27. Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:	
a) jednego oka	**15**
b) obu oczu	**30**
UWAGA: W przypadku pseudosoczewkowatości bez zaburzeń ostrości wzroku oceniać wg punktu 27, w przypadku niedających się skorygować zaburzeń ostrości wzroku wg punktu 34.	
28. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:	
a) z zaburzeniami ostrości wzroku	**wg tabeli 26a**
b) z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej, blizny rogówki – bez zaburzeń ostrości wzroku	**1–5**
29. Uszkodzenie gałki ocznej – wskutek urazów drążących oraz nieusunięte ciało obce oczodołu:	
a) z zaburzeniami ostrości wzroku	**wg tabeli 26a**
b) z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej, blizny rogówki – bez zaburzeń ostrości wzroku	**1–5**
c) nieusunięte ciało obce wewnątrzgałkowe z obniżeniem ostrości wzroku	**wg tabeli 26a + 10%**
d) nieusunięte ciało obce wewnątrzgałkowe bez obniżenia ostrości wzroku	**10**
e) nieusunięte ciało obce oczodołu	**1–5**
30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:	

	Procent uszczerbku na zdrowiu
a) w zależności od zaburzeń ostrości wzroku	**wg tabeli 26a**
b) bez zaburzeń ostrości wzroku	**1–5**
31. Koncentryczne zwężenie pola widzenia oceniać wg poniższej tabeli 31 w zależności od – mniej lub bardziej korzystnej lokalizacji zwężenia pola widzenia:	

Tabela 31

Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepocie drugiego oka
60°	**0**	**0**	**20—35%**
50°	**1—5%**	**10—15%**	**35—45%**
40°	**5—10%**	**15—25%**	**45—55%**
30°	**10—15%**	**25—50%**	**55—70%**
20°	**15—20%**	**50—80%**	**70—85%**
10°	**20—25%**	**80—90%**	**85—95%**
poniżej 10°	**25—35%**	**90— 95%**	**95—100%**

	Procent uszczerbku na zdrowiu
32. Połowicze i inne niedowidzenia:	
a) dwuskroniowe	**60**
b) dwunosowe	**30**
c) jednoimienne	**30**
d) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	**1–5**
33. Bezsoczewkowość bez współistnienia zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:	
a) w jednym oku	**25**
b) w obu oczach	**40**
UWAGA: W przypadku gdy współistnieją niedające się skorygować zaburzenia ostrości wzroku, ocenia się dodatkowo wg tabeli 26a z ograniczeniem do 35% dla jednego oka i 100% za oba oczy.	
34. Pseudosoczewkowość przy współistnieniu niepoddających się korekcji zaburzeń ostrości wzroku:	
a) w jednym oku	**wg tabeli 26a w granicach 15–35**
b) w obu oczach	**wg tabeli 26a w granicach 30–100**
35. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie) – w zależności od stopnia i natężenia:	
a) w jednym oku	**5–10**
b) w obu oczach	**10–15**
36. Odwarstwienie siatkówki jednego oka – oceniać wg tabeli 26a i 31 nie mniej niż:	**15**
37. Jaskra:	
a) bez zaburzeń pola widzenia i ostrości wzroku	**2**

	Procent uszczerbku na zdrowiu
b) z zaburzeniem pola widzenia i ostrości wzroku oceniać wg tabeli ostrości wzroku (poz. 26a) oraz tabeli koncentrycznego zwężenia pola widzenia (poz. 31), z tym zastrzeżeniem, że ogólny procent uszczerbku nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oba oczy.	
38. Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia:	**50–100**
39. Zaćma urazowa — oceniać wg tabeli ostrości wzroku (poz. 26a).	
40. Przewlekłe zapalenie spojówek, uszkodzenia powiek (oparzenia, urazy itp.):	
a) niewielkie zmiany	**1–5**
b) duże zmiany, blizny i zrosty powiek powodujące niedomykalność	**5–10**
UWAGA: Suma orzeczonego uszczerbku na zdrowiu z tytułu uszkodzeń poszczególnych struktur oka nie może przekroczyć wartości uszczerbku przewidzianej za całkowitą utratę wzroku w jednym oku (35%) lub w obu oczach (100%). Jeżeli uraz powiek wchodzi w skład uszkodzeń innych części twarzy, oceniać według punktu 19 lub 22.	

C. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

	Procent uszczerbku na zdrowiu
41. Upośledzenie ostrości słuchu:	
a) Przy upośledzeniu ostrości słuchu trwały uszczerbek ocenia się wg niżej podanej tabeli:	

Tabela 41a

Obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosera (w mod.)				
Ucho prawe / Ucho lewe	0-25 dB	26-40 dB	41-70 dB	Pow. 70 dB
0–25 dB	**0**	**5%**	**10%**	**20%**
26–40 dB	**5%**	**15%**	**20%**	**30%**
41–70 dB	**10%**	**20%**	**30%**	**40%**
pow. 70 dB	**20%**	**30%**	**40%**	**50%**

	Procent uszczerbku na zdrowiu
UWAGA: Oblicza się oddzielnie średnią dla ucha prawego i lewego, biorąc pod uwagę częstotliwości dla 500, 1000 i 2000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 HZ jest większa niż 40 dB, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z czterech progów : 500, 1000, 2000 i 4000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ale próg słyszalności dla 4000 Hz jest lepszy niż dla 2000 Hz, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z trzech progów 500, 1000, 4000 Hz.	

	Procent uszczerbku na zdrowiu
b) pourazowe szumy uszne – w zależności od stopnia nasilenia	**1–5**
UWAGA: Jeżeli szum uszny towarzyszy deficytowi słuchu, należy oceniać wyłącznie według tabeli 41a, natomiast jeżeli towarzyszy zaburzeniom równowagi, to oceniać wg punktu 47.	
42. Urazy małżowiny usznej:	
a) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia) lub utrata części małżowiny – w zależności od stopnia uszkodzeń	**1–10**
b) całkowita utrata jednej małżowiny	**15**
c) całkowita utrata obu małżowin	**30**
43. Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego – jednostronne lub obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu:	**oceniać wg tabeli 41a**
44. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:	
a) jednostronne	**5**
b) obustronne	**10**
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – w zależności od stopnia powikłań:	
a) jednostronne	**5–15**
b) obustronne	**10–20**
46. Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych:	
a) bez upośledzenia słuchu, w zależności od blizn, zniekształceń	**1–5**
b) z upośledzeniem słuchu	**Oceniać wg tabeli 41a**
47. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:	
a) z uszkodzeniem części słuchowej	**Oceniać wg tabeli 41a**
b) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi)	**1–20**
c) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, zaburzenia równowagi utrudniające poruszanie się, nudności, wymioty)	**20–50**
d) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	**30–60**
48. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:	
a) jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia	**10–25**
b) dwustronne	**25–60**

D. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU

	Procent uszczerbku na zdrowiu
49. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji	**5–10**
50. Uszkodzenie lub zwężenie krtani, uszkodzenie nerwów krtaniowych, pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) niewielka okresowa duszność, chrypka	**5–10**
b) świst krtaniowy, duszność przy umiarkowanych wysiłkach, zachłystywanie się	**10–30**
51. Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej:	
a) z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia	**35–50**
b) z bezgłosem.	**60**
52. Uszkodzenie tchawicy – w zależności od stopnia jej zwężenia:	
a) bez niewydolności oddechowej.	**1–10**
b) duszność w trakcie wysiłku fizycznego	**10–20**
c) duszność w trakcie chodzenia po poziomym odcinku drogi wymagająca okresowego zatrzymania się w celu nabrania powietrza	**20–40**
d) duże zwężenie potwierdzone badaniem bronchoskopowym z dusznością spoczynkową	**40–60**
53. Uszkodzenie przełyku:	
a) ze zwężeniem bez zaburzeń w odżywianiu	**1–5**
b) z częściowymi trudnościami w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	**5–30**
c) odżywianie tylko płynami	**50**
d) całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	**80**
54. Uszkodzenie tkanek miękkich skóry, mięśni, naczyń – w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy:	
a) zmiany niewielkiego stopnia	**1–5**
b) zmiany średniego stopnia	**5–15**
c) rozległe blizny, w znacznym stopniu ograniczona ruchomość szyi z niesymetrycznym ustawieniem głowy	**15–30**
UWAGA: Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego oceniać wg punktu 89.	

E. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA

	Procent uszczerbku na zdrowiu
55. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu – w zależności od zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:	
a) zniekształcenia, ubytki i blizny nieograniczające ruchomości klatki piersiowej	**1–5**
b) mierne ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe z niewielkim zmniejszeniem wydolności oddechowej	**5–10**
c) średniego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe ze średnim zmniejszeniem wydolności oddechowej	**10–25**
d) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, rozległe ściągające blizny, duże ubytki mięśniowe ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	**25–40**
UWAGA: Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.	
56. Utrata brodawki:	
a) częściowa w zależności od rozległości blizn	**1–10**
b) całkowita utrata brodawki – w zależności od płci i wieku	**10–15**
UWAGA: Stopień uszczerbku na zdrowiu po całkowitej utracie brodawki oceniać również wg przewidywanej utraty funkcji.	
57. Uszkodzenie lub utrata sutka w zależności od wielkości ubytków i blizn:	
a) częściowe uszkodzenie lub częściowa utrata w zależności od wielkości ubytku.	**5–15**
b) całkowita utrata sutka – w zależności od płci i wieku	**20–25**
c) utrata sutka z częścią mięśnia piersiowego w zależności od płci i wieku	**30–35**
UWAGA: Stopień uszczerbku na zdrowiu po całkowitej utracie sutka oceniać również wg przewidywanej utraty funkcji.	
58. Złamania żeber:	
a) żebra – bez zniekształceń	**1**
b) żeber – bez zniekształceń, bez zmniejszenia wydolności oddechowej	**2–5**
c) żebra lub żeber z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia wydolności oddechowej	**2–10**
d) złamania żeber z miernym ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – z niewielkiego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	**5–10**
e) złamania żeber ze średniego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – ze średniego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej.	**10–25**
f) złamania żeber ze znacznego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej, ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	**25–40**
UWAGA: Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.	
59. Złamanie mostka:	
a) bez zniekształceń	**1–3**
b) z obecnością zniekształceń	**3–10**
60. Złamania żeber lub mostka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami – ocenia się wg poz. 58–59, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o:	**1–15**
61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):	
a) uszkodzenie płuc i opłucnej bez cech niewydolności oddechowej	**1–5**
b) z objawami niewydolności oddechowej niewielkiego stopnia	**5–10**
c) z objawami niewydolności oddechowej średniego stopnia	**10–25**
d) z niewydolnością oddechową znacznego stopnia	**25–40**
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc – w zależności od stopnia niewydolności oddechowej:	**40–80**
UWAGA: Przy ocenie wg punktów 55, 58, 61 i 62 poza badaniem rentgenowskim, uszkodzenia tkanki płucnej i stopnie niewydolności oddechowej muszą być potwierdzone badaniem spirometrycznym i/lub badaniem gazometrycznym. W przypadku gdy następstwa obrażeń klatki piersiowej są oceniane z kilku punktów tabeli, a niewydolność oddechowa towarzyszy tym następstwom, trwały uszczerbek na zdrowiu wynikający ze stopnia niewydolności oddechowej ustala się wyłącznie w oparciu o jeden z tych punktów.	

Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej:

– niewielkiego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 70–80%, FEV1 70–80%, FEV1%VC – 70–80% – w odniesieniu do wartości należnych,
– średniego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 50–70%, FEV1 50–70%, FEV1%VC 50–70% – w odniesieniu do wartości należnych,
– znaczne zmniejszenie wydolności oddechowej – VC poniżej 50%, FEV1 poniżej 50%, FEV1%VC poniżej 50% – w odniesieniu do wartości należnych.

	Procent uszczerbku na zdrowiu
63. Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a) z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości.	**5–10**
b) I klasa NYHA, EF 50–55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości.	**10–20**
c) II klasa NYHA, EF 45%–55% 7–10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	**20–40**
d) III klasa NYHA, EF 35%– 45 %, 5—7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości.	**40–60**
e) IV klasa NYHA, EF <35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	**60–90**
UWAGA: Stopień wydolności układu krążenia musi być oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych podpunktów muszą być spełnione co najmniej dwa kryteria.	

Klasyfikacja NYHA – klasyfikacja Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego wyróżnia następujące stany czynnościowe serca:

Klasa I.	Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.
Klasa II.	Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.
Klasa III.	Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.
Klasa IV.	Choroba serca, która przy jakiejkolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.

Definicja EF – frakcja wyrzutowa lewej komory:

Frakcja wyrzutowa lewej komory – ilość krwi wypływająca z lewej komory do układu krążenia podczas skurczu serca. Frakcja wyrzutowa jest zwykle wyrażana w procentach jako stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Frakcja wyrzutowa określa zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności serca. W przypadku choroby serca prowadzącej do jego niewydolności, frakcja wyrzutowa wynosi zwykle poniżej 50%.

Definicja równoważnika metabolicznego – MET, stosowanego przy ocenie próby wysiłkowej:

MET-y (MET – równoważnik metaboliczny jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu, ok. 3,5 ml tlenu na kilogram masy ciała na minutę) uzyskuje się, dzieląc objętość tlenu (w ml/min) przez iloczyn: masy ciała (w kg) x 3,5. Liczbę 3,5 przyjmuje się jako wartość odpowiadającą zużyciu tlenu w spoczynku i wyraża w mililitrach tlenu na kilogram masy ciała na minutę.

	Procent uszczerbku na zdrowiu
64. Uszkodzenia przepony – rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia:	
a) bez zaburzeń funkcji – np. po leczeniu operacyjnym .	**1–5**
b) zaburzenia niewielkiego stopnia	**5–10**
c) zaburzenia średniego stopnia	**10–20**
d) zaburzenia dużego stopnia	**20–40**

F. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA

	Procent uszczerbku na zdrowiu
65. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki, blizny itp.), okolicy lędźwiowej i krzyżowej – w zależności od charakteru blizn, ubytków, umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia:	
a) blizny, niewielkie ubytki tkanek	**1–5**
b) rozległe przerośnięte, ściągające blizny, ubytki mięśniowe, przetrwałe przepukliny	**5–15**
c) przetoki	**15–30**
UWAGA: Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). Nie podlegają orzekaniu przy ustalaniu następstw nieszczęśliwego wypadku przepukliny, do ujawnienia których doszło w wyniku wysiłku fizycznego lub dźwignięcia ciężaru.	
66. Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:	
a) bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	**1–5**
b) z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywiania	**5–15**
c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywiania	**5–40**
d) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – odżywianie jedynie pozajelitowe	**50**
67. Przetoki jelitowe, kałowe i odbyt sztuczny – w zależności od możliwości zaopatrzenia sprzętem stomijnym i miejscowych powikłań przetoki:	
a) jelita cienkiego	**30–80**
b) jelita grubego	**20–70**
68. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy niepowodujące upośledzenia funkcji innych narządów w zależności od rozległości uszkodzenia naczyń:	**1–10**
69. Uszkodzenie odbytu, zwieracza odbytu:	
a) blizny, zwężenia, niewielkie dolegliwości	**1–5**

	Procent uszczerbku na zdrowiu
b) powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	**60**
70. Uszkodzenia odbytnicy:	
a) pełnościenne uszkodzenie – bez zaburzeń funkcji	**1–5**
b) wypadanie błony śluzowej	**5–10**
c) wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania	**10–30**
71. Uszkodzenia śledziony:	
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	**2**
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	**5**
c) utrata u osób powyżej 18 roku życia	**15**
d) utrata u osób poniżej 18 roku	**20**
72. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki – w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:	
a) bez zaburzeń funkcjonalnych, utrata pęcherzyka żółciowego	**1–5**
b) zaburzenia czynności wątroby w stopniu A wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	**5–15**
c) zaburzenia czynności wątroby w stopniu B wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	**15–40**
d) zaburzenia czynności wątroby w stopniu C wg Childa-Pugha, ciężkie zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki	**20–60**
UWAGA: Przetokę trzustkową oceniać wg ilości wydzielanej treści, stopnia wydolności zewnątrzwydzielniczej oraz zmian wtórnych powłok jamy brzusznej wg punktu 72 b–d. Przetokę żółciową oceniać wg ilości wydzielanej treści oraz zmian wtórnych powłok brzusznych wg punktu 72 b–d. Zwężenia dróg żółciowych orzekać wg częstości nawrotów zapaleń dróg żółciowych oraz zmian wtórnych w wątrobie wg punktu 72 b–d.	

Klasyfikacja Childa-Pugha – w odniesieniu do wartości należnych

Parametr	Liczba punktów		
	1	**2**	**3**
Albumina (g/dl) w sur.	**>3,5**	**2,8–3,5**	**<2,8**
Bilirubina (umol/l) w sur.	**<25**	**25–40**	**>40**
Czas protrombinowy (sek. ponad normę)	**<4**	**4–6**	**>6**
Wodobrzusze	**brak**	**niewielkie**	**nasilone**
Nasilenie encefalopatii	**brak**	**I–II°**	**III–IV°**

GRUPA A – 5–6 pkt, GRUPA B – 7–9 pkt, GRUPA C – 10–15 pkt

G. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH

	Procent uszczerbku na zdrowiu
73. Uszkodzenie nerek:	
a) uszkodzenie nerki bez zaburzeń funkcji (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	**1–5**
b) uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	**10–25**
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej:	**35**
75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki:	**40-75**
76. Uszkodzenie moczowodu, powodujące zwężenie jego światła:	
a) niepowodujące zaburzeń funkcji	**1–5**
b) z zaburzeniem funkcji układu moczowego	**5–20**
77. Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych	
a) bez zaburzeń funkcji	**1–5**
b) niewielkiego i średniego stopnia zaburzenia funkcji	**5–15**
c) znacznego stopnia zaburzenia funkcji	**15–30**
78. Przetoki górnych dróg moczowych, pęcherza moczowego i cewki moczowej:	
a) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu średnim	**10–25**
b) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu znacznym	**25–50**
79. Zwężenia cewki moczowej:	
a) powodujące trudności w oddawaniu moczu, bez nawracających zakażeń	**5–15**
b) z nawracającymi zakażeniami	**15–30**
c) z nietrzymaniem moczu lub zaleganiem moczu	**30–75**
UWAGA: Stopień zaburzeń w oddawaniu moczu powinien być potwierdzony badaniami urodynamicznymi.	
80. Utrata prącia:	**40**
81. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji:	**5–30**
82. Uszkodzenie lub utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w pozostałych punktach tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:	**5–20**
83. Utrata obu jąder lub obu jajników:	**40**

	Procent uszczerbku na zdrowiu
84. Pourazowy wodniak jądra:	
a) wyleczony operacyjnie	**2**
b) w zależności od nasilenia zmian	**2–10**
85. Utrata lub uszkodzenie macicy:	
a) uszkodzenie lub częściowa utrata	**5–20**
b) utrata w wieku do 50 lat	**40**
c) utrata w wieku powyżej 50 lat	**20**
86. Uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy, pośladków:	
a) blizny, ubytki, deformacje	**1–10**
b) wypadanie pochwy	**5–10**
c) wypadanie pochwy i macicy	**30**

H. OSTRE ZATRUCIA, NAGŁE DZIAŁANIA CZYNNIKÓW CHEMICZNYCH, FIZYCZNYCH I BIOLOGICZNYCH

	Procent uszczerbku na zdrowiu
87. Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami i produktami chemicznymi:	
a) ze stwierdzoną utratą przytomności, obserwacją szpitalną, lecz bez trwałych wtórnych powikłań	**1–5**
b) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu średnim	**10–20**
c) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według pozycji odpowiednich dla danego narządu lub układu.	
d) uszkodzenie układu krwiotwórczego	**15–25**
88. Inne następstwa zatruć oraz ogólne następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych (porażenia prądem, porażenia piorunem, następstwa ukąszeń) – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) ze stwierdzoną utratą przytomności, obserwacją szpitalną, lecz bez trwałych wtórnych powikłań	**1–5**
b) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu średnim	**5–15**
c) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według pozycji odpowiednich dla danego narządu lub układu.	
UWAGA: Uszkodzenie wzroku i słuchu oceniać wg odpowiednich tabel 26a, 31, 41. Miejscowe następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych oceniać według punktów odpowiednich dla danej okolicy ciała.	

I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA

	Procent uszczerbku na zdrowiu
89. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a) skręcenie, stłuczenie, niewielkie uszkodzenie aparatu więzadłowego – z przemieszczeniem kręgów poniżej 3 mm lub niestabilność kątowa poniżej 12° – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	**1–5**
b) ze złamaniem blaszki granicznej lub kompresją trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie średniego stopnia, podwichnięcie (potwierdzone czynnościowymi badaniami RTG), stan po usunięciu jądra miażdżystego, usztywnienie operacyjne – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	**5–15**
c) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie dużego stopnia, zwichnięcie, usztywnienie operacyjne – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	**15–40**
d) całkowite zesztywnienie z niekorzystnym ustawieniem głowy	**50**
UWAGA: Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miażdżystego – oceniać według punktu 89 b lub c w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa szyjnego jest zespół bólowy korzeniowy, orzekać wyłącznie według pozycji 95.	
90. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th 1–Th 11):	
a) złamanie blaszki granicznej lub kompresja trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie średniego stopnia, stan po usunięciu jądra miażdżystego – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	**1–10**
b) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie dużego stopnia, zwichnięcie, usztywnienie operacyjne – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	**10–20**
c) całkowite zesztywnienie – w zależności od ustawienia kręgosłupa	**20–30**
UWAGA: Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miażdżystego – oceniać według punktu 90 b lub c w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości.	
91. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym i lędźwiowym (Th12–L5):	
a) skręcenie, stłuczenie, z niewielkim uszkodzeniem aparatu więzadłowego – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	**1–5**

	Procent uszczerbku na zdrowiu
b) złamanie blaszki granicznej lub kompresja trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie średniego stopnia, stan po usunięciu jądra miażdżystego – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	**5–15**
c) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie dużego stopnia, zwichnięcie, usztywnienie operacyjne – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	**15–30**
d) zesztywnienie – w zależności od ustawienia kręgosłupa	**30–40**
UWAGA: Jeżeli złamaniu Th 12 towarzyszy złamanie sąsiedniego kręgu w odcinku piersiowym, oceniać według punktu 91 tabeli. Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miażdżystego oceniać według punktu 91 b lub c w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa lędźwiowego jest zespół bólowy korzeniowy, oceniać wyłącznie według punktu 95. Kręgozmyk rzekomy (zwyrodnieniowy) i prawdziwy (na tle kręgoszczeliny) nie jest traktowany jako następstwo nieszczęśliwego wypadku.	
92. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych lub ościstych kręgu, kości guzicznej:	
a) złamanie jednego wyrostka poprzecznego lub ościstego kręgu, złamanie kości guzicznej	**1–2**
b) mnogie złamanie wyrostków poprzecznych lub ościstych kręgów (w zależności od liczby, stopnia przemieszczenia i ograniczenia ruchomości kręgosłupa)	**2–10**
UWAGA: W przypadku istnienia zespołu bólowego guzicznego w związku ze stłuczeniem lub złamaniem kości guzicznej oceniać wyłącznie wg punktu 95 h.	
93. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych) itp. – ocenia się wg poz. 89–92, zwiększając stopień uszczerbku o	**5–10**
94. Uszkodzenie rdzenia kręgowego:	
a) porażenie kończyn górnych i/lub dolnych 0–1° w skali Lovette'a, głęboki niedowład czterokończynowy 2° w skali Lovette'a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowiczego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z porażeniem kończyn 0–1° w skali Lovette'a	**100**
b) głęboki niedowład kończyn górnych lub dolnych – 2° w skali Lovette'a, niedowład czterokończynowy 3° w skali Lovette'a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowiczego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 2° w skali Lovette'a	**60–80**

	Procent uszczerbku na zdrowiu
c) średniego stopnia niedowład kończyn górnych lub dolnych – 3° w skali Lovette'a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowiczego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 3° w skali Lovette'a, lub połowicze uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym – z niedowładem kończyny dolnej 0–2° w skali Lovette'a	**30–60**
d) niewielki niedowład kończyn górnych i/lub dolnych – 4° w skali Lovette'a z zaburzeniami ze strony zwieraczy i zaburzeniami ze strony narządów płciowych, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowiczego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 4° w skali Lovette'a lub połowicze uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym – z niedowładem kończyny dolnej 3–4° w skali Lovette'a, izolowane zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych, zespół stożka końcowego	**5–40**
e) niewielki niedowład kończyn górnych i/lub dolnych – 4° w skali Lovette'a bez zaburzeń ze strony zwieraczy i narządów płciowych, zaburzeń troficznych	**5–30**
UWAGA: Ocena porażeń zwieraczy i zaburzeń ze strony narządów płciowych wchodzi w zakres oceny punktu 94 a–c.	
95. Urazowe zespoły korzeniowe (bólowe, ruchowe, czuciowe lub mieszane) – w zależności od stopnia:	
a) szyjne bólowe	**2–5**
b) szyjne bez niedowładów – ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	**5–15**
c) szyjne z obecnością niedowładów – w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych	**10–30**
d) piersiowe	**2–10**
e) lędźwiowo-krzyżowe bólowe	**2–5**
f) lędźwiowo-krzyżowe bez niedowładów – ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	**5–15**
g) lędźwiowo-krzyżowe z obecnością niedowładów – w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych	**10–30**
h) guziczne	**2–5**
UWAGA: Zaburzenia stwierdzane w punkcie 95 a–h powinny mieć potwierdzenie w obiektywnej dokumentacji medycznej z leczenia i diagnostyki następstw zdarzenia.	

J. USZKODZENIA MIEDNICY

	Procent uszczerbku na zdrowiu
96. Rozejście spojenia łonowego i/lub zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:	

	Procent uszczerbku na zdrowiu
a) rozejście spojenia łonowego, bez dolegliwości ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, bez zaburzeń chodu	**1–5**
b) rozejście spojenia łonowego z dolegliwościami ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, z zaburzeniami chodu	**5–15**
c) rozejście, zwichnięcie spojenia łonowego ze zwichnięciem stawu krzyżowo-biodrowego leczone operacyjnie w zależności od stopnia zaburzeń chodu	**15–35**
UWAGA: Jeżeli rozejściu spojenia łonowego towarzyszy złamanie kości miednicy, oceniać według punktu 97 lub 99.	
97. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy kończyny dolnej jedno- lub wielomiejscowe – w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu:	
a) w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa , kość łonowa i kulszowa)	**1–20**
b) w odcinku przednim obustronnie	**5–25**
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaignea)	**15–40**
d) w odcinku przednim i tylnym obustronnie	**40–45**
UWAGA: Złamania stabilne kości miednicy, złamania awulsyjne oceniać według punktu 99.	
98. Złamanie panewki stawu biodrowego z centralnym lub bez centralnego zwichnięcia stawu – w zależności od upośledzenia funkcji stawu:	
a) złamanie niewielkiego fragmentu panewki bez zwichnięcia centralnego lub z centralnym zwichnięciem I°	**1–10**
b) pozostałe zwichnięcia centralne i złamania panewki – ze średnim stopniem ograniczenia funkcji	**10–25**
c) pozostałe zwichnięcia centralne i złamania panewki – ze znacznym stopniem ograniczenia funkcji stawu	**25–40**
d) bardzo duże zmiany, zesztywnienie w stawie – w zależności od ustawienia	**40–60**
UWAGA: Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem oceniać wg punktu 143.	
99. Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej:	
a) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej – bez zniekształcenia i bez zaburzenia funkcji	**1–5**
b) mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej – bez zniekształcenia i bez zaburzenia funkcji	**2–7**
c) jednomiejscowe złamanie kości miednicy i/lub kości krzyżowej – ze zniekształceniem i z zaburzeniami funkcji	**3–10**
d) mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej ze zniekształceniem i z zaburzeniami funkcji	**5–20**

	Procent uszczerbku na zdrowiu
UWAGA: Towarzyszące złamaniom uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo wg pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.	

K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ

Obręcz kończyny górnej	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	**Lewa**
100. Złamanie łopatki:		
a) wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem bez większych zaburzeń funkcji kończyny	**1–10**	**1–5**
b) wygojone złamanie łopatki z dużym przemieszczeniem i wyraźnym upośledzeniem funkcji kończyny – w zależności od stopnia zaburzeń	**10–30**	**5–25**
c) wygojone złamanie szyjki i panewki z dużym przemieszczeniem, przykurczem w stawie łopatkowo-ramiennym, z dużymi zanikami mięśni i innymi zmianami	**30–55**	**25–45**
UWAGA: Normy pozycji 100 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.		
101. Stan po złamaniu obojczyka – w zależności od stopnia zniekształcenia i/lub ograniczenia ruchów:		
a) niewielkie zniekształcenie, bez ograniczenia ruchów	**1–3**	**1–2**
b) średniego stopnia zniekształcenie i ograniczenie ruchu miernego stopnia	**3–10**	**2–5**
c) duże zniekształcenie i ograniczenie ruchu	**10–25**	**5–20**
102. Staw rzekomy obojczyka – w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji kończyny:	**10–25**	**5–20**
UWAGA: W przypadku złamania obojczyka powikłanego stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 102.		
103. Podwichnięcie, zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – w zależności od ograniczenia ruchów, stopnia zniekształcenia i upośledzenia funkcji:		
a) nieznaczne zmiany.	**1–5**	**1–3**
b) zmiany średniego stopnia	**5–15**	**3–12**
c) znaczne zmiany	**15–25**	**12–20**
UWAGA: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków złamania obojczyka oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 182, natomiast stopień zniekształcenia obojczyka według pozycji 101–103. W przypadku nienakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 182.		

Obręcz kończyny górnej	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
104. Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych) – ocenia się wg poz. 101–103 – zwiększając stopień trwałego uszczerbku o:	**1–5**	
105. Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego (zwichnięcia, złamania głowy, nasady bliższej kości ramiennej, skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku – w zależności od blizn, ubytków tkanek, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń i zniekształceń:		
a) miernego stopnia	**1–10**	**1–5**
b) średniego stopnia	**10–20**	**5–15**
c) dużego stopnia	**20–30**	**15–25**
106. Zestarzałe nieodprowadzone zwichnięcie stawu łopatkowo-ramiennego w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny:	**20–35**	**15–30**
107. Nawykowe zwichnięcie:		
a) po leczeniu operacyjnym w zależności od ograniczenia ruchomości	**5–25**	**5–20**
b) nieleczone operacyjnie	**25**	**20**
UWAGA: Nawykowego zwichnięcia nie należy traktować jako kolejnego nieszczęśliwego wypadku, lecz jako skutek ostatniego urazowego zwichnięcia stawu łopatkowo-ramiennego. Przy orzekaniu według punktu 107 należy zebrać szczegółowy wywiad w kierunku przebytych wcześniej urazowych zwichnięć w stawie oraz zapoznać się z dodatkową dokumentacją medyczną w celu ustalenia daty ostatniego zwichnięcia urazowego oraz daty pierwszego zwichnięcia nawykowego.		
108. Staw cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości – w zależności od zaburzeń funkcji:	**25–40**	**20–35**
UWAGA: Staw wiotki z powodu porażeń ocenia się wg norm neurologicznych.		
109. Zesztywnienie stawu barkowego:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od ustawienia i funkcji	**20–35**	**15–30**
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	**40**	**35**
110. Bliznowaty przykurcz stawu barkowego – w zależności od zaburzeń czynności stawu: orzekać według punktu 105 lub 109.		

Obręcz kończyny górnej	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
111. Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 105–110, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji:	**1–35**	**1–25**
112. Utrata kończyny w barku:	**75**	**70**
113. Utrata kończyny wraz z łopatką:	**80**	**75**

Ramię	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawe	Lewe
114. Złamanie trzonu kości ramiennej – w zależności od przemieszczeń, ograniczeń ruchu w stawie łopatkowo-ramiennym i łokciowym oraz zaburzeń neurologicznych:		
a) zmiany niewielkiego stopnia	**3–15**	**2–10**
b) zmiany średniego stopnia	**15–30**	**10–25**
c) zmiany dużego stopnia, przewlekłe zapalenie kości, przetoki, brak zrostu, staw rzekomy	**30–55**	**25–50**
115. Uszkodzenia skóry, ubytki mięśni, uszkodzenia ścięgien, naczyń, nerwów ramienia — w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
a) zmiany niewielkie	**1–5**	**1–5**
b) zmiany średnie	**5–10**	**5–10**
c) zmiany duże	**10–50**	**10–45**
UWAGA: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 114.		
116. Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	**70**	**65**
b) przy dłuższych kikutach	**65**	**60**
117. Przepukliny mięśniowe ramienia – w zależności od rozmiarów:	**1–8**	**1–6**

Łokieć	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
118. Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej) — w zależności od zniekształceń i ograniczenia ruchów w stawie łokciowym oraz deficytów neurologicznych:		
a) niewielkie zmiany.	**1–5**	**1–4**
b) średnie zmiany.	**5–15**	**4–10**

Łokieć	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
c) duże zmiany, przewlekłe zapalenie kości, przetoki, brak zrostu, staw rzekomy	15–50	10–45
119. Zesztywnienie stawu łokciowego:		
a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (70–105°)	30	25
b) z brakiem ruchów obrotowych	35	30
c) w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (0°–20°)	50	45
d) w innych ustawieniach – w zależności od przydatności czynnościowej kończyny	30–45	25–40
120. Uszkodzenia łokcia — zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich, skóry oraz zaburzenia neurologiczne — w zależności od blizn, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń, deficytów neurologicznych:		
a) zmiany niewielkiego stopnia	1–5	1–4
b) zmiany średniego stopnia	5–15	4–10
c) zmiany dużego stopnia, przetoki	15–45	10–40
UWAGA: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 118.		
121. Cepowy staw łokciowy – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni:	15–30	10–25
122. Utrata kończyny górnej na poziomie stawu łokciowego:	65	60
UWAGA: Funkcjonalny pełny wyprost stawu łokciowego 0°, pełne zgięcie 140°, supinacja i pronacja 0°–80°.		

Przedramię	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawe	Lewe
123. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka, ruchów obrotowych przedramienia, ruchomości palców i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:		
a) bez lub z niewielkim zniekształceniem bez istotnych zaburzeń ruchomości (np. złamania podokostnowe u dzieci, złamania bez przemieszczenia, izolowane złamania wyrostka rylcowatego)	1–3	1–2
b) średnie zniekształcenia z ograniczeniem ruchomości bez zaburzeń wtórnych	3–10	2–8
c) średnie lub duże zniekształcenia ze średnim ograniczeniem ruchomości, ze zmianami wtórnymi (np. zespół Sudecka i inne)	10–20	8–15

Przedramię	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawe	Lewe
d) bardzo duże zniekształcenia z dużym ograniczeniem ruchów, ze zmianami wtórnymi (np. zespół Sudecka i inne)	20–30	15–25
124. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
a) niewielkie zmiany	1–5	1–4
b) średnie zmiany	5–20	4–15
c) duże zmiany, zmiany wtórne i inne	20–35	15–30
125. Uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń – w zależności od rozmiarów, uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne):		
a) niewielkie zmiany	1–5	1–4
b) średnie zmiany	5–10	4–8
c) znaczne zmiany	10–20	8–15
UWAGA: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktów 123, 124, 126, 127.		
126. Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:		
a) średniego stopnia	10–20	10–15
b) dużego stopnia	20–35	15–30
UWAGA: W przypadku złamania jednej kości przedramienia powikłanej stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 126.		
127. Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:		
a) średniego stopnia	10–25	10–20
b) dużego stopnia	25–40	20–35
UWAGA: W przypadku złamania obu kości przedramienia powikłanych stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 127.		
128. Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 123–127, zwiększając stopień trwałego uszczerbku w zależności od stopnia powikłań:	1–15	1–15
129. Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania:	55–65	50–60

Przedramię	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawe	Lewe
130. Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka:	**55**	**50**

Nadgarstek	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
131. Skręcenie, zwichnięcie w obrębie nadgarstka, złamanie kości nadgarstka (np. kości łódeczkowatej), uszkodzenia skóry, mięśni, naczyń – w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, niestabilności, rozległości uszkodzenia, upośledzenia funkcji, zmian troficznych i innych zmian wtórnych:		
a) niewielkiego stopnia	**1–10**	**1–8**
b) średniego stopnia	**10–20**	**8–15**
c) dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym	**20–30**	**15–25**
132. Całkowite zesztywnienie w obrębie nadgarstka (stawu promieniowo--nadgarstkowego):		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	**15–30**	**10–25**
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	**25–45**	**20–40**
133. Uszkodzenie nadgarstka powikłane głębokimi trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 131–132, zwiększając stopień trwałego uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań:	**1–10**	**1–10**
134. Utrata ręki na poziomie nadgarstka:	**55**	**50**

Śródręcze	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
135. Złamania kości śródręcza, uszkodzenia ścięgien i pozostałych części miękkich (skóry, mięśni, naczyń, nerwów), w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, upośledzenia funkcji ręki i palców oraz innych zmian wtórnych:		
a) niewielkie zmiany	**1–5**	**1–4**
b) średnie zmiany	**5–10**	**4–8**
c) rozległe zmiany	**10–20**	**8–18**

Kciuk	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
136. Utrata w zakresie kciuka – w zależności od rozmiaru ubytku, blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:		
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki, trwała utrata płytki paznokciowej	**1–5**	**1–4**
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego	**5–15**	**4–13**
c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego mniej niż 2/3 długości paliczka	**15–20**	**13–18**
d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego ponad 2/3 jego długości lub utrata obu paliczków bez kości śródręcza	**20-28**	**18-25**
e) utrata obu paliczków z kością śródręcza	**28-35**	**25-33**
137. Inne uszkodzenia kciuka: złamania, zwichnięcia, uszkodzenia mięśni, ścięgien, naczyń, nerwów – w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:		
a) niewielkie zmiany	**1–5**	**1–4**
b) średnie zmiany	**5–15**	**4–13**
c) znaczne zmiany	**15–20**	**13–18**
d) bardzo duże zmiany graniczące z utratą kciuka (dotyczy utraty funkcji)	**20–23**	**18–20**
e) całkowita bezużyteczność kciuka	**25**	**23**
f) rozległe zmiany, graniczące z utratą pierwszej kości śródręcza (dotyczy utraty funkcji)	**25–35**	**23–33**
UWAGA: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka brać pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.		

Palec wskazujący	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
138. Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:		
a) utrata częściowa lub całkowita opuszki, trwała utrata płytki paznokciowej	**1–5**	**1–4**
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego	**5–10**	**4–8**
c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka środkowego	**10–15**	**8-13**
d) utrata dwóch paliczków	**15–20**	**13–18**
e) utrata w obrębie paliczka podstawowego lub utrata trzech paliczków	**20–25**	**18–23**
f) utrata wskaziciela w obrębie lub z kością śródręcza	**25–30**	**23–27**

Palec wskazujący	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
139. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela: złamania, zwichnięcia, uszkodzenia mięśni, ścięgien, naczyń, nerwów – w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki, przykurczów stawów, zesztywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych – w zależności od stopnia:		
a) niewielkie zmiany	**1–5**	**1–4**
b) zmiany średniego stopnia	**5–10**	**4–8**
c) zmiany dużego stopnia	**10–15**	**8–13**
d) zmiany znacznego stopnia, graniczące z utratą wskaziciela (bezużyteczność palca)	**15–20**	**13–18**
e) całkowita bezużyteczność wskaziciela	**23**	**20**

Palec trzeci, czwarty i piąty	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
140. Palec trzeci, czwarty i piąty – w zależności od stopnia uszkodzenia:		
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki lub trwała utrata płytki paznokciowej	**1–2,5**	**1–2**
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego	**2,5–5**	**2–4,5**
c) utrata w obrębie paliczka środkowego lub utrata dwóch paliczków	**5–8**	**4,5–7**
d) utrata w obrębie paliczka podstawowego lub utrata trzech paliczków	**8–10**	**7–8,5**
141. Utrata palców III, IV lub V w obrębie lub z kością śródręcza	**10–15**	**8–13**
UWAGA: Uszkodzenie palca III przy braku lub bezużyteczności wskaziciela ocenia się podwójnie palec trzeci. Palec trzeci może zastąpić wskaziciela, przy jego uszkodzeniu powstaje znaczne upośledzenie funkcji ręki.		
142. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia mięśni, ścięgien, naczyń, nerwów – w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zesztywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych – za każdy palec w zależności od stopnia:		
a) niewielkie zmiany	**1–2,5**	**1–2**
b) zmiany średniego stopnia	**2,5–5**	**2–4,5**
c) zmiany dużego stopnia	**5–8**	**4,5–7**
d) całkowita bezużyteczność	**9**	**8**

Palec trzeci, czwarty i piąty	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
UWAGA: Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców, suma procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę ręki (dla prawej – 55%, dla lewej – 50%).		

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ

Staw biodrowy	Procent uszczerbku na zdrowiu
143. Uszkodzenia stawu biodrowego – zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej – w zależności od zakresu ruchów, przemieszczeń, skrócenia, zniekształceń, zmian wtórnych:	
a) ze zmianami miernego stopnia	**5–10**
b) ze zmianami średniego stopnia	**10–20**
c) dużego stopnia	**20–40**
d) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano, niepowodzenia leczenia operacyjnego – np. biodro wiszące itp.)	**40–65**
e) leczenie uszkodzenia zakończone zabiegiem protezowania stawu w zależności od ograniczenia funkcji	**15–40**
144. Uszkodzenie tkanek miękkich okolicy stawu biodrowego (skóry, mięśni, naczyń, aparatu więzadłowo-torebkowego, nerwów) – w zależności od blizn, ubytków, deficytów neurologicznych, stopnia ograniczenia ruchów:	
a) niewielkiego stopnia	**1–5**
b) średniego stopnia	**5–15**
c) znacznego stopnia	**15–30**
d) bardzo duże zmiany	**30–60**
UWAGA: Według tej pozycji oceniać uszkodzenia bez złamań kości i zwichnięć. W przypadku współistnienia złamań kości lub zwichnięć kości oceniać według punktu 143. W przypadku współistnienia uszkodzenia nerwów obwodowych w okolicy stawu biodrowego oceniać według punktu 144, w zależności od stopnia zaburzeń wykorzystując zakresy procentowe z punktu 182, odpowiadające poszczególnym nerwom (np. w przypadku współistnienia uszkodzenia nerwu kulszowego – zakres 20–60% w punkcie 182 – ocena winna być dokonana z punktu 144 c lub d.	
145. Zesztywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń:	
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	**15–35**
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	**35–60**

Staw biodrowy	Procent uszczerbku na zdrowiu
146. Uszkodzenia w obrębie i okolicy stawu biodrowego powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 143 i 145, zwiększając stopień trwałego uszczerbku w zależności od stopnia powikłań:	**5–15**
147. Utrata kończyny dolnej przez wyłuszczenie jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej – w zależności od zniekształceń, stanu kikuta i możliwości jego oprotezowania:	**75–85**

Udo	Procent uszczerbku na zdrowiu
148. Złamanie kości udowej – w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stawie biodrowym i kolanowym, zaburzeń chodu, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych:	
a) niewielkie zmiany – zrost niepowikłany, bez zaburzeń osi kończyny	**1–15**
b) średnie zmiany – zrost złamania, zaburzenia osi kończyny, skrócenie kończyny od 3 do 6 cm, zaburzenia rotacji kończyny w średnim stopniu upośledzające chód	**15–30**
c) duże zmiany – zrost opóźniony, znaczne zaburzenia osi kończyny, skrócenie kończyny powyżej 6 cm, zaburzenia rotacji kończyny w znacznym stopniu upośledzające chód	**30–40**
149. Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych:	**40-60**
150. Uszkodzenie skóry, mięśni, ścięgien (blizny, ubytki, przepukliny mięśniowe itp.) – w zależności od zaburzeń funkcji itp.:	
a) niewielkiego stopnia	**1–5**
b) średniego stopnia	**5–10**
c) znacznego stopnia	**10–20**
UWAGA: Według tej pozycji oceniać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości oceniać według punktu 148.	
151. Uszkodzenie dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia zaburzeń:	**5–30**

Udo	Procent uszczerbku na zdrowiu
152. Uszkodzenie uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, ciałami obcymi (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), skostnieniem pozaszkieletowym i zmianami neurologicznymi (z wyłączeniem nerwu kulszowego) – ocenia się wg punktu 148–151, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od rozmiarów powikłań o:	**1–20**
153. Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się wg punktu 148–151, zwiększając stopień trwałego uszczerbku – w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o:	**10–65**
UWAGA: Łączny stopień uszczerbku ocenianego wg poz. 148–151 i poz. 153 nie może przekroczyć 70%.	
154. Utrata kończyny – w zależności od długości kikuta i przydatności jego cech do oprotezowania	**50–70**

Kolano	Procent uszczerbku na zdrowiu
155. Złamanie nasad tworzących staw kolanowy i rzepki z lub bez uszkodzenia aparatu więzadłowego – w zależności od zniekształceń, szpotawości, koślawości, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu, zaburzeń statyczno-dynamicznych kończyny i innych zmian:	
a) niewielkie zmiany — możliwość zgięcia do kąta w przedziale 90°–120° i/lub deficyt wyprostu do kąta 5°, mała lub średnia niestabilność prosta lub niewielka rotacyjna	**1–10**
b) średnie zmiany – możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 40° do 90°i/lub deficyt wyprostu do kąta w zakresie 15°–5°, duża niestabilność prosta lub średniego stopnia rotacyjna bądź niewielkiego lub średniego stopnia złożona, zaburzenia osi kończyny	**10–25**
c) duże zmiany – możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 0°–40°i/lub deficyt wyprostu do kąta powyżej 15°, utrwalone duże niestabilności złożone i rotacyjne, znaczne zaburzenia osi kończyny	**25–40**
d) zesztywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnej korzystnej 0–15°	**30**
e) zesztywnienie stawu kolanowego w pozycjach funkcjonalnych niekorzystnych	**30–40**
156. Skręcenia i zwichnięcia stawu kolanowego (w tym zwichnięcie rzepki) z uszkodzeniem aparatu więzadłowo-stawowego (torebki, więzadeł, łąkotek) – w zależności od ograniczenia ruchów, stabilności stawu, wydolności statyczno-dynamicznej kończyny:	

Kolano	Procent uszczerbku na zdrowiu
a) izolowane uszkodzenia łąkotek, stan po leczeniu operacyjnym łąkotek z dobrym efektem, uszkodzenia aparatu więzadłowego bez cech niestabilności – w zależności od stopnia upośledzenia zakresu ruchu	**1–5**
b) uszkodzenia aparatu więzadłowego z lub bez uszkodzenia łąkotek – powodujące małą lub średnią niestabilność prostą, niewielkiego stopnia rotacyjną, stan po leczeniu operacyjnym struktur stawu z dobrym efektem – w zależności od stopnia upośledzenia zakresu ruchu	**1–10**
c) uszkodzeniami aparatu więzadłowego z lub bez uszkodzenia łąkotek, powodujące dużą niestabilność prostą lub średniego stopnia rotacyjną, bądź niewielkiego lub średniego stopnia złożoną – w zależności od upośledzenia zakresu ruchu	**10–25**
d) utrwalone duże niestabilności złożone i rotacyjne, uszkodzenia obu więzadeł krzyżowych, znaczne zaburzenia osi kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia zakresu ruchu	**25–40**
157. Inne uszkodzenia okolicy stawu kolanowego – blizny skóry, ciała obce (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przewlekłe stany zapalne, przetoki i inne zmiany wtórne – w zależności od nasilenia zmian:	
a) niewielkie zmiany	**1–5**
b) średnie zmiany	**5–10**
c) duże zmiany	**10–20**
158. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego:	**65**
UWAGA: Prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprostu do 120° dla zgięcia. Jeżeli zesztywnienie stawu kolanowego jest spowodowane uszkodzeniami innymi niż złamania kości, oceniać według punktu 155 d lub e.	

Podudzie	Procent uszczerbku na zdrowiu
159. Złamanie trzonów kości podudzia jednej lub obu – w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:	
a) niewielkie zmiany – zrost niepowikłany, niewielkie zaburzenia osi kończyny, niewielkie skrócenie	**5–15**
b) średnie zmiany – zrost złamania lub cechy zrostu opóźnionego, zaburzenia osi kończyny w średnim stopniu upośledzające chód	**15–30**
c) bardzo rozległe zmiany kości z towarzyszącymi ograniczeniami funkcji sąsiednich stawów – powikłane przewlekłym zapaleniem kości z przetokami, ubytkami kości, stawem rzekomym, martwicą aseptyczną, zmianami neurologicznymi i innymi zmianami wtórnymi	**30–50**

Podudzie	Procent uszczerbku na zdrowiu
160. Izolowane złamanie strzałki (nie obejmuje kostki bocznej) – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, upośledzenia funkcji kończyny:	**1–5**
UWAGA: W przypadku współistnienia trwałego uszkodzenia nerwu strzałowego, uszczerbek oceniać dodatkowo wg punktu 182 u.	
161. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, nerwów podudzia, ścięgna Achillesa i innych ścięgien – w zależności od rozległości uszkodzenia, zniekształcenia stopy i ograniczeń czynnościowych, zmian neurologicznych, naczyniowych, troficznych i innych:	
a) niewielkie zmiany	**1–5**
b) średnie zmiany	**5–15**
c) znaczne zaburzenia funkcji stopy, duże zmiany neurologiczne	**15–35**
UWAGA: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 159, 160.	
162. Utrata kończyny w obrębie podudzia — w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a) przy długości kikuta do 8 cm, mierząc od szpary stawowej (u dzieci do lat 10 przy długości kikuta do 6 cm)	**60**
b) przy dłuższych kikutach	**40–55**

Staw goleniowo-skokowy i skokowo-piętowy, stopa	Procent uszczerbku na zdrowiu
163. Uszkodzenie stawu goleniowo-skokowego i/lub skokowo-piętowego – skręcenia, stłuczenia, uszkodzenia więzadeł, torebki, uszkodzenia tkanek miękkich, blizny – w zależności od zniekształceń, funkcji stopy, zmian wtórnych i innych powikłań:	
a) następstwa skręceń powodujące niewielkie zaburzenia ruchomości, niewielkie zniekształcenia, blizny, ubytki	**1–2**
b) miernego stopnia zaburzenia ruchomości i zniekształcenie – po częściowym uszkodzeniu więzadeł bez niestabilności w stawach	**2–5**
c) średniego stopnia zaburzenia ruchomości i zniekształcenie – po częściowym uszkodzeniu więzadeł, z niestabilnością w stawach	**5–10**
d) duże zmiany z utrzymującymi się objawami funkcjonalnej niestabilności stawów, po całkowitym rozerwaniu więzadeł	**10–20**

Staw goleniowo-skokowy i skokowo-piętowy, stopa	Procent uszczerbku na zdrowiu
164. Złamania i zwichnięcia kości wchodzących w skład stawu goleniowo – skokowego i/lub skokowo-piętowego, nasad dalszych kości podudzia – w zależności od zniekształceń, ograniczeń ruchomości stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy, zesztywnienia stawów goleniowo-skokowego i/lub skokowo-piętowego – w zależności od utrzymujących się dolegliwości:	
a) niewielkiego stopnia ograniczenie funkcji w obrębie stawów skokowych	**2–5**
b) średniego stopnia zaburzenia funkcji w obrębie stawów skokowych	**5–10**
c) dużego stopnia zaburzenia funkcji w obrębie stawów skokowych lub zesztywnienie w ustawieniu pod kątem zbliżonym do prostego	**10–20**
d) zesztywnienie w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	**20–30**
e) znacznego stopnia zaburzenia funkcji w obrębie stawów skokowych, powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami, martwicą, zmianami troficznymi i innymi zmianami wtórnymi, zesztywnienie w ustawieniu niekorzystnym	**20–40**
UWAGA: Jeżeli złamaniom lub zwichnięciom towarzyszą uszkodzenia więzadłowe, trwały uszczerbek na zdrowiu należy oceniać z punktu 164.	
165. Złamania kości skokowej i/lub piętowej (niewchodzące w zakres punktu 164) – w zależności od utrzymujących się dolegliwości, przemieszczeń, zniekształceń, ustawienia stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych, zmian troficznych i innych powikłań:	
a) niewielkie zmiany	**1–10**
b) średnie zmiany	**10–20**
c) duże zmiany	**20–30**
166. Utrata kości skokowej i/lub piętowej – w zależności od wielkości, blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań:	
a) częściowa utrata	**20–30**
b) całkowita utrata	**30–40**
167. Złamania i zwichnięcia kości stępu w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i innych zmian wtórnych:	
a) niewielkiego stopnia – w zależności od wielkości zaburzeń czynnościowych	**1–5**
b) średniego stopnia – w zależności od wielkości zaburzeń czynnościowych	**5–10**
c) znacznego stopnia lub z innymi powikłaniami – w zależności od wielkości zaburzeń	**10–20**
168. Złamania kości śródstopia – w zależności od przemieszczeń, zniekształcenia stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych i innych zmian:	

Staw goleniowo-skokowy i skokowo-piętowy, stopa	Procent uszczerbku na zdrowiu
a) złamanie jednej kości śródstopia – I lub V	**1–10**
b) złamanie jednej kości śródstopia – II, III lub IV	**1–5**
c) złamanie dwóch kości śródstopia	**2–15**
d) złamanie trzech lub więcej kości śródstopia	**5-20**
169. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 168, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań o:	**1–10**
170. Inne uszkodzenia okolicy stępu i śródstopia – skręcenia, stłuczenia, uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien, naczyń, nerwów – w zależności od rozmiaru blizn, zniekształceń, zmian troficznych, zaburzeń dynamicznych stopy i innych zmian wtórnych:	
a) zmiany niewielkie	**1–5**
b) średnie zmiany	**5–10**
c) duże zmiany	**10–15**
171. Utrata stopy w całości:	**50**
172. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta:	**45**
173. Utrata stopy w stawie Lisfranka:	**35**
174. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia – w zależności od rozległości utraty przodostopia i cech kikuta:	**20–30**

Palce stopy	Procent uszczerbku na zdrowiu
175. Utrata w zakresie palucha – w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, charakteru kikuta, zaburzeń statyki i chodu oraz innych zmian wtórnych:	
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki lub trwała utrata płytki paznokciowej	**1–3**
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego palucha	**3–8**
c) utrata palucha na poziomie paliczka bliższego	**8–14**
d) całkowita utrata palucha	**15**
176. Uszkodzenia palucha – zwichnięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od rozległości blizn, ubytków, zniekształcenia, upośledzenia funkcji stopy:	
a) niewielkie zmiany	**1–3**
b) średnie zmiany	**3–6**
c) duże zmiany z niekorzystnym ustawieniem	**6–10**
177. Utrata palucha wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia:	**15-25**
178. Utrata w zakresie palców II, III, IV i V:	
a) częściowa utrata palca na wysokości paliczka środkowego – za każdy palec	**1**
b) całkowita utrata – za każdy palec	**2**
179. Utrata palca V z kością śródstopia:	**3–15**

Palce stopy	Procent uszczerbku na zdrowiu
180. Utrata palców II, III i IV z kością śródstopia – w zależności od wielkości utraty kości śródstopia, ustawienia stopy i innych zmian wtórnych – za każdy palec:	**3–5**
181. Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwichnięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od rozległości blizn, ubytków, zniekształcenia, ustawienia, stopnia upośledzenia funkcji i liczby uszkodzonych palców orzekać łącznie:	**1–5**
UWAGA: Wartość uszczerbku ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę tego palca.	

M. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH

	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	**Lewa**
182. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:		
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	**5–15**	
b) nerwu piersiowego długiego	**7–15**	**5–10**
c) nerwu pachowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	**3–25**	**2–20**
d) nerwu mięśniowo-skórnego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	**3–25**	**2–20**
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	**3–45**	**2–35**
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	**5–35**	**3–25**
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	**3–25**	**2–20**
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	**2–15**	**1–10**
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	**4–40**	**3–30**
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	**3–20**	**2–15**
k) nerwu łokciowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	**2–25**	**1–20**
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	**10–25**	**5–20**

	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	**Lewa**
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	**15–45**	**10–40**
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	**1–15**	
o) nerwu zasłonowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	**2–20**	
p) nerwu udowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	**2–30**	
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	**3–20**	
r) nerwu sromowego wspólnego	**3–25**	
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy	**20–60**	
t) nerwu piszczelowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	**5–40**	
u) nerwu strzałkowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	**5–30**	
v) splotu lędźwiowo-krzyżowego	**30–70**	
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	**1–10**	
UWAGA: Według punktu 182 ocenia się tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadku współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych, należy stosować ocenę wg punktów dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.		
183. Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną – w zależności od stopnia	**30-50**	
UWAGA: W ocenie tej zawiera się deficyt związany z uszkodzeniem typowym dla danego nerwu.		

UWAGI OGÓLNE:

Przy wielomiejscowych uszkodzeniach kończyny górnej lub dolnej (lub jej części) w ustaleniu ostatecznej wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu należy brać pod uwagę całkowitą funkcję kończyny (lub jej części), a nie tylko wynik matematyczny sumowania procentów trwałego uszczerbku za poszczególne uszkodzenia.
Łączny uszczerbek na zdrowiu związany z uszkodzeniem skóry, mięśni, nerwów, kości nie może przekroczyć wartości za całkowitą utratę kończyny lub części kończyny, której te uszkodzenia dotyczą.
Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany niepowikłanymi bliznami pooperacyjnymi, związanymi z leczeniem narządów i układów, zawiera się w punktach tabeli przewidzianych do oceny uszkodzenia tych narządów lub układów i nie podlega dodatkowemu orzekaniu.
W przypadku, gdy blizny są jedynym trwałym następstwem leczenia lub pojawiły się powikłania w postaci np. bliznowca lub przepukliny, oceniać według odpowiednich punktów tabeli przewidzianych dla uszkodzenia tkanek miękkich.
Uszkodzenie kikuta amputowanych kończyn, wymagające zmiany protezy, reamputacji lub niemożności zastosowania protezy oceniać wg amputacji na wyższym poziomie.
W przypadku uszkodzeń kończyn górnych u osób leworęcznych, stosować ocenę uszczerbku dla kończyny górnej lewej w wysokości uszczerbku, jaka jest przewidziana dla kończyny górnej prawej.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU SPOWODOWANEGO ZAWAŁEM SERCA LUB KRWOTOKIEM ŚRÓDMÓZGOWYM

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU SPOWODOWANEGO ZAWAŁEM SERCA LUB KRWOTOKIEM ŚRÓDMÓZGOWYM

Wersja dokumentu z dnia 18.09.2020 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym, kod warunków: TZGP33 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU. Użyte w OWU definicje mogą odbiegać od powszechnie przyjętego pojęcia, dlatego zwróć na nie szczególną uwagę.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

INFORMACJA O PRODUKCIE

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA – CO UBEZPIECZAMY?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanym zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym zaistniałym w okresie naszej odpowiedzialności.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zawału lub krwotoku śródmózgowego za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ, KOGO UBEZPIECZAMY?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.
Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

JAK DŁUGO TRWA UMOWA?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

GDZIE OBOWIĄZUJE UBEZPIECZENIE?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

JAK I KIEDY PŁACI SIĘ SKŁADKĘ?

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego w umowie zakończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,
- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

GŁÓWNE WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ – CZEGO NIE OBEJMUJE UBEZPIECZENIE?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- zdarzeń będących przyczyną wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- brakiem związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zawałem serca albo krwotokiem śródmózgowym a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu,
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

JAK ROZWIĄZAĆ UMOWĘ?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

WYNAGRODZENIE DYSTRYBUTORA

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

W poniższej tabeli przedstawiamy te postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym, kod warunków TZGP33 (OWU), które wskazują podstawowe warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 pkt 4–5 pkt 17–18 pkt 25 pkt 26–37 pkt 49
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 pkt 22–23 pkt 24 pkt 31–35 pkt 49

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU SPOWODOWANEGO ZAWAŁEM SERCA LUB KRWOTOKIEM ŚRÓDMÓZGOWYM

Kod OWU: TZGP33

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym, uchwałą nr UZ/155/2020 z dnia 13 lipca 2020 (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 18.09.2020 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 października 2020 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
1) **krwotok śródmózgowy** – który jest wynaczynieniem krwi do tkanki nerwowej mózgowia. Odpowiadamy także za taki krwotok śródmózgowy, w którym krew jest obecna w komorach mózgu oraz krwotok podpajęczynówkowy, w którym dochodzi do przebicia krwi do tkanki nerwowej mózgowia lub do komór mózgu oraz udar niedokrwienny, który uległ wtórnemu ukrwotocznieniu;
2) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – to nieodwracalne uszkodzenie strukturalne organu, narządu lub układu bądź też trwałe upośledzenie ich funkcji, które nie ulegnie poprawie pod wpływem leczenia ani rehabilitacji;
3) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
4) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie wskazane w polisie, do którego ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
5) **zawał serca** – który jest uszkodzeniem części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia.
Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:
a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,
b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,
c) nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.
Odpowiadamy również za zawał związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych, o ile w badaniach obrazowych stwierdzono nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego o umiejscowieniu odpowiadającym etiologii niedokrwiennej lub w koronarografii stwierdzono powikłania zabiegu ograniczające przepływ krwi oraz w którym stwierdzono wzrost stężenia troponiny sercowej we krwi do wartości:
a) 5-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z przezskórną interwencją wieńcową lub
b) 10-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z pomostowaniem tętnic wieńcowych.

2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA
– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA
– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ciebie trwałego uszczerbku na zdrowiu, który powstał w wyniku zawału serca lub krwotoku śródmózgowego w okresie naszej ochrony.

5. Jeśli wystąpi u Ciebie trwały uszczerbek na zdrowiu, to za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu wypłacimy świadczenie równe określonemu w polisie procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia zawału serca albo krwotoku śródmózgowego.

ZAWIERANIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

6. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jej trwania.

7. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UMOWY
– czyli jak długo trwa ubezpieczenie

8. Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli ubezpieczenie zawierane jest z nami pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona trwa do najbliższej rocznicy polisy.

PRZEDŁUŻENIE UMOWY
– czyli jak umowa ubezpieczenia się przedłuża

9. Jeśli żadna ze stron umowy, czyli ubezpieczający lub my, nie postanowi inaczej, umowa ubezpieczenia dodatkowego wraz z umową ubezpieczenia podstawowego przedłuża się na kolejny rok automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.

10. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tej umowy.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY
– czyli do kiedy ubezpieczający może się wycofać z umowy ubezpieczenia

11. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.

12. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.

13. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z umowy ubezpieczenia

14. Wypowiedzenie umowy odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.

15. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.

16. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

17. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia pieniężnego.
18. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

19. Wysokość składki za ubezpieczonego zależy od:
1) sumy ubezpieczenia;
2) wysokości świadczenia;
3) częstotliwości jej przekazywania;
4) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do umowy, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

20. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy w polisie.
21. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

22. Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
23. Okres ochrony w tej umowie rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się to ubezpieczenie

24. Nasza odpowiedzialność w tej umowie kończy się:
1) z dniem zakończenia okresu naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy;
3) z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę;
5) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym umowa ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

25. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy Ci świadczenie

26. Jeśli wystąpi u Ciebie zawał serca lub krwotok śródmózgowy, dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego.

27. Możemy dodatkowo:
1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
2) zlecić badania medyczne
– jeśli będzie to potrzebne.

28. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
29. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
30. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 26, 27, 29 dokumentacji.
31. Należy Ci się prawo do wypłaty świadczenia:
1) jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu;
2) maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu z powodu jednego zawału serca lub jednego krwotoku śródmózgowego.

32. Jeśli nie jest możliwe określenie ostatecznej wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu, ustalamy bezsporną część tego uszczerbku, czyli taką, która nie ulegnie zmianie bez względu na dalsze leczenie i rehabilitację i wypłacamy kwotę świadczenia, do której nie było żadnych wątpliwości.
33. Oceny końcowej trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonujemy nie później niż w 24 miesiącu od wystąpienia zawału serca lub krwotoku śródmózgowego. Zmiana wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu po 24 miesiącu od wystąpienia zawału serca lub krwotoku śródmózgowego nie jest podstawą do zmiany wysokości świadczenia.
34. Jeśli wskutek zawału serca lub krwotoku śródmózgowego został uszkodzony organ, narząd lub układ, który był już wcześniej uszkodzony, to wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalamy jako różnicę pomiędzy stanem po zawale serca lub krwotoku śródmózgowym a stanem istniejącym bezpośrednio przed zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym.
35. Wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalamy w oparciu o Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu. Tabela jest załącznikiem do OWU.
36. Gdy ustalamy wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie bierzemy pod uwagę rodzaju pracy ani czynności, jakie wykonujesz.
37. Pieniądze za trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym wypłacamy jednorazowo w pełnej należnej kwocie – z uwzględnieniem pkt 32 i 33.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA, SKIEROWANIE SPRAWY DO SĄDU
– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

38. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.
39. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć:
1) pisemnie – przesyłką pocztową (w rozumieniu ustawy „Prawo pocztowe”) albo osobiście;
2) ustnie – przez telefon, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście, co potwierdzamy protokołem;
3) elektronicznie – na adres: reklamacje@pzu.pl lub za pomocą formularza na pzu.pl.

40. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy najszybciej, jak to możliwe, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia, kiedy ją otrzymaliśmy. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć w ciągu 30 dni, poinformujemy:
1) dlaczego odpowiedź się opóźnia;
2) jakie okoliczności musimy jeszcze ustalić, aby rozpatrzyć sprawę;
3) jaki jest nowy termin naszej odpowiedzi – termin ten nie może być dłuższy niż 60 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy reklamację, skargę lub zażalenie.

41. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy:
1) w postaci papierowej lub
2) pocztą elektroniczną – robimy to na wniosek osoby (podmiotu), która złożyła reklamację.

42. Jeśli po rozpatrzeniu reklamacji:
1) nie uwzględniliśmy zgłoszonych roszczeń albo
2) uwzględniliśmy roszczenia, ale w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację nie wykonaliśmy czynności, do których się zobowiązaliśmy

– osoba fizyczna, która złożyła reklamację, może napisać wniosek w tej sprawie do Rzecznika Finansowego.
43. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.

44. Pozew w sprawach, które wynikają z umów, można złożyć do sądu:
1) według właściwości ogólnej – zgodnie z Kodeksem postępowania cywilnego albo
2) właściwego dla miejsca zamieszkania (lub siedziby) odpowiednio: Twojego, ubezpieczonego lub jego spadkobiercy, uprawnionego z umowy lub jego spadkobiercy.

45. Więcej o reklamacjach można dowiedzieć się z „Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i Rzeczniku Finansowym" oraz z „Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń".

46. Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.

47. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu „Ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich", właściwym dla PZU Życie SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy. Adres jego strony internetowej jest taki: rf.gov.pl.

48. W przypadku umowy direct oraz umowy w systemie uproszczonym, gdzie oferta została wysłana drogą elektroniczną i do zawarcia umowy ubezpieczenia doszło drogą elektroniczną, konsument ma prawo skorzystać z pozasądowego sposobu rozstrzygania sporów i złożyć skargę za pośrednictwem platformy internetowego systemu rozstrzygania sporów (Platforma ODR) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. – adres: http://ec.europa.eu/consumers/odr/. Za działanie Platformy ODR odpowiada Komisja Europejska. Adres poczty elektronicznej do kontaktu z PZU jest następujący: reklamacje@pzu.pl.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

49. W sprawach, których nie reguluje ta umowa, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego wskazanego w polisie, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej" oraz inne przepisy prawa.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

Wersja dokumentu z dnia 1.10.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, kod warunków: TNGP33 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w okresie naszej odpowiedzialności.
Po ukończeniu przez ubezpieczonego 55. roku życia ponosimy odpowiedzialność z tytułu niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji powstałej wyłącznie w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku wystąpienia niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji wypłacimy ubezpieczonemu 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zdarzenia.
Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.
Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

Jak długo trwa umowa?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego zakończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:
- zakończenia naszej odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji,
- upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia,
- upływu okresu za jaki przekazano składkę – w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego,
- upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:
- niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji powstałej po ukończeniu przez ubezpieczonego 55. roku życia, o ile nie jest spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem,
- niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji ubezpieczonego będącej następstwem chorób, które były zdiagnozowane lub leczone lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed początkiem naszej odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego,
- popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą, która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługuje prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.
2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:
   1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
   2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.
3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:
   1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
   2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
   3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.
6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osoba fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, kod warunków TNGP33 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia.
Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 5 OWU § 12 OWU § 16 OWU § 19 OWU § 20 OWU § 21 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 14 – 15 OWU § 16 – 18 OWU § 21 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

Kod warunków: TNGP33

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji zawieranych jako umowy ubezpieczenia dodatkowego do umów wskazanego przez PZU Życie SA grupowego ubezpieczenia na życie zwanego ubezpieczeniem podstawowym.

§ 2

1. Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:
   1) **choroba** – stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego;
   2) **dzień zdarzenia** – pierwszy dzień trwającego nieprzerwanie okresu nieświadczenia pracy wywołanego tą samą chorobą lub tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, będących jedyną i bezpośrednią przyczyną niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, zakończonego wydaniem orzeczenia;
   3) **nieświadczenie pracy** – okres nieświadczenia pracy potwierdzony przez lekarza w odpowiednim druku ZUS;
   4) **niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji** – trwałą i całkowitą niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie oraz do samodzielnej egzystencji, będącą rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby powstałych w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA; trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji oznacza, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy;
   5) **orzeczenie** – orzeczenie lekarskie o trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz do samodzielnej egzystencji wydane przez podmiot uprawniony do orzekania niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji.
2. Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennie, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, używane są w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 5

PZU Życie SA wypłaca świadczenie w przypadku wystąpienia niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA w wysokości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zdarzenia.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 6

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

§ 7

Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 8

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej, z tym że oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia dodatkowego została zawarta.

§ 9

W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres nie jest wymagane ponowne złożenie deklaracji przystąpienia.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 10

1. Zasady odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 11

1. Zasady wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia podstawowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 12

1. Wysokość sumy ubezpieczenia określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest niezmienna przez cały czas trwania umowy.

SKŁADKA

§ 13

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składek oraz liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przystępujących do ubezpieczenia.
2. Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
3. Składka obowiązuje w tej samej wysokości przez cały okres odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego

z uwzględnieniem zmiany ryzyka ubezpieczeniowego związanego z ukończeniem przez ubezpieczonego 55 roku życia.

4. Składka przekazywana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 14

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

§ 15

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:

1) zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym;
2) otrzymania przez PZU Życie SA oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego;
3) wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji;
4) upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia;
5) upływu okresu za jaki przekazano składkę – w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego;
6) upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego;
7) rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 16

Po ukończeniu przez ubezpieczonego 55. roku życia PZU Życie SA ponosi odpowiedzialność z tytułu niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji powstałej wyłącznie w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

§ 17

Odpowiedzialność PZU Życie SA nie obejmuje niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji ubezpieczonego będącej następstwem chorób, które były zdiagnozowane lub leczone lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego.

§ 18

PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego przed początkiem odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego lub powstałej:

1) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
2) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
3) w wyniku wypadku komunikacyjnego, gdy ubezpieczony prowadził pojazd:
   a) nie mając uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu,
   b) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,

   o ile okoliczności, o których mowa pod lit. a lub b, miały wpływ na zajście zdarzenia;
4) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji;
5) w wyniku samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa;
6) bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
7) w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 19

Prawo do świadczenia z tytułu wystąpienia niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji przysługuje ubezpieczonemu.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 20

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:
   1) zgłoszenie roszczenia;
   2) orzeczenie;
   3) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, w szczególności druki ZUS ZLA poświadczające nieświadczenie pracy oraz dokumentację medyczną dotyczącą przyczyny powstania niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji – na życzenie PZU Życie SA.

2. PZU Życie SA decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1, opinii lub orzeczenia wskazanego przez siebie lekarza orzecznika oraz ewentualnie wyników zleconych przez siebie badań medycznych.

3. PZU Życie SA pokrywa koszty orzekania przez wskazanego przez siebie lekarza orzecznika oraz koszty zleconych przez siebie badań medycznych.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 21

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 22

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/340/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 11 lipca 2007 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku, uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku.

2. Niniejsze ogólne warunki wchodzą w życie z dniem 1 listopada 2013 roku.

POSTANOWIENIA DODATKOWE DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

W ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, kod warunków TNGP33, zatwierdzonych uchwałą nr UZ/340/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 11 lipca 2007 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku, uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku, zwanych dalej „OWU", wprowadza się następujące zmiany:

§ 2

1. w § 2 ust. 1 dodaje się pkt 6 w brzmieniu:

„6) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – takie postępowanie medyczne, na które składają się: wywiad chorobowy, fizykalne badanie pacjenta oraz badania dodatkowe, służące ustaleniu rozpoznania lub postępowanie medyczne mające na celu leczenie."

2. § 17 otrzymuje brzmienie:

„1. Odpowiedzialność PZU Życie SA nie obejmuje niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji spowodowanej chorobą, która wystąpiła lub z powodu której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed powstaniem odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego.

2. Wyłączenie z ust. 1 nie dotyczy:
   1) sytuacji, w których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się i zakończyło przed ukończeniem przez ubezpieczonego 18 roku życia;
   2) niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji spowodowanej chorobą, gdy nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiej samej choroby."

§ 3

Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.

§ 4

Niniejsze postanowienia dodatkowe zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/207/2018 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 16 października 2018 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, kod warunków TNGP33.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56, kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

POSTANOWIENIA DODATKOWE NR 2
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

§ 1

W ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, kod warunków TNGP33, zatwierdzonych uchwałą nr UZ/340/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 11 lipca 2007 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku, uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku, zwanych dalej „OWU", wprowadza się następujące zmiany:

§ 2

§ 20 otrzymuje brzmienie:

„**1.** Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:
1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) dokumentację medyczną z przebiegu leczenia, która potwierdza niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji i datę jej wystąpienia lub orzeczenie – jeśli ubezpieczony posiada takie orzeczenie.

2. W przypadku, gdy dokumenty, o których mowa w ust. 1, nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia jest należna, PZU Życie SA może dodatkowo:
1) poprosić o inny dokument, który potwierdza niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji;
2) poprosić o opinię wskazanego przez siebie lekarza;
3) zlecić badania medyczne – jeśli będzie to potrzebne.

3. PZU Życie SA pokrywa koszty orzekania przez wskazanego przez siebie lekarza oraz koszty zleconych przez siebie badań medycznych."

§ 3

Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.

§ 4

Niniejsze postanowienia dodatkowe zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/212/2021 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 16 listopada 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, kod warunków TNGP33.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY

Wersja dokumentu z dnia 18.09.2020 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, o kodzie warunków: CCGP34 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU. Użyte w owu definicje mogą odbiegać od powszechnie przyjętego pojęcia, dlatego zwróć na nie szczególną uwagę.
Zawarcie umowy jest dobrowolne.

INFORMACJA O PRODUKCIE

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA – CO UBEZPIECZAMY?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego.
Zakres ubezpieczenia obejmuje:
- wystąpienie u ubezpieczonego 17 ciężkich chorób wskazanych w OWU (Wariant podstawowy),
- wystąpienie u ubezpieczonego 22 ciężkich chorób wskazanych w OWU (Wariant rozszerzony),
- wystąpienie u ubezpieczonego 31 ciężkich chorób wskazanych w OWU (Wariant podstawowy plus),
- wystąpienie u ubezpieczonego 36 ciężkich chorób wskazanych w OWU (Wariant rozszerzony plus),

które zaistniało w okresie naszej odpowiedzialności.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku wystąpienia ciężkiej choroby w okresie naszej odpowiedzialności wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie pieniężne równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia ciężkiej choroby.
Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ, KOGO UBEZPIECZAMY?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.
Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.
Ubezpieczającemu, który zawarł umowę ubezpieczenia dodatkowego w określonym wariancie, w każdym czasie przysługuje prawo do zmiany wariantu ubezpieczenia na inny wariant.

JAK DŁUGO TRWA UMOWA?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

GDZIE OBOWIĄZUJE UBEZPIECZENIE?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

JAK I KIEDY OPŁACASZ SKŁADKĘ?

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
W przypadku zmiany wariantu – w dniu poprzedzającym początek odpowiedzialności z tytułu nowego wariantu – kończy się nasza odpowiedzialność z tytułu poprzedniego wariantu.

Karencja ma zastosowanie w okresie pierwszych 90 dni, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego. Ponosimy odpowiedzialność jedynie za ciężkie choroby powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nieszczęśliwy wypadek wydarzył się w tym okresie. W przypadku zmiany wariantu okres karencji liczony jest od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego w nowym wariancie, ale tylko w stosunku do odpowiedzialności z tytułu ciężkich chorób nie objętych wariantem poprzednim.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego w umowie zakończy się:
- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego że odstępuje od umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,
- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

GŁÓWNE WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ – CZEGO NIE OBEJMUJE UBEZPIECZENIE?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:
- ponownego wystąpienia danej ciężkiej choroby, która już wystąpiła u ubezpieczonego,
- ponownego wystąpienia nowotworu złośliwego,
- wystąpienia ciężkiej choroby, która nie spełnia definicji ciężkiej choroby wskazanej w OWU.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

JAK ROZWIĄZAĆ UMOWĘ?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

WYNAGRODZENIE DYSTRYBUTORA UBEZPIECZENIA

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

W poniższej tabeli przedstawiamy te postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, kod warunków CCGP34 (OWU), które wskazują podstawowe warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 pkt 4–7 pkt 14 pkt 33–34 pkt 41 pkt 42–46 pkt 58
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 pkt 7 pkt 8–14 pkt 15 pkt 17 pkt 38–39 pkt 40 pkt 58

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY

Kod OWU: CCGP34

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby uchwałą nr UZ/155/2020 z dnia 13 lipca 2020 r. (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 18.09.2020 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 października 2020 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
1) **ciężka choroba** – tylko taka choroba, uraz lub operacja chirurgiczna, które są objęte naszą ochroną. Listę oraz definicje ciężkich chorób znajdziesz w załączniku do tych OWU;
2) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – takie postępowanie medyczne, na które składają się: wywiad chorobowy, fizykalne badanie pacjenta oraz badania dodatkowe, służące ustaleniu rozpoznania lub postępowanie medyczne mające na celu leczenie;
3) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
4) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie wskazane w polisie, do którego ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
5) **wystąpienie ciężkiej choroby** – zaistnienie w okresie naszej ochrony z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następujących okoliczności:
   a) zdiagnozowania – w przypadku: bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, bakteryjnego zapalenia wsierdzia, całkowitej utraty słuchu w obydwu uszach, całkowitej utraty wzroku w obydwu oczach, choroby Creutzfeldta-Jakoba, choroby Huntingtona, choroby neuronu ruchowego (stwardnienia zanikowego bocznego), choroby Parkinsona, ciężkiego oparzenia, kleszczowego zapalenia mózgu, neuroboreliozy, nowotworu złośliwego, schyłkowej niewydolności wątroby, sepsy (posocznicy), stwardnienia rozsianego, tężca, udaru mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym, wścieklizny, zatoru tętnicy płucnej, zawału serca, zgorzeli gazowej,
   b) specjalistycznego leczenia – w przypadku: anemii aplastycznej (niedokrwistości aplastycznej) – rozpoczęcia leczenia immunosupresyjnego, immunostymulacyjnego lub wykonania transplantacji szpiku, gruźlicy – rozpoczęcia leczenia przeciwprątkowego, przewlekłej niewydolności nerek – rozpoczęcia stałej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki,
   c) przeprowadzenia operacji – w przypadku: bąblowca mózgu, chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej, chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej, chirurgicznego leczenia choroby niedokrwiennej serca (by-pass), chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca, niezłośliwego guza mózgu, ropnia mózgu, transplantacji, utraty kończyny, zakażonej martwicy trzustki,
   d) zakażenia – w przypadku: zakażenia wirusem HIV.

2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Ubezpieczenie występuje w czterech wariantach:
1) podstawowym;
2) rozszerzonym;
3) podstawowym plus;
4) rozszerzonym plus.

Zakres wariantów znajdziesz w załączniku do tych OWU.

5. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ciebie w okresie naszej ochrony ciężkiej choroby, która spełnia następujące warunki:
1) jest zgodna z naszą definicją wskazaną w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego;
2) jest w wariancie ubezpieczenia, który obowiązuje w umowie ubezpieczenia (polisie).

6. Wariant ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.

7. Jeśli wystąpi u Ciebie ciężka choroba, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości równej wskazanemu w polisie procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia ciężkiej choroby.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

8. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminów:
1) akty terroru – są to działania indywidualne lub grupowe przeciwko ludności lub mieniu, aby osiągnąć skutki ekonomiczne, polityczne lub społeczne; celem aktów terroru jest wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności, dezorganizacja życia publicznego, funkcjonowania transportu publicznego, zakładów usługowych lub wytwórczych;
2) działania wojenne – są to działania sił zbrojnych, które dążą do rozbicia sił zbrojnych przeciwnika na lądzie, w powietrzu lub na morzu;
3) masowe rozruchy społeczne – są to wystąpienia grupy społecznej przeciw strukturom, które sprawują władzę na mocy prawa; wywołują je: niezadowolenie z sytuacji politycznej, ekonomicznej lub społecznej; masowym rozruchom społecznym zwykle towarzyszą akty przemocy fizycznej;
4) zawodowe uprawianie sportu – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
   a) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
   b) osoby, które uprawiają sporty indywidualne i biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
   c) osoby, które otrzymują wynagrodzenie, a także stypendium lub zwrot kosztów związanych z uprawianiem sportu indywidualnego lub gier zespołowych (diety, zasiłki) – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.

9. Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu ciężkiej choroby, jeśli:
1) wystąpienie ciężkiej choroby jest następstwem nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił:
   a) w wyniku działań wojennych,
   b) gdy ubezpieczony czynnie uczestniczył w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
   c) gdy ubezpieczony usiłował popełnić lub popełnił czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
   d) gdy ubezpieczony uczestniczył w wypadku komunikacyjnym, w którym kierował pojazdem:
      - bez uprawnień,
      - w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości – w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,

      – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście wypadku komunikacyjnego;
   e) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
2) wystąpienie ciężkiej choroby jest następstwem:
   a) samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
   b) bezpośredniego zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia,
   c) użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
   d) uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
   e) zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego.

10. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje także:
1) w przypadku wystąpienia chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej – operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty brzusznej;
2) w przypadku wystąpienia chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej – operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty piersiowej;
3) w przypadku wystąpienia chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca – zabiegów rekonstrukcji ani plastyki nieprawidłowo pracujących elementów zastawek naturalnych;
4) w przypadku wystąpienia choroby Parkinsona – parkinsonizmu objawowego;
5) w przypadku wystąpienia niezłośliwego guza mózgu – torbieli, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, krwiaków mózgu, guzów przysadki mózgowej;
6) w przypadku wystąpienia nowotworu złośliwego:
   a) nowotworów ocenionych w badaniu histopatologicznym jako łagodne, o granicznej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjne lub przedinwazyjne (tzw. in situ),
   b) zmian o cechach dysplazji,
   c) ziarnicy złośliwej w pierwszym stadium,
   d) czerniaka złośliwego skóry opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 oraz wszystkich nowotworów skóry w tym chłoniaka skóry,
   e) brodawkowatego raka tarczycy opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0,
   f) nowotworu złośliwego gruczołu krokowego (prostaty, stercza) opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 lub T1bN0M0,
   g) dysplazji szyjki macicy i nowotworu złośliwego szyjki macicy opisanego wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3,
   h) wszystkich nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV;
7) w przypadku wystąpienia przewlekłej niewydolności nerek – ostrej niewydolności nerek, która jest odwracalna i która wymaga jedynie czasowej dializoterapii;
8) w przypadku wystąpienia schyłkowej niewydolności wątroby – takiej, która jest spowodowana alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla wątroby;
9) w przypadku wystąpienia udaru mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym – takiego, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu lub przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA).

11. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje także:
1) całkowitej utraty słuchu w obydwu uszach, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano nowotwór lub otosklerozę, które były przyczyną utraty słuchu;
2) całkowitej utraty wzroku w obydwu oczach, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano zwyrodnienie plamki żółtej, jaskrę lub cukrzycę, które były przyczyną utraty wzroku;
3) chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano tętniaka aorty brzusznej lub rozwarstwienie aorty brzusznej;
4) chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano tętniaka aorty piersiowej lub rozwarstwienie aorty piersiowej;
5) chirurgicznego leczenia choroby niedokrwiennej serca metodą by-pass, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę niedokrwienną serca lub zawał serca;
6) chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano zastawkową wadę serca, która była przyczyną tego leczenia chirurgicznego;
7) przewlekłej niewydolności nerek, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano kłębuszkowe zapalenie nerek lub wielotorbielowatość nerek;
8) transplantacji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczony został wpisany na listę oczekujących na przeszczep;
9) udaru mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, miażdżycę naczyń mózgowych;
10) utraty kończyny, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano cukrzycę lub miażdżycę tętnic kończyn dolnych, które były przyczyną amputacji;
11) zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano hemofilię;
12) zakażonej martwicy trzustki, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano ostre zapalenie trzustki lub przewlekłe zapalenie trzustki;
13) zatoru tętnicy płucnej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę zakrzepowo-zatorową;
14) zawału serca, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę niedokrwienną serca lub wystąpił zawał serca.

12. Nasza ochrona nie obejmuje ciężkich chorób, wskazanych w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto u ubezpieczonego postępowanie diagnostyczno-lecznicze, zanim rozpoczął się okres naszej ochrony.

13. Wyłączenie z pkt 12 nie dotyczy:
   a) sytuacji, w których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się i zakończyło przed ukończeniem przez ubezpieczonego 18 lat,
   b) ciężkich chorób, w przypadku których nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiej samej ciężkiej choroby.

14. Po wystąpieniu danej ciężkiej choroby nasza ochrona wygasa w zakresie tej choroby. W przypadku nowotworu złośliwego wypłacane jest tylko jedno świadczenie niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów.

KARENCJA
– czyli okres po zawarciu ubezpieczenia oraz przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia, w którym nie ponosimy odpowiedzialności

15. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 90 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.
16. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli ciężka choroba była wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu pierwszych 90 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem wyłączeń z punktu 9.
17. Jeśli zmienisz wariant ubezpieczenia, karencję stosujemy dla tych ciężkich chorób, które nie były objęte naszą ochroną w poprzednim wariancie ubezpieczenia.

ZAWIERANIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

18. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jej trwania.
19. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.
20. Ubezpieczający może wybrać jeden z czterech wariantów ubezpieczenia, to jest: podstawowy, rozszerzony, podstawowy plus, rozszerzony plus.
21. Ubezpieczający może zmienić wariant ubezpieczenia na inny w dowolnym momencie.
22. Aby zmienić wariant ubezpieczenia, ubezpieczający składa wniosek. Nowy wariant ubezpieczenia obowiązuje od 1 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym został złożony wniosek.
23. Jeśli zmieniasz wariant ubezpieczenia, okres naszej ochrony dla poprzedniego wariantu ubezpieczenia kończy się z upływem dnia, po którym rozpocznie się okres naszej ochrony dla nowego wariantu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 17.

CZAS TRWANIA UMOWY
– czyli jak długo trwa ubezpieczenie

24. Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli ubezpieczenie zawierane jest z nami pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona trwa do najbliższej rocznicy polisy.

PRZEDŁUŻENIE UMOWY
– czyli jak umowa ubezpieczenia się przedłuża

25. Jeśli żadna ze stron umowy, czyli ubezpieczający lub my, nie postanowi inaczej, umowa ubezpieczenia dodatkowego wraz z umową ubezpieczenia podstawowego przedłuża się na kolejny rok automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
26. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tej umowy.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY
– czyli do kiedy ubezpieczający może się wycofać z umowy ubezpieczenia

27. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
28. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
29. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z umowy ubezpieczenia

30. Wypowiedzenie umowy odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
31. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
32. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

33. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia pieniężnego.
34. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

35. Wysokość składki za ubezpieczonego:
1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu;
2) zależy od:
   a) sumy ubezpieczenia,
   b) zakresu ubezpieczenia,
   c) wysokości świadczenia,
   d) częstotliwości jej przekazywania,
   e) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do umowy, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

36. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy w polisie.
37. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

38. Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
39. Okres ochrony w tej umowie rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się to ubezpieczenie

40. Nasza odpowiedzialność w tej umowie kończy się:
1) z dniem zakończenia okresu naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy;
3) z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę;
5) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym umowa ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

41. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy Ci świadczenie

42. Jeśli wystąpi u Ciebie ciężka choroba, dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie ciężkiej choroby, w przypadku oparzeń – ich stopień i powierzchnię;
3) taką dokumentację, która potwierdza okoliczności wypadku – w przypadku ciężkiej choroby w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

43. Możemy dodatkowo:
1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
2) zlecić badania medyczne

– jeśli będzie to konieczne dla ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości należnego Ci świadczenia.

44. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.

45. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.

46. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA, SKIEROWANIE SPRAWY DO SĄDU
– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

47. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.

48. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć:
1) pisemnie – przesyłką pocztową (w rozumieniu ustawy „Prawo pocztowe") albo osobiście;
2) ustnie – przez telefon, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście, co potwierdzamy protokołem;
3) elektronicznie – na adres: reklamacje@pzu.pl lub za pomocą formularza na pzu.pl.

49. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy najszybciej, jak to możliwe, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia, kiedy ją otrzymaliśmy. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć w ciągu 30 dni, poinformujemy:
1) dlaczego odpowiedź się opóźnia;
2) jakie okoliczności musimy jeszcze ustalić, aby rozpatrzyć sprawę;
3) jaki jest nowy termin naszej odpowiedzi – termin ten nie może być dłuższy niż 60 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy reklamację, skargę lub zażalenie.

50. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy:
1) w postaci papierowej lub
2) pocztą elektroniczną – robimy to na wniosek osoby (podmiotu), która złożyła reklamację.

51. Jeśli po rozpatrzeniu reklamacji:
1) nie uwzględniliśmy zgłoszonych roszczeń albo
2) uwzględniliśmy roszczenia, ale w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację nie wykonaliśmy czynności, do których się zobowiązaliśmy

– osoba fizyczna, która złożyła reklamację, może napisać wniosek w tej sprawie do Rzecznika Finansowego.

52. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.

53. Pozew w sprawach, które wynikają z niniejszej umowy, można złożyć według przepisów o właściwości ogólnej zgodnie z Kodeksem postępowania cywilnego albo:
1) przez sąd właściwy dla siedziby ubezpieczającego lub miejsca zamieszkania ubezpieczonego lub
2) przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego.

54. Więcej o reklamacjach można dowiedzieć się z „Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i Rzeczniku Finansowym" oraz z „Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń".

55. Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.

56. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu „Ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich", właściwym dla PZU Życie SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy. Adres jego strony internetowej jest taki: rf.gov.pl.

57. W przypadku umowy direct oraz umowy w systemie uproszczonym, gdzie oferta została wysłana drogą elektroniczną i do zawarcia umowy ubezpieczenia doszło drogą elektroniczną, konsument ma prawo skorzystać z pozasądowego sposobu rozstrzygania sporów i złożyć skargę za pośrednictwem platformy internetowego systemu rozstrzygania sporów (Platforma ODR) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. – adres: http://ec.europa.eu/consumers/odr/. Za działanie Platformy ODR odpowiada Komisja Europejska. Adres poczty elektronicznej do kontaktu z PZU jest następujący: reklamacje@pzu.pl.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

58. W sprawach, których nie reguluje ta umowa, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego wskazanego w polisie, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej" oraz inne przepisy prawa.

ZAŁĄCZNIK
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY

1. Za ciężkie choroby objęte naszą odpowiedzialnością uznaje się wyłącznie:

1) **anemię aplastyczną (niedokrwistość aplastyczną)**, która jest przewlekłą i nieodwracalną niewydolnością szpiku, polegającą na zaniku wszystkich linii komórkowych układu granulocytowego, czerwonokrwinkowego i płytkotwórczego. Odpowiadamy wyłącznie za taką anemię aplastyczną, którą rozpoznano na podstawie oceny szpiku kostnego i w przebiegu której zastosowano leczenie immunosupresyjne, immunostymulacyjne lub wykonano transplantację szpiku;
2) **bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych,** które jest zakaźną chorobą bakteryjną układu nerwowego przebiegającą z neurologicznymi objawami zajęcia procesem zapalnym mózgu lub rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
3) **bakteryjne zapalenie wsierdzia,** które jest zapaleniem wsierdzia spowodowanym przez zakażenie bakteryjne. Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie wsierdzia, które wymagało hospitalizacji i dotyczyło własnych zastawek serca lub jam serca, bez obcego materiału i urządzeń medycznych. Rozpoznanie bakteryjnego zapalenia wsierdzia potwierdzają badania mikrobiologiczne identyfikujące bakterie wywołujące zapalenie lub badania obrazowe bądź patomorfologiczne ujawniające uszkodzenie wsierdzia;
4) **bąblowca mózgu,** który jest chorobą zakaźną spowodowaną przez tasiemca bąblowcowego, z zajęciem mózgu. Odpowiadamy wyłącznie za takiego bąblowca mózgu, który wymagał chirurgicznego usunięcia zmian powstałych w mózgu i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
5) **całkowitą utratę słuchu w obydwu uszach**, która jest nieodwracalną utratą zdolności słyszenia w obydwu uszach, powodującą obustronny ubytek słuchu o wartości co najmniej 90dB (obliczony jako uśredniona wartość dla dźwięków pasma mowy);
6) **całkowitą utratę wzroku w obydwu oczach**, która jest nieodwracalną utratą zdolności widzenia w obydwu oczach, powodującą obustronne obniżenie ostrości widzenia poniżej 0,1 (5/50 (mierzonej po korekcji optycznej) lub zmniejszenie pola widzenia poniżej 20 stopni;
7) **chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej,** które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty brzusznej protezą naczyniową. Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowatego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty brzusznej;
8) **chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej,** które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty piersiowej protezą naczyniową. Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowatego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej;
9) **chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass),** które jest metodą polegającą na wszczepieniu pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej;
10) **chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca,** które jest metodą polegającą na leczeniu uszkodzonej własnej zastawki serca. Odpowiadamy wyłącznie za takie chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca, które polega na wymianie naturalnej, chorobowo zmienionej zastawki serca na zastawkę sztuczną lub zastawkę biologiczną;
11) **chorobę Creutzfeldta-Jakoba,** która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego wywołaną przez priony. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Creutzfeldta-Jakoba, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała otępienie i zaburzenia funkcji ruchu;
12) **chorobę Huntingtona,** która jest dziedziczną chorobą ośrodkowego układu nerwowego. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Huntingtona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa na podstawie badania genetycznego i która spowodowała wystąpienie co najmniej jednego z trzech poniższych objawów:
    a) zaburzenia motoryczne,
    b) zaburzenia nastroju,
    c) zaburzenia poznawcze;
13) **chorobę neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne),** która jest neurodegeneracyjną chorobą obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną wybiórczym uszkodzeniem nerwowych komórek ruchowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę neuronu ruchowego, która została rozpoznana przez lekarza neurologa w oparciu o badanie elektromiografii (EMG) i która spowodowała osłabienie lub zanik mięśni oraz ograniczenie ruchów czynnych;
14) **chorobę Parkinsona,** która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną zanikiem komórek nerwowych, mających znaczenie dla funkcji ruchowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Parkinsona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała wystąpienie co najmniej dwóch z trzech poniższych objawów neurologicznych:
    a) drżenie spoczynkowe,
    b) spowolnienie ruchowe,
    c) zwiększone napięcie mięśni;
15) **ciężkie oparzenie,** które jest miejscowym uszkodzeniem skóry i głębiej leżących tkanek spowodowanym czynnikiem termicznym, chemicznym lub elektrycznym. Odpowiadamy wyłącznie za takie ciężkie oparzenie, które wymagało hospitalizacji i obejmowało:
    a) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie II stopnia lub
    b) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II i III stopnia łącznie lub
    c) ponad 15% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie III stopnia;
16) **gruźlicę,** która jest chorobą zakaźną wywołaną przez prątki gruźlicy. Odpowiadamy wyłącznie za taką gruźlicę, która wymagała hospitalizacji i leczenia przeciwprątkowego i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
17) **kleszczowe zapalenie mózgu,** które jest zakaźną chorobą wirusową przenoszoną przez kleszcze, przebiegającą z neurologicznymi objawami objęcia procesem zapalnym mózgu lub rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za takie kleszczowe zapalenie mózgu, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
18) **neuroboreliozę,** która jest chorobą zakaźną spowodowaną przez krętki z rodzaju Borrelia, przebiegającą z zajęciem układu nerwowego. Odpowiadamy wyłącznie za taką neuroboreliozę, która spowodowała co najmniej jeden z poniższych zespołów klinicznych:
    a) zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego,
    b) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
    c) zapalenie nerwu czaszkowego,
    d) zapalenie wielokorzeniowe.

    Rozpoznanie neuroboreliozy i czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;

19) **niezłośliwego guza mózgu,** który jest łagodnym wewnątrzczaszkowym guzem mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych. Odpowiadamy wyłącznie za taki niezłośliwy guz mózgu, który został usunięty lub jeśli ze względów medycznych usunięcie guza nie było możliwe, spowodował on wystąpienie ubytków neurologicznych. Rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu;
20) **nowotwór złośliwy,** który jest niekontrolowanym rozrostem komórek nowotworowych, cechujących się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów. Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy, którego inwazyjny charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym. Odpowiadamy także za rozsianą chorobę nowotworową ze zmianami przerzutowymi, gdy nie pobrano materiału do badania histopatologicznego, ale obraz kliniczny i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do złośliwości procesu nowotworowego;
21) **przewlekłą niewydolność nerek,** która jest trwałym upośledzeniem czynności obu nerek lub jedynej nerki. Odpowiadamy wyłącznie za taką przewlekłą niewydolność nerek, w przebiegu której zastosowano stałą dializoterapię lub wykonano przeszczep nerki;
22) **ropnia mózgu,** który jest miejscowym zakażeniem wewnątrzczaszkowym mającym swój początek w ograniczonym zapaleniu mózgu i prowadzącym do powstania zbiornika ropy wewnątrz unaczynionej torebki. Odpowiadamy wyłącznie za taki ropień mózgu, który został usunięty chirurgicznie z otwarciem czaszki lub wykonano aspirację treści ropnia przez otwór trepanacyjny. Rozpoznanie ropnia mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu;
23) **schyłkową niewydolność wątroby,** która jest końcowym stadium upośledzenia funkcji wątroby. Odpowiadamy wyłącznie za taką schyłkową niewydolność wątroby, która doprowadziła do żółtaczki, wodobrzusza, żylaków przełyku i encefalopatii wątrobowej łącznie;
24) **sepsę (posocznicę)**, która jest ogólnoustrojową, nieswoistą reakcją organizmu na obecne we krwi drobnoustroje oraz ich toksyny. Odpowiadamy wyłącznie za taką sepsę, która doprowadziła do niewydolności co najmniej dwóch z poniższych narządów lub układów:
    a) ośrodkowy układ nerwowy,
    b) układ krążenia,
    c) układ oddechowy,
    d) układ krwiotwórczy,
    e) nerki,
    f) wątroba.

    Rozpoznanie sepsy jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
25) **stwardnienie rozsiane,** które jest chorobą ośrodkowego układu nerwowego z obecnością ubytkowych objawów neurologicznych, powstałych na podłożu rozsianych zmian demielinizacyjnych. Odpowiadamy wyłącznie za takie stwardnienie rozsiane, które zostało ostatecznie rozpoznane przez lekarza neurologa, na podstawie objawów neurologicznych i badania rezonansu magnetycznego, potwierdzających czasowe i lokalizacyjne rozsianie zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym;
26) **tężca,** który jest chorobą zakaźną wywołaną działaniem neurotoksyny produkowanej przez laseczki tężca. Odpowiadamy wyłącznie za taki tężec, który wymagał hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
27) **transplantację,** która jest operacją chirurgiczną przeszczepienia narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego. Odpowiadamy wyłącznie za wykonaną u biorcy transplantację serca, płuca, wątroby lub jej części oraz wykonaną u biorcy allogeniczną transplantację szpiku kostnego;
28) **udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym,** który jest nagłym, ogniskowym lub uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu spowodowanym wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany, które spowodowało trwały ubytek neurologiczny. Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu z ubytkiem neurologicznymi, w którym:
    a) badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub udar mózgu był leczony trombolitycznie oraz
    b) badanie neurologiczne, przeprowadzone 3 miesiące po wystąpieniu udaru mózgu, potwierdziło utrzymywanie się w związku z tym udarem ubytku neurologicznego;
29) **utratę kończyny,** która jest utratą całej kończyny lub jej części. Odpowiadamy wyłącznie za utratę kończyny górnej powyżej nadgarstka lub utratę kończyny dolnej powyżej stawu skokowego, będącą następstwem choroby;
30) **wściekliznę,** która jest chorobą zakaźną wywołaną wirusem wścieklizny lub wirusami pokrewnymi, przebiegającą z objawami zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za taką wściekliznę, która wymagała hospitalizacji i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
31) **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji,** które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności powstałym w związku z transfuzją krwi lub preparatów krwiopochodnych. Odpowiadamy wyłącznie za zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, potwierdzone złożonymi dowodami;
32) **zakażenie wirusem HIV zawodowe,** które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności, powstałym w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych. Zakażenie wirusem HIV zawodowe jest potwierdzone złożonymi dowodami;
33) **zakażoną martwicę trzustki,** która jest martwiczym zakażeniem trzustki lub tkanek okołotrzustkowych w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Odpowiadamy wyłącznie za taką zakażoną martwicę trzustki, w której chirurgicznie usunięto martwicze tkanki trzustki lub tkanki okołotrzustkowe;
34) **zator tętnicy płucnej,** który jest niedrożnością tętnicy płucnej spowodowaną skrzepliną. Odpowiadamy wyłącznie za taki zator tętnicy płucnej, w którym skrzeplina jest umiejscowiona w pniu tętnicy płucnej;
35) **zawał serca,** który jest uszkodzeniem części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia.
    Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:
    a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,
    b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,
    c) nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
    d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.

    Odpowiadamy również za zawał związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych, o ile w badaniach obrazowych stwierdzono nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego o umiejscowieniu odpowiadającym etiologii niedokrwiennej lub w koronarografii stwierdzono powikłania zabiegu ograniczające przepływ krwi oraz w którym stwierdzono wzrost stężenia troponiny sercowej we krwi do wartości:
    a) 5-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z przezskórną interwencją wieńcową lub
    b) 10-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z pomostowaniem tętnic wieńcowych;
36) **zgorzel gazową,** która jest chorobą zakaźną wywołaną przez bakterie z grupy laseczek zgorzeli gazowej, będącą skutkiem ciężkiego zakażenia przyrannego. Odpowiadamy wyłącznie za taką zgorzel gazową, która wymagała hospitalizacji i przebiegała z martwicą mięśni oraz ogólnymi objawami toksemii i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.

2. Poniżej znajdziesz informację, jakie choroby zawiera dany wariant ubezpieczenia.

Zakres ubezpieczenia w WARIANCIE PODSTAWOWYM		Zakres ubezpieczenia w WARIANCIE ROZSZERZONYM		Zakres ubezpieczenia w WARIANCIE PODSTAWOWYM PLUS		Zakres ubezpieczenia w WARIANCIE ROZSZERZONYM PLUS	
1)	anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1)	anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1)	anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1)	anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)
2)	bąblowiec mózgu	2)	bąblowiec mózgu	2)	bąblowiec mózgu	2)	bąblowiec mózgu
3)	chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	3)	chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	3)	chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	3)	chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)
4)	choroba Creutzfeldta-Jakoba	4)	choroba Creutzfeldta-Jakoba	4)	choroba Creutzfeldta-Jakoba	4)	choroba Creutzfeldta-Jakoba
5)	zator tętnicy płucnej	5)	zator tętnicy płucnej	5)	zator tętnicy płucnej	5)	zator tętnicy płucnej
6)	przewlekła niewydolność nerek	6)	przewlekła niewydolność nerek	6)	przewlekła niewydolność nerek	6)	przewlekła niewydolność nerek
7)	nowotwór złośliwy	7)	nowotwór złośliwy	7)	nowotwór złośliwy	7)	nowotwór złośliwy
8)	kleszczowe zapalenie mózgu	8)	kleszczowe zapalenie mózgu	8)	kleszczowe zapalenie mózgu	8)	kleszczowe zapalenie mózgu
9)	ropień mózgu	9)	ropień mózgu	9)	ropień mózgu	9)	ropień mózgu
10)	sepsa (posocznica)	10)	sepsa (posocznica)	10)	sepsa (posocznica)	10)	sepsa (posocznica)
11)	tężec	11)	tężec	11)	tężec	11)	tężec
12)	udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym	12)	udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym	12)	udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym	12)	udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym
13)	wścieklizna	13)	wścieklizna	13)	wścieklizna	13)	wścieklizna
14)	zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji	14)	zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji	14)	zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji	14)	zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji
15)	zakażenie wirusem HIV zawodowe	15)	zakażenie wirusem HIV zawodowe	15)	zakażenie wirusem HIV zawodowe	15)	zakażenie wirusem HIV zawodowe
16)	zawał serca	16)	zawał serca	16)	zawał serca	16)	zawał serca
17)	zgorzel gazowa	17)	zgorzel gazowa	17)	zgorzel gazowa	17)	zgorzel gazowa
		18)	ciężkie oparzenie	18)	neuroborelioza	18)	neuroborelioza
		19)	transplantacja	19)	chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej	19)	chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej
		20)	całkowita utrata wzroku w obydwu oczach	20)	chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej	20)	chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej
		21)	niezłośliwy guz mózgu	21)	gruźlica	21)	gruźlica
		22)	choroba Parkinsona	22)	schyłkowa niewydolność wątroby	22)	schyłkowa niewydolność wątroby
				23)	utrata kończyny	23)	utrata kończyny
				24)	całkowita utrata słuchu w obydwu uszach	24)	całkowita utrata słuchu w obydwu uszach
				25)	chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca	25)	chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca
				26)	choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)	26)	choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)
				27)	choroba Huntingtona	27)	choroba Huntingtona
				28)	bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo – rdzeniowych	28)	bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo – rdzeniowych
				29)	zakażona martwica trzustki	29)	zakażona martwica trzustki
				30)	bakteryjne zapalenie wsierdzia	30)	bakteryjne zapalenie wsierdzia
				31)	stwardnienie rozsiane	31)	stwardnienie rozsiane
						32)	ciężkie oparzenie
						33)	transplantacja
						34)	całkowita utrata wzroku w obydwu oczach
						35)	niezłośliwy guz mózgu
						36)	choroba Parkinsona

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY MAŁŻONKA

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY MAŁŻONKA

Wersja dokumentu z dnia 18.09.2020 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka, kod warunków: MCGP33 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU. Użyte w owu definicje mogą odbiegać od powszechnie przyjętego pojęcia, dlatego zwróć na nie szczególną uwagę.
Zawarcie umowy jest dobrowolne.

INFORMACJA O PRODUKCIE

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA – CO UBEZPIECZAMY?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest wystąpienie ciężkiej choroby małżonka.
Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- wystąpienie u małżonka ubezpieczonego 17 ciężkich chorób wskazanych w OWU (Wariant podstawowy),
- wystąpienie u małżonka ubezpieczonego 22 ciężkich chorób wskazanych w OWU (Wariant rozszerzony),
- wystąpienie u małżonka ubezpieczonego 31 ciężkich chorób wskazanych w OWU (Wariant podstawowy plus),
- wystąpienie u małżonka ubezpieczonego 36 ciężkich chorób wskazanych w OWU (Wariant rozszerzony plus),

które zaistniało w okresie naszej odpowiedzialności.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku wystąpienia ciężkiej choroby w okresie naszej odpowiedzialności wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie pieniężne równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia ciężkiej choroby małżonka.
Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ, KOGO UBEZPIECZAMY?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.
Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.
Ubezpieczającemu, który zawarł umowę ubezpieczenia dodatkowego w określonym wariancie, w każdym czasie przysługuje prawo do zmiany wariantu ubezpieczenia na inny wariant.

JAK DŁUGO TRWA UMOWA?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

GDZIE OBOWIĄZUJE UBEZPIECZENIE?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

JAK I KIEDY OPŁACASZ SKŁADKĘ?

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym. W przypadku zmiany wariantu – w dniu poprzedzającym początek odpowiedzialności z tytułu nowego wariantu – kończy się nasza odpowiedzialność z tytułu poprzedniego wariantu.

Karencja ma zastosowanie w okresie pierwszych 180 dni, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego. Ponosimy odpowiedzialność jedynie za ciężkie choroby małżonka powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nieszczęśliwy wypadek wydarzył się w tym okresie. W przypadku zmiany wariantu okres karencji liczony jest od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego w nowym wariancie, ale tylko w stosunku do odpowiedzialności z tytułu ciężkich chorób nie objętych wariantem poprzednim.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego w umowie zakończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,
- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

GŁÓWNE WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ – CZEGO NIE OBEJMUJE UBEZPIECZENIE?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- ponownego wystąpienia nowotworu złośliwego,
- ponownego wystąpienia danej ciężkiej choroby, która już wystąpiła u małżonka,
- wystąpienia ciężkiej choroby, która nie spełnia definicji ciężkiej choroby wskazanej w OWU.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

JAK ROZWIĄZAĆ UMOWĘ?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

WYNAGRODZENIE DYSTRYBUTORA UBEZPIECZENIA

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

W poniższej tabeli przedstawiamy te postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka, kod warunków MCGP33 (OWU), które wskazują podstawowe warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 pkt 4–7 pkt 14 pkt 33–34 pkt 41 pkt 42–46 pkt 58
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 pkt 7 pkt 8–14 pkt 15 pkt 17 pkt 38–39 pkt 40 pkt 58

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY MAŁŻONKA

Kod OWU: MCGP33

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka uchwałą nr UZ/155/2020 z dnia 13 lipca 2020 r. (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 18.09.2020 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 października 2020 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
1) **ciężka choroba** – tylko taka choroba, uraz lub operacja chirurgiczna, które są objęte naszą ochroną. Listę oraz definicje ciężkich chorób znajdziesz w załączniku do tych OWU;
2) **małżonek** – osoba, która pozostaje z ubezpieczonym w związku małżeńskim i której wiek w dniu wystąpienia u niej ciężkiej choroby nie przekracza 70 lat;
3) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – takie postępowanie medyczne, na które składają się: wywiad chorobowy, fizykalne badanie pacjenta oraz badania dodatkowe, służące ustaleniu rozpoznania lub postępowanie medyczne mające na celu leczenie;
4) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
5) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie wskazane w polisie, do którego ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
6) **wystąpienie ciężkiej choroby** – zaistnienie w okresie naszej ochrony z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następujących okoliczności:
   a) zdiagnozowania – w przypadku: bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, bakteryjnego zapalenia wsierdzia, całkowitej utraty słuchu w obydwu uszach, całkowitej utraty wzroku w obydwu oczach, choroby Creutzfeldta-Jakoba, choroby Huntingtona, choroby neuronu ruchowego (stwardnienia zanikowego bocznego), choroby Parkinsona, ciężkiego oparzenia, kleszczowego zapalenia mózgu, neuroboreliozy, nowotworu złośliwego, schyłkowej niewydolności wątroby, sepsy (posocznicy), stwardnienia rozsianego, tężca, udaru mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym, wścieklizny, zatoru tętnicy płucnej, zawału serca, zgorzeli gazowej,
   b) specjalistycznego leczenia – w przypadku: anemii aplastycznej (niedokrwistości aplastycznej) – rozpoczęcia leczenia immunosupresyjnego, immunostymulacyjnego lub wykonania transplantacji szpiku, gruźlicy – rozpoczęcia leczenia przeciwprątkowego, przewlekłej niewydolności nerek – rozpoczęcia stałej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki,
   c) przeprowadzenia operacji – w przypadku: bąblowca mózgu, chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej, chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej, chirurgicznego leczenia choroby niedokrwiennej serca (by-pass), chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca, niezłośliwego guza mózgu, ropnia mózgu, transplantacji, utraty kończyny, zakażonej martwicy trzustki,
   d) zakażenia – w przypadku: zakażenia wirusem HIV.

2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy zdarzenie w Twoim życiu, którym jest wystąpienie ciężkiej choroby u małżonka.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Ubezpieczenie występuje w czterech wariantach:
1) podstawowym;
2) rozszerzonym;
3) podstawowym plus;
4) rozszerzonym plus.

Zakres wariantów znajdziesz w załączniku do tych OWU.

5. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest wystąpienie u Twojego małżonka w okresie naszej ochrony ciężkiej choroby, która spełnia następujące warunki:
1) jest zgodna z naszą definicją wskazaną w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego;
2) jest w wariancie ubezpieczenia, który obowiązuje w umowie ubezpieczenia (polisie);
3) wystąpiła przed ukończeniem przez małżonka 70 lat.

6. Wariant ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.

7. Jeśli wystąpi u Twojego małżonka ciężka choroba, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości równej wskazanemu w polisie procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia ciężkiej choroby.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

8. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminów:
1) **akty terroru** – są to działania indywidualne lub grupowe przeciwko ludności lub mieniu, aby osiągnąć skutki ekonomiczne, polityczne lub społeczne; celem aktów terroru jest wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności, dezorganizacja życia publicznego, funkcjonowania transportu publicznego, zakładów usługowych lub wytwórczych;
2) **działania wojenne** – są to działania sił zbrojnych, które dążą do rozbicia sił zbrojnych przeciwnika na lądzie, w powietrzu lub na morzu;
3) **masowe rozruchy społeczne** – są to wystąpienia grupy społecznej przeciw strukturom, które sprawują władzę na mocy prawa; wywołują je: niezadowolenie z sytuacji politycznej, ekonomicznej lub społecznej; masowym rozruchom społecznym zwykle towarzyszą akty przemocy fizycznej;
4) **zawodowe uprawianie sportu** – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
   a) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
   b) osoby, które uprawiają sporty indywidualne i biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
   c) osoby, które otrzymują wynagrodzenie, a także stypendium lub zwrot kosztów związanych z uprawianiem sportu indywidualnego lub gier zespołowych (diety, zasiłki) – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.

9. Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu ciężkiej choroby małżonka, jeśli :
1) wystąpienie ciężkiej choroby jest następstwem nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił:
   a) w wyniku działań wojennych,
   b) gdy małżonek czynnie uczestniczył w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
   c) gdy małżonek usiłował popełnić lub popełnił czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
   d) gdy małżonek uczestniczył w wypadku komunikacyjnym, w którym kierował pojazdem:
      - bez uprawnień,
      - w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości – w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,

      – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście wypadku komunikacyjnego;
   e) gdy małżonek był w stanie nietrzeźwości w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
2) wystąpienie ciężkiej choroby jest następstwem:
   a) samookaleczenia się małżonka lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez małżonka,
   b) bezpośredniego zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia,
   c) użycia przez małżonka produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego,
   d) uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
   e) zawodowego uprawiania sportu przez małżonka.

10. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje także:
1) w przypadku wystąpienia chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej – operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty brzusznej;
2) w przypadku wystąpienia chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej – operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty piersiowej;
3) w przypadku wystąpienia chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca – zabiegów rekonstrukcji ani plastyki nieprawidłowo pracujących elementów zastawek naturalnych;
4) w przypadku wystąpienia choroby Parkinsona – parkinsonizmu objawowego;
5) w przypadku wystąpienia niezłośliwego guza mózgu – torbieli, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, krwiaków mózgu, guzów przysadki mózgowej;
6) w przypadku wystąpienia nowotworu złośliwego:
   a) nowotworów ocenionych w badaniu histopatologicznym jako łagodne, o granicznej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjne lub przedinwazyjne (tzw. in situ),
   b) zmian o cechach dysplazji,
   c) ziarnicy złośliwej w pierwszym stadium,
   d) czerniaka złośliwego skóry opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 oraz wszystkich nowotworów skóry w tym chłoniaka skóry,
   e) brodawkowatego raka tarczycy opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0,
   f) nowotworu złośliwego gruczołu krokowego (prostaty, stercza) opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 lub T1bN0M0,
   g) dysplazji szyjki macicy i nowotworu złośliwego szyjki macicy opisanego wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3,
   h) wszystkich nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV;
7) w przypadku wystąpienia przewlekłej niewydolności nerek – ostrej niewydolności nerek, która jest odwracalna i która wymaga jedynie czasowej dializoterapii;
8) w przypadku wystąpienia schyłkowej niewydolności wątroby – takiej, która jest spowodowana alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla wątroby;
9) w przypadku wystąpienia udaru mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym – takiego, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu lub przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA).

11. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje także:
1) całkowitej utraty słuchu w obydwu uszach, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka nowotwór lub otosklerozę, które były przyczyną utraty słuchu;
2) całkowitej utraty wzroku w obydwu oczach, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka zwyrodnienie plamki żółtej, jaskrę lub cukrzycę, które były przyczyną utraty wzroku;
3) chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka tętniaka aorty brzusznej lub rozwarstwienie aorty brzusznej;
4) chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka tętniaka aorty piersiowej lub rozwarstwienie aorty piersiowej;
5) chirurgicznego leczenia choroby niedokrwiennej serca metodą by-pass, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka chorobę niedokrwienną serca lub zawał serca;
6) chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka zastawkową wadę serca, która była przyczyną tego leczenia chirurgicznego;
7) przewlekłej niewydolności nerek, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka kłębuszkowe zapalenie nerek lub wielotorbielowatość nerek;
8) transplantacji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej małżonek został wpisany na listę oczekujących na przeszczep;
9) udaru mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, miażdżycę naczyń mózgowych;
10) utraty kończyny, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka cukrzycę lub miażdżycę tętnic kończyn dolnych, które były przyczyną amputacji;
11) zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka hemofilię;
12) zakażonej martwicy trzustki, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano ostre zapalenie trzustki lub przewlekłe zapalenie trzustki;
13) zatoru tętnicy płucnej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka chorobę zakrzepowo-zatorową;
14) zawału serca, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka chorobę niedokrwienną serca lub wystąpił zawał serca.

12. Nasza ochrona nie obejmuje ciężkich chorób, wskazanych w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto u małżonka postępowanie diagnostyczno-lecznicze, zanim rozpoczął się okres naszej ochrony.

13. Wyłączenie z pkt 12 nie dotyczy:

a) sytuacji, w których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się i zakończyło przed ukończeniem przez małżonka 18 lat,
b) ciężkich chorób, w przypadku których nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiej samej ciężkiej choroby.

14. Po wystąpieniu danej ciężkiej choroby nasza ochrona wygasa w zakresie tej choroby. W przypadku nowotworu złośliwego wypłacane jest tylko jedno świadczenie niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów.

KARENCJA
– czyli okres po zawarciu ubezpieczenia oraz przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia, w którym nie ponosimy odpowiedzialności

15. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 180 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.
16. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli ciężka choroba była wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu pierwszych 180 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem wyłączeń z punktu 9.
17. Jeśli zmienisz wariant ubezpieczenia, karencję stosujemy dla tych ciężkich chorób, które nie były objęte naszą ochroną w poprzednim wariancie ubezpieczenia.

ZAWIERANIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

18. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jej trwania.
19. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.
20. Ubezpieczający może wybrać jeden z czterech wariantów ubezpieczenia, to jest: podstawowy, rozszerzony, podstawowy plus, rozszerzony plus.
21. Ubezpieczający może zmienić wariant ubezpieczenia na inny w dowolnym momencie.
22. Aby zmienić wariant ubezpieczenia, ubezpieczający składa wniosek. Nowy wariant ubezpieczenia obowiązuje od 1 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym został złożony wniosek.
23. Jeśli zmieniasz wariant ubezpieczenia, okres naszej ochrony dla poprzedniego wariantu ubezpieczenia kończy się z upływem dnia, po którym rozpocznie się okres naszej ochrony dla nowego wariantu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 17.

CZAS TRWANIA UMOWY
– czyli jak długo trwa ubezpieczenie

24. Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli ubezpieczenie zawierane jest z nami pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona trwa do najbliższej rocznicy polisy.

PRZEDŁUŻENIE UMOWY
– czyli jak umowa ubezpieczenia się przedłuża

25. Jeśli żadna ze stron umowy, czyli ubezpieczający lub my, nie postanowi inaczej, umowa ubezpieczenia dodatkowego wraz z umową ubezpieczenia podstawowego przedłuża się na kolejny rok automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
26. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tej umowy.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY
– czyli do kiedy ubezpieczający może się wycofać z umowy ubezpieczenia

27. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
28. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
29. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z umowy ubezpieczenia

30. Wypowiedzenie umowy odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
31. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
32. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

33. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia pieniężnego.
34. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

35. Wysokość składki za ubezpieczonego:
1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu;
2) zależy od:
a) sumy ubezpieczenia,
b) zakresu ubezpieczenia,
c) wysokości świadczenia,
d) częstotliwości jej przekazywania,
e) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do umowy, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

36. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy w polisie.
37. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

38. Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
39. Okres ochrony w tej umowie rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się to ubezpieczenie

40. Nasza odpowiedzialność w tej umowie kończy się:
1) z dniem zakończenia okresu naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy;
3) z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę;
5) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;

6) z dniem, w którym umowa ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

41. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy Ci świadczenie

42. Jeśli u Twojego małżonka wystąpi ciężka choroba, dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) zgodę na przetwarzanie danych osobowych Twojego małżonka oraz upoważnienie przez Twojego małżonka kierownictwa placówek zdrowia oraz lekarzy do udzielania nam informacji, w tym do przekazywania nam kopii dokumentacji medycznej, które dotyczą stanu zdrowia Twojego małżonka;
3) Twój akt małżeństwa;
4) taką dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie ciężkiej choroby, w przypadku oparzeń – ich stopień i powierzchnię;
5) taką dokumentację, która potwierdza okoliczności wypadku – w przypadku ciężkiej choroby w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

43. Możemy dodatkowo:
1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
2) zlecić badania medyczne
– jeśli będzie to konieczne dla ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości należnego Ci świadczenia.

44. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.

45. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.

46. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA, SKIEROWANIE SPRAWY DO SĄDU
– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

47. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.

48. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć:
1) pisemnie – przesyłką pocztową (w rozumieniu ustawy „Prawo pocztowe") albo osobiście;
2) ustnie – przez telefon, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście, co potwierdzamy protokołem;
3) elektronicznie – na adres: reklamacje@pzu.pl lub za pomocą formularza na pzu.pl.

49. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy najszybciej, jak to możliwe, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia, kiedy ją otrzymaliśmy. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć w ciągu 30 dni, poinformujemy:
1) dlaczego odpowiedź się opóźnia;
2) jakie okoliczności musimy jeszcze ustalić, aby rozpatrzyć sprawę;
3) jaki jest nowy termin naszej odpowiedzi – termin ten nie może być dłuższy niż 60 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy reklamację, skargę lub zażalenie.

50. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy:
1) w postaci papierowej lub
2) pocztą elektroniczną – robimy to na wniosek osoby (podmiotu), która złożyła reklamację.

51. Jeśli po rozpatrzeniu reklamacji:
1) nie uwzględniliśmy zgłoszonych roszczeń albo
2) uwzględniliśmy roszczenia, ale w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację nie wykonaliśmy czynności, do których się zobowiązaliśmy

– osoba fizyczna, która złożyła reklamację, może napisać wniosek w tej sprawie do Rzecznika Finansowego.

52. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.

53. Pozew w sprawach, które wynikają z niniejszej umowy, można złożyć według przepisów o właściwości ogólnej zgodnie z Kodeksem postępowania cywilnego albo:
1) przez sąd właściwy dla siedziby ubezpieczającego lub miejsca zamieszkania ubezpieczonego lub
2) przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego.

54. Więcej o reklamacjach można dowiedzieć się z „Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i Rzeczniku Finansowym" oraz z „Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń".

55. Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.

56. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu „Ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich", właściwym dla PZU Życie SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy. Adres jego strony internetowej jest taki: rf.gov.pl.

57. W przypadku umowy direct oraz umowy w systemie uproszczonym, gdzie oferta została wysłana drogą elektroniczną i do zawarcia umowy ubezpieczenia doszło drogą elektroniczną, konsument ma prawo skorzystać z pozasądowego sposobu rozstrzygania sporów i złożyć skargę za pośrednictwem platformy internetowego systemu rozstrzygania sporów (Platforma ODR) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. – adres: http://ec.europa.eu/consumers/odr/. Za działanie Platformy ODR odpowiada Komisja Europejska. Adres poczty elektronicznej do kontaktu z PZU jest następujący: reklamacje@pzu.pl.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

58. W sprawach, których nie reguluje ta umowa, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego wskazanego w polisie, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej" oraz inne przepisy prawa.

ZAŁĄCZNIK
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY MAŁŻONKA

1. Za ciężkie choroby objęte naszą odpowiedzialnością uznaje się wyłącznie:

1) **anemię aplastyczną** (niedokrwistość aplastyczną), która jest przewlekłą i nieodwracalną niewydolnością szpiku, polegającą na zaniku wszystkich linii komórkowych układu granulocytowego, czerwonokrwinkowego i płytkotwórczego. Odpowiadamy wyłącznie za taką anemię aplastyczną, którą rozpoznano na podstawie oceny szpiku kostnego i w przebiegu której zastosowano leczenie immunosupresyjne, immunostymulacyjne lub wykonano transplantację szpiku;
2) **bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych**, które jest zakaźną chorobą bakteryjną układu nerwowego przebiegającą z neurologicznymi objawami zajęcia procesem zapalnym mózgu lub rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
3) **bakteryjne zapalenie wsierdzia**, które jest zapaleniem wsierdzia spowodowanym przez zakażenie bakteryjne. Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie wsierdzia, które wymagało hospitalizacji i dotyczyło własnych zastawek serca lub jam serca, bez obcego materiału i urządzeń medycznych. Rozpoznanie bakteryjnego zapalenia wsierdzia potwierdzają badania mikrobiologiczne identyfikujące bakterie wywołujące zapalenie lub badania obrazowe bądź patomorfologiczne ujawniające uszkodzenie wsierdzia;
4) **bąblowca mózgu**, który jest chorobą zakaźną spowodowaną przez tasiemca bąblowcowego, z zajęciem mózgu. Odpowiadamy wyłącznie za takiego bąblowca mózgu, który wymagał chirurgicznego usunięcia zmian powstałych w mózgu i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
5) **całkowitą utratę słuchu** w obydwu uszach, która jest nieodwracalną utratą zdolności słyszenia w obydwu uszach, powodującą obustronny ubytek słuchu o wartości co najmniej 90dB (obliczony jako uśredniona wartość dla dźwięków pasma mowy);
6) **całkowitą utratę wzroku w obydwu oczach**, która jest nieodwracalną utratą zdolności widzenia w obydwu oczach, powodującą obustronne obniżenie ostrości widzenia poniżej 0,1 (5/50 (mierzonej po korekcji optycznej) lub zmniejszenie pola widzenia poniżej 20 stopni;
7) **chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej**, które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty brzusznej protezą naczyniową. Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowatego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty brzusznej;
8) **chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej**, które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty piersiowej protezą naczyniową. Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowatego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej;
9) **chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)**, które jest metodą polegającą na wszczepieniu pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej;
10) **chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca**, które jest metodą polegającą na leczeniu uszkodzonej własnej zastawki serca. Odpowiadamy wyłącznie za takie chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca, które polega na wymianie naturalnej, chorobowo zmienionej zastawki serca na zastawkę sztuczną lub zastawkę biologiczną;
11) **chorobę Creutzfeldta-Jakoba**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego wywołaną przez priony. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Creutzfeldta-Jakoba, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała otępienie i zaburzenia funkcji ruchu;
12) **chorobę Huntingtona**, która jest dziedziczną chorobą ośrodkowego układu nerwowego. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Huntingtona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa na podstawie badania genetycznego i która spowodowała wystąpienie co najmniej jednego z trzech poniższych objawów:
    a) zaburzenia motoryczne,
    b) zaburzenia nastroju,
    c) zaburzenia poznawcze;
13) **chorobę neuronu ruchowego** (stwardnienie zanikowe boczne), która jest neurodegeneracyjną chorobą obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną wybiórczym uszkodzeniem nerwowych komórek ruchowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę neuronu ruchowego, która została rozpoznana przez lekarza neurologa w oparciu o badanie elektromiografii (EMG) i która spowodowała osłabienie lub zanik mięśni oraz ograniczenie ruchów czynnych;
14) **chorobę Parkinsona**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną zanikiem komórek nerwowych, mających znaczenie dla funkcji ruchowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Parkinsona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała wystąpienie co najmniej dwóch z trzech poniższych objawów neurologicznych:
    a) drżenie spoczynkowe,
    b) spowolnienie ruchowe,
    c) zwiększone napięcie mięśni;
15) **ciężkie oparzenie**, które jest miejscowym uszkodzeniem skóry i głębiej leżących tkanek spowodowanym czynnikiem termicznym, chemicznym lub elektrycznym. Odpowiadamy wyłącznie za takie ciężkie oparzenie, które wymagało hospitalizacji i obejmowało:
    a) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie II stopnia lub
    b) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II i III stopnia łącznie lub
    c) ponad 15% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie III stopnia;
16) **gruźlicę**, która jest chorobą zakaźną wywołaną przez prątki gruźlicy. Odpowiadamy wyłącznie za taką gruźlicę, która wymagała hospitalizacji i leczenia przeciwprątkowego i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
17) **kleszczowe zapalenie mózgu**, które jest zakaźną chorobą wirusową przenoszoną przez kleszcze, przebiegającą z neurologicznymi objawami objęcia procesem zapalnym mózgu lub rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za takie kleszczowe zapalenie mózgu, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
18) **neuroboreliozę**, która jest chorobą zakaźną spowodowaną przez krętki z rodzaju Borrelia, przebiegającą z zajęciem układu nerwowego. Odpowiadamy wyłącznie za taką neuroboreliozę, która spowodowała co najmniej jeden z poniższych zespołów klinicznych:
    a) zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego,
    b) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych
    c) zapalenie nerwu czaszkowego,
    d) zapalenie wielokorzeniowe.

    Rozpoznanie neuroboreliozy i czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;

19) **niezłośliwego guza mózgu**, który jest łagodnym wewnątrzczaszkowym guzem mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych. Odpowiadamy wyłącznie za taki niezłośliwy guz mózgu, który został usunięty lub jeśli ze względów medycznych usunięcie guza nie było możliwe, spowodował on wystąpienie ubytków neurologicznych. Rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu;
20) **nowotwór złośliwy**, który jest niekontrolowanym rozrostem komórek nowotworowych, cechujących się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów. Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy, którego inwazyjny charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym. Odpowiadamy także za rozsianą chorobę nowotworową ze zmianami przerzutowymi, gdy nie pobrano materiału do badania histopatologicznego, ale obraz kliniczny i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do złośliwości procesu nowotworowego;
21) **przewlekłą niewydolność nerek**, która jest trwałym upośledzeniem czynności obu nerek lub jedynej nerki. Odpowiadamy wyłącznie za taką przewlekłą niewydolność nerek, w przebiegu której zastosowano stałą dializoterapię lub wykonano przeszczep nerki;
22) **ropnia mózgu**, który jest miejscowym zakażeniem wewnątrzczaszkowym mającym swój początek w ograniczonym zapaleniu mózgu i prowadzącym do powstania zbiornika ropy wewnątrz unaczynionej torebki. Odpowiadamy wyłącznie za taki ropień mózgu, który został usunięty chirurgicznie z otwarciem czaszki lub wykonano aspirację treści ropnia przez otwór trepanacyjny. Rozpoznanie ropnia mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu;
23) **schyłkową niewydolność wątroby**, która jest końcowym stadium upośledzenia funkcji wątroby. Odpowiadamy wyłącznie za taką schyłkową niewydolność wątroby, która doprowadziła do żółtaczki, wodobrzusza, żylaków przełyku i encefalopatii wątrobowej łącznie;
24) **sepsę (posocznicę)**, która jest ogólnoustrojową, nieswoistą reakcją organizmu na obecne we krwi drobnoustroje oraz ich toksyny. Odpowiadamy wyłącznie za taką sepsę, która doprowadziła do niewydolności co najmniej dwóch z poniższych narządów lub układów:
    a) ośrodkowy układ nerwowy,
    b) układ krążenia,
    c) układ oddechowy,
    d) układ krwiotwórczy,
    e) nerki,
    f) wątroba.

    Rozpoznanie sepsy jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
25) **stwardnienie rozsiane**, które jest chorobą ośrodkowego układu nerwowego z obecnością ubytkowych objawów neurologicznych, powstałych na podłożu rozsianych zmian demielinizacyjnych. Odpowiadamy wyłącznie za takie stwardnienie rozsiane, które zostało ostatecznie rozpoznane przez lekarza neurologa, na podstawie objawów neurologicznych i badania rezonansu magnetycznego, potwierdzających czasowe i lokalizacyjne rozsianie zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym;
26) **tężca**, który jest chorobą zakaźną wywołaną działaniem neurotoksyny produkowanej przez laseczki tężca. Odpowiadamy wyłącznie za taki tężec, który wymagał hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
27) **transplantację**, która jest operacją chirurgiczną przeszczepienia narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego. Odpowiadamy wyłącznie za wykonaną u biorcy transplantację serca, płuca, wątroby lub jej części oraz wykonaną u biorcy allogeniczną transplantację szpiku kostnego;
28) **udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym**, który jest nagłym, ogniskowym lub uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu spowodowanym wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany, które spowodowało trwały ubytek neurologiczny. Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu z ubytkiem neurologicznymi, w którym:
    a) badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub udar mózgu był leczony trombolitycznie oraz
    b) badanie neurologiczne, przeprowadzone 3 miesiące po wystąpieniu udaru mózgu, potwierdziło utrzymywanie się w związku z tym udarem ubytku neurologicznego;
29) **utratę kończyny**, która jest utratą całej kończyny lub jej części. Odpowiadamy wyłącznie za utratę kończyny górnej powyżej nadgarstka lub utratę kończyny dolnej powyżej stawu skokowego, będącą następstwem choroby;
30) **wściekliznę**, która jest chorobą zakaźną wywołaną wirusem wścieklizny lub wirusami pokrewnymi, przebiegającą z objawami zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za taką wściekliznę, która wymagała hospitalizacji i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
31) **zakażenie wirusem HIV** w wyniku transfuzji, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności powstałym w związku z transfuzją krwi lub preparatów krwiopochodnych. Odpowiadamy wyłącznie za zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, potwierdzone złożonymi dowodami;
32) **zakażenie wirusem HIV zawodowe**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności, powstałym w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych. Zakażenie wirusem HIV zawodowe jest potwierdzone złożonymi dowodami;
33) **zakażoną martwicę trzustki**, która jest martwiczym zakażeniem trzustki lub tkanek okołotrzustkowych w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Odpowiadamy wyłącznie za taką zakażoną martwicę trzustki, w której chirurgicznie usunięto martwicze tkanki trzustki lub tkanki okołotrzustkowe;
34) **zator tętnicy płucnej**, który jest niedrożnością tętnicy płucnej spowodowaną skrzepliną. Odpowiadamy wyłącznie za taki zator tętnicy płucnej, w którym skrzeplina jest umiejscowiona w pniu tętnicy płucnej;
35) **zawał serca**, który jest uszkodzeniem części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia.

    Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:
    a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,
    b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,
    c) nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
    d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.

    Odpowiadamy również za zawał związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych, o ile w badaniach obrazowych stwierdzono nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego o umiejscowieniu odpowiadającym etiologii niedokrwiennej lub w koronarografii stwierdzono powikłania zabiegu ograniczające przepływ krwi oraz w którym stwierdzono wzrost stężenia troponiny sercowej we krwi do wartości:
    a) 5-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z przezskórną interwencją wieńcową lub
    b) 10-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z pomostowaniem tętnic wieńcowych;
36) **zgorzel gazową**, która jest chorobą zakaźną wywołaną przez bakterie z grupy laseczek zgorzeli gazowej, będącą skutkiem ciężkiego zakażenia przyrannego. Odpowiadamy wyłącznie za taką zgorzel gazową, która wymagała hospitalizacji i przebiegała z martwicą mięśni oraz ogólnymi objawami toksemii i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.

2. Poniżej znajdziesz informację, jakie choroby zawiera dany wariant ubezpieczenia.

Zakres ubezpieczenia w WARIANCIE PODSTAWOWYM		Zakres ubezpieczenia w WARIANCIE ROZSZERZONYM		Zakres ubezpieczenia w WARIANCIE PODSTAWOWYM PLUS		Zakres ubezpieczenia w WARIANCIE ROZSZERZONYM PLUS	
1)	anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1)	anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1)	anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1)	anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)
2)	bąblowiec mózgu	2)	bąblowiec mózgu	2)	bąblowiec mózgu	2)	bąblowiec mózgu
3)	chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	3)	chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	3)	chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	3)	chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)
4)	choroba Creutzfeldta-Jakoba	4)	choroba Creutzfeldta-Jakoba	4)	choroba Creutzfeldta-Jakoba	4)	choroba Creutzfeldta-Jakoba
5)	zator tętnicy płucnej	5)	zator tętnicy płucnej	5)	zator tętnicy płucnej	5)	zator tętnicy płucnej
6)	przewlekła niewydolność nerek	6)	przewlekła niewydolność nerek	6)	przewlekła niewydolność nerek	6)	przewlekła niewydolność nerek
7)	nowotwór złośliwy	7)	nowotwór złośliwy	7)	nowotwór złośliwy	7)	nowotwór złośliwy
8)	kleszczowe zapalenie mózgu	8)	kleszczowe zapalenie mózgu	8)	kleszczowe zapalenie mózgu	8)	kleszczowe zapalenie mózgu
9)	ropień mózgu	9)	ropień mózgu	9)	ropień mózgu	9)	ropień mózgu
10)	sepsa (posocznica)	10)	sepsa (posocznica)	10)	sepsa (posocznica)	10)	sepsa (posocznica)
11)	tężec	11)	tężec	11)	tężec	11)	tężec
12)	udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym	12)	udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym	12)	udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym	12)	udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym
13)	wścieklizna	13)	wścieklizna	13)	wścieklizna	13)	wścieklizna
14)	zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji	14)	zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji	14)	zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji	14)	zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji
15)	zakażenie wirusem HIV zawodowe	15)	zakażenie wirusem HIV zawodowe	15)	zakażenie wirusem HIV zawodowe	15)	zakażenie wirusem HIV zawodowe
16)	zawał serca	16)	zawał serca	16)	zawał serca	16)	zawał serca
17)	zgorzel gazowa	17)	zgorzel gazowa	17)	zgorzel gazowa	17)	zgorzel gazowa
		18)	ciężkie oparzenie	18)	neuroborelioza	18)	neuroborelioza
		19)	transplantacja	19)	chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej	19)	chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej
		20)	całkowita utrata wzroku w obydwu oczach	20)	chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej	20)	chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej
		21)	niezłośliwy guz mózgu	21)	gruźlica	21)	gruźlica
		22)	choroba Parkinsona	22)	schyłkowa niewydolność wątroby	22)	schyłkowa niewydolność wątroby
				23)	utrata kończyny	23)	utrata kończyny
				24)	całkowita utrata słuchu w obydwu uszach	24)	całkowita utrata słuchu w obydwu uszach
				25)	chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca	25)	chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca
				26)	choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)	26)	choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)
				27)	choroba Huntingtona	27)	choroba Huntingtona
				28)	bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo – rdzeniowych	28)	bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo – rdzeniowych
				29)	zakażona martwica trzustki	29)	zakażona martwica trzustki
				30)	bakteryjne zapalenie wsierdzia	30)	bakteryjne zapalenie wsierdzia
				31)	stwardnienie rozsiane	31)	stwardnienie rozsiane
						32)	ciężkie oparzenie
						33)	transplantacja
						34)	całkowita utrata wzroku w obydwu oczach
						35)	niezłośliwy guz mózgu
						36)	choroba Parkinsona

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO

Wersja dokumentu z dnia 1.10.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, kod warunków: LSGP32 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

INFORMACJA O PRODUKCIE

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego.
Zakres ubezpieczenia obejmuje:
- pobyt w szpitalu spowodowany chorobą,
- pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, zaistniałe w okresie naszej odpowiedzialności.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

Świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany chorobą albo nieszczęśliwym wypadkiem wypłacimy ubezpieczonemu, jeśli pobyt w szpitalu trwał co najmniej 4 kolejne dni oraz nie dłużej niż 90 dni w ciągu roku kalendarzowego.
Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.
Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

Jak długo trwa umowa?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy opłacasz składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

W umowie ma zastosowanie 30-dniowa karencja. W okresie pierwszych 30 dni, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do pobytu w szpitalu spowodowanego leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie naszej odpowiedzialności.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego zakończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:
- zakończenia naszej odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia,
- upływu okresu, za jaki przekazano składkę, w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego,
- upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:
- pobytu w szpitalu który trwał mniej, niż 4 dni,
- w związku z rehabilitacją, z wyjątkiem pierwszego pobytu w szpitalu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego naszą odpowiedzialnością pobytu ubezpieczonego w szpitalu, związanego – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą,
- pobytu w szpitalu nie spowodowanego chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą, która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługuje prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.
2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:
   1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
   2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.
3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:
   1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
   2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
   3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.
6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osoba fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, kod warunków LSGP32 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia.
Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 5 OWU § 12 OWU § 17 – 18 OWU § 20 OWU § 21 – 22 OWU § 23 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 14 – 15 OWU § 16 – 19 OWU § 23 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO

Kod warunków: LSGP32

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego zawieranych jako umowy ubezpieczenia dodatkowego do umów wskazanego przez PZU Życie SA grupowego ubezpieczenia na życie zwanego ubezpieczeniem podstawowym.

§ 2

1. Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:
   1) **choroba** – stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego powodujący konieczność leczenia szpitalnego;
   2) **leczenie szpitalne** – leczenie stacjonarne stanów nagłych, w których odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia lub leczenie stanów, w których nie można uzyskać celu leczniczego podczas leczenia ambulatoryjnego;
   3) **pobyt w szpitalu** – całodobowy pobyt ubezpieczonego w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w celu leczenia szpitalnego, trwający nieprzerwanie dłużej niż 3 dni;
   4) **szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego.
2. Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennie, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, używane są w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA:
1) pobyt w szpitalu spowodowany chorobą;
2) pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 5

1. PZU Życie SA wypłaca świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu w wysokości 0,5% sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli pobyt w szpitalu jest pierwszym pobytem spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem i rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, PZU Życie SA wypłaca świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu w wysokości 1% sumy ubezpieczenia w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu.
3. Wysokość należnego świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu pobytu w szpitalu.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 6

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

§ 7

Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 8

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej, z tym że oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia dodatkowego została zawarta.

§ 9

W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres nie jest wymagane ponowne złożenie deklaracji przystąpienia.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 10

1. Zasady odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 11

1. Zasady wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia podstawowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 12

1. Wysokość sumy ubezpieczenia określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.

2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest niezmienna przez cały czas trwania umowy.

SKŁADKA

§ 13

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składek oraz liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przystępujących do ubezpieczenia.
2. Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
3. Składka przekazywana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 14

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

§ 15

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:

1) zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym;
2) otrzymania przez PZU Życie SA oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego;
3) upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia;
4) upływu okresu, za jaki przekazano składkę, w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego;
5) upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego;
6) rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 16

W okresie pierwszych 30 dni, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego (karencja), PZU Życie SA ponosi odpowiedzialność jedynie z tytułu pobytu w szpitalu spowodowanego leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

§ 17

PZU Życie SA wypłaca ubezpieczonemu świadczenie maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy, trwającym między rocznicami polisy.

§ 18

Jeżeli nieszczęśliwy wypadek miał miejsce przed początkiem odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego, świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu spowodowanego następstwami tego wypadku będzie wypłacone w wysokości określonej w § 5 ust. 1.

§ 19

1. PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu, który rozpoczął się przed początkiem odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego lub konieczność którego powstała:
   1) w wyniku działań wojennych, katastrof powodujących skażenie promieniotwórcze, chemiczne bądź biologiczne oraz czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
   2) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   3) w wyniku wypadku komunikacyjnego, gdy ubezpieczony prowadził pojazd:
      a) nie mając uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu,
      b) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,

      o ile okoliczności, o których mowa pod lit. a lub b, miały wpływ na zajście zdarzenia;
   4) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku;
   5) w wyniku samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa;
   6) bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
   7) w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
   8) w wyniku padaczki, z wyłączeniem padaczki objawowej będącej objawem innej choroby, oraz wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
   9) w wyniku chorób spowodowanych obniżeniem odporności organizmu w przebiegu zakażenia wirusem HIV;
   10) w związku z leczeniem i zabiegami stomatologicznymi, chyba że wynikają one z konieczności leczenia obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
   11) w związku z wykonywaniem badań lekarskich, dodatkowych badań medycznych służących ustaleniu istnienia choroby zawodowej, badań diagnostycznych nie wynikających z zachorowania, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów związanych bezpośrednio z pobraniem narządu) oraz obserwacji na wniosek sądu;
   12) w wyniku leczenia niepłodności;
   13) w związku z wykonywaniem operacji kosmetycznych lub plastycznych, w tym operacji zmiany płci, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA;
   14) w związku z rehabilitacją, z wyjątkiem pierwszego pobytu w szpitalu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego odpowiedzialnością PZU Życie SA pobytu ubezpieczonego w szpitalu, związanego – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą;
   15) w wyniku uprawiania sportu w celach zarobkowych (profesjonalne uprawianie sportu) lub w wyniku rekreacyjnego uprawiania sportów walki, sportów motorowych i motorowodnych, sportów lotniczych, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoków do wody, skoków na linie (ang. bungee jumping).
2. PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu w:
   1) hospicjach, placówkach lecznictwa odwykowego, placówkach dla przewlekle chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
   2) zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności w sanatoriach, prewentoriach i szpitalach uzdrowiskowych, sanatoryjnych oraz rehabilitacyjno-uzdrowiskowych;

3) ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych, z wyjątkiem pobytu, o którym mowa w ust. 1 pkt 14;
4) oddziałach dziennych

oraz takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 20

Prawo do świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje ubezpieczonemu.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 21

Ubezpieczony może zgłosić roszczenie o wykonanie zobowiązania:
1) niezwłocznie po zakończeniu pobytu w szpitalu;
2) w trakcie pobytu w szpitalu, po 30 lub 60 dniu tego pobytu.

§ 22

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:
1) zgłoszenie roszczenia;
2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego – w przypadku, o którym mowa w § 21 pkt 1;
3) dokument potwierdzający rozpoznanie choroby, wydany przez lekarza prowadzącego – w przypadku, o którym mowa w § 21 pkt 2;
4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na życzenie PZU Życie SA.

2. PZU Życie SA decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 23

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 24

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/340/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 11 lipca 2007 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku, uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku.

2. Niniejsze ogólne warunki wchodzą w życie z dniem 1 listopada 2013 roku.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO PLUS

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO PLUS

Wersja dokumentu z dnia 18.09.2020 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus, kod warunków: LPGP32 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU. Użyte w OWU definicje mogą odbiegać od powszechnie przyjętego pojęcia, dlatego zwróć na nie szczególną uwagę.
Zawarcie umowy jest dobrowolne.

INFORMACJA O PRODUKCIE

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA – CO UBEZPIECZAMY?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego.
Zakres ubezpieczenia obejmuje:
- pobyt w szpitalu spowodowany: nieszczęśliwym wypadkiem, wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem przy pracy, zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym,
- rekonwalescencję, o ile pobyt w szpitalu trwał co najmniej 14 dni,
- pobyt na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii,

zaistniałych w okresie naszej odpowiedzialności.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

Świadczenie wypłacimy ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowanego:
- nieszczęśliwym wypadkiem w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu pod warunkiem, że ten pobyt jest pierwszym pobytem spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem i rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia nieszczęśliwego wypadku,
- wypadkiem komunikacyjnym w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu pod warunkiem, że ten pobyt jest pierwszym pobytem spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym i rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia wypadku komunikacyjnego,
- wypadkiem przy pracy w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu pod warunkiem, że ten pobyt jest pierwszym pobytem spowodowanym danym wypadkiem przy pracy i rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia wypadku przy pracy,
- zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu pod warunkiem, że pobyt w szpitalu jest pierwszym pobytem spowodowanym danym zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym i rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia zawału serca lub krwotoku śródmózgowego.

Jednorazowe świadczenie wypłacimy ubezpieczonemu w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia w przypadku pobytu na OAIT.
Świadczenie wypłacimy ubezpieczonemu za każdy dzień rekonwalescencji w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia.

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta pod warunkiem jednoczesnego zawarcia albo funkcjonowania u ubezpieczającego umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ, KOGO UBEZPIECZAMY?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.
Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym, którzy w dniu złożenia deklaracji przystąpienia objęci są dodatkowym grupowym ubezpieczeniem na wypadek leczenia szpitalnego.

JAK DŁUGO TRWA UMOWA?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym, że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

GDZIE OBOWIĄZUJE UBEZPIECZENIE?

Ochrona ubezpieczeniowa działa przez 24 godziny na dobę na terytorium kraju należącego do Unii Europejskiej lub na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanu, Wielkiej Brytanii.

JAK I KIEDY OPŁACASZ SKŁADKĘ?

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
Karencja ma zastosowanie w okresie pierwszych 30 dni, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego. PZU Życie SA ponosi odpowiedzialność jedynie z tytułu pobytu w szpitalu spowodowanego leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku, wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy zaistniałych w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA, w tym za pobyt na OAIT i rekonwalescencję.
Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego w umowie zakończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,
- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

GŁÓWNE WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ – CZEGO NIE OBEJMUJE UBEZPIECZENIE?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:
- pobytu w szpitalu, który trwał krócej, niż 4 dni,
- pobytu na OAIT, który trwał nieprzerwanie mniej niż 48 godzin,
- pobytu w szpitalu w krajach nie objętych ochroną.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

JAK ROZWIĄZAĆ UMOWĘ?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

WYNAGRODZENIE DYSTRYBUTORA UBEZPIECZENIA

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

W poniższej tabeli przedstawiamy te postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus, kod warunków LPGP32 (OWU), które wskazują podstawowe warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 pkt 5–15 pkt 21–22 pkt 40–41 pkt 48 pkt 63
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 pkt 5–8 pkt 16–20 pkt 21–22 pkt 23 pkt 45–46 pkt 47 pkt 49–51 pkt 63

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO PLUS

Kod OWU: LPGP32

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus uchwałą nr UZ/155/2020 z dnia 13 lipca 2020 r. (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 18.09.2020 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 października 2020 roku. Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

1) **dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego** – wskazane przez PZU Życie SA, inne niż niniejsze, ubezpieczenie dodatkowe na wypadek leczenia szpitalnego;
2) **krwotok śródmózgowy** – który jest wynaczynieniem krwi do tkanki nerwowej mózgowia. Odpowiadamy także za taki krwotok śródmózgowy, w którym krew jest obecna w komorach mózgu oraz krwotok podpajęczynówkowy, w którym dochodzi do przebicia krwi do tkanki nerwowej mózgowia lub do komór mózgu oraz udar niedokrwienny, który uległ wtórnemu ukrwotocznieniu;
3) **OAIT** – Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, który jest wyodrębniony organizacyjnie jako osobny oddział w strukturach szpitala i wyposażony w sprzęt, który umożliwia stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych oraz podjęcie czynności zastępczych niewydolnych narządów lub układów;
4) **pobyt na OAIT** – pobyt na OAIT, który trwa nieprzerwanie co najmniej 48 godzin;
5) **rekonwalescencja** – maksymalnie 30-dniowy nieprzerwany pobyt na zwolnieniu lekarskim bezpośrednio po pobycie w szpitalu. Zwolnienie lekarskie musi Ci wydać oddział szpitalny, w którym odbywało się leczenie;
6) **statek** – pasażerski albo towarowy statek morski albo statek śródlądowy, który ma napęd silnikowy lub żaglowy – statkiem nie są okręty wojenne;
7) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
8) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie wskazane w polisie, do którego ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
9) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek wywołany:
   a) ruchem pojazdu na drodze – jeśli brałeś w nim udział jako uczestnik ruchu (zgodnie z ustawą Prawo o ruchu drogowym). Pojazdem jest również tramwaj,
   b) ruchem pojazdu kolejowego, którego porusza pojazd trakcyjny (pojazd z własnym napędem) oraz metra – jeśli byłeś pasażerem albo członkiem załogi tego pojazdu. Wypadkiem komunikacyjnym nie jest wypadek, który dotyczy kolejowego transportu wewnątrzzakładowego oraz transportu linowego i linowo-terenowego,
   c) ruchem samolotu (pasażerskiego koncesjonowanych linii lotniczych) – jeśli byłeś członkiem załogi lub pasażerem, gdy samolot:
      – został uszkodzony lub zniszczony albo
      – zaginął lub znajduje się w miejscu, do którego nie ma dostępu,
   d) ruchem statku – jeśli byłeś członkiem załogi lub pasażerem, gdy statek:
      – zatonął lub został uszkodzony albo
      – zaginął lub znajduje się w miejscu, do którego nie ma dostępu;
10) **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który wystąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ciebie:
   a) zwykłych czynności lub
   b) poleceń Twoich przełożonych w ramach stosunku prawnego, za który opłacane są składki na ubezpieczenie wypadkowe w systemie ubezpieczeń społecznych;
11) **zawał serca** – który jest uszkodzeniem części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia.
   Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:
   a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,
   b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,
   c) nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
   d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.
   Odpowiadamy również za zawał związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych, o ile w badaniach obrazowych stwierdzono nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego o umiejscowieniu odpowiadającym etiologii niedokrwiennej lub w koronarografii stwierdzono powikłania zabiegu ograniczające przepływ krwi oraz w którym stwierdzono wzrost stężenia troponiny sercowej we krwi do wartości:
   a) 5-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z przezskórną interwencją wieńcową lub
   b) 10-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z pomostowaniem tętnic wieńcowych.

2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

3. Możesz przystąpić do niniejszego ubezpieczenia jeśli przystąpiłeś do dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

4. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

5. Zakres ubezpieczenia obejmuje poniższe zdarzenia, które wystąpią w okresie naszej ochrony:

1) pobyt w szpitalu z powodu:
   a) nieszczęśliwego wypadku,
   b) wypadku komunikacyjnego,
   c) wypadku przy pracy,
   d) zawału serca lub krwotoku śródmózgowego;
2) rekonwalescencja – jeśli Twój pobyt w szpitalu trwał co najmniej 14 dni;
3) pobyt na OAIT

– pod warunkiem, że uznamy naszą ochronę z tytułu pobytu w szpitalu na podstawie dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

6. Naszą ochroną obejmujemy pobyt w szpitalu oraz na OAIT w krajach Unii Europejskiej oraz w Australii, Islandii, Japonii, Kanadzie, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanach Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanie, Wielkiej Brytanii.

7. Zakres ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.

8. Ta umowa rozszerza naszą ochronę wskazaną w dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego o pobyt w szpitalu na terenie krajów wymienionych w pkt 6.

9. Wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie – za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku:
1) w pierwszych 14 dniach tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest Twoim pierwszym pobytem spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem i
2) jeśli rozpoczął się nie później niż 14 dni po nieszczęśliwym wypadku.

10. Wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie – za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego:
1) w pierwszych 14 dniach tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest Twoim pierwszym pobytem spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym i
2) jeśli rozpoczął się nie później niż 14 dni po wypadku komunikacyjnym.

11. Wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie – za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku przy pracy:
1) w pierwszych 14 dniach tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest Twoim pierwszym pobytem spowodowanym danym wypadkiem przy pracy i
2) jeśli rozpoczął się nie później niż 14 dni po wypadku przy pracy.

12. Wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie – za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym:
1) w pierwszych 14 dniach tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest Twoim pierwszym pobytem spowodowanym danym zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym i
2) jeśli rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia zawału serca lub krwotoku śródmózgowego.

13. Jeśli przebywasz na OAIT, wypłacimy świadczenie jednorazowe w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie.

14. Za każdy dzień rekonwalescencji wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie.

15. Wypłatę ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu pobytu w szpitalu.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

16. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminów:
1) akty terroru – są to działania indywidualne lub grupowe przeciwko ludności lub mieniu, aby osiągnąć skutki ekonomiczne, polityczne lub społeczne; celem aktów terroru jest wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności, dezorganizacja życia publicznego, funkcjonowania transportu publicznego, zakładów usługowych lub wytwórczych;
2) działania wojenne – są to działania sił zbrojnych, które dążą do rozbicia sił zbrojnych przeciwnika na lądzie, w powietrzu lub na morzu;
3) masowe rozruchy społeczne – są to wystąpienia grupy społecznej przeciw strukturom, które sprawują władzę na mocy prawa; wywołują je: niezadowolenie z sytuacji politycznej, ekonomicznej lub społecznej; masowym rozruchom społecznym zwykle towarzyszą akty przemocy fizycznej;
4) zawodowe uprawianie sportu – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
   a) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
   b) osoby, które uprawiają sporty indywidualne i biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
   c) osoby, które otrzymują wynagrodzenie, a także stypendium lub zwrot kosztów związanych z uprawianiem sportu indywidualnego lub gier zespołowych (diety, zasiłki) – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.

17. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje pobytu w szpitalu, który rozpoczął się przed początkiem naszej ochrony lub pobytu w szpitalu, który nastąpił:
1) w wyniku działań wojennych;
2) w wyniku katastrof, które powodują skażenie promieniotwórcze, chemiczne lub biologiczne;
3) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
4) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
5) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
   a) bez uprawnień,
   b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości – w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;
6) ponieważ ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
7) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
8) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
9) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. produktów;
10) wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
11) w wyniku padaczki – poza padaczką objawową, która jest objawem innej choroby oraz wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
12) w wyniku chorób z powodu obniżenia odporności organizmu w przebiegu zakażenia wirusem HIV;

13) w związku z leczeniem i zabiegami stomatologicznymi – chyba że wynikają one z konieczności leczenia obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
14) w związku z wykonywaniem badań lekarskich, dodatkowych badań medycznych – które służą ustaleniu istnienia choroby zawodowej, badań diagnostycznych, które nie wynikają z zachorowania, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów związanych bezpośrednio z pobraniem narządu) oraz obserwacji na wniosek sądu;
15) w wyniku leczenia niepłodności;
16) w związku z wykonywaniem operacji kosmetycznych lub plastycznych – w tym operacji zmiany płci – z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw:
    a) nieszczęśliwych wypadków, które wystąpiły w okresie naszej ochrony lub
    b) chorób nowotworowych, które wystąpiły w okresie naszej ochrony;
17) w związku z rehabilitacją – z wyjątkiem pierwszego pobytu w szpitalu ubezpieczonego z powodu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, jeśli pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego ochroną pobytu w szpitalu ubezpieczonego, który był związany – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą;
18) ponieważ ubezpieczony uprawiał sport zawodowo lub uprawiał rekreacyjnie sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, speleologię, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoki do wody, skoki na linie (ang. bungee jumping).

18. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje Twojego pobytu:
1) w hospicjach, placówkach lecznictwa odwykowego, placówkach dla przewlekle chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych ani zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
2) w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego – w szczególności w sanatoriach, prewentoriach ani szpitalach uzdrowiskowych, sanatoryjnych ani rehabilitacyjno-uzdrowiskowych;
3) w ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych – z wyjątkiem pobytu, o którym mowa w pkt 17.17);
4) na oddziałach dziennych ani w takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.

19. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje rekonwalescencji, jeśli:
1) Twój pobyt w szpitalu, po którym bezpośrednio następuje rekonwalescencja, był spowodowany leczeniem niepłodności;
2) rekonwalescencja odbyła się w okresie Twojego urlopu dla poratowania zdrowia albo urlopu zdrowotnego.

20. Za pobyt na OAIT nie uważamy pobytu na oddziale kardiologicznym, neurologicznym ani diabetologicznym – nawet jeśli Twoje podstawowe czynności życiowe były stale monitorowane lub jeśli podjęto czynności zastępcze w razie niewydolności Twoich narządów lub układów ustroju.

OGRANICZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach i ile maksymalnie wypłacimy z ubezpieczenia

21. Zapłacimy maksymalnie za:
1) 90 dni pobytu w szpitalu – łącznie z tej umowy i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego;
2) 90 dni rekonwalescencji

– w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy.

22. Jeśli będziesz przebywać w szpitalu lub na OAIT w czasie rekonwalescencji, to wypłacimy świadczenie:
1) za pobyt w szpitalu i za pobyt na OAIT (jeśli przebywałeś na OAIT) albo
2) za rekonwalescencję

– według Twojego wyboru.

Decydujesz o tym, składając wniosek o wypłatę:
1) za pobyt w szpitalu i pobyt na OAIT (jeśli przebywałeś na OAIT) albo
2) za rekonwalescencję.

KARENCJA

– czyli okres po zawarciu ubezpieczenia oraz przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia, w którym nie ponosimy odpowiedzialności

23. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 30 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.

24. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli pobyt w szpitalu, pobyt na OAIT oraz rekonwalescencja jest wynikiem:
1) nieszczęśliwego wypadku,
2) wypadku komunikacyjnego,
3) wypadku przy pracy

– który wydarzył się w ciągu pierwszych 30 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.

ZAWIERANIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

25. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jej trwania, pod warunkiem jednoczesnego zawarcia albo funkcjonowania u ubezpieczającego umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

26. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

CZAS TRWANIA UMOWY

– czyli jak długo trwa ubezpieczenie

27. Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli ubezpieczenie zawierane jest z nami pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona trwa do najbliższej rocznicy polisy.

PRZEDŁUŻENIE UMOWY

– czyli jak umowa ubezpieczenia się przedłuża

28. Jeśli żadna ze stron umowy, czyli ubezpieczający lub my, nie postanowi inaczej, umowa ubezpieczenia dodatkowego wraz z umową ubezpieczenia podstawowego i umową dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego przedłuża się na kolejny rok automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.

29. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tej umowy.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

– czyli do kiedy ubezpieczający może się wycofać z umowy ubezpieczenia

30. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.

31. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.

32. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

33. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.

34. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z umowy ubezpieczenia

35. Wypowiedzenie umowy odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
36. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
37. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.
38. Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
39. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

40. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia pieniężnego.
41. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

42. Wysokość składki za ubezpieczonego:
1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu;
2) zależy od:
   a) sumy ubezpieczenia,
   b) zakresu ubezpieczenia,
   c) wysokości świadczenia,
   d) częstotliwości jej przekazywania,
   e) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do umowy, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

43. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy w polisie.
44. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

45. Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
46. Okres ochrony w tej umowie rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym i dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się to ubezpieczenie

47. Nasza odpowiedzialność w tej umowie kończy się:
1) z dniem zakończenia okresu naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy;
3) z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę;
5) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym umowa ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

48. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy Ci świadczenie

49. W razie pobytu w szpitalu, dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia. Możesz dostarczyć go:
   a) gdy zakończysz pobyt w szpitalu, jeśli nie było rekonwalescencji,
   b) gdy zakończysz pobyt w szpitalu i rekonwalescencję,
   c) w trakcie pobytu w szpitalu – po 30. lub 60. dniu;
2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową z OAIT – gdy zakończysz pobyt w szpitalu i rekonwalescencję;
3) dokument, który potwierdza pobyt w szpitalu lub kartę wypisową z OAIT, wydane przez lekarza prowadzącego – w trakcie pobytu w szpitalu;
4) w razie rekonwalescencji – dodatkowo dokument (kopię, wydruk) zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez ubezpieczającego albo zaświadczenie wydane przez ubezpieczającego o pobieranym zasiłku chorobowym w związku z Twoim pobytem na zwolnieniu lekarskim, które wydał szpital.

50. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
51. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA, SKIEROWANIE SPRAWY DO SĄDU
– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

52. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.
53. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć:
1) pisemnie – przesyłką pocztową (w rozumieniu ustawy „Prawo pocztowe") albo osobiście;
2) ustnie – przez telefon, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście, co potwierdzamy protokołem;
3) elektronicznie – na adres: reklamacje@pzu.pl lub za pomocą formularza na pzu.pl.

54. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy najszybciej, jak to możliwe, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia, kiedy ją otrzymaliśmy. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć w ciągu 30 dni, poinformujemy:
1) dlaczego odpowiedź się opóźnia;
2) jakie okoliczności musimy jeszcze ustalić, aby rozpatrzyć sprawę;
3) jaki jest nowy termin naszej odpowiedzi – termin ten nie może być dłuższy niż 60 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy reklamację, skargę lub zażalenie.

55. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy:
1) w postaci papierowej lub
2) pocztą elektroniczną – robimy to na wniosek osoby (podmiotu), która złożyła reklamację.

56. Jeśli po rozpatrzeniu reklamacji:
1) nie uwzględniliśmy zgłoszonych roszczeń albo
2) uwzględniliśmy roszczenia, ale w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację nie wykonaliśmy czynności, do których się zobowiązaliśmy

– osoba fizyczna, która złożyła reklamację, może napisać wniosek w tej sprawie do Rzecznika Finansowego.

57. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.

58. Pozew w sprawach, które wynikają z umów, można złożyć do sądu:
1) według właściwości ogólnej – zgodnie z Kodeksem postępowania cywilnego albo
2) właściwego dla miejsca zamieszkania (lub siedziby) odpowiednio: Twojego, ubezpieczonego lub jego spadkobiercy, uprawnionego z umowy lub jego spadkobiercy.

59. Więcej o reklamacjach można dowiedzieć się z „Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i Rzeczniku Finansowym" oraz z „Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń".

60. Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.

61. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu „Ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich", właściwym dla PZU Życie SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy. Adres jego strony internetowej jest taki: rf.gov.pl.

62. W przypadku umowy direct oraz umowy w systemie uproszczonym, gdzie oferta została wysłana drogą elektroniczną i do zawarcia umowy ubezpieczenia doszło drogą elektroniczną, konsument ma prawo skorzystać z pozasądowego sposobu rozstrzygania sporów i złożyć skargę za pośrednictwem platformy internetowego systemu rozstrzygania sporów (Platforma ODR) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 – adres: http://ec.europa.eu/consumers/odr/. Za działanie Platformy ODR odpowiada Komisja Europejska. Adres poczty elektronicznej do kontaktu z PZU jest następujący: reklamacje@pzu.pl.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

63. W sprawach, których nie reguluje ta umowa, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego wskazanego w polisie, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej" oraz inne przepisy prawa.

POSTANOWIENIA DODATKOWE
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO PLUS

§ 1

W ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus, kod warunków LPGP32, zatwierdzonych uchwałą nr UZ/155/2020 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 13 lipca 2020 roku, zwanych dalej „OWU", wprowadza się następujące zmiany:

§ 2

1. W pkt 1 dotychczasowe ppkt 7-11 przekształcają się odpowiednio w ppkt 8-12, a nowy ppkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) **stosunek prawny** – umowa o pracę lub inny stosunek cywilnoprawny, z tytułu którego, na dzień wystąpienia wypadku przy pracy, istnieje prawny obowiązek opłacania składek na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych;".

2. W pkt 1 nowy ppkt 11 otrzymuje brzmienie:

„11) **wypadek przy pracy** – tylko taki wypadek, który jest nieszczęśliwym wypadkiem i wystąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ciebie:

a) zwykłych czynności lub

b) poleceń przełożonych

- w ramach stosunku prawnego, w którym pozostajesz w chwili wystąpienia wypadku przy pracy. Wypadkiem przy pracy nie jest wypadek w drodze do pracy lub z pracy;".

§ 3

Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.

§ 4

Niniejsze postanowienia dodatkowe zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/212/2021 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 16 listopada 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus, kod warunków LPGP32.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK SPECJALISTYCZNEGO LECZENIA

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK SPECJALISTYCZNEGO LECZENIA

Wersja dokumentu z dnia 18.09.2020r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek specjalistycznego leczenia, kod warunków: LCGP33 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU. Użyte w OWU definicje mogą odbiegać od powszechnie przyjętego pojęcia, dlatego zwróć na nie szczególną uwagę. Zawarcie umowy jest dobrowolne.

INFORMACJA O PRODUKCIE

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA – CO UBEZPIECZAMY?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje przeprowadzenie u ubezpieczonego w okresie naszej odpowiedzialności specjalistycznego leczenia tj.:

- ablację,
- chemioterapię,
- dializoterapię,
- radioterapię,
- radioterapię Gamma Knife lub Cyber Knife,
- terapię interferonową,
- terapię radiojodem nienowotworowych chorób tarczycy,
- wszczepienie kardiowertera-defibrylatora,
- wszczepienie stymulatora serca (rozrusznika),
- wszczepienie stymulatora resynchronizującego.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W razie wystąpienia u ubezpieczonego specjalistycznego leczenia, które rozpoczęło się w okresie naszej ochrony, wypłacimy określony w polisie procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu:

- podania pierwszej dawki leku – w przypadku chemioterapii lub terapii interferonowej,
- podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego,
- wykonania pierwszej terapii radiojodem nienowotworowych chorób tarczycy,
- pierwszego wszczepienia kardiowertera-defibrylatora,
- pierwszego wszczepienia stymulatora serca (rozrusznika),
- pierwszego wszczepienia stymulatora resynchronizującego,
- wykonania pierwszej radioterapii Gamma Knife lub Cyber Knife,
- wykonania pierwszej ablacji,
- wykonania pierwszej dializoterapii.

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ, KOGO UBEZPIECZAMY?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.
Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

JAK DŁUGO TRWA UMOWA?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

GDZIE OBOWIĄZUJE UBEZPIECZENIE?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na terytorium całego świata przez 24 godziny na dobę.

JAK I KIEDY OPŁACASZ SKŁADKĘ?

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
Karencja ma zastosowanie w okresie pierwszych 90 dni, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego. Karencji nie stosuje się, jeżeli konieczność przeprowadzenia specjalistycznego leczenia spowodowana została nieszczęśliwym wypadkiem.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego w umowie zakończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,
- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

GŁÓWNE WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ – CZEGO NIE OBEJMUJE UBEZPIECZENIE?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia,
- podania ubezpieczonemu każdej kolejnej dawki leku w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej,
- podania ubezpieczonemu każdej kolejnej dawki promieniowania jonizującego.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

JAK ROZWIĄZAĆ UMOWĘ?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

WYNAGRODZENIE DYSTRYBUTORA UBEZPIECZENIA

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

W poniższej tabeli przedstawiamy te postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek specjalistycznego leczenia, kod warunków LCGP33 (OWU), które wskazują podstawowe warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 pkt 4–5 pkt 7–11 pkt 25–26 pkt 33 pkt 34–36 pkt 48
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 pkt 6 pkt 7–11 pkt 12 pkt 30–31 pkt 32 pkt 48

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK SPECJALISTYCZNEGO LECZENIA

Kod warunków: LCGP33

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek specjalistycznego leczenia uchwałą nr UZ/155/2020 z dnia 13 lipca 2020 (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 18.09.2020 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 października 2020 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
1) **ablacja** – zabieg polegający na zniszczeniu lub odizolowaniu obszaru w sercu, który jest źródłem zaburzeń rytmu serca. Odpowiadamy wyłącznie za taką ablację zaburzeń rytmu serca, w której wykorzystano generator prądu lub niską temperaturę;
2) **chemioterapia** – metoda leczenia nowotworu złośliwego z zastosowaniem przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego należącego do grupy L01 klasyfikacji ATC;
3) **dializoterapia** – metoda leczenia niewydolności nerek poprzez hemodializę lub dializę otrzewnową. Odpowiadamy wyłącznie za taką dializoterapię, którą zastosowano w leczeniu przewlekłej niewydolności nerek;
4) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – takie postępowanie medyczne, na które składają się: wywiad chorobowy, fizykalne badanie pacjenta oraz badania dodatkowe, służące ustaleniu rozpoznania lub postępowanie medyczne mające na celu leczenie;
5) **radioterapia** – metoda leczenia nowotworu złośliwego za pomocą promieniowania jonizującego;
6) **radioterapia Gamma Knife lub Cyber Knife** – metoda leczenia nowotworu złośliwego za pomocą radioterapii stereotaktycznej tzw. Gamma Knife lub Cyber Knife;
7) **terapia interferonowa** – metoda leczenia z zastosowaniem interferonu. Odpowiadamy wyłącznie za leczenie interferonem stwardnienia rozsianego oraz przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C;
8) **terapia radiojodem nienowotworowych chorób tarczycy** – metoda leczenia nienowotworowych chorób tarczycy, poprzez zastosowanie radioizotopu jodu, polegająca na nieodwracalnym zniszczeniu tkanki tarczycowej;
9) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
10) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie wskazane w polisie, do którego ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
11) **wszczepienie kardiowertera-defibrylatora** – zabieg implantacji do ciała chorego na stałe urządzenia stymulującego serce z funkcją defibrylacji lub kardiowersji;
12) **wszczepienie stymulatora serca (rozrusznika)** – zabieg implantacji do ciała chorego na stałe urządzenia stymulującego serce tzw. rozrusznika, bez funkcji defibrylacji, kardiowersji i synchronizacji skurczu serca;
13) **wszczepienie stymulatora resynchronizującego** – zabieg implantacji do ciała chorego na stałe urządzenia stymulującego serce z funkcją synchronizacji skurczu serca.

2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje specjalistyczne leczenie, które rozpoczęło się w okresie naszej ochrony z tytułu ubezpieczenia dodatkowego tj.:
1) ablację;
2) chemioterapię;
3) dializoterapię;
4) radioterapię;
5) radioterapię Gamma Knife lub Cyber Knife;
6) terapię interferonową;
7) terapię radiojodem nienowotworowych chorób tarczycy;
8) wszczepienie kardiowertera-defibrylatora;
9) wszczepienie stymulatora serca (rozrusznika);
10) wszczepienie stymulatora resynchronizującego.

5. W razie wystąpienia u Ciebie specjalistycznego leczenia, które rozpoczęło się w okresie naszej ochrony, wypłacimy określony w polisie procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu:
1) podania pierwszej dawki leku – w przypadku chemioterapii lub terapii interferonowej;
2) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego;
3) wykonania pierwszej terapii radiojodem nienowotworowych chorób tarczycy;
4) pierwszego wszczepienia kardiowertera-defibrylatora;
5) pierwszego wszczepienia stymulatora serca (rozrusznika);
6) pierwszego wszczepienia stymulatora resynchronizującego;
7) wykonania pierwszej radioterapii Gamma Knife lub Cyber Knife;
8) wykonania pierwszej ablacji;
9) wykonania pierwszej dializoterapii.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

6. Nasza ochrona nie obejmuje:
1) w przypadku chemioterapii – zastosowania leków hormonalnych grupy L02, immunostymulujących grupy L03 lub immunosupresyjnych grupy L04 klasyfikacji ATC jako metody leczenia nowotworu złośliwego;
2) w przypadku dializoterapii – dializoterapii czasowej stosowanej w niewydolności nerek, która ma charakter odwracalny;
3) w przypadku wszczepienia kardiowertera-defibrylatora, wszczepienia stymulatora serca, wszczepienia stymulatora resynchronizującego – zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego.

OGRANICZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach i ile maksymalnie wypłacimy z ubezpieczenia

7. Nasze ubezpieczenie obejmuje pierwsze zastosowanie danego specjalistycznego leczenia wskazanego w OWU w okresie naszej ochrony, z uwzględnieniem pkt 9–11.

8. Jeśli wypłacimy świadczenie po:
1) ablacji;

2) chemioterapii albo radioterapii bądź radioterapii Gamma Knife lub Cyber Knife;
3) dializoterapii;
4) terapii interferonowej;
5) terapii radiojodem nienowotworowych chorób tarczycy;
6) wszczepieniu kardiowertera-defibrylatora;
7) wszczepieniu stymulatora resynchronizującego;
8) wszczepieniu stymulatora serca (rozrusznika)

– to nasza ochrona dla tego specjalistycznego leczenia kończy się.

9. W przypadku specjalistycznego leczenia wskazanego w OWU wypłacimy świadczenie, o ile nie ma związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy obecnym, a poprzednim leczeniem, jeśli takie wystąpiło przed początkiem naszej ochrony.

10. Nasza ochrona obejmuje kolejne specjalistyczne leczenie, jeżeli poprzednie, jeśli takie wystąpiło przed początkiem naszej ochrony, zakończyło się przed ukończeniem przez Ciebie 18 lat.

11. W razie przeprowadzenia u Ciebie radioterapii, radioterapii Gamma Knife lub Cyber Knife jak i chemioterapii świadczenie wypłacamy tylko za jedno wymienione leczenie specjalistyczne.

KARENCJA

– czyli okres po zawarciu ubezpieczenia oraz przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia, w którym nie ponosimy odpowiedzialności

12. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 90 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.

13. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli specjalistyczne leczenie było wynikiem nieszczęśliwego wypadku.

ZAWIERANIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

14. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jej trwania.

15. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UMOWY

– czyli jak długo trwa ubezpieczenie

16. Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli ubezpieczenie zawierane jest z nami pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona trwa do najbliższej rocznicy polisy.

PRZEDŁUŻENIE UMOWY

– czyli jak umowa ubezpieczenia się przedłuża

17. Jeśli żadna ze stron umowy, czyli ubezpieczający lub my, nie postanowi inaczej, umowa ubezpieczenia dodatkowego wraz z umową ubezpieczenia podstawowego przedłuża się na kolejny rok automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.

18. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tej umowy.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

– czyli do kiedy ubezpieczający może się wycofać z umowy ubezpieczenia

19. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.

20. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.

21. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z umowy ubezpieczenia

22. Wypowiedzenie umowy odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.

23. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.

24. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

25. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia pieniężnego.

26. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie.

SKŁADKA

– od czego zależy i kiedy ją opłacać

27. Wysokość składki za ubezpieczonego:
1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu;
2) zależy od:
   a) sumy ubezpieczenia,
   b) częstotliwości jej przekazywania,
   c) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do umowy, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

28. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy w polisie.

29. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

30. Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego rozpocznie się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

31. Okres ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się to ubezpieczenie

32. Nasza odpowiedzialność w tej umowie kończy się:
1) z dniem zakończenia okresu naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy;
3) z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę;
5) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym umowa ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

– czyli komu należy się wypłata

33. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy Ci świadczenie

34. Po specjalistycznym leczeniu dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza specjalistyczne leczenie.

35. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.

36. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA, SKIEROWANIE SPRAWY DO SĄDU
– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

37. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.

38. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć:
1) pisemnie – przesyłką pocztową (w rozumieniu ustawy „Prawo pocztowe") albo osobiście;
2) ustnie – przez telefon, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście, co potwierdzamy protokołem;
3) elektronicznie – na adres: reklamacje@pzu.pl lub za pomocą formularza na pzu.pl.

39. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy najszybciej, jak to możliwe, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia, kiedy ją otrzymaliśmy. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć w ciągu 30 dni, poinformujemy:
1) dlaczego odpowiedź się opóźnia;
2) jakie okoliczności musimy jeszcze ustalić, aby rozpatrzyć sprawę;
3) jaki jest nowy termin naszej odpowiedzi – termin ten nie może być dłuższy niż 60 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy reklamację, skargę lub zażalenie.

40. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy:
1) w postaci papierowej lub
2) pocztą elektroniczną – robimy to na wniosek osoby (podmiotu), która złożyła reklamację.

41. Jeśli po rozpatrzeniu reklamacji:
1) nie uwzględniliśmy zgłoszonych roszczeń albo
2) uwzględniliśmy roszczenia, ale w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację nie wykonaliśmy czynności, do których się zobowiązaliśmy

– osoba fizyczna, która złożyła reklamację, może napisać wniosek w tej sprawie do Rzecznika Finansowego.

42. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.

43. Pozew w sprawach, które wynikają z niniejszej umowy, można złożyć według przepisów o właściwości ogólnej zgodnie z Kodek¬sem postępowania cywilnego albo:
1) przez sąd właściwy dla siedziby ubezpieczającego lub miejsca zamieszkania ubezpieczonego lub
2) przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego.

44. Więcej o reklamacjach można dowiedzieć się z „Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i Rzeczniku Finansowym" oraz z „Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń".

45. Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.

46. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu „Ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich", właściwym dla PZU Życie SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy. Adres jego strony internetowej jest taki: rf.gov.pl.

47. W przypadku umowy direct oraz umowy w systemie uproszczonym, gdzie oferta została wysłana drogą elektroniczną i do zawarcia umowy ubezpieczenia doszło drogą elektroniczną, konsument ma prawo skorzystać z pozasądowego sposobu rozstrzygania sporów i złożyć skargę za pośrednictwem platformy internetowego systemu rozstrzygania sporów (Platforma ODR) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. – adres: http://ec.europa.eu/consumers/odr/. Za działanie Platformy ODR odpowiada Komisja Europejska. Adres poczty elektronicznej do kontaktu z PZU jest następujący: reklamacje@pzu.pl.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

48. W sprawach, których nie reguluje ta umowa, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego wskazanego w polisie, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej" oraz inne przepisy prawa.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH

Kod warunków: OPGP32

Wersja dokumentu z dnia: 20.11.2021 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych, kod warunków: OPGP32 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

INFORMACJA O PRODUKCIE

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA – CO UBEZPIECZAMY?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego.
Zakres ubezpieczenia obejmuje wykonanie w okresie naszej odpowiedzialności tylko takich operacji chirurgicznych, które łącznie spełniają poniższe warunki:
- są wymienione w Wykazie Operacji Chirurgicznych, stanowiącym załącznik do OWU,
- istniały w stosunku do nich wskazania medyczne warunkujące konieczność ich wykonania w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby albo zmniejszenia skutków nieszczęśliwego wypadku.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku wykonania operacji chirurgicznej, zgodnie z klasyfikacją zawartą w Wykazie operacji chirurgicznych wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości:
- 100% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej I klasy,
- 50% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej II klasy,
- 30% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej III klasy,
- 10% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej IV klasy,
- 5% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej V klasy.

Wysokość należnego świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wykonania operacji chirurgicznej.
Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ, KOGO UBEZPIECZAMY?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.
Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

JAK DŁUGO TRWA UMOWA?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym, że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

GDZIE OBOWIĄZUJE UBEZPIECZENIE?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przez 24 godziny na dobę.

JAK I KIEDY OPŁACASZ SKŁADKĘ?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.
Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
W okresie pierwszych 180 dni, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego (karencja), ponosimy odpowiedzialność jedynie z tytułu operacji chirurgicznej będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku, który zaistniał w okresie odpowiedzialności.
Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego zakończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:
- zakończenia naszej odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- upływu okresu, za jaki przekazano składkę, w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego,
- upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia,
- upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

GŁÓWNE WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ – CZEGO NIE OBEJMUJE UBEZPIECZENIE?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- wykonania kilku operacji chirurgicznych w okresie 60 dni, liczonym od daty wykonania pierwszej operacji chirurgicznej w tym okresie – wypłacamy wówczas świadczenie tylko za jedną operację chirurgiczną, za którą przysługuje najwyższa wysokość świadczenia,
- operacji, co do której nie istniały wskazania medyczne warunkujące konieczność jej wykonania w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby albo zmniejszenia skutków nieszczęśliwego wypadku,
- operacji, która jest kolejną operacją chirurgiczną tego samego narządu, pozostającą w związku przyczynowo-skutkowym z pierwszą operacją chirurgiczną, wykonaną w ramach leczenia tego samego stanu chorobowego lub skutków tego samego nieszczęśliwego wypadku (reoperacja).

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

JAK ROZWIĄZAĆ UMOWĘ?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

WYNAGRODZENIE DYSTRYBUTORA

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

REKLAMACJE

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą, która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługuje prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.
2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:
   1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
   2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.
3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:
   1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
   2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
   3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.
6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osoba fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych, kod warunków OPGP32 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia.
Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 5 OWU § 12 OWU § 17 OWU § 19 OWU § 20 OWU § 21 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 14 – 15 OWU § 16 – 18 OWU § 21 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH

Kod warunków: OPGP32

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych zawieranych jako umowy ubezpieczenia dodatkowego do umów wskazanego przez PZU Życie SA grupowego ubezpieczenia na życie zwanego ubezpieczeniem podstawowym.

§ 2

1. Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:
   1) **choroba** – stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego;
   2) **operacja chirurgiczna** – operacja wykonana przez lekarza medycyny, przeprowadzona w placówce medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym;
   3) **usunięcie** – całkowite usunięcie narządu, struktury ciała lub zmiany patologicznej;
   4) **wycięcie** – częściowe lub całkowite wycięcie tkanki, narządu, struktury ciała lub zmiany patologicznej;
   5) **zmiana** – patologiczny rozrost komórek danej tkanki, narządu lub układu.
2. Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennie, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, używane są w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wykonanie w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA tylko takich operacji chirurgicznych, które łącznie spełniają poniższe warunki:
1) są wymienione w Wykazie Operacji Chirurgicznych, stanowiącym załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia,
2) istniały w stosunku do nich wskazania medyczne warunkujące konieczność ich wykonania w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby albo zmniejszenia skutków nieszczęśliwego wypadku.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 5

1. PZU Życie SA wypłaca świadczenie, po wykonaniu operacji chirurgicznej, zgodnie z klasyfikacją zawartą w Wykazie Operacji Chirurgicznych, w wysokości:
   1) 100% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej I klasy;
   2) 50% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej II klasy;
   3) 30% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej III klasy;
   4) 10% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej IV klasy;
   5) 5% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej V klasy.
2. Wysokość należnego świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wykonania operacji chirurgicznej.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 6

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

§ 7

Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 8

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym, że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej, z tym, że oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia dodatkowego została zawarta.

§ 9

W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres, nie jest wymagane ponowne złożenie deklaracji przystąpienia.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 10

1. Zasady odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 11

1. Zasady wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia podstawowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 12

1. Wysokość sumy ubezpieczenia określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest niezmienna przez cały czas trwania umowy.

SKŁADKA

§ 13

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składek oraz liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przystępujących do ubezpieczenia.
2. Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
3. Składka przekazywana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 14

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

§ 15

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:

1) zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym;
2) otrzymania przez PZU Życie SA oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego;
3) upływu okresu za jaki przekazano składkę w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego;
4) upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia;
5) upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego;
6) rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 16

W okresie pierwszych 180 dni, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego (karencja), PZU Życie SA ponosi odpowiedzialność jedynie z tytułu operacji chirurgicznej będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku, który zaistniał w okresie odpowiedzialności.

§ 17

W przypadku wykonania kilku operacji chirurgicznych w okresie 60 dni, liczonym od daty wykonania pierwszej operacji chirurgicznej w tym okresie, PZU Życie SA wypłaca świadczenie tylko za jedną operację chirurgiczną, za którą przysługuje najwyższa wysokość świadczenia.

§ 18

1. PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu operacji chirurgicznej, której konieczność wykonania powstała:
   1) w wyniku działań wojennych, katastrof powodujących skażenie promieniotwórcze, chemiczne bądź biologiczne oraz czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
   2) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   3) w wyniku wypadku komunikacyjnego, gdy ubezpieczony prowadził pojazd:
      a) nie mając uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu,
      b) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile okoliczności, o których mowa pod lit. a) lub b), miały wpływ na zajście zdarzenia;
   4) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to konieczność wykonania operacji chirurgicznej;
   5) w wyniku samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa;
   6) bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę;
   7) w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
   8) w wyniku uprawiania sportu w celach zarobkowych (profesjonalne uprawianie sportu) lub w wyniku rekreacyjnego uprawiania sportów walki, sportów motorowych i motorowodnych, sportów lotniczych, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoków do wody, skoków na linie (ang. bungee jumping).
2. PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu operacji chirurgicznej:
   1) co do której nie istniały wskazania medyczne warunkujące konieczność jej wykonania w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby albo zmniejszenia skutków nieszczęśliwego wypadku;
   2) w której ubezpieczony był dawcą organów lub narządów;
   3) wykonanej w celu kosmetycznym lub estetycznym, z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego lub choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA;
   4) wykonanej w celu antykoncepcyjnym;

5) zmniejszenia lub powiększenia piersi oraz zmiany płci;
6) stomatologicznej, z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA;
7) wykonanej w celach diagnostycznych;
8) związanej z usunięciem ciała obcego metodą endoskopową;
9) związanej z wymianą wszczepionego na stałe urządzenia, sztucznego narządu lub części sztucznego narządu;
10) która jest kolejną operacją chirurgiczną tego samego narządu, pozostającą w związku przyczynowo-skutkowym z pierwszą operacją chirurgiczną, wykonaną w ramach leczenia tego samego stanu chorobowego lub skutków tego samego nieszczęśliwego wypadku (reoperacja).

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 19

Prawo do świadczenia z tytułu wykonania operacji chirurgicznej przysługuje ubezpieczonemu.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 20

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:
1) zgłoszenie roszczenia;
2) kartę informacyjną z placówki medycznej potwierdzającą wykonanie operacji;
3) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na życzenie PZU Życie SA.

2. PZU Życie SA decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1, opinii lub orzeczenia wskazanego przez siebie lekarza orzecznika oraz ewentualnie wyników zleconych przez siebie badań medycznych, z zastrzeżeniem ust. 4.

3. PZU Życie SA pokrywa koszty orzekania przez wskazanego przez siebie lekarza orzecznika oraz koszty zleconych przez siebie badań medycznych.

4. Jeżeli wnioskujący o wykonanie zobowiązania nie przedstawi wymaganych dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności roszczenia PZU Życie SA może odmówić wypłaty świadczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 21

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 22

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/166/2015 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 11 września 2015 roku.

2. Niniejsze ogólne warunki wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2016 roku.

WYKAZ OPERACJI CHIRURGICZNYCH

Załącznik do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych

Nazwa procedury	Klasa
Układ nerwowy	
Kraniotomia z usunięciem ropnia nadtwardówkowego	IV
Kraniotomia z usunięciem krwiaka nadtwardówkowego	IV
Kraniotomia z usunięciem obcego ciała z czaszki	III
Kraniotomia z usunięciem krwiaka podtwardówkowego	IV
Kraniotomia z usunięciem krwiaka śródmózgowego	III
Drenaż krwiaka śródmózgowego	III
Lobotomia/traktotomia	II
Wycięcie zmiany opony mózgu	III
Wycięcie tkanki mózgu	III
Wycięcie guza móżdżku	III
Usunięcie ropnia móżdżku	III
Wycięcie guza pnia mózgu	III
Rekonstrukcja opon mózgowych	III
Operacja przepukliny mózgowej	III
Wentrykulostomia	III
Pozaczaszkowy drenaż mózgu	III
Wszczepienie stymulatora mózgu	III
Operacja tętniaka lub naczyniaka mózgu	III
Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego	IV
Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego ze stabilizacją	IV
Wycięcie zmiany rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych	III
Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	V
Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	III
Rekonstrukcja nerwu obwodowego	V
Odbarczenie nerwu czaszkowego	III
Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	III
Operacje naprawcze nerwu obwodowego	V
Operacje naprawcze nerwu współczulnego	V
Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego	III
Rekonstrukcja nerwu czaszkowego	III
Przecięcie ciała modzelowatego – kalozotomia	I
Drenaż przestrzeni podpajęczynówkowej	IV
Wycięcie lub zniszczenie splotu naczyniówkowego opon mózgowych	IV
Drenaż ropnia przestrzeni podpajęczynówkowej	IV
Podwiązanie tętnicy oponowej środkowej	IV
Kauteryzacja splotu naczyniówkowego opon mózgowych	IV
Podwiązanie naczyń przestrzeni podtwardówkowej	IV
Drenaż przestrzeni podtwardówkowej	IV
Drenaż wodniaka śródczaszkowego	IV
Dekortykacja opon mózgu	IV
Wycięcie zmiany tkanki mózgu	II
Rozległa resekcja tkanki mózgowej	I
Usunięcie ropnia pnia mózgu	II
Wycięcie tkanki rdzenia kręgowego	III
Przecięcie dróg rdzenia kręgowego	III
Operacja przepukliny oponowej lub/i rdzeniowej	III
Drenaż przestrzeni podoponowej rdzenia	IV
Wycięcie nerwiaka nerwu słuchowego	IV
Sympatektomia szyjna	III
Sympatektomia lędźwiowa	III
Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	III
Wycięcie rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych	III
Przeszczep opony twardej mózgu	III
Układ endokrynologiczny oraz gruczoł sutkowy	
Częściowe wycięcie tarczycy	IV
Całkowite wycięcie tarczycy	III
Wycięcie przewodu tarczowo-językowego	III
Częściowe wycięcie przytarczyc	IV
Całkowite wycięcie przytarczyc	III
Częściowe wycięcie nadnerczy	IV
Obustronne wycięcie nadnerczy	III
Operacja szyszynki	II
Wycięcie przysadki mózgowej	I
Zniszczenie przysadki mózgowej	I
Częściowe wycięcie grasicy	IV
Całkowite wycięcie grasicy	III
Torakoskopowe wycięcie grasicy	IV
Transplantacja grasicy	III
Wycięcie zmiany piersi	IV
Subtotalna mammektomia	III
Wycięcie brodawki sutkowej	V
Rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej	V
Jednostronne całkowite wycięcie piersi	III
Obustronne całkowite wycięcie piersi	II
Całkowita jednoczasowa rekonstrukcja piersi	III
Jednostronny wszczep do piersi	IV
Przeszczep skóry na pierś	IV
Przeszczep uszypułowany na pierś	IV
Rekonstrukcja piersi płatem mięśniowym lub skórno-mięśniowym	IV
Całkowita obustronna jednoczasowa rekonstrukcja piersi	II
Oko	
Wycięcie gruczołu łzowego	V
Wycięcie zmiany gruczołu łzowego	V
Wycięcie woreczka/ dróg łzowych	V
Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	V
Wycięcie zmiany ze spojówki	V
Operacja naprawcza skaleczenia spojówki	V
Usunięcie zrostów spojówki lub/i powieki	V
Rekonstrukcja spojówki z przeszczepem	V
Wycięcie skrzydlika rogówki	V
Przeszczep rogówki	V
Nacięcie tęczówki	V
Usunięcie zrostów tęczówki	V
Wycięcie tęczówki	V
Wycięcie zmiany tęczówki	V
Trepanacja twardówki z usunięciem tęczówki	V
Wytworzenie przetoki twardówki	V
Usunięcie zmiany twardówki	V
Naprawa garbiaka twardówki	V
Wzmocnienie twardówki	V
Usunięcie soczewki lub wprowadzenie sztucznej soczewki	IV
Usunięcie ciała szklistego	V
Usunięcie mięśnia okoruchowego	IV
Wycięcie gałki ocznej	III
Zabieg naprawczy wielu struktur oka	III
Operacyjne zaopatrzenie pękniętej gałki ocznej	III
Wycięcie zmiany oczodołu	III
Osteoplastyka oczodołu	III
Usunięcie lub wycięcie zmiany ciałka rzęskowego	V
Ucho	
Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego	IV
Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	III
Operacja naprawcza błony bębenkowej	V

Nazwa procedury	Klasa
Operacja naprawcza wyrostka sutkowatego	IV
Wycięcie zmiany ucha środkowego	IV
Wycięcie zmiany ucha wewnętrznego	III
Drenaż ucha wewnętrznego	IV
Ablacja struktur ucha wewnętrznego	III
Rekonstrukcja ucha wewnętrznego	III
Operacja przetoki ucha wewnętrznego	IV
Wszczepienie protezy ślimaka	III
Wytworzenie przetoki limfatycznej	IV
Odbarczenie błędnika	III
Układ oddechowy	
Operacyjne tamowanie krwotoku z nosa	V
Wycięcie małżowiny wewnętrznej nosa	V
Wycięcie nosa	III
Otwarcie zatoki szczękowej	V
Wycięcie zmiany zatoki szczękowej	V
Wyłonienie zatoki szczękowej	V
Otwarcie zatoki czołowej	V
Wycięcie zmiany zatoki czołowej	V
Obliteracja zatoki czołowej	V
Wycięcie zatoki czołowej	V
Otwarcie komórek sitowych	V
Wycięcie komórek sitowych	V
Otwarcie zatoki klinowej	V
Usunięcie zatoki klinowej	V
Otwarcie wielu zatok nosa	V
Wycięcie gardła	III
Wycięcie zmiany gardła	V
Rozszerzanie gardła	V
Operacje naprawcze nozdrzy tylnych	V
Operacje naprawcze gardła po usunięciu nowotworu	V
Zamknięcie przetoki gardła	V
Wycięcie częściowe krtani	IV
Wycięcie całkowite krtani	III
Wycięcie zmiany krtani	V
Rozszerzenie krtani	V
Operacja przetoki krtani	V
Wycięcie chrząstki krtani	IV
Operacja naprawcza krtani	IV
Wycięcie strun głosowych	IV
Wszczepienie protezy głosowej	III
Jednoczasowe wycięcie krtani i gardła	II
Przeszczep krtani	I
Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	V
Operacja naprawcza tchawicy	IV
Operacja przetoki tchawicy	IV
Całkowita jednoczasowa rekonstrukcja krtani i tchawicy	I
Częściowe wycięcie tchawicy	III
Operacja naprawcza oskrzela	IV
Operacja przetoki oskrzelowej	IV
Wycięcie zmiany oskrzela	IV
Wycięcie oskrzela	III
Wycięcie zmiany płuca	III
Wycięcie płuca	II
Przeszczep płuca	I
Jednoczasowy przeszczep płuca i serca	I
Wycięcie zmiany śródpiersia	III
Rekonstrukcja przewodu zatokowo-nosowego	V
Jama ustna	
Wycięcie zmiany języka	V
Częściowe wycięcie języka	V
Całkowite usunięcie języka	IV
Wycięcie zmiany ślinianki	V
Częściowe wycięcie ślinianki	V
Całkowite usunięcie ślinianki	V
Operacje naprawcze ślinianki lub przewodu ślinowego	V
Zamknięcie przetoki ślinowej	V

Nazwa procedury	Klasa
Wycięcie zmiany podniebienia twardego	V
Wycięcie zmiany podniebienia miękkiego	V
Korekcja deformacji podniebienia	IV
Wycięcie zmiany wargi	V
Wycięcie zmiany śluzówki jamy ustnej	V
Rekonstrukcja struktur jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	IV
Wycięcie języczka	V
Wycięcie zmiany migdałka	V
Przewód pokarmowy	
Częściowe wycięcie przełyku	III
Całkowite wycięcie przełyku	II
Śródpiersiowe zespolenie omijające przełyku	II
Wytworzenie sztucznego przełyku	II
Zamostkowe wytworzenie przełyku	II
Przedmostkowe zespolenie omijające przełyku	II
Wprowadzenie endoprotezy przełyku	III
Szycie rozerwania przełyku	IV
Usunięcie zwężenia przełyku	IV
Podwiązanie żylaków przełyku	IV
Jednoczasowe usunięcie przełyku i żołądka	I
Wytworzenie przetoki przełykowej	IV
Operacja przetoki żołądkowej	IV
Podwiązanie żylaków wpustu żołądka	IV
Pyloromyotomia	IV
Pyloroplastyka	IV
Częściowe wycięcie żołądka	III
Całkowite wycięcie żołądka	II
Wagotomia choroby wrzodowej żołądka	IV
Zaszycie wrzodu żołądka	IV
Zatamowanie krwotoku w żołądku lub dwunastnicy	IV
Zespolenie omijające żołądka	III
Operacja antyrefluksowa	IV
Szycie rozerwania żołądka	IV
Inwersja uchyłka żołądka	IV
Wycięcie dwunastnicy	III
Zaszycie wrzodu dwunastnicy	IV
Wagotomia choroby wrzodowej dwunastnicy	IV
Zespolenie omijające dwunastnicy	III
Operacja przetoki dwunastniczej	IV
Szycie rozerwanej dwunastnicy	IV
Częściowe wycięcie jelita cienkiego	III
Całkowite wycięcie jelita cienkiego	II
Zespolenie omijające jelita cienkiego	III
Zamknięcie przetoki jelita cienkiego	IV
Wyłonienie jelita cienkiego	IV
Rekonstrukcja przetoki jelitowej	IV
Szycie rozerwanego jelita cienkiego	IV
Odprowadzenie skrętu jelita	IV
Odprowadzenie wgłobienia jelita	IV
Ufiksowanie jelita cienkiego	IV
Plikacja jelita cienkiego	IV
Wycięcie cysty lub zatoki pilonidalnej	V
Wycięcie kątnicy	III
Operacja przepukliny przeponowej	III
Wycięcie poprzecznicy	III
Hemikolektomia prawostronna	II
Hemikolektomia lewostronna	II
Wycięcie esicy	III
Totalna śródbrzuszna kolektomia	I
Zespolenie omijające jelita grubego	III
Operacja przetoki jelita grubego	IV
Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego	II
Wyłonienie jelita grubego	IV
Plikacja jelita grubego	IV
Ufiksowanie jelita grubego	IV
Szycie rozerwania jelita grubego	IV
Odbarczenie zarośniętego odbytu	IV

Nazwa procedury	Klasa
Opierścienienie odbytu	IV
Operacja przetoki odbytu	IV
Wszczepienie sztucznego zwieracza odbytu	IV
Operacja wypadającego odbytu	IV
Wycięcie odbytu	III
Szycie rozerwania odbytnicy	IV
Wycięcie odbytnicy	III
Ufiksowanie odbytnicy	IV
Przeszczep mięśnia smukłego	IV
Wycięcie wyrostka robaczkowego	V
Narządy jamy brzusznej	
Częściowe wycięcie śledziony	IV
Całkowite wycięcie śledziony	III
Wycięcie zmiany śledziony	IV
Przeszczep śledziony	III
Częściowe wycięcie wątroby	III
Całkowite wycięcie wątroby	II
Wycięcie zmiany wątroby	IV
Przeszczep wątroby	I
Wewnątrznaczyniowa operacja na naczyniach wątrobowych	IV
Ufiksowanie wątroby	III
Zespolenie przewodu wątrobowego	III
Wycięcie pęcherzyka żółciowego	V
Wycięcie zmiany trzustki	III
Cholecystostomia	V
Szycie przewodu żółciowego	V
Wycięcie dróg żółciowych	III
Zespolenie przewodu żółciowego	III
Wycięcie zmiany dróg żółciowych	IV
Plastyka przewodu żółciowego wspólnego	III
Zespolenie pęcherzyka żółciowego	III
Wycięcie brodawki Vatera	IV
Wycięcie przewodu pęcherzykowego	V
Wytworzenie przetoki torbieli trzustki	IV
Częściowe wycięcie trzustki	III
Całkowite wycięcie trzustki	II
Jednoczasowe całkowite wycięcie trzustki i dwunastnicy	I
Operacja Whipplea	I
Zespolenie trzustki	III
Zespolenie przewodu trzustkowego	III
Serce	
Zamknięta walwulotomia	IV
Otwarta walwuloplastyka	III
Wszczepienie zastawki aortalnej	II
Wszczepienie zastawki mitralnej	II
Wszczepienie zastawki płucnej	II
Wszczepienie zastawki trójdzielnej	II
Operacja naprawcza pierścienia zastawki	III
Przezskórna walwuloplastyka	III
Zamknięcie przewodu tętniczego Botalla	IV
Zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego	III
Zamknięcie ubytku międzykomorowego	III
Zamknięcie ubytku przegrody serca	III
Korekcja całkowita zespołu Fallota	I
Operacja naprawcza złożonych wad wielkich naczyń	I
Całkowita korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych	I
Korekcja całkowita wspólnego pnia tętniczego	I
Przezskórna angioplastyka wieńcowa	V
Pomostowanie tętnic wieńcowych	III
Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej	III
Operacje mięśni brodawkowatych serca	IV
Operacje nici ścięgnistych serca	IV
Wycięcie osierdzia	III
Operacja naprawcza tętniaka serca	III
Wycięcie tętniaka serca	III
Przebudowanie komory serca	III

Nazwa procedury	Klasa
Chirurgicznie zmniejszenie komory serca	III
Przeszczep serca	I
Wszczepienie sztucznego serca	I
Wszczepienie systemu mechanicznego wspomagania serca	IV
Wszczepienie systemu stymulującego serce	V
Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora	V
Wszczepienie układu resynchronizującego serce CRT	V
Otwarta koronaroplastyka	III
Operacje beleczek mięśniowych serca	III
Pomosty dla rewaskularyzacji serca	III
Przezskórna operacja tętnicy płucnej	IV
Przezskórne zamknięcie uszka przedsionka	IV
Naczynia tętnicze oraz żylne	
Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	IV
Rekonstrukcja tętnic brzusznych	IV
Endarterektomia tętnic kończyny dolnej	IV
Wycięcie lub zespolenie tętnic kończyny dolnej	IV
Pomostowanie aorty brzusznej lub/i tętnic kończyn dolnych	III
Operacja tętniaka tętnicy mózgowej	III
Operacja naprawcza aorty	III
Pomost aorty brzusznej lub/i tętnic brzusznych	III
Rekonstrukcja innej tętnicy	IV
Szycie tętnicy	IV
Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	IV
Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza aorty	III
Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza tętnic kończyn dolnych	IV
Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza gałęzi trzewnych aorty	IV
Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza tętnicy mózgowej	III
Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza innej tętnicy	V
Wycięcie tętniaka z zespoleniem żył: brzusznych, biodrowych, wrotnych, nerkowych, śledzionowych, żyły głównej dolnej	III
Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego z zespoleniem	IV
Wewnątrznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej	IV
Rekonstrukcja tętnicy mózgowej	III
Rekonstrukcja tętnicy płucnej	III
Wycięcie tętniaka naczyń klatki piersiowej	III
Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego ze wstawką	IV
Wycięcie tętniaka naczyń kończyny górnej	IV
Endarterektomia naczyń kończyny górnej	IV
Zespolenie żył jamy brzusznej	III
Układ moczowy	
Operacja nerki przez nefrostomię	IV
Operacja torbieli nerki	V
Usunięcie kamienia z nerki	V
Pielostomia	V
Wycięcie lub zniszczenie zmiany układu kielichowo-miedniczkowego	IV
Wycięcie lub zniszczenie zmiany nerki	IV
Ablacja termiczna zmiany nerki	IV
Wycięcie kielicha nerkowego	IV
Częściowe wycięcie nerki	IV
Całkowite wycięcie nerki	III
Obustronne jednoczasowe wycięcie nerek	I
Przeszczep nerki	I
Umocowanie lub podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej	III
Zaopatrzenie uszkodzenia urazowego nerki	IV
Operacja przetoki nerkowej	IV
Zespolenie układu moczowego	IV
Plastyka układu moczowego	IV
Usunięcie skrzepu z układu moczowego	V
Usunięcie kamienia z układu moczowego	V
Usunięcie ciała obcego z układu moczowego	V
Usunięcie przeszkody z układu moczowego	V
Usunięcie zmiany z moczowodu	V
Korekcja zwężenia moczowodu	V
Nacięcie moczowodu	V
Częściowe wycięcie moczowodu	V
Całkowite usunięcie moczowodu	IV

Nazwa procedury	Klasa
Operacja przetoki moczowodowej	IV
Reimplantacja moczowodu do pęcherza moczowego	IV
Wszczepienie moczowodu do jelita	IV
Wytworzenie końcowej przetoki kałowej z wszczepieniem moczowodów	III
Reimplantacja moczowodu	IV
Zeszycie rany moczowodu	V
Zamknięcie przetoki moczowodu	IV
Umocowanie moczowodu	V
Operacja moczowodu objętego zwłóknieniem zaotrzewnowym	IV
Operacja przeciwodpływowa zewnątrzpęcherzowa	IV
Uzupełnienie moczowodu wszczepem	V
Protezowanie moczowodu	IV
Sfałdowanie moczowodu	V
Uwolnienie moczowodu ze zrostów	V
Wszczepienie elektronicznego stymulatora moczowodu	IV
Usunięcie kamienia z pęcherza moczowego	V
Operacja naprawcza ujścia pęcherza moczowego	IV
Plastyka pęcherza i cewki moczowej	III
Operacja naprawcza uchyłka pęcherza moczowego	IV
Plastyka ujścia pęcherza moczowego	IV
Sfałdowanie ujścia pęcherza moczowego	IV
Korekcja zwężenia cewki moczowej	V
Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza	V
Operacja przetoki pęcherza moczowego	IV
Wycięcie lub zniszczenie zmiany pęcherza moczowego	V
Wycięcie uchyłka pęcherza moczowego	IV
Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	IV
Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	III
Operacja przetoki pochwowej	IV
Wytworzenie zastępczego pęcherza moczowego	III
Operacja naprawcza cewki moczowej	V
Operacja przetoki cewki moczowej	IV
Sfałdowanie cewki moczowej	V
Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej	V
Wszczepienie protezy cewki moczowej	V
Operacja spodziectwa	V
Operacyjne leczenie nietrzymania moczu	IV
Wycięcie lub zniszczenie tkanki stercza	V
Wycięcie lub zniszczenie zmiany stercza	V
Całkowite wycięcie stercza	IV
Wycięcie zmiany cewki moczowej	V
Wycięcie uchyłka cewki moczowej	V
Operacja przetoki moczowodowej	IV
Operacja przetoki pęcherza moczowego	IV
Operacja przetoki macicznej	IV
Rekonstrukcja pęcherza moczowego	III
Wytworzenie zespolenia pęcherza moczowego	IV
Wszczepienie elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego	V
Częściowe wycięcie cewki moczowej	V
Całkowite wycięcie cewki moczowej	IV
Narządy płciowe męskie	
Operacja wodniaka jądra	V
Wycięcie zmiany jądra	V
Jednostronne wycięcie jądra	V
Wycięcie jedynego jądra	V
Wycięcie obu jąder jednoczasowe	IV
Sprowadzenie jąder	V
Protezowanie jądra	V
Operacja żylaków powrózka nasiennego	V
Operacja naprawcza powrózka nasiennego	V
Operacja pęcherzyków nasiennych	V
Operacja najądrza	V
Wycięcie najądrza	V
Wycięcie nasieniowodu	V
Wycięcie lub zniszczenie zmiany prącia	V
Całkowite wycięcie prącia	IV
Częściowe wycięcie prącia	V

Nazwa procedury	Klasa
Protezowanie prącia	IV
Reimplantacja prącia	IV
Operacja naprawcza prącia	V
Operacja naprawcza napletka	V
Wycięcie moszny	IV
Żeński układ rozrodczy	
Operacja gruczołu Bartholina	V
Wycięcie lub zniszczenie zmiany w zatoce Douglasa	V
Zamknięcie zatoki Douglasa	V
Wycięcie zmiany pochwy	V
Wycięcie pochwy	IV
Operacja naprawcza pochwy	IV
Operacja przetoki pochwowej	IV
Rekonstrukcja sklepienia pochwy	IV
Wycięcie zmiany sromu	V
Wycięcie sromu	IV
Uwolnienie zrostów sromu	V
Operacja łechtaczki	V
Operacja jajnika i/lub jajowodu	V
Obustronne wycięcie jajników i/lub jajowodów	IV
Wycięcie zmiany szyjki macicy	V
Usunięcie mięśniaków macicy	V
Wycięcie zmiany trzonu macicy	V
Usunięcie tkanki trzonu macicy	V
Operacja naprawcza przegrody macicy	V
Usunięcie zrostów macicy	V
Zniszczenie zmiany trzonu macicy	V
Przyszycie macicy do powłok brzusznych	V
Szycie rozdarcia macicy	V
Zamknięcie przetoki macicy	V
Zabieg naprawczy poporodowego rozdarcia macicy	V
Zabieg naprawczy wrodzonej wady macicy	V
Wycięcie macicy	IV
Operacje aparatu zawieszającego macicę	IV
Skóra	
Przeszczep wolny skóry	V
Przeszczep płata skóry owłosionej	V
Przeszczep innej niż własna tkanki do skóry	V
Uszypułowany lub płatowy przeszczep skóry	V
Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry	V
Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórnego	V
Przeszczep płata skórno-powięziowego	IV
Wprowadzenie ekspandera pod skórę	V
Przeszczep śluzówki	V
Tkanki miękkie	
Uwolnienie ścięgna	V
Wycięcie torbieli bocznej szyi lub pozostałości szczeliny skrzelowej	V
Wycięcie zmiany ściany klatki piersiowej (z usunięciem żeber)	IV
Dekortykacja płuca	IV
Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	III
Operacja naprawcza przepony	III
Szycie rany przepony	III
Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	IV
Operacja przepukliny pachwinowej obustronna	IV
Operacja przepukliny pachwinowej jednostronna	V
Operacja przepukliny pępkowej	V
Operacja przepukliny udowej jednostronna	V
Operacja przepukliny udowej obustronna	IV
Operacja przepukliny ściany jamy brzusznej o nieokreślonym umiejscowieniu	V
Operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	V
Plikacja przepony	IV
Operacja moczownika	V
Wycięcie tkanek otrzewnowej	V
Operacja naprawcza dotycząca sieci	V
Operacja naprawcza dotycząca krezki jelita	V

Nazwa procedury	Klasa
Wycięcie zmiany otrzewnej	V
Uwolnienie zrostów otrzewnowych	V
Operacja przewodu limfatycznego	IV
Wycięcie ścięgna	V
Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	V
Operacja kaletki	V
Wycięcie powięzi	V
Wycięcie mięśnia	V
Uwolnienie przykurczu mięśnia	V
Operacja naprawcza ścięgna	V
Operacja naprawcza mięśnia	V
Przeszczepienie mięśnia	IV
Uwolnienie mięśnia	V
Wycięcie zmiany lub tkanki przepony	IV
Zabieg naprawczy opłucnej	IV
Operacja naprawcza przepukliny kulszowej	V
Operacja naprawcza przepukliny kulszowo odbytniczej	V
Operacja naprawcza przepukliny lędźwiowej	V
Operacja naprawcza przepukliny zasłonowej	V
Operacja naprawcza przepukliny sieciowej	V
Operacja naprawcza przepukliny zaotrzewnowej	V
Operacja naprawcza otrzewnej	V
Wycięcie pochewki ścięgna	V
Operacja naprawcza dotycząca powięzi	V
Kości i stawy szkieletu i kręgosłupa	
Podniesienie złamanego fragmentu czaszki	III
Uzupełnienie ubytku kości czaszki	IV
Otwarte nastawienie złamania kości nosa	IV
Wycięcie zmiany kości twarzoczaszki	V
Wycięcie kości twarzoczaszki	IV
Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej	IV
Otwarte nastawienie złamania szczęki	IV
Otwarte nastawienie złamania żuchwy	IV
Otwarte nastawienie kości twarzy	IV
Otwarte nastawienie złamania oczodołu	IV
Przeszczep kostny kości twarzy	IV
Otwarte nastawienie zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego	IV
Częściowe wycięcie żuchwy	IV
Całkowite wycięcie żuchwy	III
Wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa	IV
Usunięcie przepukliny jądra miażdżystego	IV
Usztywnienie (artrodeza) stawów kręgosłupa	IV
Operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	IV
Operacja złamania kręgu	IV
Rekonstrukcja wielu kości twarzoczaszki	III
Rekonstrukcja jednej kości twarzoczaszki	IV
Wycięcie zmiany kości	V
Wycięcie martwaka kości	V
Osteotomia bez rozdzielenia (z wyłączeniem stóp i rąk)	IV
Osteotomia klinowa (z wyłączeniem stóp i rąk)	IV
Inna osteotomia (z wyłączeniem stóp i rąk)	IV
Resekcja kości (z wyłączeniem stóp i rąk)	IV
Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	V
Otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	IV
Zamknięta stabilizacja oddzielonej nasady kości	V
Otwarta stabilizacja oddzielonej nasady kości	IV
Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu złamania kości	IV
Uwolnienie torebki stawowej	V

Nazwa procedury	Klasa
Uwolnienie stawu	V
Uwolnienie więzadła	V
Otwarte nastawienie zwichnięcia	IV
Wycięcie łękotki kolana	V
Usztywnienie (artrodeza) stawu biodrowego	IV
Usztywnienie (artrodeza) stawu kolanowego	IV
Usztywnienie (artrodeza) stawu barkowego	IV
Usztywnienie (artrodeza) stawu łokciowego	IV
Operacja stabilizująca więzadła stawu kolanowego	V
Operacja stabilizująca staw barkowy	IV
Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny górnej	V
Operacja stabilizująca rzepkę stawu kolanowego	V
Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny dolnej	V
Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego	III
Częściowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego	IV
Artroplastyka nadgarstka lub śródręcza	IV
Artroplastyka śródręczno-paliczkowa i międzypaliczkowa	IV
Całkowita endoproteza nadgarstka	III
Całkowita endoprotezoplastyka stawu stopy, palców stopy	IV
Całkowita endoprotezoplastyka stawu skokowego	IV
Rekonstrukcja mikrochirurgiczna naczyń i/ lub nerwów stopy	IV
Policyzacja palca	IV
Całkowita rekonstrukcja kciuka	IV
Korekcja stopy końsko-szpotawej	IV
Częściowa endoprotezoplastyka stawu barkowego	IV
Częściowa endoprotezoplastyka stawu łokciowego	IV
Całkowita endoprotezoplastyka stawu barkowego	III
Całkowita endoprotezoplastyka stawu łokciowego	III
Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego	III
Całkowite wycięcie kości ektopowej	IV
Częściowe wycięcie kości ektopowej	V
Pozostałe	
Amputacja kciuka	IV
Amputacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	IV
Wyłuszczenie nadgarstka	III
Amputacja kończyny górnej na wysokości przedramienia	III
Wyłuszczenie w stawie łokciowym	III
Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	III
Wyłuszczenie w stawie barkowym	III
Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki	II
Amputacja palucha	IV
Amputacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	IV
Wyłuszczenie w stawie skokowym	III
Amputacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	III
Amputacja kończyny dolnej na wysokości kolana	III
Wyłuszczenie w stawie kolanowym	III
Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	III
Wyłuszczenie w stawie biodrowym	II
Amputacja kończyny dolnej z częścią miednicy	II
Replantacja kciuka	IV
Replantacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	III
Replantacja kończyny górnej na wysokości ramienia	II
Replantacja palucha	IV
Replantacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	III
Replantacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	III
Replantacja kończyny dolnej na wysokości uda	II
Przeszczep całej twarzy	I

UBEZPIECZENIE
DODATKOWE

PZU Powrót do Sprawności

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NA DRODZE LUB W PRACY – USŁUGI MEDYCZNE**

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Dodatkowe grupowe ubezpieczenie następstw nieszczęśliwego wypadku na drodze lub w pracy – usługi medyczne

Wersja z dnia 1.10.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwego wypadku na drodze lub w pracy – usługi medyczne, kod warunków NPGP30 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest materiałem informacyjnym,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna być wyłączną podstawą do tego, aby podjąć decyzję o zawarciu ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W okresie trwania umowy możesz skorzystać z usług medycznych w zależności od wybranej przez Ciebie opcji:
- wypadek na drodze albo wypadek przy pracy – usługi medyczne, przysługują z tytułu wystąpienia jednego rodzaju wypadku,
- wypadek na drodze i wypadek przy pracy – usługi medyczne, przysługują z tytułu wystąpienia każdego z dwóch wypadków – niezależnie czy wystąpiły osobno czy łącznie.

Jeśli wystąpi u Ciebie wypadek na drodze i/lub wypadek przy pracy, zapewniamy:
- konsultacje lekarskie,
- badania diagnostyczne,
- zabiegi rehabilitacyjne.

Usługi medyczne organizujemy i finansujemy do wyczerpania się ich limitu ilościowego i nie dłużej niż przez 1 rok – licząc od dnia uzyskania prawa do korzystania z usług medycznych.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy, kto może być uposażonym?

Możesz przystąpić do tego ubezpieczenia, jeśli jesteś objęty ubezpieczeniem podstawowym.

Jak długo trwa umowa?

Umowę zawierasz na czas określony – do najbliższej rocznicy polisy.
Ubezpieczenie przedłuża się na rok na tych samych warunkach, jeżeli nadal obowiązuje umowa podstawowa oraz żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie działa na całym świecie.
W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku usługi medyczne realizowane są we wskazanych placówkach medycznych na terenie Polski.

Jak i kiedy opłacasz składkę?

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego z góry, w pełnej kwocie razem ze składką za umowę podstawową oraz za ten sam okres ochrony, co w umowie podstawowej.
Składkę uważamy za przekazaną – czyli opłaconą – zgodnie z zasadami, jakie obowiązują w umowie podstawowej.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza ochrona rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nasza ochrona kończy się w dniu, w którym:
- skończy się ochrona w ubezpieczeniu podstawowym,
- otrzymamy odstąpienie od umowy,
- skończy się okres wypowiedzenia umowy,
- skończy się czas trwania umowy – jeśli nie będzie przedłużona,
- ta umowa rozwiąże się za porozumiem stron.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia,
- wypadku na drodze – jeśli prowadziłeś pojazd:
  - bez uprawnień,
  - po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii

  – o ile którakolwiek z wymienionych okoliczności miała wpływ na zajście tego wypadku,
- Twojej nietrzeźwości, pozostawania pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile którakolwiek z wymienionych okoliczności miała wpływ na zajście wypadku.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dany wypadek nie jest objęty zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie, lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Właściciel polisy może odstąpić lub wypowiedzieć tę umowę na takich samych zasadach jak w ubezpieczeniu podstawowym.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą, która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługuje prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.

2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:
1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.

3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:
1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.

6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.

7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osoba fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

W poniższej tabeli przedstawiamy te postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwego wypadku na drodze lub w pracy – usługi medyczne, kod warunków NPGP30 (OWU), które wskazują podstawowe warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

L.P.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1 pkt 2 pkt 4 pkt 5 pkt 6 pkt 24 pkt 25 pkt 26 pkt 27 pkt 31 pkt 46
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1 pkt 2 pkt 7 pkt 9 pkt 22 pkt 23 pkt 46

Dziękujemy za wybór naszego ubezpieczenia, które zapewnia Ci m.in.:

- **dostęp do placówek w ponad 500 miastach,**
- **organizację zabiegów rehabilitacyjnych bezpośrednio po wystąpieniu nieszczęśliwego wypadku,**
- **dostęp do całodobowej infolinii.**

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

www na pzu.pl

pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NA DRODZE LUB W PRACY – USŁUGI MEDYCZNE

Kod warunków: NPGP30

OWU zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/5/2018 Zarządu PZU Życie SA z dnia 5 stycznia 2018 roku.
OWU wchodzą w życie 1 lutego 2018 roku.

To ubezpieczenie proponujemy jako dodatek do grupowego ubezpieczenia typ P Plus. Jest to dodatkowe grupowe ubezpieczenie następstw nieszczęśliwego wypadku na drodze lub w pracy – usługi medyczne.

Informacja dla:

WŁAŚCICIELA POLISY/ UBEZPIECZAJĄCEGO – czyli podmiotu zawierającego umowę

Zanim zawrzesz umowę ubezpieczenia, przeczytaj dokładnie ten dokument.

UBEZPIECZONEGO – czyli osoby przystępującej do ubezpieczenia

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, przeczytaj dokładnie ten dokument.

W tym dokumencie znajdziesz wszystkie informacje o:
- tym, co obejmuje i czego nie obejmuje nasze ubezpieczenie,
- zasadach korzystania z badań, konsultacji lekarskich i zabiegów,
- ochronie i usługach, które oferujemy,
- czasie trwania ubezpieczenia.

Stroną umowy jest **właściciel polisy** i **my** – PZU Życie SA.

W umowie występują jeszcze:
- **ubezpieczeni** – osoby, które przystępują do ubezpieczenia i których ubezpieczamy.

Stroną umowy jest **właściciel polisy** (np. Twój pracodawca) i **my** – PZU Życie SA.

Do umowy przystępujesz jako **ubezpieczony**. To Twoje zdrowie ubezpieczamy.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy następujących terminów:
1) **droga** – wydzielony pas terenu składający się z jezdni, pobocza, chodnika, drogi dla pieszych lub drogi dla rowerów, łącznie z torowiskiem pojazdów szynowych znajdującym się w obrębie tego pasa, przeznaczony do ruchu lub postoju pojazdów, ruchu pieszych, jazdy wierzchem lub pędzenia zwierząt,
2) **infolinia** – 801 405 905; 22 566 56 66 – pod tymi numerami przez całą dobę umówisz się na konsultację lekarską lub na badania[1],
3) **placówka medyczna** – placówka, która należy do naszej sieci placówek (przychodnia, gabinet lekarski lub laboratorium). Ich wykaz publikujemy na stronie pzu.pl oraz jest dostępny pod numerem infolinii i w każdym naszym oddziale,
4) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie, do którego możesz dołączyć ubezpieczenie dodatkowe,
5) **usługi medyczne** – świadczenia, które oferujemy w tym ubezpieczeniu (ich listę znajdziesz w załączniku do tego dokumentu),
6) **wypadek na drodze** – nieszczęśliwy wypadek wywołany:
   a) ruchem pojazdu na drodze – jeśli ubezpieczony brał w nim udział jako uczestnik ruchu (zgodnie z ustawą Prawo o ruchu drogowym, która definiuje uczestnika ruchu jako „pieszego, kierującego a także inne osoby przebywające w pojeździe i na pojeździe znajdującym się na drodze”). Pojazdem jest również tramwaj,
   b) ruchem pojazdu kolejowego, którego porusza pojazd trakcyjny (pojazd z własnym napędem) oraz metra – jeśli ubezpieczony był pasażerem albo członkiem załogi tego pojazdu. Wypadkiem na drodze nie jest wypadek, który dotyczy kolejowego transportu wewnątrzzakładowego oraz transportu linowego i linowo-terenowego.

[1] opłata zgodna z taryfą operatora

Wypadek na drodze jest to wyłącznie takie zdarzenie drogowe podczas którego wystąpiło u Ciebie naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia.
Przepisy prawa nakładają na uczestników wypadku na drodze obowiązek wezwania zespołu ratownictwa medycznego i Policji.

7) **wypadek w pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który wystąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego:
   a) zwykłych czynności lub
   b) poleceń przełożonych
   w ramach stosunku prawnego, za który opłacane są składki na ubezpieczenie wypadkowe w systemie ubezpieczeń społecznych,
8) **wypadek ubezpieczeniowy** – nieszczęśliwy wypadek będący:
   a) wypadkiem na drodze lub
   b) wypadkiem w pracy lub
   c) wypadkiem na drodze i wypadkiem w pracy, które wystąpiły łącznie.

2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego i używamy ich w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA
– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA
– czyli za jakie zdarzenie otrzymasz opiekę medyczną

4. W okresie trwania umowy możesz skorzystać z usług medycznych w zależności od wybranej przez Ciebie opcji:
1) wypadek na drodze albo wypadek w pracy – usługi medyczne przysługują z tytułu wystąpienia jednego rodzaju wypadku,
2) wypadek na drodze i wypadek w pracy – usługi medyczne przysługują z tytułu wystąpienia każdego z dwóch wypadków – niezależnie czy wystąpiły osobno czy łącznie.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY
– czyli jakie usługi medyczne możesz otrzymać

5. Jeśli wystąpi u Ciebie wypadek ubezpieczeniowy, zapewniamy:
- konsultacje lekarskie,
- badania diagnostyczne,
- zabiegi rehabilitacyjne.

Usługi medyczne, które oferujemy, znajdziesz w załączniku do tego dokumentu.

6. Usługi medyczne organizujemy i finansujemy do wyczerpania się ich limitu ilościowego (który znajdziesz w załączniku do tego dokumentu) i nie dłużej niż przez 1 rok – licząc od dnia uzyskania prawa do korzystania z usług medycznych na zasadach opisanych w pkt 28.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz opieki medycznej z ubezpieczenia

7. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje wypadku lub stanu chorobowego, który zdarzył się przed początkiem naszej ochrony lub nastąpił w wyniku:
1) działań wojennych,
2) Twojego czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
3) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ciebie czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
4) wypadku na drodze – jeśli prowadziłeś pojazd:
   a) bez uprawnień,
   b) po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii
   – o ile którakolwiek z wymienionych okoliczności miała wpływ na zajście tego wypadku,
5) Twojej nietrzeźwości, pozostawania pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile którakolwiek z wymienionych okoliczności miała wpływ na zajście wypadku,
6) samookaleczenia lub usiłowania popełnienia samobójstwa,
7) zatrucia po spożyciu alkoholu, użyciu narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii oraz zatrucia środkami farmakologicznymi (bez względu na zastosowaną dawkę) – jeśli wypadek nastąpił bezpośrednio wskutek tych okoliczności.

ZAWARCIE UMOWY
– kiedy jest możliwe

8. Właściciel polisy może zawrzeć tę umowę, jeżeli posiada ubezpieczenie podstawowe.

PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY
– kiedy Ciebie ubezpieczymy

9. Możesz przystąpić do tego ubezpieczenia, jeśli jesteś objęty ubezpieczeniem podstawowym.

CZAS TRWANIA UMOWY
– czyli jak długo obowiązuje umowa

10. Właściciel polisy może zawrzeć z nami umowę na rok.
11. Jeśli właściciel polisy zawrze tę umowę pomiędzy rocznicami polisy ubezpieczenia podstawowego, to nasza ochrona działa do najbliższej rocznicy polisy ubezpieczenia podstawowego.

PRZEDŁUŻENIE UMOWY
– czyli jak umowa się przedłuża

12. Ta umowa przedłuża się jednocześnie z ubezpieczeniem podstawowym na taki sam czas, chyba że nasza ochrona zakończy się z jednego z powodów, wymienionego w pkt 23.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY
– czyli jak właściciel polisy może zrezygnować

13. Właściciel polisy może odstąpić od tej umowy na takich samych zasadach jak w ubezpieczeniu podstawowym.
14. Jeśli właściciel polisy odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, jednocześnie odstępuje od tej umowy.
15. Jeśli właściciel polisy odstąpi od tej umowy, nie odstępuje jednocześnie od umowy ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY
– jak zrezygnować z umowy

16. Właściciel polisy może wypowiedzieć tę umowę na takich samych zasadach jak w ubezpieczeniu podstawowym.
17. Jeśli właściciel polisy wypowie umowę ubezpieczenia podstawowego, jednocześnie wypowiada tę umowę.
18. Jeśli właściciel polisy wypowie tę umowę, nie wypowiada jednocześnie umowy ubezpieczenia podstawowego.

SKŁADKA
– kiedy ją opłacać i od czego zależy

19. Składka jest przekazywana razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.
20. Wysokość składki zależy od:
1) zakresu ubezpieczenia dodatkowego,
2) częstotliwości jej opłacania,
3) liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przystępujących do ubezpieczenia.
21. Wysokość składki za to ubezpieczenie jest określona we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczymy

22. Nasza ochrona rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się Twoje ubezpieczenie

23. Nasza ochrona kończy się w dniu, w którym:
1) skończy się ochrona w ubezpieczeniu podstawowym,

2) otrzymamy odstąpienie od tej umowy,
3) skończy się okres wypowiedzenia tej umowy,
4) skończy się czas trwania tej umowy – jeśli nie będzie przedłużona,
5) ta umowa rozwiąże się za porozumiem stron.

UPRAWNIENI DO USŁUG MEDYCZNYCH
– czyli kto może korzystać z usług medycznych

24. Usługi medyczne przysługują Tobie.

REALIZACJA USŁUG MEDYCZNYCH
– czyli jak zacząć z nich korzystać

25. Osoba wnioskująca o usługi medyczne zobowiązana jest dostarczyć nam dokumentację, która potwierdza wystąpienie wypadku ubezpieczeniowego:
1) dla wypadku na drodze – notatkę policyjną z miejsca zdarzenia lub inny dokument który potwierdza okoliczności wypadku na drodze (np. kartę informacyjną ze szpitalnego oddziału ratunkowego, dokumenty sporządzone przez przybyły na miejsce wypadku zespół ratownictwa medycznego) oraz związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem na drodze a potrzebą skorzystania z usług medycznych,
2) dla wypadku w pracy – protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku w pracy lub dokumentację która potwierdza przyznanie z tego tytułu świadczenia z ubezpieczenia społecznego.

26. Możemy poprosić o dostarczenie innych niezbędnych dokumentów, jeśli dokumenty już dostarczone nie wystarczą do potwierdzenia prawa do korzystania z usług medycznych.

27. Prawo do korzystania z usług medycznych będzie Ci przysługiwać jeśli pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a potrzebą skorzystania z usług medycznych zachodzi związek przyczynowo-skutkowy.

28. W terminie do 30 dni od złożenia dokumentów otrzymasz decyzję o prawie do korzystania z usług medycznych – jeśli złożone dokumenty potwierdzą wystąpienie wypadku ubezpieczeniowego, będziesz mógł rozpocząć korzystanie z usług medycznych.

29. Jeżeli wyjaśnienie w tym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności okaże się niemożliwe, wydamy decyzję o prawie do korzystania z usług medycznych lub o odmowie w terminie do 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe przy zachowaniu należytej staranności.

30. W decyzji o odmowie prawa do korzystania z usług medycznych umieścimy informacje o przyczynach i podstawie odmowy oraz sposobie odwołania od tej decyzji.

31. Aby korzystać z usług medycznych – za naszym pośrednictwem – umawiasz termin konsultacji lekarskiej lub badania. Możesz to zrobić m.in. przez:
- infolinię,
- formularz elektroniczny na stronie pzu.pl,
- aplikację mobilną.

32. Wybierasz usługi medyczne zgodnie z posiadanym zakresem, a my wskazujemy Ci placówkę medyczną. W takim przypadku czas oczekiwania na konsultację lekarską wynosi do:
1) 2 dni roboczych – do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (internisty lub lekarza rodzinnego),
2) 5 dni roboczych – do lekarzy pozostałych specjalizacji.

33. Możesz sam wskazać naszą placówkę medyczną, termin lub lekarza. W takim przypadku, czas oczekiwania na konsultację lekarską może być dłuższy – ustalony indywidualnie na podstawie dostępności wybranego specjalisty w tej placówce.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA, SKIEROWANIE SPRAWY DO SĄDU
– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

34. Reklamacją – według „Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym" – jest zgłoszenie do nas zastrzeżenia do naszych usług.

35. Reklamację może zgłosić tylko osoba fizyczna. Może nią być: uposażony, uprawniony, właściciel polisy lub Ty.

36. Reklamację można złożyć:
1) pisemnie – osobiście w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów lub przesyłką pocztową (w rozumieniu ustawy „Prawo pocztowe"), na przykład pisząc: PZU SA ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres tylko do korespondencji),
2) ustnie – przez telefon, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście, co potwierdzamy protokołem, w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów,
3) elektronicznie – na adres reklamacje@pzu.pl lub za pomocą formularza na pzu.pl.

37. Reklamację rozpatrzymy bezzwłocznie, nie później niż w 30 dni od dnia, kiedy ją otrzymaliśmy, z wyjątkiem pkt 38.

38. Jeśli – w szczególnie złożonych przypadkach – nie będziemy mogli odpowiedzieć na reklamację w terminie 30 dni, poinformujemy:
1) dlaczego odpowiedź się opóźnia,

2) jakie okoliczności musimy jeszcze poznać, aby rozpatrzeć sprawę,
3) jaki jest nowy termin naszej odpowiedzi; termin ten nie może być dłuższy niż 60 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy reklamację.

39. Na reklamację odpowiadamy na piśmie. Na wniosek osoby, która złożyła reklamację, możemy przekazać odpowiedź pocztą elektroniczną lub na trwałym nośniku informacji.

40. Jeśli po rozpatrzeniu reklamacji:
1) nie uwzględniliśmy zgłoszonych roszczeń,
2) uwzględniliśmy roszczenia, ale w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację nie wykonaliśmy czynności, do których się zobowiązaliśmy – osoba, która złożyła reklamację, może napisać wniosek w tej sprawie do Rzecznika Finansowego.

41. Skargę lub zażalenie, które nie są reklamacją, można złożyć w formach wymienionych w pkt. 36. Muszą być one złożone tak, abyśmy mogli zidentyfikować osobę, która wnosi skargę lub zażalenie oraz przedmiot skargi lub zażalenia.

42. Skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach zgodnie z zakresem, w jakim działają.

43. Skargi i zażalenia rozpatrzymy bezzwłocznie, nie później niż w 30 dni od dnia, w którym je otrzymaliśmy. Odpowiedzi udzielamy na piśmie.

44. Jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć na skargę lub zażalenie w terminie 30 dni, poinformujemy na piśmie, dlaczego odpowiedź się opóźnia i jaki jest nowy termin odpowiedzi.

45. Pozew w sprawach, które wynikają z umowy, można złożyć do sądu:
1) według właściwości ogólnej – zgodnie z Kodeksem postępowania cywilnego albo
2) właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby: Twojej, właściciela polisy, uposażonego lub uprawnionego, albo
3) właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy: Twojego, uposażonego lub uprawnionego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

46. W sprawach nieuregulowanych tą umową stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne odpowiednie przepisy prawa.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NA DRODZE LUB W PRACY – USŁUGI MEDYCZNE

Zakres świadczeń zdrowotnych czyli usługi medyczne, które może otrzymać ubezpieczony.

KONSULTACJE LEKARSKIE

Jeśli chcesz umówić się do lekarza:

zadzwoń na całodobową infolinię medyczną **801 405 905** lub **22 566 56 66** (opłata zgodna z taryfą operatora)

wypełnij **formularz wizyty** na stronie **pzu.pl**

użyj **aplikacji mobilnej PZU**

wyślij **SMS** o treści „wizyta" na numer **4102** (opłata zgodna z taryfą operatora)

Z konsultacji możesz korzystać bezpłatnie i bez skierowania. Jeśli zachorujesz, umówimy Cię bez skierowania na konsultację w naszej placówce medycznej w obowiązujących godzinach przyjęć lekarzy.
Konsultacje specjalistyczne obejmują m.in.:
- wywiad i badanie przedmiotowe,
- diagnozę,
- informację o diagnostyce i sposobie leczenia,
- wystawienie recept,
- kontrolę leczenia.

Konsultacje lekarskie nie obejmują konsultacji profesorskich (lekarzy z tytułem naukowym: doktor habilitowany, profesor).

BADANIA LABORATORYJNE I DIAGNOSTYCZNE ORAZ ZABIEGI REHABILITACYJNE

Jeśli chcesz umówić się na badania lub zabiegi rehabilitacyjne:

zadzwoń na całodobową infolinię medyczną **801 405 905** lub **22 566 56 66** (opłata zgodna z taryfą operatora)

Z badań lub zabiegów rehabilitacyjnych możesz skorzystać na podstawie skierowania od lekarza z naszej placówki medycznej. Terminy wizyty lub badań potwierdzamy SMS-em.

WYPADEK NA DRODZE

możliwość korzystania z pakietu medycznego po wypadku na drodze

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
KONSULTACJE LEKARSKIE Jeśli zachorujesz, umówimy Cię bez skierowania na wizytę w naszej placówce medycznej w godzinach przyjęć lekarzy. Wizyty specjalistyczne obejmują: • wywiad i diagnozę, • poradę oraz informację o sposobie leczenia, • wystawienie recepty, o ile jest to uzasadnione. Wizyty lekarskie nie obejmują konsultacji profesorskich (lekarzy z tytułem naukowym: doktor habilitowany, docent, profesor).	

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
• anestezjolog, • chirurg ogólny, • chirurg naczyniowy, • dermatolog, • diabetolog, • endokrynolog, • gastrolog, • ginekolog, • hematolog, • hepatolog, • kardiolog, • lekarz specjalista rehabilitacji, • nefrolog, • neurochirurg, • neurolog, • okulista, • ortopeda, • otolaryngolog, • proktolog, • psycholog • pulmonolog, • radiolog, • reumatolog, • urolog, • traumatolog.	4
BADANIA DIAGNOSTYCZNE	
DIAGNOSTYKA RADIOLOGICZNA Jeśli chcesz umówić się na badanie radiologiczne, potrzebujesz skierowanie od lekarza z naszej placówki medycznej. Na badanie umawiasz się telefonicznie i wskażemy Ci placówkę w której wykonasz poniższe badania.	
• RTG czaszki, • RTG okolicy czołowej, • RTG żuchwy, • RTG szczęki, • RTG zatok nosa, • RTG nosa, • RTG oczodołu, • RTG okolicy nadoczodołowej, • RTG spojenia żuchwy, • RTG okolicy jarzmowo-szczękowej, • RTG krtani, • RTG przewodu nosowo-łzowego, • RTG nosogardzieli, • RTG gruczołów ślinowych, • RTG okolicy tarczycy, • RTG języczka, • RTG tkanek miękkich klatki piersiowej, • RTG kręgosłupa (całego, szyjnego, piersiowego, lędźwiowo-krzyżowego), • RTG barku, • RTG łopatki, • RTG mostka, • RTG żeber, • RTG stawów, • RTG ramienia, • RTG łokcia, • RTG przedramienia, • RTG nadgarstka, • RTG dłoni, • RTG palca, • RTG kończyny górnej, • RTG kończyny dolnej, • RTG miednicy, • RTG biodra, • RTG uda, • RTG kolana, • RTG podudzia, • RTG kostki, • RTG stopy, • RTG przeglądowe jamy brzusznej.	4

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA Jeśli chcesz umówić się na badanie ultrasonograficzne, potrzebujesz skierowanie od lekarza z naszej placówki medycznej. Na badanie umawiasz się telefonicznie. Zakres usług nie obejmuje badania USG 3-D/4-D i USG genetycznego. W naszych placówkach wykonasz poniższe badania:	
• USG gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne, • USG gruczołu krokowego transrektalne, • USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne, • USG ginekologiczne przezpochwowe (transwaginalne), • USG scriningowe ginekologiczne, • USG miednicy małej, • USG piersi, • USG przeglądowe jamy brzusznej i przewodu pokarmowego (trzustki, wątroby, dróg żółciowych, żołądka, dwunastnicy), • USG układu moczowego (nerek, moczowodów, pęcherza moczow.), • USG tarczycy, • USG mięśni, • USG stawu biodrowego, • USG stawu kolanowego, • USG stawu łokciowego, • USG stawu skokowego, • USG stawu barkowego, • USG drobnych stawów i więzadeł, • USG ścięgna, • USG węzłów chłonnych, • USG krtani, • USG nadgarstka, • USG palca, • USG tkanek miękkich, • USG jąder, • USG ciąży, • echokardiografia (ECHO), • USG dopplerowskie naczyń jamy brzusznej, • USG dopplerowskie szyi, • USG dopplerowskie kończyn, • USG dopplerowskie tętnic nerkowych.	1
DIAGNOSTYKA OBRAZOWA TK (ang. CT) I RM (ang. MRI) Jeśli chcesz umówić się na badanie obrazowe (tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny), potrzebujesz skierowanie od lekarza z naszej placówki medycznej. Na badanie umawiasz się telefonicznie (z wyłączeniem angiorezonansu, angiotomografii, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, kolonoskopii TK wirtualnej, tomografii HR-CT, tomografii 32-rzędowej i wyższej, enterografii-MRI, HRT, OCT, SL-OCT).	
• TK i RM całego kręgosłupa, • TK i RM klatki piersiowej, • TK i RM kości, • TK i RM kręgosłupa lędźwiowy, • TK i RM kręgosłupa piersiowego, • TK i RM kręgosłupa szyjnego/tkanek miękkich szyi, • TK i RM miednicy, • TK i RM nadgarstka, • TK i RM podudzia, • TK i RM przedramienia, • TK i RM ramienia, • TK i RM ręki, • TK i RM stawów, • TK i RM stopy, • TK i RM uda,	2
• Kontrast do TK 100 ml, • Kontrast do TK 150 ml, • Kontrast do TK 50 ml, • Kontrast do TK doustny, • Kontrast do RM 10 ml, • Kontrast do RM 15 ml, • Kontrast do RM 20 ml, • Kontrast do RM 5 ml.	2

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
REHABILITACJA AMBULATORYJNA Jeśli chcesz umówić się na zabiegi rehabilitacyjne, potrzebujesz skierowanie od lekarza z naszej placówki medycznej. Na zabiegi umawiasz się telefonicznie. W naszych placówkach wykonasz poniższe zabiegi.	
• ćwiczenia bierne, • ćwiczenia czynne w odciążeniu, • ćwiczenia czynne wolne, • ćwiczenia czynne z oporem, • ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane, • ćwiczenia izometryczne, • ćwiczenia ogólnousprawniające, • ćwiczenia specjalne, • metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, • mobilizacje i manipulacje, neuromobilizacje, • masaż podwodny, • masaż suchy całkowity, • masaż suchy częściowy, • elektrostymulacja, • prądy TENS, • prądy Traberta, • magnetoterapia, • kąpiel perełkowa/wirowa częściowa, • kąpiel perełkowa/wirowa kończyn.	100

WYPADEK W PRACY

możliwość korzystania z pakietu medycznego po przebyciu wypadku w pracy

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
KONSULTACJE LEKARSKIE Jeśli zachorujesz, umówimy Cię bez skierowania na wizytę w naszej placówce medycznej w godzinach przyjęć lekarzy. Wizyty specjalistyczne obejmują: • wywiad i diagnozę, • poradę oraz informację o sposobie leczenia, • wystawienie recepty, o ile jest to uzasadnione. Wizyty lekarskie nie obejmują konsultacji profesorskich (lekarzy z tytułem naukowym: doktor habilitowany, docent, profesor).	
• alergolog, • chirurg ogólny, • chirurg naczyniowy, • dermatolog, • diabetolog, • endokrynolog, • ginekolog, • hematolog, • hepatolog, • kardiolog, • lekarz chorób zakaźnych, • lekarz specjalista rehabilitacji, • nefrolog, • neurochirurg, • neurolog, • okulista, • ortopeda, • otolaryngolog, • proktolog, • pulmonolog, • radiolog, • reumatolog, • urolog, • traumatolog.	2

BADANIA DIAGNOSTYCZNE

DIAGNOSTYKA RADIOLOGICZNA Jeśli chcesz umówić się na badanie radiologiczne, potrzebujesz skierowanie od lekarza z naszej placówki medycznej. Na badanie umawiasz się telefonicznie , a my wskazujemy Ci placówkę w której wykonasz poniższe badania.	
USŁUGA MEDYCZNA	**LIMIT**
• RTG czaszki, • RTG okolicy czołowej, • RTG żuchwy, • RTG szczęki, • RTG zatok nosa, • RTG nosa, • RTG oczodołu, • RTG okolicy nadoczodołowej, • RTG spojenia żuchwy, • RTG okolicy jarzmowo-szczękowej, • RTG krtani, • RTG przewodu nosowo-łzowego, • RTG nosogardzieli, • RTG gruczołów ślinowych, • RTG okolicy tarczycy, • RTG języczka, • RTG tkanek miękkich klatki piersiowej, • RTG kręgosłupa (całego, szyjnego, piersiowego, lędźwiowo-krzyżowego, kości guzicznej), • RTG barku, • RTG obojczyka • RTG łopatki, • RTG mostka, • RTG żeber, • RTG stawów, • RTG ramienia, • RTG łokcia, • RTG przedramienia, • RTG nadgarstka, • RTG dłoni, • RTG palca, • RTG kończyny górnej, • RTG kończyny dolnej, • RTG miednicy, • RTG biodra, • RTG uda, • RTG kolana, • RTG podudzia, • RTG kostki, • RTG stopy, • RTG klatki piersiowej, • RTG przeglądowe jamy brzusznej.	3
DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA Jeśli chcesz umówić się na badanie ultrasonograficzne, potrzebujesz skierowanie od lekarza z naszej placówki medycznej. Na badanie umawiasz się telefonicznie. Zakres usług nie obejmuje badania USG 3-D/4-D i USG genetycznego. W naszych placówkach wykonasz poniższe badania:	
• USG gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne, • USG gruczołu krokowego transrektalne, • USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne, • USG ginekologiczne przezpochwowe (transwaginalne), • USG scriningowe ginekologiczne, • USG miednicy małej, • USG piersi, • USG przeglądowe jamy brzusznej i przewodu pokarmowego (trzustki, wątroby, dróg żółciowych, żołądka, dwunastnicy), • USG układu moczowego (nerek, moczowodów, pęcherza moczow.), • USG tarczycy, • USG mięśni, • USG stawu biodrowego, • USG stawu kolanowego, • USG stawu łokciowego,	1

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
• USG stawu skokowego, • USG stawu barkowego, • USG drobnych stawów i więzadeł, • USG ścięgna, • USG węzłów chłonnych, • USG krtani, • USG nadgarstka, • USG palca, • USG tkanek miękkich, • USG jąder, • USG ciąży, • echokardiografia (ECHO), • USG dopplerowskie naczyń jamy brzusznej, • USG dopplerowskie naczyń szyi, • USG dopplerowskie naczyń kończyn, • USG dopplerowskie naczyń nerkowych.	
DIAGNOSTYKA OBRAZOWA TK (ang. CT) I RM (ang. MRI) Jeśli chcesz umówić się na badanie obrazowe (tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny), potrzebujesz skierowanie od lekarza z naszej placówki medycznej. Na badanie umawiasz się telefonicznie (z wyłączeniem angiorezonansu, angiotomografii, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, kolonoskopii TK wirtualnej, tomografii HR-CT, tomografii 32-rzędowej i wyższej, enterografii-MRI, HRT, OCT, SL-OCT).	
• TK i RM całego kręgosłupa, • TK i RM klatki piersiowej, • TK i RM kości, • TK i RM kręgosłupa lędźwiowy, • TK i RM kręgosłupa piersiowego, • TK i RM kręgosłupa szyjnego/tkanek miękkich szyi, • TK i RM miednicy, • TK i RM nadgarstka, • TK i RM podudzia, • TK i RM przedramienia, • TK i RM ramienia, • TK i RM ręki, • TK i RM stawów, • TK i RM stopy, • TK i RM uda,	1
• Kontrast do TK 100 ml, • Kontrast do TK 150 ml, • Kontrast do TK 50 ml, • Kontrast do TK doustny, • Kontrast do RM 10 ml, • Kontrast do RM 15 ml, • Kontrast do RM 20 ml, • Kontrast do RM 5 ml.	1
REHABILITACJA AMBULATORYJNA Jeśli chcesz umówić się na zabiegi rehabilitacyjne, potrzebujesz skierowanie od lekarza z naszej placówki medycznej. Na zabiegi umawiasz się telefonicznie. W naszych placówkach wykonasz poniższe zabiegi.	
• balneologia, • ćwiczenia bierne, • ćwiczenia czynne w odciążeniu, • ćwiczenia czynne wolne, • ćwiczenia czynne z oporem, • ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane, • ćwiczenia izometryczne, • ćwiczenia ogólnousprawniające, • ćwiczenia specjalne, • elektrostymulacja, • fonoforeza, • jonoforeza, • laseroterapia punktowa, • masaż suchy częściowy, • metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, • prądy interferencyjne, • prądy tens, • ultradźwięki miejscowe, • zabiegi w kriokomorze.	40

POSTANOWIENIA DODATKOWE
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NA DRODZE LUB W PRACY – USŁUGI MEDYCZNE

§ 1

W ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwego wypadku na drodze lub w pracy – usługi medyczne, kod warunków NPGP30, zatwierdzonych uchwałą nr UZ/5/2018 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 5 stycznia 2018 roku, zwanych dalej „OWU", wprowadza się następujące zmiany:

§ 2

1. W pkt 1 dotychczasowe ppkt 4-8 przekształcają się odpowiednio w ppkt 5-9, a nowy ppkt 4 otrzymuje brzmienie:
„4) **stosunek prawny** – umowa o pracę lub inny stosunek cywilnoprawny, z tytułu którego, na dzień wystąpienia wypadku w pracy, istnieje prawny obowiązek opłacania składek na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych,".

2. W pkt 1 nowy ppkt 8 otrzymuje brzmienie:
„8) **wypadek w pracy** – tylko taki wypadek, który jest nieszczęśliwym wypadkiem i wystąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ciebie:
a) zwykłych czynności lub
b) poleceń przełożonych
– w ramach stosunku prawnego, w którym pozostajesz w chwili wystąpienia wypadku w pracy. Wypadkiem w pracy nie jest wypadek w drodze do pracy lub z pracy,".

3. Pkt 25 ppkt 2 otrzymuje brzmienie:
„2) dla wypadku w pracy – protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku w pracy lub inną dokumentację, która potwierdza okoliczności wypadku w pracy.".

§ 3

Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.

§ 4

Niniejsze postanowienia dodatkowe zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/212/2021 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 16 listopada 2021 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwego wypadku na drodze lub w pracy – usługi medyczne, kod warunków NPGP30.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56, kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZŁAMANIA KOŚCI PRZEZ UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ZŁAMANIA KOŚCI PRZEZ UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Wersja z dnia 1.10.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek złamania kości przez ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków: ZKGP32 (OWU).
Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie:

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje złamania kości przez ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, zaistniałym w okresie naszej odpowiedzialności.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku złamania kości przez ubezpieczonego wypłacimy ubezpieczonemu procent sumy ubezpieczenia, w wysokości określonej w tabeli w ogólnych warunkach ubezpieczenia, aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku.
Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.
Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

Jak długo trwa umowa?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego zakończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:
- zakończenia naszej odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- wypłaty świadczenia w wysokości określonej w ogólnych warunkach ubezpieczenia,
- upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia,
- upływu okresu za jaki przekazano składkę – w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego,
- upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:
- gdy ubezpieczony prowadził pojazd będąc w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
- braku związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a złamaniem kości ubezpieczonego,
- gdy złamanie kości powstało w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą, która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługuje prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.
2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:
   1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
   2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.
3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:
   1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
   2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
   3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.
6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osoba fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek złamania kości przez ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków ZKGP32 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia.
Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 5 OWU § 12 OWU § 17 OWU § 19 OWU § 20 OWU § 21 OWU § 22 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 14 - 15 OWU § 16 – 18 OWU § 21 OWU § 22 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZŁAMANIA KOŚCI PRZEZ UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Kod warunków: ZKGP32

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek złamania kości przez ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem zawieranych jako umowy ubezpieczenia dodatkowego do umów wskazanego przez PZU Życie SA grupowego ubezpieczenia na życie zwanego ubezpieczeniem podstawowym.

§ 2

1. Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenie złamanie kości oznacza przerwanie ciągłości nie zmienionej patologicznie tkanki kostnej w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
2. Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennie, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, używane są w niniejszych ogólnych warunkach w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje złamania kości przez ubezpieczonego, określone w § 5, spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 5

PZU Życie SA z tytułu umowy wypłaca w przypadku złamania kości następujące świadczenia w wysokości określonego w tabeli procentu sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku:

Lp.	Rodzaj złamania	% sumy ubezpieczenia
1.	Jednej albo kilku kości nadgarstka	10%
2.	Kości strzałkowej (izolowane, bez złamania kości piszczelowej, w miejscu innym niż nasada dalsza)	10%
3.	Jednej albo kilku kości śródręcza	10%
4.	Jednej albo kilku kości śródstopia	10%
5.	Mostka	10%
6.	Izolowane złamanie rzepki	10%
7.	Trzech albo większej ilości żeber	10%
8.	Jednej albo obu kości nosa	15%
9.	Jednej albo kilku kości stępu z wyłączeniem kości piętowej i skokowej	15%
10.	Łopatki	15%
11.	Obojczyka	15%
12.	W obrębie twarzoczaszki z wyłączeniem kości nosa i zębów	15%
13.	Nasady dalszej kości ramiennej lub nasady bliższej kości promieniowej lub nasady bliższej kości łokciowej	20%
14.	Nasady bliższej kości ramiennej	20%
15.	Trzonu kości łokciowej lub trzonu kości promieniowej	20%
16.	W obrębie sklepienia i podstawy czaszki	20%
17.	Nasady dalszej kości łokciowej lub nasady dalszej kości promieniowej	20%
18.	Nasady dalszej kości piszczelowej lub nasady dalszej kości strzałkowej	20%
19.	Nasady dalszej kości udowej lub nasady bliższej kości piszczelowej lub rzepki (z wyłączeniem izolowanego złamania rzepki)	25%
20.	Kości piętowej lub kości skokowej	25%
21.	Kości tworzących miednicę (z wyłączeniem kości guzicznej)	25%
22.	Jednej albo obu kości paliczków kciuka	25%
23.	Jednego albo kilku trzonów kręgu kręgosłupa w odcinku szyjnym lub piersiowym lub lędźwiowym	30%
24.	Trzonu kości piszczelowej albo obu kości podudzia	40%
25.	Trzonu kości ramiennej	40%
26.	Kości udowej – w obrębie nasady bliższej lub szyjki lub trzonu	50%

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 6

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

§ 7

Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 8

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej, z tym że

oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia dodatkowego została zawarta.

§ 9

W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres nie jest wymagane ponowne złożenie deklaracji przystąpienia.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 10

1. Zasady odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 11

1. Zasady wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia podstawowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 12

1. Wysokość sumy ubezpieczenia określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest niezmienna przez cały czas trwania umowy.

SKŁADKA

§ 13

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, częstotliwości przekazywania składek oraz liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przystępujących do ubezpieczenia.
2. Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
3. Składka przekazywana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 14

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

§ 15

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:

1) zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym;
2) otrzymania przez PZU Życie SA oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego;
3) wypłaty świadczenia w wysokości określonej w § 18 ust. 2 albo ust. 3;
4) upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia;
5) upływu okresu za jaki przekazano składkę – w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego;
6) upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego;
7) rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 16

PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwego wypadku zaistniałego przed początkiem odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego lub:

1) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
2) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
3) w wyniku wypadku komunikacyjnego, gdy ubezpieczony prowadził pojazd:
   a) nie mając uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu,
   b) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,

   o ile okoliczności, o których mowa pod lit a lub b, miały wpływ na zajście zdarzenia;
4) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu obowiązujących przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to złamanie kości;
5) w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa.

§ 17

Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku doszło do amputacji kończyny lub jej części, i nie jest leczone złamanie kości.

§ 18

1. Wypłacone świadczenia w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA nie mogą przekroczyć łącznie 200% sumy ubezpieczenia.
2. Jeżeli zdarzenia, o których mowa w § 5 spowodowane zostały jednym nieszczęśliwym wypadkiem, PZU Życie SA wypłaca maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia.
3. Jeżeli zdarzenia, o których mowa w § 5 spowodowane zostały kilkoma nieszczęśliwymi wypadkami, PZU Życie SA wypłaca maksymalnie 200% sumy ubezpieczenia.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 19

Prawo do świadczenia z tytułu złamania kości przez ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem przysługuje ubezpieczonemu.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 20

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:
   1) zgłoszenie roszczenia;

2) dokumentację medyczną potwierdzającą złamanie kości;
3) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na życzenie PZU Życie SA.

2. PZU Życie SA decyduje o uznaniu roszczenia z tytułu złamania kości przez ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 lub opinii lub orzeczenia wskazanego przez siebie lekarza orzecznika oraz ewentualnie wyników zleconych przez siebie badań medycznych.

3. PZU Życie SA pokrywa koszty orzekania przez wskazanego przez siebie lekarza orzecznika oraz koszty zleconych przez siebie badań medycznych.

§ 21

Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a złamaniem kości.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 22

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 23

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/340/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 11 lipca 2007 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku, uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku.

2. Niniejsze ogólne warunki wchodzą w życie z dniem 1 listopada 2013 roku.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA MEDYCZNY EKSPERT DOMOWY

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE MEDYCZNY EKSPERT DOMOWY

Wersja dokumentu z dnia 1.10.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia Medyczny Ekspert Domowy, kod warunków: KZGP32 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego lub zdrowie ubezpieczonego i współubezpieczonego.
Zakres ubezpieczenia obejmuje:
- zdrowie ubezpieczonego – wariant podstawowy,
- zdrowie ubezpieczonego i współubezpieczonego – wariant rozszerzony.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

Świadczenie przysługuje w przypadku wystąpienie lub diagnozy: zdarzenia medycznego skutkującego świadczeniem (w ramach pakietów: Zagranicznej Konsultacji Medycznej, Prywatnej Opieki Domowej, Pomocy w Planowaniu Leczenia, Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego) lub problemu zdrowotnego skutkującego świadczeniem w ramach Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego.
Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.
Ubezpieczony ma prawo wybrać i w każdym czasie zmienić wariant ubezpieczenia.
Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

Jak długo trwa umowa?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym, że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy opłacasz składkę?

Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
Składka przekazywana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym. W przypadku zmiany wariantu – w dniu poprzedzającym początek naszej odpowiedzialności z tytułu nowego wariantu – kończy się nasza odpowiedzialność z tytułu poprzedniego wariantu.

Karencja ma zastosowanie w okresie pierwszych 30 dni, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego lub współubezpieczonego. W okresie karencji zapewniamy skorzystanie ze świadczenia polegającego wyłącznie na udzielaniu informacji w ramach Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego oraz skorzystanie ze świadczenia zagranicznej konsultacji medycznej, pod warunkiem, że zdarzenie medyczne jest następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie naszej odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego lub współubezpieczonego.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:
- zakończenia naszej odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- upływu okresu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia,
- upływu okresu za jaki przekazano składkę w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego,
- upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do współubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:
- zakończenia naszej odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym,
- rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 18 rok życia,
- rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym małżonek kończy 70 rok życia,
- śmierci współubezpieczonego,
- upływu okresu, za który została przekazana ostatnia składka na ubezpieczenie dodatkowe, w przypadku ustania związku małżeńskiego,
- z upływem okresu za jaki została przekazana ostatnia składka w przypadku zmiany przez ubezpieczonego wariantu ubezpieczenia na podstawowy.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:
- zdarzeń i skutków zdarzeń związanych z zagrożeniem życia,
- gdy ubezpieczony lub współubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego,
- zorganizowania usług przez Centrum Medyczne z powodu podania nieprawdy – koszty takich świadczeń ponosi ubezpieczony lub współubezpieczony.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą, która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługuje prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.

2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:
1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.

3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:
1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.

6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.

7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osoba fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia Medyczny Ekspert Domowy, kod warunków KZGP32 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia.
Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 5 – 23 OWU § 36 – 37 OWU § 38 OWU § 39 – 40 OWU § 41 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 5 – 23 OWU § 32 – 33 OWU § 34 – 37 OWU § 41 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA MEDYCZNY EKSPERT DOMOWY

Kod warunków: KZGP32

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia Medyczny Ekspert Domowy zawieranych jako umowy ubezpieczenia dodatkowego do umów grupowego ubezpieczenia na życie wskazanych przez PZU Życie SA, zwanych ubezpieczeniem podstawowym.

§ 2

1. Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

1) **Centrum Medyczne** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu uzyskania przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego świadczenia w ramach pakietów: Zagranicznej Konsultacji Medycznej, Prywatnej Opieki Domowej, Pomocy w Planowaniu Leczenia oraz Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego;
2) **dom** – miejsce aktualnego pobytu ubezpieczonego lub współubezpieczonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
3) **dziecko** – dziecko ubezpieczonego własne, a także przysposobione lub pasierba – jeżeli nie żyje ojciec lub matka – w wieku do 18 lat;
4) **konsultant** – placówkę medyczną wyznaczoną przez świadczeniodawcę do współpracy w celu sporządzenia konsultacji medycznej, działającą poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
5) **lekarz Centrum Medycznego** – osobę, którą łączy ze świadczeniodawcą stosowna umowa, uprawnioną do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem;
6) **małżonek** – osobę pozostającą z ubezpieczonym w związku małżeńskim;
7) **opieka nad dziećmi** – sprawowanie pieczy nad dziećmi do lat 15 lub osobami niesamodzielnymi poprzez zapewnienie im należytej egzystencji w zakresie podstawowych potrzeb bytowych i ochrony przed niebezpieczeństwami;
8) **osoba niesamodzielna** – osobę zamieszkującą z ubezpieczonym, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki;
9) **pielęgniarka** – osobę, która wykonuje zawód pielęgniarki, zgodnie z polskim prawem, działającą w imieniu i na zlecenie świadczeniodawcy;
10) **pierwsza opinia** – orzeczenie o stanie zdrowia pacjenta, wydane przez jego lekarza prowadzącego, tj. lekarza, pod którego opieką pozostaje pacjent na terenie Unii Europejskiej;
11) **placówki medyczne** – placówki w ramach lecznictwa otwartego lub zamkniętego, w zakresie publicznej lub prywatnej opieki zdrowotnej, świadczące na terenie Rzeczypospolitej Polskiej usługi o charakterze medycznym, działające na zlecenie świadczeniodawcy;
12) **transport medyczny** – transport zapewniony ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu przez Centrum Medyczne organizowany pod niezbędnym nadzorem medycznym i przy użyciu niezbędnych środków transportu;
13) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę z PZU Życie SA, dotyczącą organizacji świadczeń, określonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia;
14) **współubezpieczony** – małżonka lub dziecko ubezpieczonego;
15) **zagraniczna konsultacja medyczna** – ponowną analizę dokumentacji medycznej, dokonaną przez zagranicznego konsultanta, przy wykorzystaniu zaawansowanych technik diagnostycznych oraz takich metod komunikacyjnych, które nie obejmują bezpośrednich konsultacji, ani żadnych innych bezpośrednich kontaktów pomiędzy pacjentem a konsultantem, po uzyskaniu przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego pierwszej opinii medycznej. Rezultat konsultacji – druga opinia medyczna na piśmie doręczana jest następnie lekarzowi świadczeniodawcy. Konsultacja medyczna dokonywana jest wyłącznie w przypadku wystąpienia jednego ze zdarzeń medycznych;
16) **zdarzenie medyczne** – stan objęty odpowiedzialnością PZU Życie SA, określony w ust. 2 – wariant podstawowy oraz w ust. 3 – wariant rozszerzony;
17) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – objęte odpowiedzialnością PZU Życie SA zdarzenie medyczne albo problem zdrowotny, w wyniku którego ubezpieczony lub współubezpieczony potrzebuje uzyskać informację medyczną lub pomoc w organizacji leczenia lub życia dnia codziennego.

2. W wariancie podstawowym PZU Życie SA obejmuje odpowiedzialnością następujące stany:

1) **chirurgia naczyń wieńcowych, angioplastyka** – operacje, które mają na celu udrożnienie, poszerzenie naczynia lub naczyń wieńcowych wszelkimi sposobami np. balonikowanie, użycie lasera, założenie stentu, przeszczep omijający;
2) **choroba Alzheimera** – otępienie u osób powyżej 40 roku życia w badaniu klinicznym udokumentowane odpowiednimi testami psychologicznymi, z 1 lub 2 deficytami poznawczymi, progresywnym pogorszeniem pamięci, bez zaburzeń świadomości, bez chorób układowych lub innych przyczyn otępienia;
3) **choroba neuronu ruchowego** – grupa postępujących chorób zwyrodnieniowych układu nerwowego spowodowana uszkodzeniem komórek piramidowych mózgu, dróg piramidowych, komórek rogów przednich rdzenia kręgowego oraz jąder ruchowych nerwów czaszkowych, których objawy kliniczne są uzależnione od lokalizacji i rozległości uszkodzenia (lokalizacja w komórkach ruchowych rdzenia wywołuje postępujący zanik mięśni, lokalizacja w jądrach ruchowych opuszki i mostu wywołuje postępujące porażenie opuszkowe, lokalizacja w komórkach ruchowych rogów przednich rdzenia, drogach piramidowych i komórkach ruchowych kory mózgu wywołuje postać kliniczną stwardnienia bocznego zanikowego – SLA). Podstawą rozpoznania jest obraz kliniczny i wynik badania EMG;
4) **choroba Parkinsona** – przewlekła choroba układu pozapiramidowego o nieustalonej etiologii, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę, którego następstwem jest wystąpienie trzech objawów osiowych choroby (drżenia, sztywności mięśniowej, bezruchu – akinezy), zmniejszających się po zastosowaniu lewodopy;
5) **choroby mielodysplastyczne** – grupa nabytych schorzeń krwi charakteryzujących się pancytopenią i niską liczbą retikulocytów przy bogato- normo- lub ubogokomórkowym szpiku, z komórkami wykazującymi anomalie morfologiczne lub zmiany dysplastyczne;
6) **choroby zapalne jelit** – bakteryjne, wirusowe, grzybicze, pasożytnicze lub nieswoiste zapalenie jelit powodujące najczęściej bóle brzucha, biegunkę, odwodnienie, niedokrwistość;
7) **choroby zastawki/zastawek serca, przeszczep zastawki lub jej korekcja chirurgiczna**;

8) **cukrzyca** – zespół charakteryzujący się hiperglikemią, będącą następstwem zaburzeń w wydzielaniu lub działaniu insuliny, które prowadzą do późnych powikłań w obrębie narządu wzroku, nerek i naczyń krwionośnych;
9) **endarteriektomia tętnicy szyjnej** – operacja tętnicy szyjnej z udrożnieniem jej światła i wtórnie poprawą przepływu w operowanym naczyniu;
10) **guz lub inne patologie rdzenia kręgowego wymagające leczenia operacyjnego** – rozumiane jako każda nieprawidłowa masa zlokalizowana wewnątrzrdzeniowo, tworząca umiejscowione ognisko, którego obecność powoduje wystąpienie objawów deficytu neurologicznego, wynikającego z ucisku;
11) **guz mózgu** – każda tkanka chorobowa, znajdująca się w jamie czaszki, która powoduje najczęściej przyrost masy wewnątrzczaszkowej i objawy wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego;
12) **głuchota** – całkowita utrata zdolności odbioru dźwięków w paśmie 16 Hz – 20 kHz o częstotliwości 120 db;
13) **infekcja wirusem HIV** – stwierdzenie w surowicy krwi przeciwciał przeciwko wirusowi HIV;
14) **kardiomiopatia** – choroba mięśnia sercowego rozwijająca się w wyniku innych przyczyn niż miażdżyca naczyń wieńcowych, nadciśnienie tętnicze układowe lub płucne, wrodzone lub nabyte wady serca;
15) **leczenie chirurgiczne padaczki**;
16) **niewydolność nerek** – nagłe lub przewlekłe pogorszenie czynności wydalniczej nerek prowadzące do zatrucia ustroju przez gromadzące się końcowe produkty metabolizmu;
17) **oparzenia obejmujące dużą powierzchnię ciała** – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie obejmujące co najmniej 70% powierzchni ciała, dla oparzeń III stopnia obejmujące co najmniej 15% powierzchni ciała;
18) **protezoplastyka stawów, rozległe uszkodzenie ręki, uszkodzenie stożka rotatorów, wszczepienie protezy całkowitej lub częściowej dowolnego stawu** – uszkodzenie ręki uniemożliwiające całkowicie wykonywanie dotychczasowej pracy lub uniemożliwiające całkowicie wykonywanie czynności dnia codziennego. Uszkodzenie stożka rotatorów – uszkodzenie doprowadzające do braku możliwości wykonania czynnych ruchów odwodzenia, rotacji wewnętrznej lub rotacji zewnętrznej stawu ramienno-łopatkowego;
19) **przeszczep jednego z głównych narządów** – przeszczep serca, nerki, wątroby, płuc, trzustki, allogeniczna transplantacja szpiku kostnego;
20) **rak** – nowotwór złośliwy charakteryzujący się rozplemem zmienionych morfologicznie i funkcjonalnie komórek ustroju, który prowadzi do niszczenia prawidłowych struktur narządowych, najpierw w miejscu pierwotnego rozwoju procesu nowotworowego, a następnie do naciekania i niszczenia tkanek sąsiednich oraz do zagnieżdżania się i namnażania przekształconych komórek w narządach odległych;
21) **rozległe schorzenia ginekologiczne** – choroby zapalne, nowotworowe oraz zaburzenia czynnościowe narządu rodnego, które doprowadziły do poważnych powikłań wymagających hospitalizacji;
22) **schyłkowy okres niewydolności jednego z głównych narządów** – niewydolność jednego z następujących narządów (serce, płuca, wątroba, trzustka, nerki, szpik kostny), która bez podjęcia intensywnego leczenia doprowadza do całkowitej niewydolności narządu i zgonu chorego;
23) **schorzenia okulistyczne wymagające leczenia operacyjnego z wyłączeniem typowej zaćmy i chirurgicznego leczenia typowych wad wzroku**;
24) **stwardnienie rozsiane** – rozumiane jako występująca lub postępująca rzutami lub pierwotnie przewlekła choroba ośrodkowego układu nerwowego, której istotę stanowią rozsiane ogniska demielinizacji zlokalizowane w centralnym układzie nerwowym, powstałe na skutek rozpadu osłonek mielinowych w wyniku niszczenia ich przez proces immunologiczny;
25) **śpiączka** – długotrwały stan nieprzytomności oceniany w zależności od stopnia nasilenia na osiem lub poniżej ośmiu punktów w skali Glasgow, w którym dochodzi do zniesienia reakcji na bodźce zewnętrzne, bądź zachowana jest reakcja na bodźce bólowe pod postacią celowych ruchów obronnych, ruchów niecelowych, prężeń zgięciowych lub wyprostnych;
26) **trwałe całkowite inwalidztwo** – uszkodzenie ciała, spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, skutkujące trwałą i całkowitą niezdolnością do pracy w jakimkolwiek zawodzie oraz do samodzielnej egzystencji na stałe;
27) **udar mózgu** – nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi;
28) **utrata jednej lub więcej kończyn** – w przypadku kończyny górnej oznacza amputację powyżej stawu łokciowego, w przypadku kończyny dolnej oznacza amputację powyżej stawu kolanowego;
29) **utrata mowy** – całkowitą i nieodwracalną utratę mowy;
30) **wrodzone wady serca u dorosłych**;
31) **zapalenie wątroby** – wirusowe (ostre lub przewlekłe) zapalenie doprowadzające do niewydolności wątroby (z objawami żółtaczki, powiększenia wątroby i bardzo znacznym podwyższeniem wartości aminotransferaz).

3. W wariancie rozszerzonym PZU Życie SA obejmuje odpowiedzialnością stany określone w ust. 2 oraz poniższe stany:
1) nienowotworowe choroby ośrodkowego układu nerwowego u dzieci, wymagające interwencji neurochirurgicznej;
2) wady rozwojowe u dzieci;
3) wrodzone wady serca u dzieci.

4. Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennie, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, używane są w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest:
1) zdrowie ubezpieczonego – wariant podstawowy lub
2) zdrowie ubezpieczonego i współubezpieczonego – wariant rozszerzony.

2. Wariant rozszerzony obejmuje ubezpieczonego oraz wszystkich współubezpieczonych.

ZAKRES UBEZPIECZENIA ORAZ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 4

Zakres ubezpieczenia w obu wariantach obejmuje wystąpienie lub diagnozę w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA:
1) zdarzenia medycznego skutkującego świadczeniem w ramach poniższych pakietów:
   a) Zagranicznej Konsultacji Medycznej,
   b) Prywatnej Opieki Domowej,
   c) Pomocy w Planowaniu Leczenia,
   d) Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego lub
2) problemu zdrowotnego skutkującego świadczeniem w ramach Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego.

ZAKRES ORAZ ŚWIADCZENIA W RAMACH ZAGRANICZNEJ KONSULTACJI MEDYCZNEJ

§ 5

1. Zakres ubezpieczenia w ramach Zagranicznej Konsultacji Medycznej obejmuje wystąpienie w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA zdarzenia medycznego.

2. W przypadku wystąpienia zdarzenia medycznego PZU Życie SA umożliwia ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu (zgodnie z wybranym przez ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia wariantem ubezpieczenia) skorzystanie – w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA – z zagranicznej konsultacji medycznej.

3. Świadczenie zagranicznej konsultacji medycznej polega na podjęciu przez PZU Życie SA, za pośrednictwem świadczeniodawcy, następujących czynności:
   1) udzieleniu ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie drugiej opinii medycznej;
   2) zapewnieniu tłumaczenia na język używany przez konsultanta dostarczonej PZU Życie SA dokumentacji medycznej, dotyczącej stanu zdrowia ubezpieczonego lub współubezpieczonego;
   3) przekazaniu przetłumaczonej dokumentacji medycznej konsultantowi przy wykorzystaniu najbardziej odpowiednich, według swego uznania, środków komunikacji, które umożliwią konsultantowi odczytanie dokumentacji i jej analizę;
   4) zapewnieniu wydania drugiej opinii medycznej przez konsultanta;
   5) przetłumaczeniu drugiej opinii medycznej wydanej przez konsultanta na język polski;
   6) udostępnieniu drugiej opinii medycznej ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu.
4. W obu wariantach ubezpieczenia ubezpieczony lub współubezpieczony ma prawo do jednej zagranicznej konsultacji medycznej w stosunku do jednego, tego samego zdarzenia medycznego, z tym że w przypadku zaistnienia zmian w obrazie choroby (potwierdzonych nowymi wynikami badań diagnostycznych) ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu, na jego wniosek, przysługuje kolejna zagraniczna konsultacja medyczna.

ZAKRES ORAZ ŚWIADCZENIA W RAMACH PRYWATNEJ OPIEKI DOMOWEJ

§ 6

1. Zakres ubezpieczenia w ramach Prywatnej Opieki Domowej obejmuje wystąpienie w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA zdarzenia medycznego.
2. W przypadku wystąpienia zdarzenia medycznego PZU Życie SA umożliwia ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu (zgodnie z wybranym przez ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia wariantem ubezpieczenia) skorzystanie – w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA – ze świadczeń określonych w § 7.
3. Świadczenia, o których mowa w ust. 2, są organizowane przez Centrum Medyczne i realizowane przez współpracujące ze świadczeniodawcą profesjonalne podmioty w godzinach 8:00 – 22:00, 7 dni w tygodniu, z wyjątkiem świadczenia transportu medycznego (§ 15) oraz dostarczenia niezbędnych leków (§ 16) realizowanych całodobowo.
4. W odniesieniu do jednego zdarzenia medycznego każde ze świadczeń określonych w § 7 może być zorganizowane wyłącznie raz, w granicach limitów czasowych określonych dla danego świadczenia, w okresie trwania odpowiedzialności PZU Życie SA, z zastrzeżeniem § 15 ust. 5 (transport medyczny).
5. W stosunku do współubezpieczonego Centrum Medyczne organizuje świadczenia według wyboru ubezpieczonego.

§ 7

1. W przypadku wystąpienia zdarzenia medycznego Centrum Medyczne organizuje jedno albo kilka z poniższych świadczeń:
   1) opiekę domową pielęgniarki (§ 9);
   2) pomoc w prowadzeniu domu (§ 10);
   3) opiekę nad dziećmi (§ 11);
   4) opiekę nad drobnymi zwierzętami domowymi (§ 12);
   5) wizytę domową psychologa (§ 13);
   6) wizytę domową rehabilitanta lub masażysty (§ 14);
   7) transport medyczny (§ 15);
   8) dostarczenie niezbędnych leków (§ 16);
   9) dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego (§ 17);
   10) dostarczenie do naprawy przedmiotów użytku osobistego (§ 18).
2. Świadczenia określone w ust. 1 pkt 1 – 6 oraz 8 i 9 realizowane są w domu albo w innym miejscu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, uzgodnionym z ubezpieczonym bądź osobą wskazaną przez ubezpieczonego, zapewniającym możliwość realizacji świadczenia.

§ 8

1. Centrum Medyczne organizuje świadczenia, o których mowa w § 7 ust. 1, w ramach limitów czasowych określonych dla poszczególnych świadczeń.
2. Limity czasowe wskazane dla poszczególnych świadczeń Prywatnej Opieki Domowej stanowią górną granicę odpowiedzialności PZU Życie SA i Centrum Medycznego w okresie odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego lub współubezpieczonego.

Opieka domowa pielęgniarki

§ 9

1. Opieka domowa pielęgniarki organizowana jest przez Centrum Medyczne, które w ramach limitów określonych w ust. 2 pokryje koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki.
2. Świadczenie przysługuje według wyboru ubezpieczonego, dokonywanego we wniosku o organizację świadczenia:
   1) do ośmiu godzin dziennie przez okres dwóch tygodni albo
   2) do czterech godzin dziennie przez okres czterech tygodni.
3. Okres, o którym mowa w ust. 2 pkt 1 można podzielić na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy, natomiast okres, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, nie podlega podziałowi na krótsze okresy czasu. Wybór okresu realizacji świadczenia nie podlega zmianie.
4. Świadczenie na rzecz ubezpieczonego lub współubezpieczonego obejmuje:
   1) wykonywanie czynności związanych z utrzymaniem higieny;
   2) wykonywanie zabiegów leczniczych takich jak: okłady, opatrunki, rehabilitacja oddechowa itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego ubezpieczonego lub lekarza prowadzącego współubezpieczonego;
   3) wykonywanie czynności diagnostycznych takich jak: ćwiczenia terapeutyczne, pomiar ciśnienia i tętna, ważenie itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego ubezpieczonego lub lekarza prowadzącego współubezpieczonego;
   4) wykonywanie czynności pomagających w odżywianiu się.
5. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów materiałów lub lekarstw używanych przy wykonywaniu czynności, o których mowa w ust. 4. Koszty tych materiałów lub lekarstw pokrywa ubezpieczony lub współubezpieczony.

Pomoc w prowadzeniu domu

§ 10

1. Pomoc w prowadzeniu domu organizowana jest przez Centrum Medyczne, które w ramach limitów określonych w ust. 2 pokryje koszty dojazdu i honorarium osób pomagającym w prowadzeniu domu.
2. Świadczenie przysługuje według wyboru ubezpieczonego, dokonywanego we wniosku o organizację świadczenia:
   1) do ośmiu godzin dziennie przez okres dwóch tygodni albo
   2) do czterech godzin dziennie przez okres czterech tygodni.
3. Okres, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, można podzielić na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy, natomiast okres, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, nie podlega podziałowi na krótsze okresy. Wybór okresu realizacji świadczenia nie podlega zmianie.
4. Świadczenie jest organizowane i realizowane wyłącznie w przypadku, gdy w domu nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić.
5. Świadczenie na rzecz ubezpieczonego lub współubezpieczonego obejmuje pomoc domową w:
   1) utrzymaniu czystości w domu, tj.: sprzątaniu podłóg na sucho i na mokro, ścieraniu kurzy z mebli i parapetów, odkurzaniu dywanów lub wykładzin, czyszczeniu ceramiki łazienkowej, czyszczeniu wanny lub kabiny prysznicowej wraz z ewentualnym brodzikiem, zmywaniu naczyń, czyszczeniu zlewu, czyszczeniu płyty kuchennej;
   2) przygotowaniu posiłków (również na rzecz dzieci);
   3) robieniu zakupów niezbędnych do realizacji czynności określonych w pkt 1 i 2;
   4) podlewaniu kwiatów;

   przy użyciu środków lub sprzętów udostępnionych przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego.
6. Zakupy, o których mowa w ust. 5 pkt 3, realizowane są w miejscach wskazanych przez ubezpieczonego lub współ-

ubezpieczonego, o ile odległość do nich nie będzie większa niż byłaby odległość do miejsca zakupu wybranego przez Centrum Medyczne.

7. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupów. Koszty zakupów pokrywa ubezpieczony lub współubezpieczony.

Opieka nad dziećmi

§ 11

1. Opieka nad dziećmi ubezpieczonego organizowana jest przez Centrum Medyczne, które w ramach limitów określonych w ust. 3 pokryje koszty dojazdu i honorarium osób sprawujących opiekę.
2. Świadczenie organizowane i realizowane jest pod warunkiem wyrażenia zgody ubezpieczonego na opiekę nad dziećmi udzielonej Centrum Medycznemu wraz z określeniem terminów sprawowania tej opieki, z zastrzeżeniem ust. 7.
3. Świadczenie przysługuje według wyboru ubezpieczonego albo osoby wskazanej przez ubezpieczonego, dokonywanego we wniosku o organizację świadczenia:
   1) do ośmiu godzin dziennie przez okres dwóch tygodni albo
   2) do czterech godzin dziennie przez okres czterech tygodni.
4. Okres, o którym mowa w ust. 3 pkt 1, można podzielić na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy, natomiast okres, o którym mowa w ust. 3 pkt 2, nie podlega podziałowi na krótsze okresy. Wybór okresu realizacji świadczenia nie podlega zmianie.
5. Świadczenie jest organizowane i realizowane wyłącznie w przypadku, gdy w miejscu pobytu dziecka nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić.
6. W przypadku braku kontaktu z ubezpieczonym bądź osobą wskazaną przez ubezpieczonego, Centrum Medyczne przekaże zobowiązanie do opieki nad dziećmi placówce opieki społecznej właściwej dla adresu miejsca pobytu dziecka.
7. Osoba zgłaszająca wniosek o spełnienie świadczenia określonego w ust. 1, zobowiązana jest do udzielenia pełnej, pisemnej informacji, jeśli opieka nad dziećmi wymaga specjalnego postępowania (np. cierpią one na choroby przewlekłe lub wymagają rehabilitacji) oraz jeśli przyjmują one leki lub znajdują się na diecie.
8. Centrum Medyczne pokrywa jedynie honorarium osób sprawujących opiekę w ramach limitów wskazanych w ust. 3. Pozostałe koszty opieki nad dziećmi, w tym w szczególności: koszty żywności, ubrań, środków higienicznych, lekarstw, opieki lekarskiej (w tym leczenia oraz szczepień) pokrywa w całości ubezpieczony lub współubezpieczony, zapewniając osobom sprawującym opiekę odpowiednie środki.

Opieka nad drobnymi zwierzętami domowymi

§ 12

1. Opieka nad drobnymi zwierzętami domowymi (gady, gryzonie, koty, owady, płazy, psy, ptaki i ryby) przebywającymi w domu i nie zagrażającymi zdrowiu i bezpieczeństwu otoczenia, polegająca na dostarczeniu żywności, czynnościach porządkowych i zapewnieniu opieki czasowej, organizowana jest przez Centrum Medyczne, które w ramach limitów określonych w ust. 2 pokryje koszty dojazdu i honorarium osób sprawujących opiekę.
2. Świadczenie przysługuje według wyboru ubezpieczonego, dokonywanego we wniosku o organizację świadczenia:
   1) do ośmiu godzin dziennie przez okres dwóch tygodni albo
   2) do czterech godzin dziennie przez okres czterech tygodni.
3. Okres, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, można podzielić na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy, natomiast okres, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, nie podlega podziałowi na krótsze okresy. Wybór okresu realizacji świadczenia nie podlega zmianie.
4. Świadczenie jest organizowane i realizowane wyłącznie w przypadku, gdy w domu nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić.
5. Świadczenie przysługuje pod warunkiem, że ubezpieczony, współubezpieczony lub inna osoba wskazana przez ubezpieczonego przedstawi osobie sprawującej opiekę dokument potwierdzający, że wymagane szczepienia zwierząt zostały przeprowadzone.
6. Świadczenie przysługuje pod warunkiem, że zwierzęta według uznania osoby sprawującej opiekę nie stanowią zagrożenia dla otoczenia oraz gdy dana rasa lub gatunek nie są uznane za niebezpieczne, w szczególności, gdy nie są uznane przez akty prawne za rasy agresywne bądź niebezpieczne.
7. Zakup dostarczanej karmy realizowany jest w miejscu wskazanym przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego, o ile odległość do tego miejsca nie będzie większa niż byłaby odległość do miejsca zakupu wybranego przez Centrum Medyczne.
8. Centrum Medyczne pokrywa jedynie honorarium osób sprawujących opiekę w ramach limitów wskazanych w ust. 2. Pozostałe koszty opieki nad zwierzętami, w tym w szczególności: koszty karmy dla zwierząt, koszty opieki weterynaryjnej (w tym leczenia oraz szczepień) pokrywa w całości ubezpieczony lub współubezpieczony, zapewniając osobom sprawującym opiekę odpowiednie środki.

Wizyta domowa psychologa

§ 13

1. W przypadku, gdy bezpośrednio w związku ze stanem zdrowia, w jakim znajduje się ubezpieczony lub współubezpieczony nastąpiło pogorszenie się jego stanu psychicznego, Centrum Medyczne – w ramach limitów określonych w ust. 2 – zorganizuje i pokryje koszty wizyty lub serii wizyt psychologa w domu.
2. Ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu przysługuje jedna wizyta psychologa dziennie trwająca maksymalnie dwie godziny przez okres czterech tygodni, nie dłużej jednak niż przez okres, który psycholog odbywający wizyty uzna za zasadny.

Wizyta domowa rehabilitanta lub masażysty

§ 14

1. W przypadku, gdy bezpośrednio w związku ze stanem zdrowia, w jakim znajduje się ubezpieczony lub współubezpieczony niezbędna jest rehabilitacja, zgodnie ze skierowaniem wydanym przez lekarza prowadzącego, Centrum Medyczne – w ramach limitów określonych w ust. 2 – zorganizuje i pokryje koszty wizyty lub serii wizyt rehabilitanta lub masażysty w domu.
2. Ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu przysługuje jedna wizyta rehabilitanta lub masażysty dziennie trwająca maksymalnie dwie godziny przez okres czterech tygodni, nie dłużej jednak niż przez okres, który rehabilitant lub masażysta odbywający wizyty uzna za zasadny.

Transport medyczny

§ 15

1. W przypadku zalecenia przez lekarza prowadzącego ubezpieczonego lub współubezpieczonego pilnej konsultacji medycznej, hospitalizacji lub specjalistycznego zabiegu ambulatoryjnego, Centrum Medyczne zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego ubezpieczonego lub współubezpieczonego.
2. Transport medyczny organizowany pod niezbędnym nadzorem medycznym i przy użyciu niezbędnych środków transportu przysługuje ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu:
   1) do najbliższego od miejsca jego pobytu i odpowiednio wyposażonego do udzielenia pomocy szpitala lub innej jednostki służby zdrowia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, o ile stan zdrowia ubezpieczonego lub współubezpieczonego umożliwia taki przewóz oraz
   2) do domu po wypisaniu ubezpieczonego lub współubezpieczonego ze szpitala lub innej jednostki służby zdrowia, do którego ubezpieczony lub współubezpieczony został skierowany przez lekarza prowadzącego.
3. Decyzję o wyborze czasu, celu i środka transportu podejmuje lekarz Centrum Medycznego po konsultacji (o ile jest to uzasadnione z medycznego punktu widzenia) z lekarzem prowadzącym ubezpieczonego lub współubezpieczonego, uwzględniając jego stan zdrowia, dostępne środki transportu oraz czas i cel transportu.
4. Podjęcie przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego działań sprzecznych z zaleceniami lekarza Centrum Medycznego skutkuje utratą prawa do świadczeń określonych w tym paragrafie.
5. Świadczenie transportu medycznego przysługuje ubezpieczonemu i współubezpieczonemu, w odniesieniu do jednego zdarzenia medycznego, maksymalnie dwa razy (łącznie dla obu świadczeń wymienionych w ust. 2 pkt 1 i 2).

Dostarczenie niezbędnych leków

§ 16

1. W przypadku, gdy bezpośrednio w związku ze stanem zdrowia, w jakim znajduje się ubezpieczony lub współubezpieczony musi

on, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza prowadzącego, przebywać w domu co najmniej 5 dni, Centrum Medyczne zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia do domu przepisanych na recepcie przez lekarza prowadzącego niezbędnych leków, o ile są one dostępne na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Ubezpieczonemu i współubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów jednorazowego dostarczenia leków w okresie danego zwolnienia lekarskiego, gdy w domu nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić.
3. Zakup dostarczanych niezbędnych leków realizowany jest w miejscu wskazanym przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego, o ile odległość do tego miejsca nie będzie większa niż byłaby odległość do miejsca zakupu wybranego przez Centrum Medyczne.
4. Świadczenie nie obejmuje pokrycia wartości leków. Koszty leków pokrywa ubezpieczony lub współubezpieczony, zapewniając osobom dostarczającym niezbędne leki odpowiednie środki.

Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego

§ 17

1. W przypadku, gdy bezpośrednio w związku ze stanem zdrowia, w jakim znajduje się ubezpieczony lub współubezpieczony musi on, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza prowadzącego, przebywać w domu co najmniej 5 dni, Centrum Medyczne zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia do domu wypożyczonego bądź zakupionego przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego sprzętu rehabilitacyjnego, zaleconego wcześniej przez lekarza prowadzącego na podstawie recept lub pisemnych zaleceń.
2. Ubezpieczonemu i współubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów jednorazowego dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego w okresie danego zwolnienia lekarskiego, gdy w domu nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić.
3. Świadczenie nie obejmuje pokrycia wartości sprzętu rehabilitacyjnego. Koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego pokrywa ubezpieczony lub współubezpieczony, zapewniając osobom dostarczającym sprzęt rehabilitacyjny odpowiednie środki.

Dostarczenie do naprawy przedmiotów użytku osobistego

§ 18

1. W przypadku, gdy bezpośrednio w związku ze stanem zdrowia, w jakim znajduje się ubezpieczony lub współubezpieczony musi on, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza prowadzącego, przebywać w domu co najmniej 5 dni, Centrum Medyczne zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia do naprawy następujących przedmiotów użytku osobistego ubezpieczonego lub współubezpieczonego:
   1) aparat słuchowy;
   2) aparat do mierzenia ciśnienia krwi;
   3) balkonik;
   4) chodzik;
   5) drukarkę brajlowską;
   6) glukometr;
   7) inhalator;
   8) koncentrator tlenowy;
   9) krtań elektroniczna;
   10) łóżko rehabilitacyjne;
   11) materac pneumatyczny;
   12) nawilżacz powietrza;
   13) nebulizator;
   14) okulary;
   15) parapodium;
   16) pionizator;
   17) pikflometr;
   18) podnośnik;
   19) pompa infuzyjna;
   20) pompa insulinowa;
   21) proteza;
   22) respirator;
   23) ssak;
   24) syntezator mowy;
   25) urządzenie do masażu;
   26) wózek inwalidzki;

   z domu do punktu naprawy działającego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i wskazanego przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego oraz dostarczenia ich z powrotem do domu.
2. Ubezpieczonemu i współubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów jednorazowej organizacji dostarczenia do naprawy przedmiotów użytku osobistego w okresie danego zwolnienia lekarskiego, gdy w domu nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić.
3. Naprawa przedmiotów użytku osobistego realizowana jest w miejscu wskazanym przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego, o ile odległość do tego miejsca nie będzie większa niż byłaby odległość do miejsca naprawy wybranego przez Centrum Medyczne.
4. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów naprawy przedmiotów, o których mowa w ust. 1. Koszty naprawy pokrywa ubezpieczony lub współubezpieczony, zapewniając osobom dostarczającym sprzęt do naprawy odpowiednie środki.

ZAKRES ORAZ ŚWIADCZENIA W RAMACH POMOCY W PLANOWANIU LECZENIA

§ 19

1. Zakres ubezpieczenia w ramach Pomocy w Planowaniu Leczenia obejmuje wystąpienie w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA zdarzenia medycznego.
2. W przypadku wystąpienia zdarzenia medycznego PZU Życie SA umożliwia ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu (zgodnie z wybranym przez ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia wariantem ubezpieczenia) – w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA – skorzystanie ze świadczeń określonych w § 20, świadczonych na rzecz ubezpieczonego lub współubezpieczonego za pośrednictwem Centrum Medycznego.

§ 20

1. W przypadku wystąpienia zdarzenia medycznego Centrum Medyczne organizuje ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu świadczenie:
   1) pomocy w planowaniu leczenia (§ 21 ust. 1) lub
   2) pomocy w organizacji leczenia (§ 21 ust. 3).
2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, realizowane są w placówkach medycznych.

§ 21

1. W ramach pomocy w planowaniu leczenia Centrum Medyczne – według wyboru ubezpieczonego lub współubezpieczonego:
   1) wyszukuje placówkę medyczną, w której ubezpieczony lub współubezpieczony będzie miał możliwość najszybszego uzyskania świadczenia medycznego takiego jak zabieg chirurgiczny, badanie diagnostyczne lub wizyta u specjalisty, zalecanego przez lekarza prowadzącego lub
   2) udziela ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu drogą telefoniczną informacji o nazwie, adresie oraz numerze telefonu placówki, w której będzie miał możliwość najszybszego uzyskania świadczenia medycznego, o które wnioskuje oraz możliwym terminie wizyty u odpowiedniego specjalisty.
2. Pomoc w planowaniu leczenia udzielana jest przy użyciu bazy Centrum Medycznego dotyczącej placówek medycznych świadczących usługi na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, obejmującej informację o dostępności albo braku dostępności tych świadczeń w czasie uzgodnionym z ubezpieczonym lub współubezpieczonym.
3. W ramach pomocy w organizacji leczenia Centrum Medyczne – według wyboru ubezpieczonego lub współubezpieczonego:
   1) umówi wizyty lekarskie i inne świadczenia medyczne (wizyty pielęgniarki, rehabilitanta, lekarza w domu) w placówkach medycznych lub
   2) udzieli informacji dotyczących usług dostępnych w placówkach medycznych (szpitalach, klinikach, ambulatoriach, oddziałach specjalistycznych) na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w tym w szczególności położonych najbliżej domu, w zakresie ich specjalizacji, godzin otwarcia i danych teleadresowych.

4. Niezależnie od innych postanowień niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, warunkiem uzyskania świadczenia jest uzyskanie przez Centrum Medyczne od ubezpieczonego lub współubezpieczonego przez telefon informacji dotyczącej rodzaju specjalistycznego świadczenia medycznego, którego wymaga jego stan zdrowia.

ZAKRES ORAZ ŚWIADCZENIA W RAMACH CAŁODOBOWEGO TELEFONICZNEGO SERWISU MEDYCZNEGO

§ 22

1. Zakres ubezpieczenia w ramach Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego obejmuje wystąpienie w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA zdarzenia ubezpieczeniowego, w wyniku którego ubezpieczony lub współubezpieczony potrzebuje uzyskać informację medyczną.
2. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust. 1, PZU Życie SA umożliwia ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu (zgodnie z wybranym przez ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia wariantem ubezpieczenia) skorzystanie – w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA – z całodobowych usług informacyjnych o zakresie określonym w § 23, świadczonych na ich rzecz za pośrednictwem Centrum Medycznego.

§ 23

Zakres informacji udzielanych w ramach Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego obejmuje informacje o:
1) zdrowiu, chorobie i jednostkach chorobowych;
2) zachowaniach prozdrowotnych;
3) szpitalach, aptekach, przychodniach, lekarzach ogólnych – znajdujących się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
4) pielęgnacji niemowląt;
5) lekach oraz objawach niepożądanych przy ich przyjmowaniu;
6) dietach, zdrowym żywieniu;
7) grupach wsparcia, telefonach zaufania – świadczących pomoc i dostępnych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
8) transporcie medycznym;
9) stanach wymagających nagłej pomocy;
10) opiece nad osobami starszymi.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 24

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

§ 25

1. Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia dodatkowego w wariancie podstawowym i rozszerzonym.
2. Ubezpieczony ma prawo wybrać i w każdym czasie zmienić wariant ubezpieczenia.
3. W przypadku zmiany wariantu ubezpieczenia przez ubezpieczonego ubezpieczający składa PZU Życie SA deklarację przystąpienia, w której ubezpieczony oświadcza, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej w ramach zmienionego wariantu ubezpieczenia na warunkach określonych w umowie.

§ 26

Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 27

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym, że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej, z tym, że oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia dodatkowego została zawarta.

§ 28

W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres nie jest wymagane ponowne złożenie deklaracji przystąpienia.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 29

1. Zasady odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 30

1. Zasady wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia podstawowego.

SKŁADKA

§ 31

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wariantu ubezpieczenia.
2. Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
3. Składka przekazywana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 32

1. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego i współubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. W przypadku zmiany wariantu – w dniu poprzedzającym początek odpowiedzialności PZU Życie SA z tytułu nowego wariantu – kończy się odpowiedzialność PZU Życie SA z tytułu poprzedniego wariantu.

§ 33

1. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:
   1) zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym;
   2) otrzymania przez PZU Życie SA oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego;
   3) upływu okresu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia;
   4) upływu okresu za jaki przekazano składkę w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego;
   5) upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego;
   6) rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.
2. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do współubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:

1) zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym;
2) rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 18 rok życia;
3) rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym małżonek kończy 70 rok życia;
4) śmierci współubezpieczonego;
5) upływu okresu, za który została przekazana ostatnia składka na ubezpieczenie dodatkowe, w przypadku ustania związku małżeńskiego;
6) upływu okresu za jaki została przekazana ostatnia składka w przypadku zmiany przez ubezpieczonego wariantu ubezpieczenia na podstawowy.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 34

W okresie pierwszych 30 dni, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego lub współubezpieczonego (karencja), PZU Życie SA zapewnia skorzystanie ze świadczenia polegającego wyłącznie na udzielaniu informacji w ramach Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego oraz skorzystanie ze świadczenia zagranicznej konsultacji medycznej, pod warunkiem, że zdarzenie medyczne jest następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego lub współubezpieczonego.

§ 35

PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzeń medycznych, jeżeli powstały:
1) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału ubezpieczonego lub współubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
2) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
3) gdy ubezpieczony lub współubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego;
4) w wyniku samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego samobójstwa;
5) bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę.

§ 36

Z zakresu odpowiedzialności PZU Życie SA wyłączone są:
1) koszty wizyty pielęgniarki, transportu medycznego, psychologa oraz innych usług, które zorganizowane zostały przez Centrum Medyczne z powodu podania nieprawdy przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego – koszty takich świadczeń ponosi ubezpieczony lub współubezpieczony;
2) zdarzenia i skutki zdarzeń związanych z zagrożeniem życia.

§ 37

1. PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności – w odniesieniu do każdego ze świadczeń Prywatnej Opieki Domowej, o których mowa w § 7 ust. 1 – za przebieg i skutki ich realizacji.
2. PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności za treść zagranicznej konsultacji medycznej.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 38

Prawo do świadczenia przysługuje ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 39

1. Wnioskujący o sporządzenie zagranicznej konsultacji medycznej składa do świadczeniodawcy:
1) zgłoszenie roszczenia;
2) pełną dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie zdarzenia medycznego orzeczonego w pierwszej opinii medycznej;
3) w przypadku współubezpieczonych:
a) małżonka – akt małżeństwa,
b) dziecka – akt urodzenia dziecka;
4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia o sporządzenie konsultacji medycznej – na życzenie świadczeniodawcy lub PZU Życie SA.

2. W przypadku wystąpienia z roszczeniem o sporządzenie zagranicznej konsultacji medycznej przez współubezpieczonego warunkiem wykonania zobowiązania jest zgoda współubezpieczonego na przetwarzanie danych osobowych. W przypadku braku zgody na przetwarzanie danych osobowych współubezpieczonego PZU Życie SA jest zwolniony z obowiązku wykonania zobowiązania.
3. PZU Życie SA wykonuje zobowiązanie za pośrednictwem świadczeniodawcy.
4. PZU Życie SA wykonuje zobowiązanie najpóźniej w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu uzasadniającym roszczenie o sporządzenie zagranicznej konsultacji medycznej.
5. W przypadku, gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego okazało się niemożliwe – w szczególności, gdy w powyższym terminie PZU Życie SA nie otrzymało kompletu dokumentów uzasadniających roszczenie – PZU Życie SA wykonuje zobowiązanie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
6. Niezależnie od innych postanowień niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, warunkiem uzyskania świadczenia zagranicznej konsultacji medycznej, jest dostarczenie przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego do świadczeniodawcy, na własny koszt, pełnej dokumentacji medycznej w języku polskim określonego zdarzenia medycznego orzeczonego w pierwszej opinii medycznej, właściwie sporządzonej i podpisanej przez lekarza prowadzącego pacjenta. Dokumentacja medyczna musi zawierać pierwszą opinię, co stanowi podstawowy warunek przekazania jej konsultantowi. Decyzja lekarza rozstrzygająca, czy pierwsza opinia została wydana przez specjalistę we właściwej dziedzinie oraz czy jest wystarczająco szczegółowa, jest wiążąca dla ubezpieczonego lub współubezpieczonego i jeżeli, według wyłącznego uznania lekarza, zachodzi taka konieczność, ubezpieczony lub współubezpieczony na własny koszt doprowadzi do sporządzenia innej pierwszej opinii lub uzupełnienia złożonej pierwszej opinii medycznej lub dokumentacji medycznej.
7. PZU Życie SA zobowiązany jest do spełnienia świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli roszczenie o zagraniczną konsultację medyczną zostało zgłoszone w czasie trwania odpowiedzialności PZU Życie SA.

§ 40

1. Świadczenia w ramach Prywatnej Opieki Domowej, Pomocy w Planowaniu Leczenia i Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego realizowane są wyłącznie na podstawie zgłoszonego telefonicznie wniosku przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego w Centrum Medycznym. Wniosek powinien zostać zgłoszony pod czynny całodobowo numer telefonu wskazany przez PZU Życie SA w deklaracji przystąpienia.
PZU Życie SA rozpoczyna realizację świadczeń niezwłocznie, nie później niż w ciągu 48 godzin od chwili spełnienia określonych w poniższych ustępach warunków niezbędnych do organizacji świadczenia.
2. W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczony lub współubezpieczony, zgłaszając wniosek o organizację świadczenia w ramach Prywatnej Opieki Domowej, Pomocy

w Planowaniu Leczenia lub Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego, zobowiązany jest:

1) w celu dopełnienia procedury autoryzacji potwierdzającej, że jest objęty odpowiedzialnością PZU Życie SA, podać następujące informacje:
   a) imię i nazwisko ubezpieczonego,
   b) nr PESEL ubezpieczonego,
   c) nazwę i miejsce siedziby ubezpieczającego;
2) przesłać do Centrum Medycznego faksem, drogą elektroniczną albo pocztą dokument zaświadczenia lekarskiego potwierdzający wystąpienie zdarzenia medycznego (nie dotyczy realizacji świadczenia w ramach Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego);
3) w przypadku wniosku o organizację:
   a) dostarczenia niezbędnych leków (§ 16),
   b) dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego (§ 17),
   c) dostarczenia do naprawy przedmiotów użytku osobistego (§ 18),

   przesłać faksem, drogą elektroniczną albo pocztą Centrum Medycznemu wymagane zwolnienie lekarskie uzasadniające konieczność organizacji świadczenia;
4) przekazać Centrum Medycznemu wszelkie dostępne informacje potrzebne do organizacji świadczenia, a w szczególności:
   a) numer telefonu, pod którym Centrum Medyczne może się skontaktować z ubezpieczonym lub współubezpieczonym lub osobą występującą w jego imieniu,
   b) dane osoby wyznaczonej niezbędne do organizacji świadczenia,
   c) adres domu jako miejsca organizacji świadczenia,
   d) inne dane – o ile są one niezbędne do organizacji świadczenia;
5) postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Medycznego.

3. Ubezpieczony i współubezpieczony, na wezwanie przedstawiciela Centrum Medycznego w miejscu realizacji świadczenia w ramach Prywatnej Opieki Domowej, zobowiązany jest do:
1) okazania dokumentu potwierdzającego jego tożsamość;
2) podania danych niezbędnych do wykonania świadczenia.

4. W celu umożliwienia Centrum Medycznemu spełnienia świadczenia transportu medycznego, o którym mowa w § 15, ubezpieczony lub współubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu zobowiązana jest do zapewnienia zespołowi medycznemu lub innym osobom uprawnionym przez Centrum Medyczne dostępu do wszelkich informacji pozwalających na ocenę stanu zdrowia i celowości transportu medycznego, co jest warunkiem organizacji świadczenia.

5. PZU Życie SA i Centrum Medyczne nie są zobowiązane do zwrotu kosztów poniesionych przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego, jeżeli zdarzenie nie zostało zgłoszone do Centrum Medycznego, chyba że brak zgłoszenia wynikał z siły wyższej, która uniemożliwiła kontakt z Centrum Medycznym.

6. Jeżeli ubezpieczony lub współubezpieczony lub osoba występując w ich imieniu z powodu siły wyższej nie mogli skontaktować się z Centrum Medycznym w sposób, o którym mowa w ust. 1 i ust. 2 i we własnym zakresie zorganizowali i pokryli koszty usług, o których mowa w § 7, zobowiązani są w ciągu 7 dni od dnia, w którym skontaktowanie z Centrum Medycznym stało się możliwe, powiadomić o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Ponadto ubezpieczony lub współubezpieczony lub osoba występująca w ich imieniu zobowiązani są do podania przyczyn niemożności skontaktowania się z Centrum Medycznym.

7. W przypadku, o którym mowa w ust. 6 PZU Życie SA jest zobowiązany do zwrotu ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu poniesionych przez niego kosztów do wysokości faktycznie poniesionych kosztów nie więcej niż maksymalnie do kwoty odpowiadającej średniej cenie wykonania tego typu usługi na terenie miejscowości, w której ta usługa została wykonana. Podstawą rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia jest złożenie przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia: dokumentacji medycznej potwierdzającej zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, objętego odpowiedzialnością PZU Życie SA oraz imiennych rachunków i dowodów zapłaty.

8. Wszelkie oświadczenia i zawiadomienia ubezpieczonego lub współubezpieczonego dotyczące ubezpieczenia mogą być skutecznie dokonywane w rozmowie telefonicznej rejestrowanej i archiwizowanej przez Centrum Medyczne.

9. Rozmowy telefoniczne prowadzone między Centrum Medycznym a ubezpieczonym lub współubezpieczonym w ramach każdego zgłoszenia roszczenia o organizację świadczenia są nagrywane.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 41

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 42

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/427/2008 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 18 listopada 2008 roku ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku.

2. Niniejsze ogólne warunki wchodzą w życie z dniem 1 listopada 2013 roku.

POSTANOWIENIA DODATKOWE DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA MEDYCZNY EKSPERT DOMOWY

§ 1

W ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia Medyczny Ekspert Domowy, kod warunków KZGP32, zatwierdzonych uchwałą nr UZ/427/2008 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 18 listopada 2008 roku ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku, zwanych dalej „OWU", wprowadza się następującą zmianę:

§ 2

§ 2 ust. 2 pkt 24 otrzymuje brzmienie:
stwardnienie rozsiane – choroba ośrodkowego układu nerwowego z obecnością ubytkowych objawów neurologicznych, powstałych na podłożu rozsianych zmian demielinizacyjnych, która została ostatecznie rozpoznana przez lekarza neurologa na podstawie objawów neurologicznych i badania rezonansu magnetycznego, potwierdzających czasowe i lokalizacyjne rozsianie zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym.

§ 3

Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.

§ 4

Niniejsze postanowienia dodatkowe zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/181/2017 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 31 października 2017 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia Medyczny Ekspert Domowy, kod warunków KZGP32.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56, kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I ZDROWIE OPIEKA MEDYCZNA S

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie i zdrowie Opieka Medyczna S, kod warunków Z0GP50, UZGP50 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia.

Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 14 OWU § 21 OWU § 23 OWU § 25 OWU § 26 OWU § 29 OWU § 30 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 5 OWU § 18 OWU § 19 OWU § 20 OWU § 24 OWU

OGÓLNE WARUNKI
GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I ZDROWIE OPIEKA MEDYCZNA S

kod warunków: Z0GP50
kod warunków: UZGP50

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów grupowego ubezpieczenia na życie i zdrowie Opieka Medyczna S.

§ 2

1. Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

1) **choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, która prowadzi do powstania w organizmie zmian funkcjonalnych lub morfologicznych;
2) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione ubezpieczonego lub jego partnera życiowego, w wieku do 18 lat, a w razie uczęszczania do szkoły w wieku do 25 lat;
3) **infolinia** – ogólnopolski numer telefoniczny, służący ubezpieczonym lub współubezpieczonym do umawiania świadczeń zdrowotnych, w szczególności poprzez wskazanie przez konsultanta infolinii placówki medycznej oraz terminu realizacji świadczenia;
4) **nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli i stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością PZU Życie SA;
5) **okres odpowiedzialności PZU Życie SA** – czas trwania odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego lub współubezpieczonego wyznaczony przez daty początku i końca odpowiedzialności;
6) **pakiet indywidualny** – zakres podmiotowy ubezpieczenia, w którym ochroną ubezpieczeniową objęta jest jedna osoba – ubezpieczony;
7) **pakiet partnerski** – zakres podmiotowy ubezpieczenia, w którym ochroną ubezpieczeniową objęte są dwie osoby, to jest ubezpieczony i jeden jego współubezpieczony: partner życiowy lub dziecko;
8) **pakiet rodzinny** – zakres podmiotowy ubezpieczenia, w którym ochroną ubezpieczeniową objęci są ubezpieczony i jego współubezpieczeni, bez względu na ich liczbę;
9) **partner życiowy** – osobę pozostającą z ubezpieczonym w związku małżeńskim, albo wskazaną w deklaracji przystąpienia osobę nie będącą w związku małżeńskim, pozostającą z ubezpieczonym – również nie będącym w związku małżeńskim – we wspólnym pożyciu, która w dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie ukończyła 67 roku życia; partner życiowy nie może być spokrewniony z ubezpieczonym;
10) **placówka medyczna** – przychodnia, gabinet lekarski lub laboratorium należące do sieci świadczeniodawcy, które świadczą usługi medyczne. Wykaz placówek medycznych wskazanych przez PZU Życie SA publikujemy na stronie pzu.pl oraz udostępniamy pod numerem infolinii medycznej i w każdym naszym oddziale;
11) **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy pomiędzy ubezpieczającym a PZU Życie SA oraz warunki tej umowy;
12) **PZU Życie SA** – Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
13) **rocznica polisy** – każdą kolejną rocznicę potwierdzonego polisą dnia zawarcia umowy;
14) **sieć świadczeniodawcy** – placówki medyczne znajdujące się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które na podstawie umowy z PZU Życie SA realizują świadczenia zdrowotne na rzecz ubezpieczonych i współubezpieczonych;
15) **stosunek prawny** – stosunek zatrudnienia, członkostwa, bądź inny zaakceptowany przez PZU Życie SA;
16) **świadczenia zdrowotne** – wymienione w zakresie świadczeń zdrowotnych usługi medyczne objęte odpowiedzialnością PZU Życie SA, których wykonanie jest uzasadnione wskazaniami medycznymi;
17) **świadczeniodawca** – podmiot działający na zlecenie PZU Życie SA, który jest organizatorem realizowanych w placówkach medycznych świadczeń zdrowotnych;
18) **ubezpieczający** – podmiot, który zawarł umowę z PZU Życie SA;
19) **ubezpieczony** – osobę fizyczną, pozostającą w stosunku prawnym z ubezpieczającym, która przystąpiła do ubezpieczenia;
20) **uczęszczanie do szkoły** – kształcenie się w publicznej lub niepublicznej szkole lub uczelni, w trybie dziennym, wieczorowym lub zaocznym, z wyłączeniem wszelkich kursów, szkoleń oraz kształcenia korespondencyjnego;
21) **umowa** – umowę ubezpieczenia zawieraną na wniosek ubezpieczającego na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia i potwierdzoną polisą;
22) **uposażony** – podmiot wskazany przez ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci ubezpieczonego;
23) **uszkodzenie ciała** – uszkodzenie ciała, które powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
24) **uzależnienie** – uzależnienie od alkoholu lub narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii. Uzależnienie i rodzaj substancji, które je wywołuje potwierdza dokumentacja medyczna;
25) **wada wrodzona** – powstająca w okresie życia wewnątrzmacicznego i obecna przy urodzeniu, wewnętrzna lub zewnętrzna nieprawidłowość morfologiczna umiejscowiona w kategoriach Q00–Q99 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10;
26) **współubezpieczony** – objętego ubezpieczeniem partnera życiowego albo dziecko;
27) **zakres świadczeń zdrowotnych** – wybrany przez ubezpieczonego, spośród zakresów uzgodnionych pomiędzy ubezpieczającym a PZU Życie SA, zestaw usług medycznych, z których może skorzystać ubezpieczony lub współubezpieczony w przypadku wystąpienia zdarzenia uprawniającego do otrzymania świadczeń zdrowotnych.

2. W zasadach ustalania świadczeń należnych z tytułu umowy nie ma zastosowania stopa techniczna.
3. Integralną częścią niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia jest informacja wskazująca, które z postanowień dotyczą podstawowych warunków umowy.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest:
1) życie ubezpieczonego;
2) zdrowie ubezpieczonego i współubezpieczonego.

§ 4

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
   1) śmierć ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA;
   2) wystąpienie u ubezpieczonego lub współubezpieczonego choroby lub uszkodzenia ciała skutkujących potrzebą skorzystania przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA ze świadczeń zdrowotnych.
2. W przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA wypłaca 100% sumy ubezpieczenia.
3. W przypadku wystąpienia zdarzenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, PZU Życie SA ponosi koszty świadczeń zdrowotnych, które organizowane są dla ubezpieczonego lub współubezpieczonego przez świadczeniodawcę, zgodnie z wybranym zakresem świadczeń zdrowotnych.
4. Ubezpieczający ma prawo wybrać rodzaje pakietów, które będą funkcjonowały w umowie ubezpieczenia.
5. Ubezpieczeni mogą być objęci różnymi zakresami świadczeń zdrowotnych w ramach umowy ubezpieczenia.
6. Współubezpieczeni objęci są tym samym zakresem świadczeń zdrowotnych co ich ubezpieczony.
7. W każdą rocznicę polisy – za zgodą PZU Życie SA – ubezpieczony ma prawo dokonać zmiany zakresu świadczeń zdrowotnych w ramach zakresów określonych we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonych polisą, poprzez złożenie deklaracji – zmiana. Zmiana przez ubezpieczonego pakietu ubezpieczenia z indywidualnego na rodzinny lub partnerski albo z partnerskiego na rodzinny może nastąpić w dowolnym momencie obowiązywania umowy, z zastrzeżeniem ust. 10.
8. Zmiana przez ubezpieczonego pakietu ubezpieczenia z rodzinnego / partnerskiego na indywidualny lub z rodzinnego na partnerski może nastąpić wyłącznie w rocznicę polisy, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. W przypadku śmierci współubezpieczonego, rozwiązania związku małżeńskiego łączącego ubezpieczonego z partnerem życiowym lub rozwiązania przysposobienia zmiana pakietu z rodzinnego / partnerskiego na indywidualny lub z rodzinnego na partnerski może nastąpić, na wniosek ubezpieczonego, w dowolnym czasie, z zastrzeżeniem ust. 10 i 11.
10. Zmiana, o której mowa w ust. 7, 8 lub 9 obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca, jeżeli na co najmniej 5 dni roboczych przed początkiem tego miesiąca wpłynęła do PZU Życie SA deklaracja – zmiana oraz została opłacona składka.
11. PZU Życie SA może zażądać, by ubezpieczony przedstawił do wglądu dokumenty potwierdzające wystąpienie zdarzenia uprawniającego do zmiany pakietu, o którym mowa w ust. 9.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 5

1. Podmiot, który zamierza zawrzeć umowę składa wniosek o zawarcie umowy oraz podpisane przez osoby zamierzające przystąpić do ubezpieczenia deklaracje przystąpienia w liczbie uzgodnionej z PZU Życie SA, wraz z wykazem tych osób.
2. Przed złożeniem wniosku o zawarcie umowy PZU Życie SA przekazuje podmiotowi, o którym mowa w ust. 1 ogólne warunki ubezpieczenia oraz odpowiednie formularze.
3. PZU Życie SA może odmówić zawarcia umowy lub zaproponować zawarcie umowy na warunkach innych niż wnioskowane, w szczególności, gdy liczba deklaracji przystąpienia jest mniejsza, niż wcześniej uzgodniona.
4. PZU Życie SA potwierdza zawarcie umowy polisą.
5. Do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która w dniu podpisania deklaracji przystąpienia:
   1) spełnia warunki określone w § 2 ust. 1 pkt 19;
   2) nie ukończyła 67 roku życia z zastrzeżeniem ust. 6;
   3) nie przebywa w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych lub nie jest uznana za niezdolną do pracy lub niezdolną do służby orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.
6. PZU Życie SA może wyrazić zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia osoby, która ukończyła 67 rok życia.
7. Osoba przystępująca do ubezpieczenia składa ubezpieczającemu deklarację przystąpienia, w której oświadcza, że spełnia kryteria przystąpienia, o których mowa w ust. 5 oraz, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w umowie, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia oraz wskazuje zakres świadczeń zdrowotnych, spośród zakresów wybranych przez ubezpieczającego.
8. PZU Życie SA ma prawo odmówić zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, a w przypadku niemożności złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 5 pkt 3, odmawia zgody na przystąpienie do ubezpieczenia. O odmowie zgody na przystąpienie do ubezpieczenia PZU Życie SA poinformuje ubezpieczonego za pośrednictwem ubezpieczającego na piśmie.
9. W przypadku ujawnienia, że przed objęciem odpowiedzialnością PZU Życie SA osoba przystępująca do ubezpieczenia podała w oświadczeniu, o którym mowa w ust. 7, nieprawdziwe informacje, PZU Życie SA może w okresie pierwszych 3 lat od początku odpowiedzialności w stosunku do tego ubezpieczonego odmówić realizacji świadczenia. Jeżeli do podania nieprawdziwych informacji doszło na skutek winy umyślnej ubezpieczonego, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie przewidziane umową i jego następstwa są skutkiem tych nieprawdziwych okoliczności.
10. W celu objęcia ubezpieczeniem, partner życiowy lub dziecko składa w deklaracji przystąpienia oświadczenie, że spełnia kryteria, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 2 lub pkt 9 oraz określone w ust. 5 pkt 3 niniejszego paragrafu oraz że chce skorzystać z zastrzeżenia na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w umowie.
11. Postanowienia ust. 8–9 w stosunku do współubezpieczonego stosuje się odpowiednio.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 6

1. Umowa zawierana jest pomiędzy PZU Życie SA a ubezpieczającym na czas określony, potwierdzony polisą.

2. Umowa zostaje przedłużona na następujące po sobie okresy roczne, o ile żadna ze stron nie postanowi inaczej, z tym że oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia umowy na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa została zawarta.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 7

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy, składając do PZU Życie SA pisemne oświadczenie o odstąpieniu od umowy.
2. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego po przekazaniu składki PZU Życie SA zwraca ubezpieczającemu składkę pomniejszoną o jej część odpowiadającą okresowi odpowiedzialności PZU Życie SA.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 8

1. Umowa może być wypowiedziana przez ubezpieczającego w każdym czasie, bez podawania przyczyny, na piśmie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia. Okres wypowiedzenia rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego bezpośrednio po miesiącu, w którym PZU Życie SA otrzymał oświadczenie o wypowiedzeniu.
2. W przypadku wypowiedzenia umowy, PZU Życie SA zwraca ubezpieczającemu składkę za niewykorzystany okres odpowiedzialności PZU Życie SA.
3. Umowę uważa się za wypowiedzianą przez ubezpieczającego w przypadku zaległości w przekazywaniu składek za wszystkich ubezpieczonych i współubezpieczonych – umowa rozwiązuje się wraz z bezskutecznym upływem terminu do uregulowania zaległości, o którym mowa w § 17 ust. 5, nie wcześniej jednak niż z ostatnim dniem miesiąca następującego po miesiącu, za który nie została opłacona należna składka.

§ 9

Obowiązek przekazywania składek istnieje przez cały czas trwania odpowiedzialności PZU Życie SA.

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON

§ 10

1. Ubezpieczający ma prawo przenieść, w całości lub w części, prawa i obowiązki z umowy na inny podmiot. W przypadku przeniesienia praw i obowiązków na inny podmiot z chwilą przeniesienia podmiot ten staje się ubezpieczającym. Umowa przeniesienia praw i obowiązków powinna być pod rygorem nieważności zaakceptowana pisemnie przez PZU Życie SA.
2. Ubezpieczający jest obowiązany:
   1) doręczyć warunki ubezpieczenia oraz zakresy świadczeń zdrowotnych osobom zamierzającym przystąpić do ubezpieczenia przed odebraniem od nich deklaracji przystąpienia;
   2) przekazywać PZU Życie SA deklaracje przystąpienia oraz wszelkie dane osobowe złożone przez ubezpieczonych, w tym również złożone w formie elektronicznej zgodnie z wymogami obowiązujących przepisów prawa, w szczególności w zakresie ochrony danych osobowych i tajemnicy ubezpieczeniowej;
   3) informować PZU Życie SA o zmianie własnych danych osobowych i teleadresowych oraz danych osobowych i teleadresowych ubezpieczonych, współubezpieczonych i uposażonych, chyba że zmiany te zostały zgłoszone PZU Życie SA przez ubezpieczonego;
   4) przekazywać do PZU Życie SA składki w terminie określonym zgodnie z § 16 ust. 5;
   5) przekazywać PZU Życie SA, jednocześnie z przekazaniem składki, rozliczenie składek wraz z odpowiednimi wykazami ubezpieczonych oraz oświadczeniami tych ubezpieczonych, którzy zrezygnowali z ubezpieczenia;
   6) przekazywać ubezpieczonym i współubezpieczonym, w formie przewidzianej przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, informacje dotyczące zmiany warunków umowy lub zmiany prawa właściwego dla umowy, przed wyrażeniem przez ubezpieczonego i współubezpieczonego zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu umowy;
   7) przekazywać PZU Życie SA wykaz osób, które nie wyraziły względem ubezpieczającego zgody na zmianę umowy w sytuacji, o której mowa w § 13 OWU oraz – na żądanie PZU Życie SA – przekazywać PZU Życie SA oświadczenia, o których mowa w § 13 zdanie 3 OWU;
   8) przekazywać inne dokumenty niezbędne do prawidłowego wykonania umowy – na życzenie PZU Życie SA;
   9) wyznaczyć osobę odpowiedzialną za wykonywanie umowy przez ubezpieczającego oraz poinformować ubezpieczonych i PZU Życie SA o wyznaczeniu oraz każdej zmianie takiej osoby.

§ 11

1. Ubezpieczony ma prawo:
   1) wskazywać, dowolnie zmieniać i odwoływać uposażonych;
   2) dokonać w rocznicę polisy zmiany zakresu świadczeń zdrowotnych w ramach zakresów określonych we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonych polisą, poprzez złożenie deklaracji – zmiana;
   3) dokonać zmiany pakietu ubezpieczenia zgodnie z zasadami określonymi w § 4 ust. 8–11 w ramach pakietów określonych we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonych polisą, poprzez złożenie deklaracji – zmiana.
2. Ubezpieczony lub współubezpieczony mają prawo:
   1) żądać aby PZU Życie SA udzielił informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego lub współubezpieczonego, w szczególności:
      a) informacji o sposobie obliczania i opłacania składki ubezpieczeniowej,
      b) adekwatnej i kompletnej informacji dotyczącej rodzajów ryzyka objętych umową ubezpieczenia, warunków ochrony ubezpieczeniowej i wyłączeń z jej zakresu, zasad dotyczących finansowania ochrony ubezpieczeniowej oraz możliwych przyczyn odmowy wypłaty świadczenia;
   2) żądać, by PZU Życie SA wypełniał prawidłowo i terminowo obowiązki wynikające z § 12 oraz z obowiązujących przepisów prawa, w szczególności z przepisów kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej;
   3) żądać informacji o postanowieniach umownych pomiędzy PZU Życie SA a podmiotem uczestniczącym w procesie dystrybucji, w zakresie, w jakim dotyczą one jego praw i obowiązków, w tym o sposobie pobierania składki i dochodzenia wypłaty świadczenia.

3. Ubezpieczony lub współubezpieczony ma prawo bez podawania przyczyny w każdej chwili zrezygnować z ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 6.
4. W celu rezygnacji z ubezpieczenia, ubezpieczony składa ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji ubezpieczonego lub współubezpieczonego, które skutkuje końcem odpowiedzialności PZU Życie SA zgodnie z § 19 ust. 1 pkt 6 lub ust. 2 pkt 5.
5. Uprawnienie do rezygnacji z ubezpieczenia przysługuje również współubezpieczonemu – złożenie ubezpieczającemu pisemnego oświadczenia o rezygnacji skutkuje końcem odpowiedzialności PZU Życie SA zgodnie z § 19 ust. 2 pkt 5.
6. Ponowne przystąpienie do umowy ubezpieczenia ubezpieczonego lub współubezpieczonego możliwe jest wyłącznie w rocznicę polisy lub po tej dacie.
7. Ubezpieczony jest obowiązany zgłaszać ubezpieczającemu lub PZU Życie SA zmiany danych osobowych i teleadresowych swoich oraz współubezpieczonych i uposażonych zawartych w deklaracji przystąpienia.

§ 12

PZU Życie SA jest obowiązany:
1) prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania przewidziane umową;
2) przekazywać ubezpieczającemu, w formie przewidzianej przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej informacje dotyczące zmiany warunków umowy lub zmiany prawa właściwego dla umowy, przed wyrażeniem przez strony umowy zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu umowy;
3) przekazywać na żądanie ubezpieczonego lub współubezpieczonego informacje, o których mowa w pkt. 2;
4) informować ubezpieczającego lub ubezpieczonego i współubezpieczonego o zajściu zdarzeń objętych odpowiedzialnością PZU Życie SA, jeżeli zdarzenie zostało zgłoszone do PZU Życie SA, a osoby te nie są osobami występującymi z tym zgłoszeniem;
5) informować osobę występującą z roszczeniem, pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zobowiązania, o ile jest to niezbędne do prowadzenia dalszego postępowania;
6) informować pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie oraz ubezpieczonego i współubezpieczonego, jeśli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia jego roszczenia w całości lub części w przewidzianym terminie, w całości lub części, oraz wypłacić bezsporną część świadczenia;
7) informować pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz ubezpieczonego i współubezpieczonego, jeśli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, że świadczenie nie przysługuje w całości lub części, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia, z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
8) udostępniać ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, współubezpieczonemu oraz osobie występującej z roszczeniem, osobie uprawnionej do żądania spełnienia świadczenia oraz spadkobiercy ubezpieczonego lub współubezpieczonego, który zgłosił zawiadomienie o zdarzeniu, informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności PZU Życie SA lub wysokość świadczenia; na żądanie ww. osób informacje i dokumenty mogą być udostępniane również w postaci elektronicznej;
9) udostępniać na żądanie ubezpieczającego lub ubezpieczonego i współubezpieczonego informację o oświadczeniach złożonych przez te osoby na etapie zawierania umowy lub przystępowania do ubezpieczenia lub kopie dokumentów sporządzonych na tym etapie;
10) realizować obowiązki informacyjne w stosunku do ubezpieczonego i współubezpieczonego, o których mowa w § 11 ust. 2 pkt. 1.

ZMIANA UMOWY

§ 13

Zmiany w umowie są dokonywane w drodze negocjacji, w trybie ofertowym bądź w inny przewidziany ogólnie obowiązującymi przepisami prawa sposób i potwierdzane w formie pisemnej. Do zmiany umowy na niekorzyść ubezpieczonego, współubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci ubezpieczonego wymagana jest zgoda ubezpieczonego lub współubezpieczonego. Oświadczenie obejmujące zgodę ubezpieczony składa ubezpieczającemu.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 14

1. Sumą ubezpieczenia jest kwota stanowiąca podstawę ustalania wysokości świadczeń z tytułu zdarzenia, o którym mowa w § 4 ust. 2.
2. Suma ubezpieczenia jest jednakowa dla wszystkich ubezpieczonych.
3. Suma ubezpieczenia określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
4. Suma ubezpieczenia jest niezmienna przez cały czas trwania umowy.
5. Suma ubezpieczenia nie ma zastosowania w przypadku świadczeń, o których mowa w § 4 ust. 3.

SKŁADKA

§ 15

1. Składka może pochodzić w całości ze środków finansowych ubezpieczającego lub ubezpieczonego albo w części ze środków finansowych ubezpieczającego i w części ze środków finansowych ubezpieczonego.
2. Składkę uważa się za przekazaną z chwilą uznania rachunku bankowego wskazanego przez PZU Życie SA.

§ 16

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od: zakresu świadczeń zdrowotnych, pakietu ubezpieczenia, częstotliwości przekazywania składek, liczby, struktury płciowej zatrudnionych w zakładzie pracy oraz liczby osób przystępujących do ubezpieczenia.
2. Dane dotyczące liczby, struktury płciowej osób zatrudnionych w zakładzie pracy oraz liczby osób przystępujących do ubezpieczenia, pozyskane przed zawarciem umowy ubezpieczenia z ubezpieczającym, mogą być wykorzystywane do określenia nowej wysokości składki proponowanej ubezpieczającemu w przypadku propozycji zawarcia kolejnej umowy ubezpieczenia lub zmiany warunków umowy ubezpieczenia w rocznicę polisy.
3. W przypadku propozycji zawarcia kolejnej umowy ubezpieczenia lub zmiany warunków umowy ubezpieczenia w rocznicę polisy dla określenia nowej wysokości składki proponowanej ubezpieczającemu, PZU Życie SA może wykorzystać dane dotyczące częstotliwości oraz kosztu realizacji

świadczeń zdrowotnych w grupowym ubezpieczeniu na życie i zdrowie Opieka Medyczna S.
4. Wysokość składki obowiązującej w umowie potwierdzona jest polisą.
5. Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone polisą.
6. Składka nie podlega indeksacji.
7. Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego z góry w pełnej wymaganej kwocie.

§ 17

1. W przypadku zaległości w przekazaniu całości lub części składek PZU Życie SA wzywa ubezpieczającego do uzupełnienia zaległości, wskazując w wezwaniu co najmniej 15-dniowy dodatkowy termin oraz informując o skutku nieprzekazania składki, określonym w ust. 3.
2. W przypadku zaległości w przekazywaniu składek przekazywane kwoty przeznaczane są w pierwszej kolejności na pokrycie zaległości.
3. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do wszystkich ubezpieczonych i współubezpieczonych ulega zawieszeniu, po bezskutecznym upływie terminu wskazanego w wezwaniu, o którym mowa w ust. 1, nie wcześniej jednak niż z pierwszym dniem miesiąca następującego po miesiącu, za który nie została wpłacona należna składka.
4. W przypadku uregulowania zaległych składek w okresie zawieszenia odpowiedzialności PZU Życie SA, odpowiedzialność PZU Życie SA ulega wznowieniu z dniem jej zawieszenia, z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności PZU Życie SA, z zastrzeżeniem ust. 7.
5. W przypadku braku uregulowania składek w terminie określonym w ust. 1, PZU Życie SA w pierwszym miesiącu zawieszenia odpowiedzialności, PZU Życie SA wezwie ponownie ubezpieczającego do uregulowania zaległości, wskazując 15-dniowy dodatkowy termin i informując o skutkach nieopłacenia składki, o których mowa w § 19 ust. 1 pkt 3 i § 19 ust. 2 pkt 1 oraz § 8 ust. 3.
6. Nieuregulowanie zaległości w opłacie składek w określonym w ust. 5 terminie skutkuje zakończeniem odpowiedzialności PZU Życie SA, zgodnie z § 19 ust. 1 pkt 3 i § 19 ust. 2 pkt 1.
7. W przypadku wznowienia odpowiedzialności PZU Życie SA, o którym mowa w ust. 4, przysługujące świadczenia zdrowotne dokonane w okresie zawieszenia odpowiedzialności PZU Życie SA realizowane są przez PZU Życie SA na zasadach określonych w § 30.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 18

1. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonych i współubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia wraz z zawarciem umowy rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące wymogi:
   1) przed rozpoczęciem tego miesiąca kalendarzowego do PZU Życie SA wpłynęły podpisane przez ubezpieczonych i współubezpieczonych deklaracje przystąpienia wraz z wykazem tych osób;
   2) pierwsza składka została przekazana w terminie określonym we wniosku o zawarcie umowy, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do danego ubezpieczonego lub współubezpieczonego który przystąpił do ubezpieczenia wraz z zawarciem umowy rozpoczyna się nie wcześniej niż w dniu zawarcia umowy i nie wcześniej, niż następnego dnia po tym, gdy osoba ta oświadczyła ubezpieczającemu, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w umowie, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia.
3. W przypadku osób przystępujących do ubezpieczenia w okresie obowiązywania umowy, postanowienia ust. 1–2 stosuje się odpowiednio.

§ 19

1. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:
   1) otrzymania przez PZU Życie SA oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy;
   2) śmierci ubezpieczonego;
   3) po bezskutecznym upływie terminu, o którym mowa w § 17 ust. 5, nie wcześniej jednak niż z końcem miesiąca następującego po miesiącu, za który została przekazana ostatnia składka;
   4) rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym ubezpieczony kończy 68 rok życia;
   5) upływu okresu, za jaki przekazano składkę, jeżeli w tym okresie ustał stosunek prawny łączący ubezpieczonego z ubezpieczającym, z zastrzeżeniem ust. 3;
   6) upływu okresu, za jaki przekazano składkę w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż z końcem miesiąca, w którym doręczono PZU Życie SA oświadczenie o rezygnacji;
   7) z końcem miesiąca obowiązywania umowy na dotychczasowych warunkach, jeśli ubezpieczony nie wyraził zgody na zmianę umowy, w sytuacji, o której mowa w § 13;
   8) upływu okresu wypowiedzenia umowy;
   9) rozwiązania umowy ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do współubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:
   1) zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego;
   2) śmierci współubezpieczonego;
   3) rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym partner życiowy kończy 68 rok życia;
   4) rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 18 rok życia, a w razie uczęszczania do szkoły – 25 rok życia;
   5) upływu okresu, za jaki przekazano składkę w przypadku rezygnacji współubezpieczonego z ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż z końcem miesiąca, w którym doręczono PZU Życie SA oświadczenie o rezygnacji;
   6) upływu okresu, za jaki przekazano składkę w przypadku zmiany pakietu ubezpieczenia, który nie obejmuje już danego współubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż z końcem miesiąca, w którym doręczono PZU Życie SA oświadczenie o zmianie pakietu;
   7) upływu okresu za jaki przekazano składkę w przypadku powiadomienia PZU Życie SA o rozwiązaniu małżeństwa lub rozwiązania przysposobienia, nie wcześniej jednak niż z końcem miesiąca, w którym doręczono PZU Życie SA oświadczenie o tym fakcie;
   8) z końcem miesiąca obowiązywania umowy na dotychczasowych warunkach, jeśli współubezpieczony nie wyraził zgody na zmianę umowy, w sytuacji, o której mowa w § 13.
3. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego i współubezpieczonych zostaje przedłużona o jeden miesiąc po ustaniu stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego z ubezpieczającym, pod warunkiem przekazania składki za ten miesiąc.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 20

PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego lub współubezpieczonego, jeżeli choroba lub uszkodzenie ciała były wynikiem:
1) wady wrodzonej;
2) niepłodności rozpoznanej przez lekarza prowadzącego leczenie;
3) uzależnień.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 21

Prawo do świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego przysługuje uposażonemu, z zastrzeżeniem § 23 ust. 2.

§ 22

1. Ubezpieczony może wyznaczyć uposażonych w deklaracji przystąpienia.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie zmienić lub odwołać uposażonych.

§ 23

1. W przypadku, gdy ubezpieczony wskazał kilku uposażonych, a niektórzy spośród nich zmarli przed śmiercią ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, wówczas przypadająca im część świadczenia zostanie rozdzielona pomiędzy pozostałych uposażonych proporcjonalnie do ich udziału w świadczeniu.
2. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uposażonego albo gdy wszyscy uposażeni zmarli przed śmiercią ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, wówczas świadczenie przysługuje członkom rodziny ubezpieczonego według kolejności pierwszeństwa:
   1) małżonek w całości;
   2) dzieci w częściach równych;
   3) rodzice w częściach równych;
   4) inni ustawowi spadkobiercy ubezpieczonego w częściach równych.

§ 24

Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci ubezpieczonego.

§ 25

Prawo do świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 2 przysługuje ubezpieczonemu i współubezpieczonemu.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 26

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania z tytułu śmierci ubezpieczonego składa do PZU Życie SA:
   1) zgłoszenie roszczenia;
   2) akt zgonu ubezpieczonego;
   3) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na życzenie PZU Życie SA.
2. PZU Życie SA decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1.
3. W przypadku, gdy dokumenty składane przez wnioskującego sporządzone zostały w języku innym niż polski, wnioskujący dostarcza je przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

§ 27

1. W przypadku śmierci ubezpieczonego PZU Życie SA wykonuje zobowiązania najpóźniej w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym odpowiedzialnością PZU Życie SA.
2. W przypadku, gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego albo wysokości zobowiązania okazało się niemożliwe, PZU Życie SA wykonuje zobowiązanie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część świadczenia PZU Życie SA wypłaca w terminie wskazanym w ust. 1.

§ 28

1. Świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego wypłacane są w formie jednorazowej w pełnej należnej kwocie.
2. Jeżeli świadczenie nie przysługuje w całości lub w części, PZU Życie SA informuje o tym niezwłocznie osobę występującą z roszczeniem oraz ubezpieczonego, jeśli nie jest on osobą występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną, uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia, z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W FORMIE BEZGOTÓWKOWEJ

§ 29

1. PZU Życie SA wykonuje zobowiązania w stosunku do ubezpieczonego lub współubezpieczonego, umożliwiając ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu dostęp do świadczeń zdrowotnych po uprzednim umówieniu za pośrednictwem PZU Życie SA, w szczególności poprzez infolinię, zgodnie z określonym w deklaracji zakresem świadczeń zdrowotnych oraz we wskazanej przez PZU Życie SA placówce medycznej, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu przysługuje prawo do określenia własnych preferencji dotyczących wskazania: lokalizacji placówki, terminu konsultacji lub lekarza.
3. W przypadku realizacji świadczeń zdrowotnych we wskazanej przez PZU Życie SA placówce medycznej, czas oczekiwania na konsultację ambulatoryjną wynosi maksymalnie:
   1) 2 dni robocze – w przypadku konsultacji z zakresu chorób wewnętrznych (interny), medycyny rodzinnej, pediatrii;
   2) 5 dni roboczych – w przypadku pozostałych konsultacji ambulatoryjnych wskazanych w zakresie świadczeń zdrowotnych.
4. W przypadku realizacji preferencji ubezpieczonego lub współubezpieczonego, o których mowa w ust. 2, nie obowiązują parametry dostępności określone w ust. 3, a terminy ustalane są indywidualnie, z uwzględnieniem dostępności danego świadczenia zdrowotnego.
5. W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, maksymalne okresy oczekiwania wskazane w ust. 3 pkt 2 nie mają zastosowania – organizacja konsultacji ambulatoryjnej zależy od jej dostępności w danej lokalizacji.
6. Lista placówek jest dostępna na stronie pzu.pl oraz pod numerem infolinii.

REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W FORMIE PIENIĘŻNEJ

§ 30

1. PZU Życie SA umożliwia ubezpieczonym i współubezpieczonym realizację świadczeń zdrowotnych w formie pieniężnej

na zasadach określonych w niniejszym paragrafie, w następujących przypadkach:
1) o ile strony umowy dojdą do takiego porozumienia – w sytuacji opisanej w ust. 2. Fakt ten zostanie potwierdzony w polisie;
2) w okresie zawieszenia odpowiedzialności, pod warunkiem jej wznowienia.

2. W przypadku wystąpienia zdarzenia uprawniającego do uzyskania świadczenia zdrowotnego, zgodnie z posiadanym zakresem świadczeń zdrowotnych oraz umową, ubezpieczony lub współubezpieczony ma również prawo do skorzystania z niego w wybranej przez siebie placówce medycznej albo w przychodni, gabinecie lekarskim lub laboratorium świadczącym usługi medyczne spoza sieci świadczeniodawcy, działającym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, o ile nie zechce skorzystać z realizacji świadczeń zdrowotnych w formie bezgotówkowej bez względu na przyczynę.

3. PZU Życie SA realizuje świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1, do kwoty określonej dla danego świadczenia zdrowotnego w „Cenniku świadczeń zdrowotnych", stanowiącym załącznik do umowy.

4. PZU Życie SA decyduje o zasadności roszczenia w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 na podstawie:
1) wniosku dotyczącego wypłaty świadczenia, stanowiącego zawiadomienie o zdarzeniu objętym odpowiedzialnością PZU Życie SA;
2) oryginału imiennej faktury, zawierającej nazwy udzielonych świadczeń zdrowotnych, a także ich ceny jednostkowe;
3) innych dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności roszczenia – na życzenie PZU Życie SA.

5. PZU Życie SA wykonuje zobowiązania z tytułu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 najpóźniej w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym odpowiedzialnością PZU Życie SA oraz faktury, o której mowa w ust. 4 pkt 2.

6. W przypadku, gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego albo wysokości zobowiązania okazało się niemożliwe, PZU Życie SA wykonuje zobowiązanie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część świadczenia PZU Życie SA wypłaca w terminie wskazanym w ust. 5.

7. Szczegółowe zasady realizacji świadczeń poza siecią świadczeniodawcy określone są w postanowieniach dokumentu „Zwrot kosztów świadczeń zrealizowanych w ramach ubezpieczenia Opieka Medyczna S – odpowiedzi na podstawowe pytania", który stanowi załącznik do umowy.

REALIZACJA ŚWIADCZEŃ – POSTANOWIENIA WSPÓLNE

§ 31

1. W przypadku, gdy PZU Życie SA w związku z wykonaniem któregokolwiek ze zobowiązań wynikających z umowy obowiązany jest zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa pobrać i odprowadzić jakiekolwiek kwoty, w tym w szczególności kwoty na poczet zobowiązań podatkowych osób uprawnionych, kwoty pobrane i odprowadzone przez PZU Życie SA pomniejszają kwoty stosownych wypłat płatnych przez PZU Życie SA na podstawie umowy.

2. Opodatkowanie zobowiązań PZU Życie SA regulują obowiązujące przepisy prawa dotyczące podatku dochodowego, w szczególności przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

§ 32

Jeżeli świadczenie nie przysługuje w całości lub w części, PZU Życie SA informuje o tym niezwłocznie osobę występującą z roszczeniem oraz ubezpieczonego lub współubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną, uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia wraz z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 33

1. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby: ubezpieczającego, ubezpieczonego, współubezpieczonego uposażonego lub innego uprawnionego do żądania świadczenia z umowy albo sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy: ubezpieczonego, współubezpieczonego, uposażonego lub innego uprawnionego do spełnienia świadczenia z umowy.

2. Prawem właściwym w stosunkach wynikających z umowy jest prawo polskie.

§ 34

W sprawach nieuregulowanych w niniejszej umowie mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 35

1. Wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia PZU Życie SA mające związek z umową wymagają dla swej skuteczności zachowania formy pisemnej lub innej formy uzgodnionej przez ubezpieczającego i PZU Życie SA i wywierają skutek prawny z chwilą doręczenia.

2. Wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia mające związek z umową kierowane do PZU Życie SA, wymagają dla swej skuteczności zachowania formy pisemnej lub innej formy uzgodnionej przez ubezpieczającego i PZU Życie SA i wywierają skutek prawny z chwilą doręczenia.

3. PZU Życie SA, ubezpieczający i ubezpieczony obowiązani są informować o każdej zmianie adresów.

§ 36

1. Reklamację, skargę lub zażalenie składa się w każdej jednostce PZU Życie SA obsługującej klienta.

2. Reklamacja, skarga lub zażalenie mogą być złożone:
1) na piśmie – osobiście albo wysłane przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe, na przykład pisząc na adres: PZU Życie SA ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres tylko do korespondencji);
2) na piśmie – wysłane na adres do doręczeń elektronicznych PZU Życie SA w rozumieniu ustawy o doręczeniach elektronicznych, począwszy od dnia wpisania tego adresu do bazy adresów elektronicznych;
3) w formie ustnej – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce, o której mowa w ust. 1;
4) w postaci elektronicznej – wysyłając e-mail na reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.

3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, skargę lub zażalenie i udziela na nie odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA przekazuje osobie, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie informację, w której:
   1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
   2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
   3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia.
5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, skargę lub zażalenie zostanie dostarczona osobie, która je złożyła:
   1) w przypadku, gdy klientem jest osoba fizyczna – na piśmie, z tym że odpowiedź można dostarczyć pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek klienta;
   2) w przypadku, gdy klientem jest inny podmiot niż wskazany w pkt 1 – na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji.
6. Osobie fizycznej, która złożyła reklamację przysługuje prawo wniesienia do Rzecznika Finansowego wniosku dotyczącego:
   1) nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji;
   2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą tej osoby w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
7. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrywane są przez jednostki organizacyjne PZU Życie SA, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
8. Reklamacje uregulowane są w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym oraz w ustawie o dystrybucji ubezpieczeń.
9. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
10. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla PZU Życie SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy, którego adres strony internetowej jest następujący: www.rf.gov.pl.
11. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
12. Językiem stosowanym przez PZU Życie SA w relacjach z konsumentem jest język polski.
13. PZU Życie SA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 37

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/123/2022 Zarządu PZU Życie SA z dnia 1 lipca 2022 roku.
2. Niniejsze ogólne warunki wchodzą w życie z dniem 25 lipca 2022 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 sierpnia 2022 roku.

PZU U LEKARZA

UBEZPIECZENIE AMBULATORYJNE OPIEKA MEDYCZNA S

ZAKRES STANDARD

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
REZERWACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	
Dostęp do całodobowej infolinii – umawianie terminu realizacji świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem specjalnej infolinii PZU Zdrowie. Infolinia udziela również informacji o usługach realizowanych w poszczególnych placówkach medycznych oraz o zakresie terytorialnym wizyt domowych.	Całodobowo, bez limitu
SERWIS SMS	
Potwierdzenie terminu świadczeń za pośrednictwem SMS.	Bezpłatnie, bez limitu
KONSULTACJE AMBULATORYJNE Konsultacje ambulatoryjne realizowane są bez skierowania. Odbywają się we wskazanych przez świadczeniodawcę godzinach pracy placówek medycznych oraz zgodnie z aktualnym harmonogramem pracy placówek. Mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: fizykalne badanie pacjenta, zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia, wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora. W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, organizacja konsultacji ambulatoryjnej zależy od jej dostępności w danej lokalizacji.	
Konsultacje ambulatoryjne z zakresu:	
1. alergologii, **2.** chirurgii ogólnej, **3.** dermatologii, **4.** diabetologii, **5.** endokrynologii, **6.** gastroenterologii, **7.** ginekologii i położnictwa, **8.** kardiologii, **9.** nefrologii, **10.** neurologii, **11.** okulistyki, **12.** ortopedii, **13.** otolaryngologii, **14.** pulmonologii, **15.** reumatologii, **16.** urologii.	Bezpłatnie, bez limitu
BADANIA I ZABIEGI AMBULATORYJNE Badania i zabiegi są wykonywane przez lekarza (w ramach konsultacji lekarskiej) lub przez pielęgniarkę, z zastrzeżeniem, że istnieje wskazanie medyczne i możliwość ich wykonania w warunkach ambulatoryjnych w danej placówce medycznej bez szkody dla ubezpieczonego.	
1. Pielęgniarskie:	
• pomiar ciśnienia, • pomiar wzrostu i wagi ciała, • iniekcje: domięśniowe, dożylne, podskórne, • podłączenie wlewu kroplowego, • pobranie krwi.	Bezpłatnie, bez limitu

2. Oglnolekarskie	
• zakładanie cewników (bez kosztu cewnika), • pobieranie materiałów do badań mikrobiologicznych, • opatrzenie drobnych urazów (rany, skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania – bez kosztu stabilizatorów i gipsu), • usunięcie kleszcza.	Bezpłatnie, bez limitu
3. Alergologiczne:	
• odczulanie (bez kosztu podawanych leków).	Bezpłatnie, bez limitu
4. Chirurgiczne:	
• nacięcie ropnia, • leczenie wrośniętego paznokcia, • szycie rany, • zdjęcie szwów.	Bezpłatnie, bez limitu
5. Ginekologiczne:	
• pobranie materiału do badania cytologicznego.	Bezpłatnie, bez limitu
6. Okulistyczne:	
• badanie dna oka, • badanie ostrości widzenia, • badanie pola widzenia, • pomiar ciśnienia śródgałkowego, • usunięcie ciała obcego z oka, • dobór szkieł korekcyjnych.	Bezpłatnie, bez limitu
7. Ortopedyczne:	
• opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania – bez kosztu stabilizatorów i gipsu).	Bezpłatnie, bez limitu
8. Otolaryngologiczne:	
• płukanie uszu, • przedmuchiwanie trąbki słuchowej, • usunięcie ciała obcego z ucha/nosa/gardła, • postępowanie zachowawcze w krwawieniu z nosa, • opatrunek uszny z lekiem.	Bezpłatnie, bez limitu
9. Urologiczne:	
• zakładanie cewników (bez kosztu cewnika).	Bezpłatnie, bez limitu
DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA Diagnostyka realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza świadczeniodawcy w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.	
1. Badania biochemiczne	
• chlorki (Cl), • dehydrogenaza mleczanowa (LDH), • fosfataza kwaśna całkowita, • fosfataza sterczowa, • żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC).	Bezpłatnie, bez limitu
• ferrytyna, • transferyna.	15% zniżki, bez limitu
2. Badania serologiczne i immunologiczne	
• oznaczenie grupy krwi układu A, B, O, Rh(D) z oceną hemolizyn, • odczyn Waalera-Rosego, • przeciwciała przeciw HBs,	Bezpłatnie, bez limitu
• antygen swoisty dla stercza – PSA całkowite. • immunoglobulina E całkowite (IgE), • przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej (ATPO),	15% zniżki, bez limitu

• przeciwciała przeciw tyreoglobulinie (ATG), • antygen HBe, • przeciwciała przeciw HBe, • przeciwciała przeciw HCV, • wirus HIV - test COMBO (przeciwciała anty HIV1, anty HIV2, antygen p24), • przeciwciała przeciw rubella (różyczka) (IgG, IgM), • przeciwciała przeciw toksoplazmoza gondii (IgG, IgM), • przeciwciała przeciw mononukleozie zakaźnej/ EBV (IgM).	15% zniżki, bez limitu
3. Badania hormonalne	
• aldosteron, • siarczan dehydroepiandrosteronu (DHEAS), • estradiol, • hormon adrenokortykotropowy (ACTH), • hormon folikulotropowy (FSH), • hormon luteinizujący (LH), • kortyzol, • osteokalcyna, • parathormon (PTH), • progesteron, • prolaktyna (PRL), • testosteron, • trijodotyronina całkowita (TT3), • trijodotyronina wolna (fT3), • tyroksyna całkowita (TT4), • tyroksyna wolna (fT4)	15% zniżki, bez limitu
4. Badania bakteriologiczne	
• posiew z rany.	Bezpłatnie, bez limitu
5. Badania moczu	
• kreatynina w moczu.	Bezpłatnie, bez limitu
6. Badania inne	
• cytologia wymazu z szyjki macicy (z wyłączeniem cytologii płynnej).	Bezpłatnie, bez limitu
• biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG (z możliwością wykonania badania histopatologicznego), • skórne testy alergiczne – panel pokarmowy, • skórne testy alergiczne – panel wziewny, • skórne testy alergiczne – panel mieszany.	15% zniżki, bez limitu
DIAGNOSTYKA RADIOLOGICZNA Diagnostyka realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza świadczeniodawcy we wskazanych przez świadczeniodawcę placówkach medycznych za pośrednictwem infolinii medycznej.	
• mammografia, • urografia (zdjęcie nerek, moczowodów i pęcherza), • wlew doodbytniczy.	15% zniżki, bez limitu
DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA Realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza świadczeniodawcy w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej. Nie obejmuje badań USG 3-D/4-D i USG genetycznego.	
• USG gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne, • USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne, • USG ginekologiczne przezpochwowe (transwaginalne), • USG scriningowe ginekologiczne, • USG miednicy małej, • USG piersi, • USG tarczycy, • USG ciąży.	Bezpłatnie, bez limitu

• echokardiografia (ECHO), • USG dopplerowskie naczyń jamy brzusznej, • USG dopplerowskie szyi, • USG dopplerowskie kończyn, • USG gruczołu krokowego transrektalne.	15% zniżki, bez limitu
DIAGNOSTYKA OBRAZOWA TK I NMR Realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza świadczeniodawcy w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej (z wyłączeniem angiorezonansu, angiotomografii, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, kolonoskopii TK wirtualnej, tomografii HR-CT, tomografii 32-rzędowej i wyższej, enterografii-MRI, HRT, OCT, SL-OCT). Nie obejmuje kosztu kontrastu.	
• TK i NMR głowy (przysadki, zatok, oczodołów, kości skroniowych, szyi, krtani, uszu), • TK i NMR tkanek miękkich szyi, • TK i NMR klatki piersiowej, • TK i NMR jamy brzusznej, • TK i NMR miednicy, • TK i NMR kości, • TK i NMR stawów, • TK i NMR kręgosłupa (szyjnego, piersiowego, lędźwiowego), • TK i NMR kończyny górnej i dolnej (ręki, ramienia, przedramienia, nadgarstka, uda, podudzia, stopy).	15% zniżki, bez limitu
DIAGNOSTYKA ENDOSKOPOWA Realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza świadczeniodawcy w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej (z pobraniem materiału i oceną histopatologiczną – w uzasadnionych medycznie przypadkach). Nie obejmuje kosztu znieczulenia ogólnego oraz badań video.	
• gastroskopia/gastrofiberoskopia diagnostyczna (z możliwością wykonania testu ureazowego), • sigmoidoskopia, • rektoskopia, • kolonoskopia.	15% zniżki, bez limitu
BADANIA CZYNNOŚCIOWE Realizowane zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza świadczeniodawcy w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.	
• spirometria.	Bezpłatnie, bez limitu
• EKG – pomiar całodobowy metodą Holtera, • EKG – próba wysiłkowa, • pomiar całodobowy ciśnienia tętniczego (metodą Holtera ciśnieniowego), • EEG – encefalografia w trybie czuwania (z wyłączeniem EEG we śnie, EEG biofeedback, video EEG), • EMG – elektromiografia, • densytometria kręgosłupa, • densytometria kości udowej, • densytometria kości obu rąk, • audiometria tonalna, • audiometria impedancyjna (tympanogram).	15% zniżki, bez limitu
PROWADZENIE CIĄŻY	
Prowadzenie ciąży fizjologicznej obejmuje opiekę lekarza ginekologa, konsultacje i badania diagnostyczne oraz czynne poradnictwo w zakresie fizjologii przebiegu ciąży i porodu, zgodnie z zakresem ubezpieczenia. Badania realizowane zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza świadczeniodawcy w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.	Bezpłatnie, bez limitu
OPIEKA STOMATOLOGICZNA – STOMATOLOGIA ZACHOWAWCZA	
• przegląd stomatologiczny.	Bezpłatnie, raz w roku w 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy

• wypełnienie zęba, • leczenie zęba mlecznego (wypełnienie), • ekstrakcja zęba mlecznego, • leczenie zgorzeli, • odbudowa zęba, • opatrunek leczniczy, • trepanacja zęba, • znieczulenie (nasiękowe lub przewodowe), • znieczulenie The Wand, • wypełnienie, • czasowe wypełnienie kanału, • reendo – powtórne leczenie kanałowe, • opracowanie i udrożnienie kanału tradycyjne, • opracowanie i udrożnienie kanału maszynowe, • usunięcie złamanego narzędzia z kanału, • dewitalizacja, • ekstyrpacja miazgi, • wypełnienie kanału – pod mikroskopem, • wypełnienie ostateczne korony zęba przy leczeniu kanałowym, • leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej, • lakierowanie zębów fluorem, • lakowanie zębów, • piaskowanie zębów, • scaling złogów nazębnych, • RTG zęba.	20% zniżki, bez limitu

Zniżki są realizowane w stosunku do ceny usługi obowiązującej w danej placówce medycznej.

PZU U LEKARZA

UBEZPIECZENIE AMBULATORYJNE OPIEKA MEDYCZNA S

ZAKRES KOMFORT

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
REZERWACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	
Dostęp do całodobowej infolinii – umawianie terminu realizacji świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem specjalnej infolinii PZU Zdrowie. Infolinia udziela również informacji o usługach realizowanych w poszczególnych placówkach medycznych oraz o zakresie terytorialnym wizyt domowych.	Całodobowo, bez limitu
SERWIS SMS	
Potwierdzenie terminu świadczeń za pośrednictwem SMS.	Bezpłatnie, bez limitu
KONSULTACJE AMBULATORYJNE Konsultacje ambulatoryjne realizowane są bez skierowania. Odbywają się we wskazanych przez świadczeniodawcę godzinach pracy placówek medycznych oraz zgodnie z aktualnym harmonogramem pracy placówek. Mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: fizykalne badanie pacjenta, zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia, wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora. W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, organizacja konsultacji ambulatoryjnej zależy od jej dostępności w danej lokalizacji (nie dotyczy konsultacji ambulatoryjnej z zakresu pediatrii).	
Konsultacje ambulatoryjne z zakresu:	
1. chorób wewnętrznych (interny), **2.** medycyny rodzinnej, **3.** pediatrii, **4.** alergologii, **5.** anestezjologii, **6.** audiologii, **7.** chirurgii ogólnej, **8.** chirurgii onkologicznej, **9.** dermatologii, **10.** diabetologii, **11.** endokrynologii, **12.** gastroenterologii, **13.** ginekologii i położnictwa, **14.** hematologii, **15.** hepatologii, **16.** kardiologii, **17.** nefrologii, **18.** neurologii, **19.** okulistyki, **20.** onkologii, **21.** ortopedii, **22.** otolaryngologii, **23.** pulmonologii, **24.** reumatologii, **25.** urologi	Bezpłatnie, bez limitu
BADANIA I ZABIEGI AMBULATORYJNE Badania i zabiegi są wykonywane przez lekarza (w ramach konsultacji lekarskiej) lub przez pielęgniarkę, z zastrzeżeniem, że istnieje wskazanie medyczne i możliwość ich wykonania w warunkach ambulatoryjnych w danej placówce medycznej bez szkody dla ubezpieczonego.	
1. Pielęgniarskie:	
• pomiar ciśnienia, • pomiar wzrostu i wagi ciała, • iniekcje: domięśniowe, dożylne, podskórne, • podłączenie wlewu kroplowego, • pobranie krwi.	Bezpłatnie, bez limitu

2. Ogólnolekarskie	
• zakładanie cewników (bez kosztu cewnika), • pobieranie materiałów do badań mikrobiologicznych, • opatrzenie drobnych urazów (rany, skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania – bez kosztu stabilizatorów i gipsu), • usunięcie kleszcza.	Bezpłatnie, bez limitu
3. Alergologiczne:	
• odczulanie (bez kosztu podawanych leków).	Bezpłatnie, bez limitu
4. Chirurgiczne:	
• nacięcie ropnia, • leczenie wrośniętego paznokcia, • szycie rany, • zdjęcie szwów.	Bezpłatnie, bez limitu
5. Ginekologiczne:	
• pobranie materiału do badania cytologicznego.	Bezpłatnie, bez limitu
6. Okulistyczne:	
• badanie dna oka, • badanie ostrości widzenia, • badanie pola widzenia, • pomiar ciśnienia śródgałkowego, • usunięcie ciała obcego z oka, • dobór szkieł korekcyjnych.	Bezpłatnie, bez limitu
7. Ortopedyczne:	
• opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania – bez kosztu stabilizatorów i gipsu).	Bezpłatnie, bez limitu
8. Otolaryngologiczne:	
• płukanie uszu, • przedmuchiwanie trąbki słuchowej, • usunięcie ciała obcego z ucha/nosa/gardła, • postępowanie zachowawcze w krwawieniu z nosa, • opatrunek uszny z lekiem.	Bezpłatnie, bez limitu
9. Urologiczne:	
• zakładanie cewników (bez kosztu cewnika).	Bezpłatnie, bez limitu
DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA Diagnostyka realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza świadczeniodawcy w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.	
1. Badania hematologiczne i układu krzepnięcia	
• czas częściowej tromboplastyny po aktywacji/czas kaolinowo kefalinowy (APTT), • czas protrombinowy (PT), • fibrynogen (FIBR), • morfologia krwi z pełnym różnicowaniem granulocytów, • morfologia krwi bez rozmazu, • hematokryt, • odczyn opadania krwinek czerwonych (OB), • leukocyty, • płytki krwi, • retikulocyty.	Bezpłatnie, bez limitu
2. Badania biochemiczne	
• albuminy, • transaminaza alaninowa (ALT), • transaminaza asparaginianowa (AST), • amylaza, • białko całkowite,	Bezpłatnie, bez limitu

• białko C reaktywne (CRP), • bilirubina bezpośrednia, • bilirubina całkowita, • chlorki (Cl), • cholesterol całkowity, • cholesterol HDL, • cholesterol LDL, • dehydrogenaza mleczanowa (LDH), • fosfataza alkaliczna (AP), • fosfataza kwaśna całkowita, • fosfataza sterczowa, • gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP), • glukoza, • kinaza fosfokreatynowa, • kreatynina, • kwas moczowy, • mocznik, • potas (K), • lipidogram, • proteinogram, • sód (Na), • test obciążenia glukozą, • trójglicerydy, • wapń całkowity (Ca), • żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC), • żelazo (Fe), • hemoglobina glikowana (HbA1C).	Bezpłatnie, bez limitu
• ferrytyna, • osteokalcyna, • transferyna.	15% zniżki, bez limitu
2. Badania serologiczne i immunologiczne	
• antygen HBs, • antystreptolizyna O (ASO), • oznaczenie grupy krwi układu A, B, O, Rh(D) z oceną hemolizyn, • odczyn Waalera Rosego, • odczyn VDRL (USR/RPR), • przeciwciała przeciw HBs, • czynnik reumatoidalny (RF).	Bezpłatnie, bez limitu
• antygen swoisty dla stercza – PSA całkowite, • immunoglobulina E całkowite (IgE), • przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej (ATPO), • przeciwciała przeciw tyreoglobulinie (ATG), • antygen HBe, • przeciwciała przeciw HBe, • przeciwciała przeciw HCV, • wirus HIV - test COMBO (przeciwciała anty HIV1, anty HIV2, antygen p24), • przeciwciała przeciw rubella (różyczka) (IgG, IgM), • przeciwciała przeciw toksoplazmoza gondii (IgG, IgM), • przeciwciała przeciw mononukleozie zakaźnej/EBV (IgM).	15% zniżki, bez limitu
3. Badania hormonalne	
• hormon tyreotropowy (TSH).	Bezpłatnie, bez limitu
• aldosteron, • siarczan dehydroepiandrosteronu (DHEAS), • estradiol, • hormon adrenokortykotropowy (ACTH), • hormon folikulotropowy (FSH), • hormon luteinizujący (LH), • kortyzol, • parathormon (PTH), • progesteron, • prolaktyna (PRL), • testosteron,	15% zniżki, bez limitu

• trijodotyronina całkowita (TT3), • trijodotyronina wolna (fT3), • tyroksyna całkowita (TT4), • tyroksyna wolna (fT4).	15% zniżki, bez limitu
4. Badania bakteriologiczne	
• posiew z gardła, • posiew z rany, • posiew z moczu z antybiogramem, • posiew kału ogólny, • posiew kału w kierunku Salmonella Shigella.	Bezpłatnie, bez limitu
5. Badania moczu	
• amylaza w moczu, • badanie ogólne moczu (profil), • białko w moczu, • glukoza w moczu, • kreatynina w moczu, • wapń w moczu.	Bezpłatnie, bez limitu
5. Badanie ogólne kału	
• krew utajona w kale, • pasożyty/jaja pasożytów w kale.	Bezpłatnie, bez limitu
6. Badania inne	
• cytologia wymazu z szyjki macicy (z wyłączeniem cytologii płynnej).	Bezpłatnie, bez limitu
• biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG (z możliwością wykonania badania histopatologicznego), • skórne testy alergiczne – panel pokarmowy, • skórne testy alergiczne – panel wziewny, • skórne testy alergiczne – panel mieszany.	15% zniżki, bez limitu
DIAGNOSTYKA RADIOLOGICZNA Diagnostyka realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza świadczeniodawcy we wskazanych przez świadczeniodawcę placówkach medycznych za pośrednictwem infolinii medycznej.	
• RTG czaszki, • RTG okolicy czołowej, • RTG żuchwy, • RTG szczęki, • RTG zatok nosa, • RTG nosa, • RTG oczodołu, • RTG okolicy nadoczodołowej, • RTG spojenia żuchwy, • RTG okolicy jarzmowo szczękowej, • RTG krtani, • RTG przewodu nosowo łzowego, • RTG nosogardzieli, • RTG gruczołów ślinowych, • RTG okolicy tarczycy, • RTG języczka, • RTG tkanek miękkich klatki piersiowej, • RTG kręgosłupa (całego, szyjnego, piersiowego, lędźwiowo krzyżowego), • RTG barku, • RTG łopatki, • RTG mostka, • RTG żeber, • RTG stawów, • RTG ramienia, • RTG łokcia, • RTG przedramienia, • RTG nadgarstka, • RTG dłoni	Bezpłatnie, bez limitu

• RTG palca, • RTG kończyny górnej, • RTG kończyny dolnej, • RTG miednicy, • RTG biodra, • RTG uda, • RTG kolana, • RTG podudzia, • RTG kostki, • RTG stopy, • RTG przeglądowe jamy brzusznej.	Bezpłatnie, bez limitu
• mammografia, • urografia (zdjęcie nerek, moczowodów i pęcherza), • wlew doodbytniczy.	15% zniżki, bez limitu
DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA Realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza świadczeniodawcy w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej. Nie obejmuje badań USG 3-D/4-D i USG genetycznego.	
• USG gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne, • USG gruczołu krokowego transrektalne, • USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne, • USG ginekologiczne przezpochwowe (transwaginalne), • USG scriningowe ginekologiczne, • USG miednicy małej, • USG piersi, • USG przeglądowe jamy brzusznej i przewodu pokarmowego (trzustki, wątroby, dróg żółciowych, żołądka, dwunastnicy), • USG układu moczowego (nerek, moczowodów, pęcherza moczowego), • USG tarczycy, • USG mięśni, • USG stawów biodrowych, • USG stawów kolanowych, • USG stawów łokciowych, • USG stawów skokowych, • USG stawów barkowych, • USG drobnych stawów i więzadeł, • USG ścięgna, • USG węzłów chłonnych, • USG krtani, • USG nadgarstka, • USG palca, • USG tkanek miękkich, • USG ciąży.	Bezpłatnie, bez limitu
• echokardiografia (ECHO), • USG dopplerowskie naczyń jamy brzusznej, • USG dopplerowskie szyi, • USG dopplerowskie kończyn.	15% zniżki, bez limitu
DIAGNOSTYKA OBRAZOWA TK I NMR Realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza świadczeniodawcy w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej (z wyłączeniem angiorezonansu, angiotomografii, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, kolonoskopii TK wirtualnej, tomografii HR-CT, tomografii 32-rzędowej i wyższej, enterografii-MRI, HRT, OCT, SL-OCT). Nie obejmuje kosztu kontrastu.	
• TK i NMR głowy (przysadki, zatok, oczodołów, kości skroniowych, szyi, krtani, uszu), • TK i NMR tkanek miękkich szyi, • TK i NMR klatki piersiowej, • TK i NMR jamy brzusznej, • TK i NMR miednicy, • TK i NMR kości, • TK i NMR stawów, • TK i NMR kręgosłupa (szyjnego, piersiowego, lędźwiowego), • TK i NMR kończyny górnej i dolnej (ręki, ramienia, przedramienia, nadgarstka, uda, podudzia, stopy).	15% zniżki, bez limitu

DIAGNOSTYKA ENDOSKOPOWA Realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza świadczeniodawcy w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej (z pobraniem materiału i oceną histopatologiczną – w uzasadnionych medycznie przypadkach). Nie obejmuje kosztu znieczulenia ogólnego oraz badań video.	
• gastroskopia/gastrofiberoskopia diagnostyczna (z możliwością wykonania testu ureazowego), • sigmoidoskopia, • rektoskopia, • kolonoskopia.	15% zniżki, bez limitu
BADANIA CZYNNOŚCIOWE Realizowane zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza świadczeniodawcy w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.	
• EKG spoczynkowe, • spirometria	Bezpłatnie, bez limitu
• EKG – pomiar całodobowy metodą Holtera, • EKG – próba wysiłkowa, • pomiar całodobowy ciśnienia tętniczego (metodą Holtera ciśnieniowego), • EEG – encefalografia w trybie czuwania (z wyłączeniem EEG we śnie, EEG biofeedback, video EEG), • EMG – elektromiografia, • densytometria kręgosłupa, • densytometria kości udowej, • densytometria kości obu rąk, • audiometria tonalna, • audiometria impedancyjna (tympanogram).	15% zniżki, bez limitu
PROWADZENIE CIĄŻY	
Prowadzenie ciąży fizjologicznej obejmuje opiekę lekarza ginekologa, konsultacje i badania diagnostyczne oraz czynne poradnictwo w zakresie fizjologii przebiegu ciąży i porodu, zgodnie z zakresem ubezpieczenia. Badania realizowane zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza świadczeniodawcy w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.	Bezpłatnie, bez limitu
SZCZEPIENIA OCHRONNE Usługa obejmuje konsultację kwalifikującą do szczepienia, iniekcję oraz koszt szczepionki.	
• szczepienie przeciwko grypie sezonowej.	Bezpłatnie, raz w roku w 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy
• anatoksyna przeciw tężcowi	Bezpłatnie, bez limitu
OPIEKA STOMATOLOGICZNA – STOMATOLOGIA ZACHOWAWCZA	
• przegląd stomatologiczny.	Bezpłatnie, raz w roku w 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy
• wypełnienie zęba, • leczenie zęba mlecznego (wypełnienie), • ekstrakcja zęba mlecznego, • leczenie zgorzeli, • odbudowa zęba, • opatrunek leczniczy, • trepanacja zęba, • znieczulenie (nasiękowe lub przewodowe), • znieczulenie The Wand, • wypełnienie kanału, • czasowe wypełnienie kanału, • reendo – powtórne leczenie kanałowe,	20% zniżki, bez limitu

• opracowanie i udrożnienie kanału tradycyjne, • opracowanie i udrożnienie kanału maszynowe, • usunięcie złamanego narzędzia z kanału, • dewitalizacja, • ekstyrpacja miazgi, • wypełnienie kanału – pod mikroskopem, • wypełnienie ostateczne korony zęba przy leczeniu kanałowym, • leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej, • lakierowanie zębów fluorem, • lakowanie zębów, • piaskowanie zębów, • scaling złogów nazębnych, • RTG zęba.	20% zniżki, bez limitu
WIZYTY DOMOWE	
Konsultacje lekarskie z zakresu: chorób wewnętrznych (interny) lub medycyny rodzinnej albo pediatrii udzielane całodobowo w domu ubezpieczonego, konieczne z uwagi na stan zdrowia pacjenta, uniemożliwiający mu przybycie do placówki medycznej. Wizyty domowe obejmują tylko przypadki nagłych zachorowań lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia. Wizyta domowa ma na celu postawienie diagnozy i rozpoczęcie leczenia, natomiast kontynuacja leczenia, a także wizyty kontrolne odbywają się we wskazanych placówkach medycznych. Usługa realizowana jest w zakresie terytorialnym określonym przez świadczeniodawcę (informacja dostępna na infolinii). Decyzja o konieczności realizacji wizyty domowej podejmowana jest na podstawie przeprowadzonego wywiadu.	Bezpłatnie, 2 razy w roku w 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy

Zniżki są realizowane w stosunku do ceny usługi obowiązującej w danej placówce medycznej.