



Szanowni Państwo,

przekazujemy następujące ogólne warunki ubezpieczenia:

- Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia typ P Plus
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia z Kartą apteczną
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek specjalistycznego leczenia
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby dziecka
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego dziecka
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu dziecka spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców ubezpieczonego i rodziców małżonka ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia prawa do indywidualnego kontynuowania
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem
- Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia dziecka
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka ubezpieczonego
- Dodatkowe Grupowe Ubezpieczenie Na Wypadek Śmierci Spowodowanej Zawałem Serca Lub Krwotokiem Śródmózgowym
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby

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





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 osobą 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 rozbić 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 ubezpiezonego 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 innym 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 przedłużenia 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 pierwszym dniem 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) doreczyć 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 zajęciu 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 potwierdzone 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 przeznaczone 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 któregośkolwiek ze zobowiązań wynikających z umowy obowiązany jest zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa pobrać i odprowadzić jakiegokolwiek 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
Z KARTĄ APTECZNĄ**



DODATKOWE UBEZPIECZENIE GRUPOWE Z KARTĄ APTECZNĄ

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 z Kartą Aptechną, kod warunków: APGP32 (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 w okresie naszej odpowiedzialności pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą lub nie-szczęśliwym wypadkiem, objętego naszą odpowiedzialnością z tytułu ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku pobytu w szpitalu, przyznajemy ubezpieczonemu – poprzez wydanie Karty Aptechniej – prawo do odbioru w aptece produktów o wartości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu pobytu w szpitalu. W każdym okresie kolejnych 12 miesięcy, trwającym między rocznicami polisy, przyznajemy ubezpieczonemu prawo do odbioru produktów w aptece maksymalnie za trzy rozpoczęte w tym okresie pobytu w szpitalu objęte odpowiedzialnością z tytułu ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego. Ubezpieczenie może być zawarte wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania, pod warunkiem jednoczesnego zawarcia albo funkcjonowania umowy ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

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, którzy w dniu złożenia deklaracji przystąpienia objęci są 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 ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy opłacasz składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są w 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 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:

- czwartego i kolejnych pobytów w szpitalu w każdym rocznym okresie obowiązywania umowy,
- zdarzeń będących przyczyną wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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 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 osobą fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia z Kartą apteczną, kod warunków APGP32 (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 § 17 OWU § 18 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 14 – 15 OWU § 18 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA Z KARTĄ APTECZNĄ

Kod warunków: APGP32



POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

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

§ 2

1. Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:
 - 1) **apteka** – apteka albo punkt apteczny w rozumieniu przepisów ustawy Prawo farmaceutyczne;
 - 2) **Karta apteczna** – karta będąca dowodem uprawnienia do odbioru produktów w aptece; zasady jej funkcjonowania opisane są w Regulaminie Karty aptecznej, stanowiącym załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
 - 3) **produkty** – produkty oferowane i dostępne w aptece;
 - 4) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł z PZU Życie SA umowę o współpracy w zakresie Kart aptecznych, dotyczącą organizacji odbioru produktów w aptece za pomocą Karty aptecznej;
 - 5) **ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego** – wskazane przez PZU Życie SA dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego.
2. Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennie, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego i ogólnych warunkach ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego 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 w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, objętego odpowiedzialnością PZU Życie SA z tytułu ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 5

1. W przypadku pobytu w szpitalu, PZU Życie SA przyznaje ubezpieczonemu – poprzez wydanie ważnej Karty aptecznej – prawo do odbioru w aptece produktów o wartości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W każdym okresie kolejnych 12 miesięcy, trwającym między rocznicami polisy, PZU Życie SA przyznaje ubezpieczonemu prawo do odbioru produktów w aptece maksymalnie za trzy rozpoczęte w tym okresie pobytu w szpitalu objęte odpowiedzialnością z tytułu ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 6

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta pod warunkiem jednoczesnego zawarcia albo funkcjonowania u ubezpieczającego umowy ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

§ 7

Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym, którzy w dniu złożenia deklaracji przystąpienia objęci są ubezpieczeniem na wypadek leczenia szpitalnego.

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 ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego 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.
4. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.
5. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

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.
4. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.
5. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

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 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 lub w ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego;
- 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.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 16

Prawo do świadczenia przysługuje ubezpieczonemu.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 17

1. Zgłoszenie roszczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego jest jednocześnie zgłoszeniem roszczenia z tytułu niniejszego ubezpieczenia.
2. Świadczenie realizowane jest w formie przyznania ubezpieczonemu przez PZU Życie SA prawa do odbioru produktów w aptece poprzez wydanie ważnej Karty aptecznej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku:
 - 1) rozwiązania umowy o współpracy w zakresie Kart aptecznych zawartej przez PZU Życie SA ze świadczeniodawcą;
 - 2) trwałego braku możliwości odbioru produktów w aptece z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy tj. likwidacji lub upadłości świadczeniodawcy;świadczenie realizowane jest jednorazowo w formie pieniężnej w pełnej należnej kwocie.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 18

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

§ 19

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/482/2008 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 22 grudnia 2008 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku, uchwałą nr UZ/342/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 22 grudnia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/206/2014 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 16 grudnia 2014 roku.
2. Niniejsze ogólne warunki wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 roku.

REGULAMIN KARTY APTECZNEJ

Załącznik do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia z Kartą apteczną

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejszy Regulamin określa zasady aktywacji i użytkowania Karty aptecznej.

§ 2

Użyte w regulaminie Karty aptecznej określenia oznaczają:

- 1) **bezzgotówkowa realizacja Karty aptecznej** – bezgotówkowy odbiór produktów w aptece, która posiada techniczną możliwość realizacji Karty aptecznej;
- 2) **data ważności** – ostatni dzień miesiąca przypadającego po upływie trzech lat, licząc od końca miesiąca, w którym Karta apteczna została nadana przez PZU Życie SA na pocztę;
- 3) **dowód zakupu** – potwierdzenie zakupu produktów w aptece w okresie ważności karty (np. paragon, faktura);
- 4) **duplikat Karty aptecznej** – wydana w miejsce zablokowanej Karty aptecznej karta, mająca takie same cechy, co Karta apteczna, z tym że data ważności duplikatu jest ta sama, co data ważności Karty aptecznej, a limit jest pomniejszony o wartość odebranych produktów za pomocą Karty aptecznej bądź duplikatu Karty aptecznej;
- 5) **gotówkowa realizacja Karty aptecznej** – zwrot kosztów zakupionych produktów w aptece na podstawie złożonego do PZU Życie SA zgłoszenia o realizację Karty aptecznej;
- 6) **limit** – wartość produktów, w jakiej ubezpieczonemu w ramach ubezpieczenia PZU Życie SA zostało przyznane prawo do ich odbioru w aptece.

§ 3

Karta apteczna nie jest elektronicznym instrumentem płatniczym ani instrumentem pieniądza elektronicznego, ani też kartą płatniczą.

§ 4

1. Karta apteczna służy do odbioru produktów w aptece, a jej wydanie jest realizacją świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
2. Aktualny wykaz aptek umożliwiających realizację Karty aptecznej, informacje o bezgotówkowej realizacji Karty aptecznej oraz możliwe formy gotówkowej realizacji Karty aptecznej są dostępne na Infolinii Grupy PZU, na stronie internetowej www.pzu.pl oraz w oddziale PZU Życie SA.

WYDANIE KARTY APTECZNEJ

§ 5

Wraz z Kartą apteczną PZU Życie SA przekazuje ubezpieczonemu informację o dacie jej ważności oraz o sposobie jej aktywacji.

STATUS KARTY APTECZNEJ

§ 6

1. Wydana ubezpieczonemu Karta apteczna jest oznaczona numerem identyfikacyjnym, posiada kod paskowy i jest nieaktywna.
2. Wydanej Karcie aptecznej przypisane są: data ważności oraz limit.
3. W celu aktywacji Karty aptecznej ubezpieczony niezwłocznie po jej otrzymaniu dzwoni na Infolinię Grupy PZU. Aktywacji Karty aptecznej dokonuje się na podstawie danych osobowych ubezpieczonego oraz numeru identyfikacyjnego Karty aptecznej. Karta apteczna jest aktywna najpóźniej w dniu następnym.
4. Karta apteczna traci ważność w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:
 - 1) odbioru produktów o wartości limitu;

- 2) upływu daty ważności;
- 3) zablokowania Karty aptecznej zgodnie z § 8 ust. 1 i 2.

ZASADY UŻYTKOWANIA KARTY APTECZNEJ

§ 7

1. Karta apteczna powinna być aktywowana przed dokonaniem zakupu produktów w aptece.
2. W celu bezgotówkowej realizacji Karty aptecznej ubezpieczony powinien okazać aktywną Kartę apteczną w aptece umożliwiającej bezgotówkową realizację Karty aptecznej.
3. W celu gotówkowej realizacji Karty aptecznej ubezpieczony dokonuje zgłoszenia do PZU Życie SA okazując aktywną Kartę apteczną oraz dowód zakupu produktów w aptece. W terminie 21 dni od daty zgłoszenia i okazania aktywnej Karty aptecznej oraz dowodu zakupu produktów w aptece, PZU Życie SA dokonuje zwrotu kosztów zakupionych produktów.
4. Realizacja Karty aptecznej powoduje zmniejszenie jej limitu. Informację o wartości pozostałego limitu uzyskuje się w aptece umożliwiającej bezgotówkową realizację Karty aptecznej oraz na Infolinii Grupy PZU.
5. Realizację Karty aptecznej można łączyć z zakupami w aptece. Oznacza to, że wartość produktu przekraczającą limit Karty aptecznej finansuje ubezpieczony z własnych środków.
6. Karta apteczna nie podlega wymianie na gotówkę. Oznacza to, że w przypadku realizacji Karty aptecznej o wartości niższej niż pozostały do wykorzystania limit, nie ma możliwości zamiany pozostałego limitu na gotówkę.
7. Produkt odebrany za pomocą Karty aptecznej nie podlega zwrotowi, z zastrzeżeniem § 10 ust. 2 i ust. 3.
8. W przypadku trwałej niemożności realizacji Karty aptecznej z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy tj. jego likwidacji lub upadłości, ubezpieczony otrzymuje środki pieniężne, będące równoważnością niewykorzystanego limitu.
9. W przypadku utraty, zniszczenia lub uszkodzenia Karty aptecznej ubezpieczony powinien niezwłocznie zgłosić ten fakt dzwoniąc na Infolinię Grupy PZU.

BLOKADA KARTY APTECZNEJ

§ 8

1. Karta apteczna blokowana jest w przypadku:
 - 1) gdy po 30 dniach, licząc od dnia nadania Karty aptecznej przez PZU Życie SA na pocztę, Infolinia Grupy PZU uzyska informację o nieotrzymaniu przez ubezpieczonego Karty aptecznej z przyczyn niezależnych od PZU Życie SA;
 - 2) zgłoszenia przez ubezpieczonego Infolinii Grupy PZU utraty, zniszczenia lub uszkodzenia Karty aptecznej uniemożliwiających jej użytkowanie.
2. Blokada Karty aptecznej dokonywana jest najpóźniej w następnym dniu po uzyskaniu przez Infolinię Grupy PZU informacji, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2. Blokady Karty aptecznej jest nieodwracalna.
3. PZU Życie SA nie odpowiada za nieuprawnione użycie Karty aptecznej, które nastąpiło:
 - 1) przed zgłoszeniem utraty, zniszczenia lub uszkodzenia Karty aptecznej o którym mowa w ust. 1 pkt 2;
 - 2) w wyniku przekazania Karty aptecznej osobie trzeciej.

WYDANIE DUPLIKATU KARTY APTECZNEJ

§ 9

1. W sytuacji, o której mowa w § 8 ust. 1 i 2, ubezpieczonemu niezwłocznie po zablokowaniu zostanie wydany duplikat Karty aptecznej z limitem pozostałym w chwili dokonania blokady.
2. Duplikat Karty aptecznej oznaczony jest nowym numerem identyfikacyjnym i jest nieaktywny. Aktywacji należy dokonać zgodnie z § 6 ust. 3.



REKLAMACJE

§ 10

1. Reklamacje związane z użytkowaniem Karty aptecznej, w szczególności w przypadku braku możliwości odbioru produktów za pomocą aktywnej Karty aptecznej, zgłasza się na Infolinię Grupy PZU.
2. Reklamacje produktów z powodu wady jakościowej lub niewłaściwego ich wydania rozpatruje apteka zgodnie z ogólnie obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności zgodnie z przepisami prawa farmaceutycznego.

3. W przypadku zwrotu produktu z powodu reklamacji, o której mowa w ust. 2, apteka zwraca środki pieniężne odpowiadające wartości zwracanego produktu.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 11

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



**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 OBYWIAZUJE 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.

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 wchodzi 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 (rozsusznika)** – 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 (rozsusznika);
 - 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 (rozsusznika);
 - 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) wszczępieniu kardiowertera-defibrylatora;
 - 7) wszczępieniu stymulatora resynchronizującego;
 - 8) wszczępieniu 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.

KARENCA

– 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 wypłaconego 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 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.
- 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, konsument ma prawo skorzystać z pozasądowego sposobu rozstrzygnięcia sporów i złożyć skargę za pośrednictwem platformy internetowego systemu rozstrzygnięcia 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 CIĘŻKIEJ CHOROBY DZIECKA**

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY DZIECKA

Wersja z dnia 20.01.2020 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 dziecka, kod warunków: DCGP33 (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 zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest wystąpienie u dziecka ubezpieczonego ciężkiej choroby.

Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest wystąpienie u dziecka ciężkiej choroby wskazanej w Załączniku nr 1 do OWU (26 ciężkich chorób), która zaistniała w okresie naszej odpowiedzialności.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku zajścia zdarzenia w życiu ubezpieczonego, którym jest wystąpienie u dziecka ciężkiej choroby w okresie naszej odpowiedzialności, w zależności od obowiązującego w umowie zakresu świadczeń aktualnego w dniu zajścia zdarzenia:

- wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie pieniężne równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia ciężkiej choroby dziecka, który jest określony w polisie,
- przyznamy ubezpieczonemu prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka.

Zakres ubezpieczenia i świadczeń potwierdzamy w polisie.

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 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. Ponosimy odpowiedzialność jedynie za ciężkie choroby dziecka powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nieszczęśliwy wypadek wydarzył się w tym okresie.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego w umowie zakończy się:

- z dniem zakończenia okresu naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy,
- 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 danego ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

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

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- wystąpienia ciężkiej choroby u dziecka przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej,
- ponownego wystąpienia danej ciężkiej choroby, która już wystąpiła u dziecka,
- wystąpienia ciężkiej choroby dziecka, 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 dziecka, kod warunków DCGP33 (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 4–8 pkt 13–14 pkt 28–29 pkt 36–37 pkt 38–43 pkt 54
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 pkt 7 pkt 9–14 pkt 15 pkt 33–34 pkt 35 pkt 54

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na.pzu.pl



pod numerem 801 102 102
(opłata zgodna z taryfą operatora)

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY DZIECKA

Kod warunków: DCGP33

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby dziecka uchwałą nr UZ/231/2019 z dnia 5 grudnia 2019 (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 20.01.2020 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.03.2020 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:

- ciężka choroba** – tylko taka choroba, uraz lub operacja chirurgiczna, które są objęte naszą ochroną. Lista ciężkich chorób zawiera: bakteryjne zapalenie wsierdza, całkowitą utratę słuchu w co najmniej jednym uchu, całkowitą utratę wzroku w co najmniej jednym oku, ciężkie oparzenie, cukrzycę typu 1, chorobę Leśniowskiego-Crohna, dystrofię mięśniową, nagminne porażenie dziecięce (choroba Heinego-Medina), neuroboreliozę, niedokrwistość aplastyczną, niedokrwistość hemolityczną, niezłośliwy guz mózgu, nowotwór złośliwy, paraliż kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego, przewlekłą niewydolność nerek, schyłkową niewydolność wątroby, sepsę (posocznicę), śpiączkę, tężec, toczeń rumieniowaty układowy, transplantację, utratę kończyny, wściekliznę, zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji, zapalenie mózgu, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Definicje ciężkich chorób, które obejmujemy ochroną, znajdziesz w Załączniku nr 1 do tych OWU;
- dokumentacja medyczna** – dokumentacja opisująca stan zdrowia dziecka lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, sporządzona przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, osoby wykonujące zawód medyczny oraz inne osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
- dziecko** – dziecko, które w dniu wystąpienia u niego ciężkiej choroby nie ukończyło 18 lat, a w razie gdy uczęszcza do szkoły – nie ukończyło 25 lat. Może nim być:
 - dziecko ubezpieczonego,
 - pasierb ubezpieczonego (jeżeli nie żyje drugi rodzic pasierba);
- placówka medyczna** – przychodnia, gabinet lekarski lub laboratorium świadczące usługi medyczne, których wykaz publikujemy na stronie pzu.pl oraz udostępniamy pod numerem infolinii medycznej (wskazanym w decyzji o przyznaniu prawa do korzystania z usług medycznych) i w każdym naszym oddziale;
- 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;
- realizacja świadczenia** – wypłata ubezpieczonemu świadczenia pieniężnego lub przyznanie ubezpieczonemu prawa do korzystania z usług medycznych dla dziecka w razie zajścia zdarzenia objętego naszą ochroną;
- ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie wskazane w polisie, do którego ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
- uczęszczanie do szkoły** – kształcenie się w publicznej lub niepublicznej szkole oraz państwowej lub niepaństwowej szkole wyższej w trybie dziennym, wieczorowym lub zaocznym, w rozumieniu przepisów o oświacie i szkolnictwie wyższym, z wyłączeniem wszelkich kursów oraz kształcenia korespondencyjnego;
- usługi medyczne** – świadczenia, których listę znajdziesz w Załączniku nr 2 do tych OWU;
- wystąpienie ciężkiej choroby** – zaistnienie w okresie naszej ochrony z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następujących okoliczności:

- zdiagnozowania – w przypadku: bakteryjnego zapalenia wsierdza, całkowitej utraty słuchu w co najmniej jednym uchu, całkowitej utraty wzroku w co najmniej jednym oku, ciężkiego oparzenia, cukrzycy typu 1, choroby Leśniowskiego-Crohna, dystrofii mięśniowej, nagminnego porażenia dziecięcego (choroba Heinego-Medina), neuroboreliozy, niedokrwistości hemolitycznej, niezłośliwego guza mózgu, nowotworu złośliwego, paraliżu kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego, schyłkowej niewydolności wątroby, sepsy (posocznicy), tężca, toczenia rumieniowatego układowego, utraty kończyny, wścieklizny, zapalenia mózgu, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych,
 - specjalistycznego leczenia – w przypadku: niedokrwistości aplastycznej, przewlekłej niewydolności nerek, transplantacji,
 - zakażenia – w przypadku: zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji,
 - zapadnięcia w śpiączkę – w przypadku: śpiączki.
- 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

- Ubezpieczamy zdarzenie w Twoim życiu, którym jest wystąpienie u dziecka ciężkiej choroby.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i kiedy otrzymasz usługi medyczne

- Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest wystąpienie u dziecka ciężkiej choroby, zgodnej z naszą definicją wskazaną w Załączniku nr 1 do tych OWU w okresie naszej ochrony świadczonej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.
- Jeśli zajdzie zdarzenie w Twoim życiu, którym jest wystąpienie u dziecka ciężkiej choroby, w zależności od zakresu świadczeń aktualnego w dniu zajścia zdarzenia:
 - wypłacimy Ci świadczenie pieniężne równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia ciężkiej choroby dziecka, który jest określony w polisie;
 - przyznamy Ci prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka.
- Zakres ubezpieczenia i świadczeń potwierdzamy w polisie.
- Z usług medycznych możesz korzystać do wyczerpania się ich limitu (który znajdziesz w Załączniku nr 2 do tych OWU) i nie dłużej niż przez 12 miesięcy licząc od dnia wydania decyzji potwierdzającej prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka.
- Usługi medyczne przysługują dla każdej z ciężkich chorób dziecka, za którą należne jest świadczenie pieniężne.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

- Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminów:
 - 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) **wrodzona wada rozwojowa** – odstępstwo od normy budowy anatomicznej, umiejscowione w klasyfikacji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 w rozdziale XVII „Wady rozwojowe wrodzone, niekształcenia i aberracje chromosomowe (od Q00 do Q99)”;
 - 5) **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.
- 10.** Nasze ubezpieczenie nie obejmuje ciężkiej choroby dziecka, jeśli powstała u dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił:
- 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału dziecka w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez dziecko czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli dziecko prowadziło pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) niedopuszczony do ruchu w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym,
 - c) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości 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;
 - 5) ponieważ dziecko było w stanie nietrzeźwości 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;
 - 6) ponieważ dziecko uprawiało sport zawodowo.
- 11.** W przypadku wystąpienia ciężkiej choroby dziecka nasza ochrona nie obejmuje także:
- 1) ciężkiej choroby w przypadku której istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wystąpieniem ciężkiej choroby, a wrodzoną wadą rozwojową dziecka;
 - 2) ciężkiej choroby, która wystąpiła w wyniku spożycia alkoholu przez dziecko, użycia przez nie narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście zdarzenia oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
 - 3) ciężkiej choroby, która wystąpiła w wyniku użycia przez dziecko produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
 - 4) ciężkiej choroby, która wystąpiła w wyniku umyślnego samookaleczenia się dziecka, umyślnego wywołania choroby lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez dziecko;
 - 5) niedokrwiistości hemolitycznej wrodzonej oraz takiej, która jest skutkiem działania leków lub substancji toksycznych lub objawem nocnej napadowej hemoglobinurii;
 - 6) niezłośliwego guza mózgu – w przypadku zgłoszenia torbieli, ziarniniaków, malformacji naczyńniowych, krwawiaków mózgu, guzów przysadki mózgowej;
 - 7) nowotworu złośliwego w przypadku zgłoszenia:
 - a) nowotworu ocenionego w badaniu histopatologicznym jako łagodny, o granicznej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjny lub przedinwazyjny (tzw. in situ),
 - b) zmiany 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) dysplazji szyjki macicy i nowotworu złośliwego szyjki macicy opisanego wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3,
 - g) wszystkich nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV;
 - 8) przewlekłej niewydolności nerek – w przypadku zgłoszenia ostrej niewydolności nerek, która jest odwracalna i wymaga jedynie czasowej dializoterapii;
 - 9) schyłkowej niewydolności wątroby – spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla wątroby;
 - 10) śpiączki – spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla mózgu;
 - 11) śpiączki, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u dziecka nowotwór, cukrzycę, niewydolność nerek, niewydolność wątroby, które były przyczyną śpiączki;
 - 12) transplantacji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej dziecko zostało wpisane na listę oczekujących na przeszczep;
 - 13) zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u dziecka hemofilię.
- 12.** Nasza ochrona nie obejmuje ciężkich chorób, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto u dziecka postępowanie diagnostyczno-lecznicze, zanim rozpoczął się okres naszej ochrony, oprócz ciężkich chorób, w przypadku których nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiej samej choroby, w przypadku której ponosimy odpowiedzialność.
- 13.** Po wystąpieniu danej ciężkiej choroby nasza ochrona wygasa w zakresie tej choroby u tego samego dziecka. W przypadku nowotworu złośliwego wypłacane jest tylko jedno świadczenie niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów.
- 14.** Nie zrealizujemy świadczenia, jeżeli umyślnie przyczyniłeś się do wystąpienia ciężkiej choroby dziecka.
- 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.
 16. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli zdarzenie w Twoim życiu, którym jest wystąpienie ciężkiej choroby dziecka było wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu tych 90 dni.

ZAWIERANIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

17. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jej trwania.
18. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UMOWY

– czyli jak długo trwa ubezpieczenie

19. 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

20. 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.
21. 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

22. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
23. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
24. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z umowy ubezpieczenia

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

SUMA UBEZPIECZENIA

– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

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

SKŁADKA

– od czego zależy i kiedy ją opłacać

30. 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) zakresu świadczeń,
- e) częstotliwości jej przekazywania,
- f) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do umowy, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

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

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

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

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się to ubezpieczenie

35. 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 i komu przyznajemy prawo do korzystania z usług medycznych

36. Prawo do świadczenia pieniężnego przysługuje Tobie.
37. Prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka przyznajemy Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci świadczenie pieniężne i jak zacząć korzystać z usług medycznych

38. Jeśli wystąpi u dziecka ciężka choroba, dostarcz nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) akt urodzenia dziecka;
 - 3) dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie ciężkiej choroby, w przypadku oparzeń – ich stopień i powierzchnię;
 - 4) kartę informacyjną leczenia szpitalnego, o ile dziecko przebywało w szpitalu;
 - 5) dokumentację, która potwierdza okoliczności wypadku – w przypadku ciężkiej choroby w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) jeżeli składasz wniosek o wypłatę świadczenia dla dziecka:
 - a) które nie ukończyło 18 lat – zgodę opiekuna prawnego dziecka, na przetwarzanie danych osobowych dziecka,
 - b) które ukończyło 18 lat – zgodę dziecka na przetwarzanie jego danych osobowych.
39. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że świadczenie Ci się należy lub w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
40. Możemy dodatkowo:
 - 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;

- 2) zlecić badania medyczne
– jeśli będzie to potrzebne.
41. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
42. Na podstawie dokumentacji podejmiemy decyzję w sprawie wypłaty świadczenia pieniężnego lub przyznania Ci prawa do korzystania z usług medycznych dla dziecka (jeśli posiadasz je w zakresie ubezpieczenia).
43. Po otrzymaniu decyzji o przyznaniu Ci prawa do korzystania z usług medycznych dla dziecka – będziesz mógł rozpocząć korzystanie z tych usług.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA, SKIEROWANIE SPRAWY DO SĄDU

– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

44. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.
45. 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.
46. 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.
47. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy:

- 1) w postaci papierowej lub
 - 2) pocztą elektroniczną – robimy to na wniosek osoby (podmiotu), która złożyła reklamację.
48. 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.
 49. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
 50. 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.
 51. Więcej o reklamacjach można dowiedzieć się z „Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i Rzeczniku Finansowym” oraz z „Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń”.
 52. Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
 53. 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.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

54. 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 NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY DZIECKA

WYKAZ CIĘŻKICH CHORÓB

Za ciężkie choroby objęte naszą odpowiedzialnością uznaje się wyłącznie takie:

- 1) **bakteryjne zapalenie wsierdza**, które jest zapaleniem wsierdza spowodowanym przez zakażenie bakteryjne. Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie wsierdza, które wymagało hospitalizacji i dotyczyło własnych zastawek serca lub jam serca, bez obcego materiału i urządzeń medycznych. Rozpoznanie choroby potwierdzają badania mikrobiologiczne identyfikujące bakterie wywołujące zapalenie lub badania obrazowe bądź patomorfologiczne ujawniające uszkodzenie wsierdza;
- 2) **całkowita utrata słuchu** w co najmniej jednym uchu, która jest trwałą i nieodwracalną utratą zdolności słyszenia. Odpowiadamy wyłącznie za utratę słuchu z powodu choroby, w której ubytek słuchu w uchu objętym chorobą wynosi co najmniej 90dB i jest obliczony jako uśredniona wartość dla dźwięków pasma mowy. Stopień utraty słuchu jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna z leczenia;
- 3) **całkowita utrata wzroku w co najmniej jednym oku**, która jest trwałą i nieodwracalną utratą zdolności widzenia. Odpowiadamy wyłącznie za utratę wzroku z powodu choroby, w której ostrość widzenia w oku objętym chorobą po korekcji optycznej jest mniejsza niż 0,1 (5/50) lub pole widzenia jest mniejsze niż 20 stopni. Wielkość utraty wzroku jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna z leczenia;
- 4) **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 40% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie II stopnia,
 - b) ponad 20% powierzchni ciała – dla oparzeń II i III stopnia łącznie,
 - c) ponad 10% powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia;
- 5) **cukrzyca typu 1**, która jest chorobą metaboliczną o podłożu autoimmunologicznym wymagającą stałego leczenia insuliną. Odpowiadamy wyłącznie za taką cukrzycę typu I, w której konieczność stałego stosowania insuliny potwierdza lekarz diabetolog;
- 6) **choroba Leśniowskiego-Crohna**, która jest przewlekłym, nieswoistym zapaleniem ściany jelita. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Leśniowskiego-Crohna, którą potwierdza badanie histopatologiczne, i w przebiegu której doszło do powstania przetoki, ropnia lub przewężenia jelita;
- 7) **dystrofia mięśniowa**, która jest uwarunkowaną genetycznie grupą chorób, polegających na powolnym zaniku mięśni poprzecznie prążkowanych, bez zajęcia układu nerwowego. Odpowiadamy wyłącznie za taką dystrofię mięśniową, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała osłabienie lub zanik mięśni;
- 8) **nagminne porażenie dziecięce (choroba Heinego-Medina)**, które jest ostrą chorobą zakaźną wywołaną wirusem Polio. Odpowiadamy wyłącznie za porażoną postać nagminnego porażenia dziecięcego, które w co najmniej jednej grupie mięśni spowodowało brak ich skurczu lub skurcz o śladowej sile utrzymujący się co najmniej 3 miesiące. Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 9) **neuroborelioza**, 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 oraz czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 10) **niedokrwistość aplastyczna**, która jest przewlekłą i nieodwracalną niewydolnością szpiku, polegającą na zaniku wszystkich linii komórkowych układu granulocytowego, czerwokrwinkowego i płytkotwórczego. Odpowiadamy wyłącznie za taką anemię aplastyczną, którą rozpoznano na podstawie oceny szpiku kostnego i w przebiegu której, zastosowano leczenie immunosupresyjne, immunostymulacje lub wykonano transplantację szpiku;
- 11) **niedokrwistość hemolityczna**, która jest następstwem skróconego czasu przeżycia krwinek czerwonych i objawia się zmniejszeniem stężenia hemoglobiny poniżej normy dla wieku dziecka. Odpowiadamy wyłącznie za taką niedokrwistość hemolityczną, która wymagała hospitalizacji;
- 12) **niezłśliwy guz mózgu**, który jest łagodnym wewnątrzczaszkowym guzem mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych. Odpowiadamy wyłącznie za taki niezłśliwy guz mózgu, który został usunięty lub jeśli ze względów medycznych usunięcie guza nie było możliwe, spowodował on wystąpienie ubytków neurologicznych. Rozpoznanie niezłśliwego guza mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu;
- 13) **nowotwór złośliwy**, który jest niekontrolowanym rozrostem komórek nowotworowych, cechującym 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 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;
- 14) **paraliż kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego**, który jest całkowitą utratą funkcji ruchowej kończyn. Odpowiadamy wyłącznie za taki paraliż, który dotyczy co najmniej dwóch kończyn, jest nieodwracalny i utrzymuje się co najmniej 3 miesiące;
- 15) **przewlekła niewydolność nerek**, która jest trwałym upośledzeniem czynności obu nerek lub jedynej nerki. Odpowiadamy wyłącznie za taką przewlekłą niewydolność nerek, która jest nieodwracalna i w przebiegu której zastosowano stałą dializoterapię lub wykonano przeszczep nerki;
- 16) **schyłkowa niewydolność wątroby**, która jest końcowym stadium upośledzenia funkcji wątroby. Odpowiadamy wyłącznie za taką postać schyłkowej niewydolności wątroby, która doprowadziła do wystąpienia co najmniej jednego z poniższych objawów:
 - a) wodobrzusza,
 - b) żylaków przełyku,
 - c) encefalopatii wątrobowej;
- 17) **sepsa (posocznica)**, która jest ogólnoustrojową, nieswoistą reakcją organizmu na obecne we krwi bakterie, wirusy lub grzyby 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;
- 18) **śpiączka**, która jest stanem głębokiego zaburzenia świadomości, wyrażającym się brakiem reakcji na zewnętrzne bodźce słuchowe lub bólowe, wynikającym z ciężkiego uszkodzenia mózgu. Odpowiadamy wyłącznie za taką śpiączkę, która trwała nieprzerwanie co najmniej 96 godzin, a uszkodzenie mózgu spowodowało trwałe co najmniej 30 dni: deficyt neurologiczny lub zaburzenia poznawcze ocenione

w teście Mini-Mental (Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego ang. Mini-Mental State Examination) na poniżej 20 punktów;

- 19) **tyfus**, który jest chorobą zakaźną wywołaną działaniem neurotoksyny produkowanej przez laseczki tyfusa. Odpowiadamy wyłącznie za taki tyfus, który wymagał hospitalizacji, a rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 20) **toczeń rumieniowaty układowy**, który jest chorobą autoimmunologiczną, przebiegającą z zajęciem skóry i narządów wewnętrznych. Odpowiadamy wyłącznie za taki toczень rumieniowaty układowy, który został ostatecznie rozpoznany przez lekarza reumatologa i w którego w przebiegu doszło do zajęcia jednego z poniższych narządów lub układów:
 - a) nerki,
 - b) serce,
 - c) układ nerwowy;
- 21) **transplantacja**, która jest operacją chirurgiczną przeszczepienia narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego. Odpowiadamy wyłącznie za wykonaną u biorcy transplantację serca, płuca, wątroby lub jej części lub wykonaną u biorcy allogeniczną transplantację szpiku kostnego;
- 22) **utrata kończyny**, która jest utratą całej kończyny lub jej części. Odpowiadamy wyłącznie za utratę kończyny górnej powyżej nadgarstka lub utratę kończyny dolnej powyżej stawu skokowego;
- 23) **wścieklizna**, która jest chorobą zakaźną wywołaną wirusem wścieklizny lub wirusami pokrewnymi. Odpowiadamy wyłącznie

za taką wściekliznę, w przebiegu której wystąpiły objawy zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego, i która wymagała hospitalizacji, a rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;

- 24) **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności, powstałym w związku z transfuzją krwi lub preparatów krwiopochodnych i jest potwierdzone złożonymi dowodami. Odpowiadamy wyłącznie za zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji wykonanej na terytorium Polski;
- 25) **zapalenie mózgu**, które jest chorobą zakaźną spowodowaną przez bakterie, wirusy lub grzyby i przebiega z neurologicznymi objawami zajęcia procesem zapalnym mózgu. Odpowiadamy wyłącznie za takie zapalenie mózgu, które spowodowało wystąpienie ubytków neurologicznych, utrzymujących się co najmniej 3 miesiące. Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 26) **zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych**, które jest chorobą zakaźną spowodowaną przez bakterie, wirusy lub grzyby i przebiega z neurologicznymi objawami zajęcia procesem zapalnym opon mózgowo-rdzeniowych. Odpowiadamy wyłącznie za takie zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, które spowodowało wystąpienie ubytków neurologicznych, utrzymujących się co najmniej 3 miesiące. Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.

**ZAŁĄCZNIK NR 2
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY DZIECKA**

USŁUGA	ZAKRES	LIMIT	OPIS
Konsultacje lekarskie	Androlog	4 konsultacje – łączny limit na wszystkie konsultacje	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsultacje nie obejmują konsultacji profesorskich (lekarzy ze stopniem naukowym – doktor habilitowany, tytułem naukowym – profesor). 2. Z konsultacji lekarskich możesz korzystać bez skierowania we wskazanej przez nas placówce medycznej. 3. Z konsultacji psychologicznej możesz korzystać bez skierowania we wskazanej przez nas placówce medycznej. 4. Z konsultacji telemedycznej możesz korzystać bez skierowania za pośrednictwem łączny telekomunikacyjnych. W celu wykonania konsultacji telemedycznej utworzymy dla Ciebie indywidualne konto w serwisie internetowym. Podamy Ci dane niezbędne do rejestracji na koncie.
	Audiolog		
	Chirurg dziecięcy		
	Chirurg ogólny		
	Chirurg onkolog		
	Dermatolog – wenerolog		
	Dermatolog dziecięcy		
	Diabetolog		
	Diabetolog dziecięcy		
	Dietetyk		
	Endokrynolog		
	Endokrynolog dziecięcy		
	Gastroenterolog		
	Gastroenterolog dziecięcy		
	Ginekolog		
	Ginekolog – endokrynolog		
	Ginekolog dziecięcy		
	Hematolog		
	Hematolog dziecięcy		
	Hepatolog		
	Hepatolog dziecięcy		
	Internista		
	Kardiochirurg		
	Kardiochirurg dziecięcy		
	Kardiolog		
	Kardiolog dziecięcy		
	Laryngolog		
	Laryngolog dziecięcy		
	Lekarz chorób zakaźnych		
	Lekarz rehabilitacji		
	Lekarz rodzinny		
	Nefrolog		
	Nefrolog dziecięcy		
	Neurochirurg		
	Neurochirurg dziecięcy		
	Neurolog		
	Neurolog dziecięcy		
	Okulista		
	Okulista dziecięcy		
	Onkolog		
	Onkolog dziecięcy		
Ortopeda – traumatolog			
Ortopeda dziecięcy			
Pediatra – dzieci chore			
Proktolog			
Pulmonolog			
Pulmonolog dziecięcy			
Reumatolog			
Reumatolog dziecięcy			
Transplantolog			
Urolog			
Urolog dziecięcy			
Konsultacja psychologiczna	Psycholog		

USŁUGA	ZAKRES	LIMIT	OPIS
Konsultacje telemedyczne	Dermatolog – porada telemedyczna		
	Dermatolog dziecięcy – porada telemedyczna		
	Diabetolog – porada telemedyczna		
	Dietetyk – porada telemedyczna		
	Endokrynolog – porada telemedyczna		
	Endokrynolog dziecięcy – porada telemedyczna		
	Ginekolog – porada telemedyczna		
	Internista – porada telemedyczna		
	Kardiolog – porada telemedyczna		
	Kardiolog dziecięcy – porada telemedyczna		
	Onkolog – porada telemedyczna		
	Ortopeda – porada telemedyczna		
	Ortopeda dziecięcy – porada telemedyczna		
	Pediatra – porada telemedyczna		
	Pielęgniarka – porada telemedyczna		
	Pielęgniarka diabetologiczna – porada telemedyczna		
	Psycholog – porada telemedyczna		
	Psycholog dziecięcy – porada telemedyczna		
	Pulmonolog – porada telemedyczna		
	Pulmonolog dziecięcy – porada telemedyczna		
Morfologia krwi	Hematokryt	5 badań – łączny limit na wszystkie wymienione badania	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	Hemoglobina		
	Leukocyty		
	Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny		
	Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny z rozmazem ręcznym		
	Morfologia krwi bez rozmazu		
	Odczyn opadania krwinek czerwonych (OB.)		
	Płytki krwi		
	Retikulocyty		
Badania układu krzepnięcia	APTT – czas częściowej tromboplastyny po aktywacji/ czas kaolinowo-kefalinowy	5 badań – łączny limit na wszystkie wymienione badania	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	Czas krwawienia		
	Czas krzepnięcia		
	Czas protrombinowy (PT/INR)		
	Czas trombinowy (TT)		
	D-Dimery		
Fibrynogen			
Badania biochemiczne krwi	Albuminy	10 badań – łączny limit na wszystkie wymienione badania	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	Alfa-globuliny		
	Białko całkowite		
	Bilirubina bezpośrednia		
	Bilirubina całkowita		
	Bilirubina pośrednia		
	Chlorki (Cl)		
	CRP białko C-reaktywne		
	Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)		
	Ferrytyna		
	Fosfataza zasadowa / alkaliczna / AP		
	Fosfataza zasadowa / AP – frakcja kostna		
	Fosfor		
	GGTP		
	Glukoza na czczo		
	Hb A1c – Hemoglobina glikowana		
	Klirens kreatyniny		
	Kreatynina		
	Kwas moczowy		
	Magnez (Mg)		
Mocznik / Azot mocznikowy / BUN			

USŁUGA	ZAKRES	LIMIT	OPIS
	Potas (K)		
	Proteinogram		
	Sód (Na)		
	TIBC – całkowita zdolność wiązania żelaza		
	Transaminaza GOT / AST / ASPAT		
	Transaminaza GPT / ALT / ALAT		
	Transferyna		
	Wapń całkowity (Ca)		
	Wapń zjonizowany		
	Żelazo (Fe)		
	Żelazo-krzywa wchłaniania		
Badania moczu	Białko całkowite w moczu – wydalanie dobowe	5 badań – łączny limit na wszystkie wymienione badania	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	Białko w moczu		
	Bilirubina w moczu		
	Ciała ketonowe w moczu		
	Fosfor w moczu – wydalanie dobowe		
	Glukoza w moczu		
	Glukoza w moczu – wydalanie dobowe		
	Kreatynina w moczu		
	Kreatynina w moczu – wydalanie dobowe		
	Kwas moczowy w moczu		
	Kwas moczowy w moczu – wydalanie dobowe		
	Magnez (Mg) w moczu		
	Magnez (Mg) w moczu – wydalanie dobowe		
	Mocz – badanie ogólne		
	Mocznik / Azot Mocznikowy / BUN / w moczu – wydalanie dobowe		
	Mocznik / Azot Mocznikowy / BUN w moczu		
	Potas (K) w moczu – wydalanie dobowe		
	Potas (K) w moczu		
	Sód (Na) w moczu		
Sód (Na) w moczu – wydalanie dobowe			
Wapń (Ca) w moczu			
Wapń (Ca) w moczu – wydalanie dobowe			
Wskaźnik albumina / kreatynina w moczu (ACR) (d. Mikroalbuminuria w moczu)			
Badania serologiczne	Odczyn Coombsa – pośredni	1 badanie – łączny limit na wszystkie wymienione badania	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	Odczyn Coombsa BTA		
	Przeciwciała przeciwjądrowe ANA1		
	Przeciwciała przeciwjądrowe ANA2		
	Przeciwciała przeciwjądrowe ANA (jakościowe)		
Badania kału	Kał – krew utajona	1 badanie – łączny limit na wszystkie wymienione badania	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	Kał – posiew ogólny		
Markery nowotworowe	Antygen CA 125	1 badanie – łączny limit na wszystkie wymienione badania	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	Antygen CEA		
	Antygen CA 19-9 – antygen raka przewodu pokarmowego		
	AFP – alfa – fetoproteina		
	Antygen CA 15-3 (CA 15-3)		
Posiewy i bakteriologia	Posiew moczu (identyfikacja + antybiogram)	2 badania – łączny limit na wszystkie wymienione badania	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	Posiew wymazu z rany		

USŁUGA	ZAKRES	LIMIT	OPIS
Badania RTG i USG	Opis do RTG	2 badania – łączny limit na wszystkie wymienione badania	Z badań RTG i USG możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	RTG czaszki		
	RTG klatki piersiowej AP		
	RTG klatki piersiowej AP i bok		
	RTG kręgosłupa całego w projekcji bocznej		
	RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego AP i bok		
	RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego / w projekcji AP		
	RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego w projekcji bocznej		
	RTG kręgosłupa piersiowego AP i bok		
	RTG kręgosłupa piersiowego w projekcji AP		
	RTG kręgosłupa piersiowego w projekcji bocznej		
	RTG kręgosłupa szyjnego AP i bok		
	RTG kręgosłupa szyjnego w projekcji AP		
	RTG kręgosłupa szyjnego w projekcji bocznej		
	Urografia		
	Wlew doodbytniczy – kontrast		
	Echokardiografia (ECHO) dorośli		
	Echokardiografia (ECHO) dzieci		
	Echokardiografia (ECHO) przezprzetykowe		
	Echokardiografia (ECHO) z dopplerem		
	Mammografia 2 stronna		
	USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne		
	USG ginekologiczne przezpochwowe (transwaginalne)		
	USG gruczołu krokowego (przez powłoki brzuszne)		
	USG gruczołu krokowego transrektalne		
	USG jamy brzusznej		
	USG jąder		
USG miednicy małej			
USG piersi			
USG przeziemiączkowe u dzieci			
USG ślinianek			
USG tarczycy			
USG układu moczowego			
USG węzłów chłonnych			
Badania endoskopowe	Anoskopia z pobraniem wycinków do badań histopatologicznych (nie obejmuje kosztu badania histopatologicznego)	1 badanie – łączny limit na wszystkie wymienione badania endoskopowe	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	Kolonoskopia z pobraniem wycinków do badań histopatologicznych (nie obejmuje kosztu badania histopatologicznego)		
	Sigmoidoskopia z pobraniem wycinków do badań histopatologicznych (nie obejmuje kosztu badania histopatologicznego)		
Tomografia komputerowa (z wyłączeniem angiogramy, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, tomografii HR-CT, tomografii 32-rzędowej i wyższej, HRT, OCT, SL-OCT) Nie obejmuje kosztu kontrastu.	Kolonoskopia wirtualna TK	1 badanie – łączny limit na wszystkie wymienione badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	Tomografia komputerowa głowy		
	Tomografia komputerowa głowy – przysadka		
	Tomografia komputerowa jamy brzusznej		
	Tomografia komputerowa klatki piersiowej		
	Tomografia komputerowa kości		
	Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego		
	Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego/tkanek miękkich szyi		
	Tomografia komputerowa miednicy		
	Tomografia komputerowa oczodołów		
	Tomografia komputerowa szyi		
	Tomografia komputerowa wieloodcinkowa		
	Urografia TK		

USŁUGA	ZAKRES	LIMIT	OPIS
Rezonans magnetyczny (z wyłączeniem angiorezonansu, enterografii-MRI) Nie obejmuje kosztu kontrastu.	Rezonans magnetyczny głowy		
	Rezonans magnetyczny jamy brzusznej		
	Rezonans magnetyczny klatki piersiowej		
	Rezonans magnetyczny kręgosłupa lędźwiowego		
	Rezonans magnetyczny kręgosłupa piersiowego		
	Rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego/tkanek miękkich szyi		
	Rezonans magnetyczny miednicy		
	Rezonans magnetyczny oczodołów		
Badania czynnościowe	Dermatoskopia	1 badanie – łączny limit na wszystkie wymienione badania czynnościowe	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	EEG – we śnie		
	EEG badanie zwykłe papierowe		
	EKG – spoczynkowe bez opisu		
	EKG – spoczynkowe z opisem		
	ENG – elektroneurografia – badanie przewodzenia we włóknach (czuciowych lub ruchowych) jednego nerwu		
	ENG – elektroneurografia – badanie przewodzenia we włóknach (ruchowych lub czuciowych) jednego nerwu + fala F		
Inne badania	Audiometria impedancyjna (tyimpanogram)	1 badanie – łączny limit na wszystkie wymienione badania	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	Audiometria impedancyjna z oceną funkcji trąbki słuchowej		
	Audiometria nadprogowa SISI		
	Audiometria tonalna		
	Biopsja cienkoigłowa tarczycy (bez oceny histopatologicznej)		
	Biopsja guzka piersi (bez oceny histopatologicznej)		
	Biopsja węzłów chłonnych (wraz z oceną histopatologiczną)		
Zabiegi chirurgiczne	Leczenie owrzodzeń, oparzeń, odmrożeń		
	Założenie i zmiana prostego opatrunku		
	Zdjęcie szwów		
Zabiegi ogólnolekarskie	Pobieranie materiałów do badań mikrobiologicznych	5 zabiegów – łączny limit na wszystkie wymienione zabiegi	1. Z zabiegów możesz korzystać bez skierowania we wskazanej przez nas placówce medycznej. 2. Z zabiegów pielęgniarstwa możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	Zakładanie cewników do pęcherza moczowego		
Zabiegi okulistyczne	Badanie dna oka		
	Badanie ostrości widzenia		
	Badanie pola widzenia		
	Dobór szkielek korekcyjnych		
	Pomiar ciśnienia śródgałkowego		
Zabiegi urologiczne	Zakładanie cewników do pęcherza moczowego		
Zabiegi pielęgniarstwa	Iniekcja – domięśniowa (bez kosztu leku)	10 zabiegów – łączny limit na wszystkie wymienione zabiegi	
	Iniekcja – podskórna (bez kosztu leku)		
	Iniekcja dożylna (bez kosztu leku)		
	Opatrunki związane z oparzeniami		
	Podłączenie wlewu kroplowego (bez kosztu leku)		

ZAŁĄCZNIK NR 3 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY DZIECKA

– JAK ZGŁOSIĆ ZDARZENIE I ZREALIZOWAĆ ŚWIADCZENIE

JAK MOŻESZ ZGŁOSIĆ ZDARZENIE?



przez infolinię 801 102 102 lub 22 566 55 55 (opłata zgodna z taryfą operatora)



osobiście w Oddziale PZU



na piśmie pocztą tradycyjną, pocztą elektroniczną



przez stronę pzu.pl

Jeżeli świadczenie jest należne, wypłacimy świadczenie pieniężne albo wypłacimy świadczenie pieniężne i wydamy decyzję o przyznaniu Ci prawa do korzystania z usług medycznych dla dziecka. W decyzji otrzymasz numer infolinii medycznej.

JAK ZREALIZOWAĆ USŁUGI MEDYCZNE?

Usługi medyczne możesz zrealizować, gdy otrzymasz decyzję o prawie do korzystania z usług medycznych dla dziecka. W tym celu:



zadzwoń na całodobową infolinię medyczną (numer infolinii otrzymasz w decyzji)



wypełnij formularz zamówienia wizyty na stronie pzu.pl/zdrowie



**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO DZIECKA**

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO DZIECKA

Wersja z dnia 20.01.2020 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 dziecka, kod warunków: DLGP33 (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 zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest pobyt dziecka ubezpieczonego w szpitalu. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest pobyt dziecka w szpitalu z powodu:

- a) choroby,
- b) nieszczęśliwego wypadku,

który zaistniał w okresie naszej ochrony i trwał nieprzerwanie dłużej niż 3 dni (a w przypadku usług medycznych nieprzerwanie dłużej niż 7 dni).

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku zajścia zdarzenia w życiu ubezpieczonego, którym jest pobyt dziecka w szpitalu spowodowany chorobą albo nieszczęśliwym wypadkiem w okresie naszej odpowiedzialności, w zależności od zakresu świadczeń aktualnego w dniu zajścia zdarzenia:

- wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie pieniężne, za maksymalnie 90 dni pobytu dziecka w szpitalu w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy,
- przyznamy ubezpieczonemu prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka.

Zakres ubezpieczenia i świadczeń potwierdzamy w polisie. 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 w Polsce, 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.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego w umowie zakończy się:

- z dniem zakończenia okresu naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy,
- 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 danego ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

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

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- pobytu dziecka w szpitalu, który trwał mniej niż 4 dni,
- pobytu dziecka w szpitalu w związku z rehabilitacją, z wyjątkiem pierwszego pobytu dziecka 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 dziecka w szpitalu, związanego – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą,
- pobytu dziecka 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy te postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego dziecka, kod warunków DLGP33 (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 4–8 pkt 14 pkt 28–29 pkt 36–37 pkt 38–42 pkt 53
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 pkt 7 pkt 9–13 pkt 14 pkt 15 pkt 33–34 pkt 35 pkt 53

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na.pzu.pl



pod numerem 801 102 102
(opłata zgodna z taryfą operatora)

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO DZIECKA

Kod warunków: DLGP33

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego dziecka uchwałą nr UZ/231/2019 z dnia 5 grudnia 2019 (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 20.01.2020 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.03.2020 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) **choroba** – stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego powodujący konieczność leczenia szpitalnego;
- 2) **dokumentacja medyczna** – dokumentacja opisująca stan zdrowia dziecka lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, sporządzona przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, osoby wykonujące zawód medyczny oraz inne osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
- 3) **dziecko** – dziecko, które w dniu pobytu w szpitalu ukończyło 3 miesiące i nie ukończyło 18 lat, a w razie gdy uczęszcza do szkoły – nie ukończyło 25 lat. Może nim być:
 - a) dziecko ubezpieczonego,
 - b) pasierb ubezpieczonego (jeżeli nie żyje drugi rodzic pasierba);
- 4) **leczenie szpitalne** – stacjonarne leczenie w szpitalu:
 - a) stanów nagłych, w których opóźnienie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo życia, lub
 - b) stanów, w których nie można uzyskać celu leczniczego podczas leczenia ambulatoryjnego;
- 5) **pobyt w szpitalu** – pobyt dziecka w szpitalu w Polsce, który trwa nieprzerwanie dłużej niż 3 dni (a w przypadku usług medycznych nieprzerwanie dłużej niż 7 dni) i ma na celu leczenie szpitalne; za pierwszy dzień pobytu w szpitalu przyjmuje się dzień rejestracji, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala;
- 6) **placówka medyczna** – przychodnia, gabinet lekarski lub laboratorium świadczące usługi medyczne, których wykaz publikujemy na stronie pzu.pl oraz udostępniamy pod numerem infolinii medycznej (wskazanym w decyzji o przyznaniu prawa do korzystania z usług medycznych) i w każdym naszym oddziale;
- 7) **realizacja świadczenia** – wypłata ubezpieconemu świadczenia pieniężnego lub przyznanie ubezpieconemu prawa do korzystania z usług medycznych dla dziecka w razie zajścia zdarzenia objętego naszą ochroną;
- 8) **szpital** – zakład leczniczy, w którym przez całą dobę wykonywane są kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;
- 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) **uczęszczanie do szkoły** – kształcenie się w publicznej lub niepublicznej szkole oraz państwowej lub niepaństwowej szkole wyższej w trybie dziennym, wieczorowym lub zaocznym, w rozumieniu przepisów o oświacie i szkolnictwie wyższym, z wyłączeniem wszelkich kursów oraz kształcenia korespondencyjnego;
- 12) **usługi medyczne** – świadczenia, których listę znajdziesz w Załączniku nr 1 do tych OWU i które przysługują o ile pobyt dziecka w szpitalu trwał nieprzerwanie dłużej niż 7 dni.

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 pobyt dziecka w szpitalu.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i kiedy otrzymasz usługi medyczne

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest pobyt dziecka w szpitalu spowodowany:

- 1) chorobą,
- 2) nieszczęśliwym wypadkiem,
– który wystąpił w okresie naszej ochrony świadczonej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego i trwał nieprzerwanie dłużej niż 3 dni (a w przypadku usług medycznych dłużej niż 7 dni).

5. Jeśli zajdzie zdarzenie w Twoim życiu, którym jest pobyt dziecka w szpitalu, w zależności od zakresu świadczeń aktualnego w dniu zajścia zdarzenia:

- 1) wypłacimy Ci świadczenie pieniężne:
 - a) za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu w wysokości 0,5% sumy ubezpieczenia – z uwzględnieniem lit b,
 - b) jeśli pobyt dziecka w szpitalu:
 - jest konsekwencją nieszczęśliwego wypadku, który zdarzył się podczas naszej ochrony oraz
 - jest pierwszym pobytom spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem i
 - rozpoczął się nie później niż 14 dni po nieszczęśliwym wypadku
 - za każdy dzień pobytu przez pierwsze 14 dni wypłacimy 1% sumy ubezpieczenia,
 - c) jeśli nieszczęśliwy wypadek zdarzył się przed początkiem naszej ochrony, za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu w wyniku tego nieszczęśliwego wypadku wypłacimy 0,5% sumy ubezpieczenia;
- 2) przyznamy Ci prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka, jeżeli pobyt dziecka w szpitalu trwał dłużej niż 7 dni.

6. Zakres ubezpieczenia i świadczeń potwierdzamy w polisie.

7. Wypłatę ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu pobytu dziecka w szpitalu. Z usług medycznych możesz korzystać do wyczerpania się ich limitu (który znajdziesz w Załączniku nr 1 do tych OWU) i nie dłużej niż przez 12 miesięcy licząc od dnia wydania decyzji potwierdzającej prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka.

8. Usługi medyczne przysługują dla każdego pobytu dziecka w szpitalu o ile trwał dłużej niż 7 dni i za który należne jest świadczenie pieniężne.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

9. 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) **wrodzona wada rozwojowa** – odstępstwo od normy budowy anatomicznej, umiejscowione w klasyfikacji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 w rozdziale XVII „Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe (od Q00 do Q99)”;
 - 5) **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.
10. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje pobytu dziecka w szpitalu, który rozpoczął się przed początkiem okresu ochrony lub pobytu dziecka 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 dziecka w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 4) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez dziecko czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 5) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli dziecko prowadziło pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) niedopuszczony do ruchu w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym,
 - c) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości 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;
 - 6) ponieważ dziecko było w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości 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 umyślnego samookaleczenia się dziecka lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez dziecko;
 - 8) w wyniku spożycia alkoholu, użycia narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście zdarzenia oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
 - 9) w wyniku użycia przez dziecko produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
 - 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 związku z leczeniem zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wymienionych w dziale V (F00-F99) Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10;
 - 12) wyłącznie w związku z leczeniem chorób wynikających z obniżenia odporności w przebiegu zakażenia wirusem HIV;
 - 13) w związku z leczeniem stomatologicznym, z wyjątkiem leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku lub choroby nowotworowej;
 - 14) w związku z wykonaniem badań diagnostycznych, które nie wynikają z choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
 - 15) w związku z wykonaniem operacji chirurgicznej w celu kosmetycznym, estetycznym z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie naszej ochrony;
 - 16) w związku z wykonaniem operacji chirurgicznej w celu zmiany płci;
 - 17) w związku z leczeniem wrodzonej wady rozwojowej;
 - 18) w związku z rehabilitacją – z wyjątkiem pierwszego pobytu dziecka w szpitalu 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 dziecka w szpitalu był związany – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą;
 - 19) ponieważ dziecko uprawiało sport zawodowo lub uprawiało rekreacyjnie sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczkę skałkową albo wysokogórską (rozumianą jako każdą wspinaczkę uprawianą na wysokości powyżej 2000 metrów nad poziomem morza), speleologię, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoki do wody, skoki na linie (ang. bungee jumping) – jeżeli miało to wpływ na zaistnienie nieszczęśliwego wypadku.
11. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje pobytu w szpitalu dziecka w:
- 1) w placówkach lecznictwa odwykowego, placówkach dla przewlekłe 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 10.18);
 - 4) na oddziałach dziennych ani w takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.
12. Świadczenie nie jest należne za dni, w których dziecko przebywało na przepustce, w trakcie pobytu w szpitalu.
13. Nie zrealizujemy świadczenia, jeżeli umyślnie przyczyniłeś się do pobytu dziecka w szpitalu.

OGRANICZENIA OCHRONY

– czyli za ile dni pobytu w szpitalu zaptacimy

14. Zaptacimy świadczenie maksymalnie za 90 dni pobytu dziecka w szpitalu w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy.

KARENcja

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

15. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 30 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia.

16. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli zdarzenie w Twoim życiu, którym jest pobyt dziecka w szpitalu było wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu tych 30 dni.

ZAWIERANIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

17. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jej trwania.
18. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UMOWY

– czyli jak długo trwa ubezpieczenie

19. 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

20. 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.
21. 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

22. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
23. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
24. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z umowy ubezpieczenia

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

SUMA UBEZPIECZENIA

– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

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

SKŁADKA

– od czego zależy i kiedy ją opłacać

30. 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) zakresu świadczeń,
- e) częstotliwości jej przekazywania,
- f) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do umowy, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

31. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy w polisie.

32. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

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

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się to ubezpieczenie

35. 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 i komu przyznajemy prawo do korzystania z usług medycznych

36. Prawo do świadczenia pieniężnego przysługuje Tobie.
37. Prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka przyznajemy Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci świadczenie pieniężne i jak zacząć korzystać z usług medycznych

38. Nie zrealizujemy świadczenia, jeżeli umyślnie przyczyniłeś się do pobytu w szpitalu dziecka.
39. W przypadku pobytu w szpitalu dziecka, dostarcz nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia. Możesz dostarczyć go:
 - a) gdy dziecko zakończyło pobyt w szpitalu,
 - b) w trakcie pobytu dziecka w szpitalu – pierwszy wniosek po 30. dniach a kolejny wniosek po 60. dniu;
 - 2) akt urodzenia dziecka;
 - 3) kartę informacyjną leczenia szpitalnego – gdy dziecko zakończyło pobyt w szpitalu;
 - 4) dokument, który potwierdza przyczynę pobytu w szpitalu i nazwę placówki medycznej, wydany przez lekarza tej placówki prowadzącego – gdy składasz wniosek o wypłatę świadczenia w trakcie pobytu dziecka w szpitalu;
 - 5) jeżeli składasz wniosek o wypłatę świadczenia dla dziecka:
 - a) które nie ukończyło 18 lat – zgodę opiekuna prawnego dziecka, na przetwarzanie danych osobowych dziecka,
 - b) które ukończyło 18 lat – zgodę dziecka na przetwarzanie jego danych osobowych.

- 40. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że świadczenie Ci się należy lub w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
- 41. Na podstawie dokumentacji podejmiemy decyzję w sprawie wypłaty świadczenia pieniężnego lub przyznania Ci prawa do korzystania z usług medycznych dla dziecka (jeśli posiadasz je w zakresie ubezpieczenia).
- 42. Po otrzymaniu decyzji o przyznaniu Ci prawa do korzystania z usług medycznych dla dziecka – będziesz mógł rozpocząć korzystanie z tych usług.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA, SKIEROWANIE SPRAWY DO SĄDU

– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

- 43. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.
- 44. 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.
- 45. 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.
- 46. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy:
 - 1) w postaci papierowej lub

2) pocztą elektroniczną – robimy to na wniosek osoby (podmiotu), która złożyła reklamację.

- 47. 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.
- 48. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
- 49. 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.
- 50. Więcej o reklamacjach można dowiedzieć się z „Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i Rzeczniku Finansowym” oraz z „Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń”.
- 51. Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
- 52. 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.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

- 53. 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 NR 1
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO DZIECKA**

ZAKRES USŁUG MEDYCZNYCH

USŁUGA	ZAKRES	LIMIT	OPIS
Konsultacje lekarskie	Alergolog	2 konsultacje – łączny limit na wszystkie konsultacje	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsultacje nie obejmują konsultacji profesorskich (lekarzy ze stopniem naukowym – doktor habilitowany, tytułem naukowym – profesor). 2. Z konsultacji lekarskich możesz korzystać bez skierowania we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	Alergolog dziecięcy		
	Chirurg dziecięcy		
	Chirurg naczyniowy		
	Chirurg ogólny		
	Chirurg onkolog		
	Dermatolog – wenerolog		
	Dermatolog dziecięcy		
	Diabetolog		
	Diabetolog dziecięcy		
	Endokrynolog		
	Endokrynolog dziecięcy		
	Gastroenterolog		
	Gastroenterolog dziecięcy		
	Ginekolog		
	Ginekolog dziecięcy		
	Hematolog		
	Hematolog dziecięcy		
	Hepatolog		
	Hepatolog dziecięcy		
	Kardiochirurg		
	Kardiochirurg dziecięcy		
	Kardiolog		
	Kardiolog dziecięcy		
	Laryngolog		
	Laryngolog dziecięcy		
	Lekarz chorób zakaźnych		
	Nefrolog		
	Nefrolog dziecięcy		
	Neurochirurg		
	Neurochirurg dziecięcy		
	Neurolog		
	Neurolog dziecięcy		
	Okulista		
	Okulista dziecięcy		
	Onkolog		
	Onkolog dziecięcy		
	Ortopeda		
	Ortopeda dziecięcy		
	Psychiatra		
Psychiatra dziecięcy			
Pulmonolog			
Pulmonolog dziecięcy			
Rehabilitant			
Reumatolog			
Reumatolog dziecięcy			
Urolog			
Urolog dziecięcy			

USŁUGA	ZAKRES	LIMIT	OPIS
Posiewy i bakteriologia	Antybiogram	2 badania – łączny limit na wszystkie wymienione badania	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	Posiew wymazu z cewki moczowej		
	Posiew wymazu z kanału szyjki macicy		
	Posiew wymazu z oka		
	Posiew wymazu z pochwy		
	Posiew wymazu z ucha		
	Posiew wymazu z rany		
Zabiegi chirurgiczne	Zdjęcie szwów	5 zabiegów – łączny limit na wszystkie wymienione zabiegi	Z zabiegów możesz korzystać bez skierowania we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	Założenie i zmiana prostego opatrunku		
Zabiegi ogólnolekarskie	Pobieranie materiałów do badań mikrobiologicznych		
	Zakładanie cewników do pęcherza moczowego		
Zabiegi okulistyczne	Opatrzenie drobnych urazów (rany, skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania – bez kosztu stabilizatorów i gipsu)		
	Badanie dna oka		
	Badanie ostrości widzenia		
	Badanie pola widzenia		
	Dobór szkieł korekcyjnych		
Zabiegi otolaryngologiczne	Pomiar ciśnienia śródgałkowego		
	Płukanie uszu		
	Przedmuchiwanie trąbki słuchowej		
Zabiegi ortopedyczne	Opatrunek uszny z lekiem		
	Zdjęcie gipsu		
Zabiegi urologiczne	Zakładanie cewników do pęcherza moczowego		
Zabiegi pielęgniarские	Iniekcja – domięśniowa (bez kosztu leku)	10 zabiegów – łączny limit na wszystkie wymienione zabiegi pielęgniarские	Z zabiegów i procedur możesz korzystać bez skierowania we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	Iniekcja – podskórna (bez kosztu leku)		
	Iniekcja dożylna (bez kosztu leku)		
	Podłączenie wlewu kroplowego (bez kosztu leku)		

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO DZIECKA

– JAK ZGŁOSIĆ ZDARZENIE I ZREALIZOWAĆ ŚWIADCZENIE

JAK MOŻESZ ZGŁOSIĆ ZDARZENIE?



przez infolinię 801 102 102 lub 22 566 55 55 (opłata zgodna z taryfą operatora)



osobiście w Oddziale PZU



na piśmie pocztą tradycyjną, pocztą elektroniczną



przez stronę pzu.pl

Jeżeli świadczenie jest należne, wypłacimy świadczenie pieniężne albo wypłacimy świadczenie pieniężne i wydamy decyzję o przyznaniu Ci prawa do korzystania z usług medycznych dla dziecka. W decyzji otrzymasz numer infolinii medycznej.

JAK ZREALIZOWAĆ USŁUGI MEDYCZNE?

Usługi medyczne możesz zrealizować, gdy otrzymasz decyzję o prawie do korzystania z usług medycznych dla dziecka. W tym celu:



zadzwoń na całodobową infolinię medyczną (numer infolinii otrzymasz w decyzji)



wypełnij formularz zamówienia wizyty na stronie pzu.pl/zdrowie



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

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK USZCZEBKU NA ZDROWIU DZIECKA SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Wersja z dnia 20.01.2020 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 uszczerbku na zdrowiu dziecka spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków: DUGP33 (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 wyłączenia podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA – CO UBEZPIECZAMY?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest wystąpienie u dziecka ubezpieczonego uszczerbku na zdrowiu.

Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest wystąpienie u dziecka uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie naszej odpowiedzialności.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku zajścia zdarzenia w życiu ubezpieczonego, którym jest wystąpienie u dziecka uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem w okresie naszej odpowiedzialności, w zależności od zakresu świadczeń aktualnego w dniu zajścia zdarzenia:

- wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie pieniężne stanowiące określony w Załączniku nr 1 do OWU procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku,
- przyznamy ubezpieczonemu prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka (o ile przysługuje ubezpieczonemu świadczenie pieniężne w wysokości powyżej 4% sumy ubezpieczenia z powodu jednego nieszczęśliwego wypadku).

Zakres ubezpieczenia i świadczeń potwierdzamy w polisie. 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 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. Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego w umowie zakończy się:

- z dniem zakończenia okresu naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy,
- 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 danego ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

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

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- braku związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a uszczerbkiem na zdrowiu,
- wystąpienia uszczerbku na zdrowiu dziecka poza okresem naszej ochrony,
- wystąpienia uszczerbku na zdrowiu dziecka, który nie występuje w Tabeli uszczerbków będącej Załącznikiem nr 1 do 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 uszczerbku na zdrowiu dziecka spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków DUGP33 (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 4–8 pkt 23–24 pkt 31–32 pkt 33–40 pkt 51
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 pkt 7–8 pkt 9–11 pkt 28–29 pkt 30 pkt 38–39 pkt 51

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na.pzu.pl



pod numerem 801 102 102
(opłata zgodna z taryfą operatora)

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

Kod warunków: : DUGP33

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu dziecka spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem uchwałą nr UZ/231/2019 z dnia 5 grudnia 2019 (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 20.01.2020 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.03.2020 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) **dokumentacja medyczna** – dokumentacja opisująca stan zdrowia dziecka lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, sporządzona przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, osoby wykonujące zawód medyczny oraz inne osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
- 2) **dziecko** – dziecko, które w dniu wystąpienia u niego uszczerbku na zdrowiu nie ukończyło 18 lat, a w razie gdy uczęszcza do szkoły – nie ukończyło 25 lat. Może nim być:
 - a) dziecko ubezpieczonego,
 - b) pasierb ubezpieczonego (jeżeli nie żyje drugi rodzic pasierba);
- 3) **leczenie szpitalne** stacjonarne leczenie w szpitalu:
 - a) stanów nagłych, w których opóźnienie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo życia, lub
 - b) stanów, w których nie można uzyskać celu leczniczego podczas leczenia ambulatoryjnego;
- 4) **placówka medyczna** – przychodnia, gabinet lekarski lub laboratorium świadczące usługi medyczne, których wykaz publikujemy na stronie pzu.pl oraz udostępniamy pod numerem infolinii medycznej (wskazanym w decyzji o przyznaniu prawa do korzystania z usług medycznych) i w każdym naszym oddziale;
- 5) **pobyt w szpitalu** – pobyt dziecka w szpitalu w celu leczenia szpitalnego; za pierwszy dzień pobytu w szpitalu przyjmuje się dzień rejestracji, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze szpitala;
- 6) **realizacja świadczenia** – wypłata ubezpieczonemu świadczenia pieniężnego lub przyznanie ubezpieczonemu prawa do korzystania z usług medycznych dla dziecka w razie zajścia zdarzenia objętego naszą ochroną;
- 7) **szpital** – zakład leczniczy, w którym przez całą dobę wykonywane są kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;
- 8) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 9) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie wskazane w polisie, do którego ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
- 10) **uczęszczenie do szkoły** – kształcenie się w publicznej lub niepublicznej szkole oraz państwowej lub niepaństwowej szkole wyższej w trybie dziennym, wieczorowym lub zaocznym, w rozumieniu przepisów o oświacie i szkolnictwie wyższym, z wyłączeniem wszelkich kursów oraz kształcenia korespondencyjnego;
- 11) **usługi medyczne** – świadczenia, których listę znajdziesz w Załączniku nr 2 do tych OWU;
- 12) **uszczerbek na zdrowiu** – uszkodzenie ciała dziecka wymienione w Załączniku nr 1 do tych OWU, które powstało wskutek nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie naszej ochrony z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.

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 u dziecka uszczerbku na zdrowiu.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i kiedy otrzymasz usługi medyczne

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest wystąpienie u dziecka uszczerbku na zdrowiu wskazanego w Załączniku nr 1 do tych OWU, który powstał w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zaistniałe w okresie naszej ochrony świadczonej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.
5. Jeśli zajdzie zdarzenie w Twoim życiu, którym jest wystąpienie u dziecka uszczerbku na zdrowiu, w zależności od zakresu świadczeń aktualnego w dniu zajścia zdarzenia:
 - 1) wypłacimy Ci świadczenie pieniężne – stanowiące określony w Załączniku nr 1 do tych OWU procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) przyznamy Ci prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka, z zastrzeżeniem pkt 8.
6. Zakres ubezpieczenia i świadczeń potwierdzamy w polisie.
7. Z usług medycznych możesz korzystać do wyczerpania się ich limitu (który znajdziesz w Załączniku nr 2 do tych OWU) i nie dłużej niż przez 12 miesięcy licząc od dnia wydania decyzji potwierdzającej prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka.
8. Prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka zostanie przyznane jeśli przysługuje Ci świadczenie pieniężne w wysokości powyżej 4% sumy ubezpieczenia z powodu jednego nieszczęśliwego wypadku, z tym że jeśli wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku dziecko dozna kilku uszczerbków na zdrowiu wskazanych w Załączniku nr 1 to zrealizujemy jeden zakres i jeden limit usług medycznych.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

9. 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, zastraszanie 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: niezadowolone 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.
- 10.** Nasze ubezpieczenie nie obejmuje uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek wydarzył się przed początkiem okresu ochrony lub wydarzył się:
- 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału dziecka w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez dziecko czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli dziecko prowadziło pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) niedopuszczony do ruchu w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym,
 - c) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości 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;
 - 5) ponieważ dziecko było w stanie nietrzeźwości 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;
 - 6) w wyniku samookaleczenia się dziecka lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez dziecko;
 - 7) w wyniku spożycia alkoholu, użycia narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście zdarzenia;
 - 8) w wyniku użycia przez dziecko produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
 - 9) 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;
 - 10) ponieważ dziecko uprawiało sport zawodowo.
- 11.** Nie zrealizujemy świadczenia, jeżeli umyślnie przyczyniłeś się do wystąpienia uszczerbku na zdrowiu dziecka.

ZAWIERANIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

- 12.** Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jej trwania.
- 13.** Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UMOWY

– czyli jak długo trwa ubezpieczenie

- 14.** 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

- 15.** 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.
- 16.** 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

- 17.** Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
- 18.** Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
- 19.** Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z umowy ubezpieczenia

- 20.** Wypowiedzenie umowy odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
- 21.** Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
- 22.** Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

- 23.** Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłaconego świadczenia pieniężnego.
- 24.** Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie.

SKŁADKA

– od czego zależy i kiedy ją optać

- 25.** Wysokość składki za ubezpieczonego zależy od:
 - 1) sumy ubezpieczenia,
 - 2) zakresu ubezpieczenia,
 - 3) wysokości świadczenia,
 - 4) zakresu świadczeń,
 - 5) częstotliwości jej przekazywania,
 - 6) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do umowy, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.
- 26.** Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy w polisie.
- 27.** Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

- 28.** Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.

29. Okres ochrony w tej umowie rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w umowie podstawowej.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się to ubezpieczenie

30. 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 i komu przyznajemy prawo do korzystania z usług medycznych

31. Prawo do świadczenia pieniężnego przysługuje Tobie.
32. Prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka przyznajemy Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci świadczenie pieniężne i jak zacząć korzystać z usług medycznych

33. Jeśli wystąpi u dziecka uszczerbek na zdrowiu, dostarcz nam:
- 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) akt urodzenia dziecka;
 - 3) dokumentację medyczną, która potwierdza uszczerbek na zdrowiu u dziecka oraz okoliczności, w jakich do niego doszło;
 - 4) jeżeli składasz wniosek o wypłatę świadczenia dla dziecka:
 - a) które nie ukończyło 18 lat – zgodę opiekuna prawnego dziecka, na przetwarzanie danych osobowych dziecka,
 - b) które ukończyło 18 lat – zgodę dziecka na przetwarzanie jego danych osobowych.
34. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że świadczenie Ci się należy lub w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
35. Możemy dodatkowo:
- 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
 - 2) zlecić badania medyczne – jeśli będzie to potrzebne.
36. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
37. Na podstawie dokumentacji podejmiemy decyzję w sprawie wypłaty świadczenia pieniężnego lub przyznania Ci prawa do korzystania z usług medycznych dla dziecka (jeśli posiadasz je w zakresie ubezpieczenia).
38. Dla uznania naszej odpowiedzialności konieczne jest istnienie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a uszczerbkiem na zdrowiu dziecka.
39. Jeśli z powodu jednego nieszczęśliwego wypadku, dziecko dozna kilku uszczerbków na zdrowiu określonych w Załączniku nr 1 do tych OWU, wypłacimy świadczenie pieniężne w wysokości maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia.

40. Po otrzymaniu decyzji o przyznaniu Ci prawa do korzystania z usług medycznych dla dziecka - będziesz mógł rozpocząć korzystanie z tych usług.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA, SKIEROWANIE SPRAWY DO SĄDU

– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

41. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.
42. 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.
43. 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.
44. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy:
- 1) w postaci papierowej lub
 - 2) pocztą elektroniczną – robimy to na wniosek osoby (podmiotu), która złożyła reklamację.
45. 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.
46. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
47. 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.
48. Więcej o reklamacjach można dowiedzieć się z „Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i Rzeczniku Finansowym” oraz z „Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń”.
49. Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
50. 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.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

51. 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 NR 1
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM**

TABELA USZCZERBKÓW NA ZDROWIU OBJĘTYCH OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

Poz.	RODZAJ USZKODZENIA CIAŁA	PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA
Złamania kości		
1.	Złamanie jednej lub więcej kości sklepienia lub podstawy czaszki	5
2.	Złamanie jednej lub więcej kości twarzoczaszki lub nosa	4
3.	Złamanie łopatki prawej	4,5
4.	Złamanie łopatki lewej	4,5
5.	Złamanie obojczyka prawego	4,5
6.	Złamanie obojczyka lewego	4,5
7.	Złamanie mostka	4,5
8.	Złamanie jednego żebra	1
9.	Złamanie dwóch żeber	2
10.	Złamanie trzech żeber	3
11.	Złamanie czterech żeber	4
12.	Złamanie pięciu żeber	5
13.	Złamanie sześciu żeber	6
14.	Złamanie siedmiu żeber	7
15.	Złamanie ośmiu żeber	8
16.	Złamanie dziewięciu żeber	9
17.	Złamanie co najmniej dziesięciu żeber	10
18.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu szyjnego C1	11
19.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu szyjnego C1	2,5
20.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu szyjnego C2	11
21.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu szyjnego C2	2,5
22.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu szyjnego C3	11
23.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu szyjnego C3	2,5
24.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu szyjnego C4	11
25.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu szyjnego C4	2,5
26.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu szyjnego C5	11
27.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu szyjnego C5	2,5
28.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu szyjnego C6	11
29.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu szyjnego C6	2,5
30.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu szyjnego C7	11
31.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu szyjnego C7	2,5
32.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu piersiowego Th1	11
33.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th1	2,5
34.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu piersiowego Th2	11
35.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th2	2,5
36.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu piersiowego Th3	11
37.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th3	2,5
38.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu piersiowego Th4	11
39.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków piersiowego Th4	2,5
40.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu piersiowego Th5	11
41.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków piersiowego Th5	2,5
42.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu piersiowego Th6	11
43.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th6	2,5
44.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu piersiowego Th7	11
45.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th7	2,5

Poz.	RODZAJ USZKODZENIA CIAŁA	PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA
46.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu piersiowego Th8	11
47.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th8	2,5
48.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu piersiowego Th9	11
49.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th9	2,5
50.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu piersiowego Th10	11
51.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th10	2,5
52.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu piersiowego Th11	11
53.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th11	2,5
54.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu piersiowego Th12	11
55.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th12	2,5
56.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu lędźwiowego L1	11
57.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu lędźwiowego L1	2,5
58.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu lędźwiowego L2	11
59.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu lędźwiowego L2	2,5
60.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu lędźwiowego L3	11
61.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu lędźwiowego L3	2,5
62.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu lędźwiowego L4	11
63.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu lędźwiowego L4	2,5
64.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu lędźwiowego L5	11
65.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu lędźwiowego L5	2,5
66.	Złamanie kości krzyżowej	11
67.	Złamanie kości guzicznej	3,5
68.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe niestabilne miednicy	10
69.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe stabilne miednicy	4,5
70.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte kości ramiennej prawej	7
71.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte kości ramiennej lewej	7
72.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte kości ramiennej prawej	5
73.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte kości ramiennej lewej	5
74.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednej lub obydwu kości przedramienia prawego	4
75.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednej lub obydwu kości przedramienia lewego	4
76.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednej lub obydwu kości przedramienia prawego	2
77.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednej lub obydwu kości przedramienia lewego	2
78.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednej lub więcej kości nadgarstka lub śródreżca prawego	3
79.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednej lub więcej kości nadgarstka lub śródreżca lewego	3
80.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednej lub więcej kości nadgarstka lub śródreżca prawego	1
81.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednej lub więcej kości nadgarstka lub śródreżca lewego	1
82.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca I ręki prawej	3
83.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca I ręki lewej	3
84.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca I ręki prawej	1
85.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca I ręki lewej	1
86.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca II ręki prawej	2
87.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca II ręki lewej	2
88.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca II ręki prawej	1
89.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca II ręki lewej	1
90.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca III ręki prawej	2
91.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca III ręki lewej	2
92.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca III ręki prawej	1
93.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca III ręki lewej	1
94.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca IV ręki prawej	2
95.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca IV ręki lewej	2

Poz.	RODZAJ USZKODZENIA CIAŁA	PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA
96.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca IV ręki prawej	1
97.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca IV ręki lewej	1
98.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca V ręki prawej	2
99.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca V ręki lewej	2
100.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca V ręki prawej	1
101.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca V ręki lewej	1
102.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe kości udowej prawej	10
103.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe kości udowej lewej	10
104.	Złamanie rzepki prawej	4
105.	Złamanie rzepki lewej	4
106.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe jednej lub obydwu kości podudzia prawego	7
107.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe jednej lub obydwu kości podudzia lewego	7
108.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednej lub więcej kości stępu lub śródstopia prawego	4
109.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednej lub więcej kości stępu lub śródstopia lewego	4
110.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednej lub więcej kości stępu lub śródstopia prawego	2
111.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednej lub więcej kości stępu lub śródstopia lewego	2
112.	Złamanie jednego lub więcej paliczków palca I stopy prawej	2,5
113.	Złamanie jednego lub więcej paliczków palca I stopy lewej	2,5
114.	Złamanie jednego lub więcej paliczków palca II stopy prawej	2
115.	Złamanie jednego lub więcej paliczków palca II stopy lewej	2
116.	Złamanie jednego lub więcej paliczków palca III stopy prawej	2
117.	Złamanie jednego lub więcej paliczków palca III stopy lewej	2
118.	Złamanie jednego lub więcej paliczków palca IV stopy prawej	2
119.	Złamanie jednego lub więcej paliczków palca IV stopy lewej	2
120.	Złamanie jednego lub więcej paliczków palca V stopy prawej	2
121.	Złamanie jednego lub więcej paliczków palca V stopy lewej	2
Skręcenia i zwichnięcia stawów		
122.	Zwichnięcie palca I ręki prawej	2
123.	Zwichnięcie palca I ręki lewej	2
124.	Zwichnięcie palca II ręki prawej	2
125.	Zwichnięcie palca II ręki lewej	2
126.	Zwichnięcie palca III ręki prawej	2
127.	Zwichnięcie palca III ręki lewej	2
128.	Zwichnięcie palca IV ręki prawej	2
129.	Zwichnięcie palca IV ręki lewej	2
130.	Zwichnięcie palca V ręki prawej	2
131.	Zwichnięcie palca V ręki lewej	2
132.	Zwichnięcie stawu łokciowego prawego	3
133.	Zwichnięcie stawu łokciowego lewego	3
134.	Zwichnięcie stawu ramiennie-łopatkowego prawego	3
135.	Zwichnięcie stawu ramiennie-łopatkowego lewego	3
136.	Zwichnięcie lub skręcenie stawu skokowego prawego	4
137.	Zwichnięcie lub skręcenie stawu skokowego lewego	4
138.	Zwichnięcie lub skręcenie stawu kolanowego prawego – z wyłączeniem zwichnięcia rzepki	5
139.	Zwichnięcie lub skręcenie stawu kolanowego lewego – z wyłączeniem zwichnięcia rzepki	5
140.	Zwichnięcie stawu biodrowego prawego	10
141.	Zwichnięcie stawu biodrowego lewego	10
Uszkodzenia zębów		
142.	Złamanie jednego zęba stałego	0,5
143.	Złamanie dwóch zębów stałych	1

Poz.	RODZAJ USZKODZENIA CIAŁA	PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA
144.	Złamanie trzech zębów stałych	1,5
145.	Złamanie czterech zębów stałych	2
146.	Złamanie pięciu zębów stałych	2,5
147.	Złamanie sześciu zębów stałych	3
148.	Złamanie siedmiu zębów stałych	3,5
149.	Złamanie ośmiu zębów stałych	4
150.	Złamanie dziewięciu zębów stałych	4,5
151.	Złamanie co najmniej dziesięciu zębów stałych	5
152.	Całkowita utrata jednego zęba stałego	1
153.	Całkowita utrata dwóch zębów stałych	2
154.	Całkowita utrata trzech zębów stałych	3
155.	Całkowita utrata czterech zębów stałych	4
156.	Całkowita utrata pięciu zębów stałych	5
157.	Całkowita utrata sześciu zębów stałych	6
158.	Całkowita utrata siedmiu zębów stałych	7
159.	Całkowita utrata ośmiu zębów stałych	8
160.	Całkowita utrata dziewięciu zębów stałych	9
161.	Całkowita utrata co najmniej dziesięciu zębów stałych	10
Utrata części ciała		
162.	Całkowita utrata palca I ręki prawej (całych dwóch paliczków)	22
163.	Całkowita utrata palca I ręki lewej (całych dwóch paliczków)	22
164.	Całkowita utrata palca II ręki prawej (całych trzech paliczków)	8
165.	Całkowita utrata palca II ręki lewej (całych trzech paliczków)	8
166.	Całkowita utrata palca III ręki prawej (całych trzech paliczków)	8
167.	Całkowita utrata palca III ręki lewej (całych trzech paliczków)	8
168.	Całkowita utrata palca IV ręki prawej (całych trzech paliczków)	8
169.	Całkowita utrata palca IV ręki lewej (całych trzech paliczków)	8
170.	Całkowita utrata palca V ręki prawej (całych trzech paliczków)	8
171.	Całkowita utrata palca V ręki lewej (całych trzech paliczków)	8
172.	Całkowita utrata ręki prawej w nadgarstku lub na poziomie śródreżca ze wszystkimi palcami	50
173.	Całkowita utrata ręki lewej w nadgarstku lub na poziomie śródreżca ze wszystkimi palcami	50
174.	Całkowita utrata kończyny górnej prawej w stawie łokciowym lub na wysokości przedramienia	60
175.	Całkowita utrata kończyny górnej lewej w stawie łokciowym lub na wysokości przedramienia	60
176.	Całkowita utrata kończyny górnej prawej w stawie ramiennie-łopatkowym lub na wysokości ramienia	80
177.	Całkowita utrata kończyny górnej lewej w stawie ramiennie-łopatkowym lub na wysokości ramienia	80
178.	Całkowita utrata palca I stopy prawej (całych dwóch paliczków)	15
179.	Całkowita utrata palca I stopy lewej (całych dwóch paliczków)	15
180.	Całkowita utrata palca II stopy prawej (całych trzech paliczków)	3
181.	Całkowita utrata palca II stopy lewej (całych trzech paliczków)	3
182.	Całkowita utrata palca III stopy prawej (całych trzech paliczków)	3
183.	Całkowita utrata palca III stopy lewej (całych trzech paliczków)	3
184.	Całkowita utrata palca IV stopy prawej (całych trzech paliczków)	3
185.	Całkowita utrata palca IV stopy lewej (całych trzech paliczków)	3
186.	Całkowita utrata palca V stopy prawej (całych trzech paliczków)	3
187.	Całkowita utrata palca V stopy lewej (całych trzech paliczków)	3
188.	Całkowita utrata stopy prawej na poziomie śródstopia ze wszystkimi palcami	40
189.	Całkowita utrata stopy lewej na poziomie śródstopia ze wszystkimi palcami	40
190.	Całkowita utrata kończyny dolnej prawej w stawie skokowym (górnym lub dolnym), lub na wysokości podudzia lub w stawie kolanowym	60
191.	Całkowita utrata kończyny dolnej lewej w stawie skokowym (górnym lub dolnym), lub na wysokości podudzia lub w stawie kolanowym	60

Poz.	RODZAJ USZKODZENIA CIAŁA	PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA
192.	Całkowita utrata kończyny dolnej prawej w stawie biodrowym lub na wysokości uda	75
193.	Całkowita utrata kończyny dolnej lewej w stawie biodrowym lub na wysokości uda	75
194.	Całkowita utrata wzroku w oku prawym	50
195.	Całkowita utrata wzroku w oku lewym	50
196.	Całkowita utrata słuchu w uchu prawym	30
197.	Całkowita utrata słuchu w uchu lewym	30
198.	Całkowita utrata małżowiny usznej prawej	15
199.	Całkowita utrata małżowiny usznej lewej	15
200.	Całkowita utrata nosa	20
201.	Całkowita utrata śledziony	20
202.	Całkowita utrata nerki prawej	35
203.	Całkowita utrata nerki lewej	35
204.	Całkowita utrata macicy	40
205.	Całkowita utrata jajnika prawego	20
206.	Całkowita utrata jajnika lewego	20
207.	Całkowita utrata jądra prawego	20
208.	Całkowita utrata jądra lewego	20
209.	Całkowita utrata mowy	100
Niedowłady i porażenia kończyn		
210.	Porażenie lub niedowład co najmniej dwóch kończyn o nasileniu w skali Lovetta od 0 do 2 stopni	100
Oparzenia i odmrożenia		
211.	Oparzenie II stopnia do 1% powierzchni ciała	1,5
212.	Oparzenie II stopnia powyżej 1% do 15% powierzchni ciała	4
213.	Oparzenie II stopnia powyżej 15% do 30% powierzchni ciała	7
214.	Oparzenie II stopnia powyżej 30% powierzchni ciała	20
215.	Oparzenie III stopnia do 5% powierzchni ciała	4
216.	Oparzenie III stopnia powyżej 5% do 10% powierzchni ciała	10
217.	Oparzenie III stopnia powyżej 10% powierzchni ciała	20
218.	Oparzenie dróg oddechowych leczone podczas pobytu w szpitalu	20
219.	Odmrożenie II lub III stopnia jednego palca ręki lub jednego palca stopy	1,5
220.	Odmrożenie II lub III stopnia dwóch lub więcej palców ręki lub palców stopy, lub odmrożenie nosa, lub odmrożenie ucha	4
Inne uszkodzenia		
221.	Śpiączka, trwająca dłużej niż 30 dni	100
222.	Podejrzenie wstrząśnienia lub wstrząśnienie mózgu, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 2 dni pobytu w szpitalu	1
223.	Podejrzenie wstrząśnienia lub wstrząśnienie mózgu, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 3 dni pobytu w szpitalu	2
224.	Podejrzenie wstrząśnienia lub wstrząśnienie mózgu, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 4 dni i dłużej pobytu w szpitalu	3
225.	Nagłe zatrucie gazami, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 1 dzień pobytu w szpitalu	5
226.	Nagłe zatrucie substancjami lub produktami chemicznymi, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 1 dzień pobytu w szpitalu	5
227.	Porażenie prądem, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 1 dzień pobytu w szpitalu	5
228.	Porażenie piorunem, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 1 dzień pobytu w szpitalu	5
229.	Pogryzienie, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 1 dzień pobytu w szpitalu	10
230.	Pokąsanie, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 1 dzień pobytu w szpitalu	10
231.	Ukąszenie, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 1 dzień pobytu w szpitalu	10
232.	Uszkodzenie ciała, które nie jest wymienione w powyższych wierszach tabeli (bez względu na liczbę takich uszkodzeń należne raz w roku polisowym), o ile leczenie obejmowało co najmniej dwie wizyty lekarskie.	0,5

**ZAŁĄCZNIK NR 2
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM**

USŁUGA	ZAKRES	LIMIT	OPIS
Konsultacje lekarskie	Chirurg dziecięcy	3 konsultacje - łączny limit na wszystkie konsultacje	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsultacje nie obejmują konsultacji profesorskich (lekarzy ze stopniem naukowym – doktor habilitowany, tytułem naukowym – profesor). 2. Z konsultacji lekarskich możesz korzystać bez skierowania we wskazanej przez nas placówce medycznej. 3. Z konsultacji psychologicznej możesz korzystać bez skierowania we wskazanej przez nas placówce medycznej. 4. Z konsultacji telemedycznej możesz korzystać bez skierowania za pośrednictwem łączu telekomunikacyjnych. W celu wykonania konsultacji telemedycznej utworzymy dla Ciebie indywidualne konto w serwisie internetowym. Podamy Ci dane niezbędne do rejestracji na koncie.
	Chirurg ogólny		
	Ginekolog		
	Ginekolog dziecięcy		
	Internista		
	Laryngolog		
	Laryngolog dziecięcy		
	Lekarz rehabilitacji		
	Lekarz rodzinny		
	Nefrolog		
	Nefrolog dziecięcy		
	Neurochirurg		
	Neurochirurg dziecięcy		
	Neurolog		
	Neurolog dziecięcy		
	Okulista		
	Okulista dziecięcy		
	Ortopeda – traumatolog		
	Ortopeda dziecięcy		
Pediatra – dzieci chore			
Rehabilitant – fizjoterapeuta			
Urolog			
Urolog dziecięcy			
Konsultacja psychologa	Psycholog		
Konsultacje telemedyczne	Ginekolog – porada telemedyczna		
	Internista – porada telemedyczna		
	Ortopeda – porada telemedyczna		
	Ortopeda dziecięcy – porada telemedyczna		
	Pediatra – porada telemedyczna		
	Pielęgniarka – porada telemedyczna		
	Psycholog – porada telemedyczna		
Psycholog dziecięcy – porada telemedyczna			
Rehabilitacja ambulatoryjna	Ćwiczenia bierne	15 zabiegów – łączny limit na wszystkie wymienione zabiegi rehabilitacji ambulatoryjnej	Z rehabilitacji ambulatoryjnej możesz skorzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	Ćwiczenia czynne w odciążeniu		
	Ćwiczenia czynne wolne		
	Ćwiczenia czynne z oporem		
	Ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane		
	Ćwiczenia instruktaż		
	Ćwiczenia izometryczne		
	Ćwiczenia ogólnousprawniające		
	Ćwiczenia sensomotoryczne/stabilizujące		
	Ćwiczenia specjalne		
	Diatermia krótkofalowa		
	Diatermia mikrofalowa		
	Drenaż limfatyczny		
	Elektrostymulacja		
	Galwanizacja		
	Jonoforeza		
	Kąpiel perełkowa/wirowa kończyn		
Krioterapia miejscowa			

USŁUGA	ZAKRES	LIMIT	OPIS
	Laseroterapia punktowa		
	Magnetoterapia		
	Masaż hydropowietrzny całkowity		
	Masaż hydropowietrzny miejscowy		
	Masaż podwodny		
	Masaż suchy całkowity		
	Masaż suchy częściowy		
	Metody reedukacji nerwowo-mięśniowej		
	Mobilizacje i manipulacje, neuromobilizacje		
	Prądy diadynamiczne		
	Prądy interferencyjne		
	Prądy TENS		
	Prądy Traberta		
	Sollux		
	Ultradźwięki miejscowe		
	Ultrafonoreza / fonoforeza		
	Wyciągi		
	Zabiegi w kriokomorze		

ZAŁĄCZNIK NR 3 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

– JAK ZGŁOSIĆ ZDARZENIE I ZREALIZOWAĆ ŚWIADCZENIE

JAK MOŻESZ ZGŁOSIĆ ZDARZENIE?



przez infolinię 801 102 102 lub 22 566 55 55 (opłata zgodna z taryfą operatora)



osobiście w Oddziale PZU



na piśmie pocztą tradycyjną, pocztą elektroniczną



przez stronę pzu.pl

Jeżeli świadczenie jest należne, wypłacimy świadczenie pieniężne albo wypłacimy świadczenie pieniężne i wydamy decyzję o przyznaniu Ci prawa do korzystania z usług medycznych dla dziecka. W decyzji otrzymasz numer infolinii medycznej.

JAK ZREALIZOWAĆ USŁUGI MEDYCZNE?

Usługi medyczne możesz zrealizować, gdy otrzymasz decyzję o prawie do korzystania z usług medycznych dla dziecka. W tym celu:



zadzwoń na całodobową infolinię medyczną (numer infolinii otrzymasz w decyzji)



wypełnij formularz zamówienia wizyty na stronie pzu.pl/zdrowie



**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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na.pzu.pl



pod numerem infolinii 801 102 102
(opłata zgodna z taryfą operatora)

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 wchodzi 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 przebiecia krwi do tkanki nerwowej mózgowia lub do komór mózgu oraz udar niedokrwienny, który uległ wtórnemu ukrwotoczeniu;
- 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:
 - zatonał 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 żywnotnego 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 żywnotnego 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 przeszłłą 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. Wyplacimy 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. Wyplacimy 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. Wyplacimy 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. Wyplacimy 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, wyplacimy świadczenie jednorazowe w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie.
 - 14. Za każdy dzień rekonwalescencji wyplacimy 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.

KARENCAJA

– 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 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 ubezpiezonego:
 - 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 pobylem 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 internetowej 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.

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO**





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 osobą 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** – całonocny 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 nadużyciem 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, nerwicy 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.

- 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.

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;

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 wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2013 roku.



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

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 zaistniały 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 wariantcie, 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 wariantcie, 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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 [na pzu.pl](http://na.pzu.pl)



pod numerem infolinii 801 102 102
(opłata zgodna z taryfą operatora)

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 wchodzi 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 wsierdza, 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, zakażone 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 wariantcie 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 przeciwko strukturze, 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) brodawkowego 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 niedokrwinną 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 hemofilie;
- 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 niedokrwinną 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 rozpoczęt 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.

KARENCA

– 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 wariantcie 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 rozstrzygnięcia sporów i złożyć skargę za pośrednictwem platformy internetowej systemu rozstrzygnięcia 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, czerwokrwinkowego 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 wsierdza**, które jest zapaleniem wsierdza spowodowanym przez zakażenie bakteryjne. Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie wsierdza, które wymagało hospitalizacji i dotyczyło własnych zastawek serca lub jam serca, bez obcego materiału i urządzeń medycznych. Rozpoznanie bakteryjnego zapalenia wsierdza potwierdzają badania mikrobiologiczne identyfikujące bakterie wywołujące zapalenie lub badania obrazowe bądź patomorfologiczne ujawniające uszkodzenie wsierdza;
 - 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 (bypass)**, 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) **niezłśliwego guza mózgu**, który jest łagodnym wewnątrzczaszkowym guzem mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych. Odpowiadamy wyłącznie za taki niezłśliwy guz mózgu, który został usunięty lub jeśli ze względów medycznych usunięcie guza nie było możliwe, spowodował on wystąpienie ubytków neurologicznych. Rozpoznanie niezłśliwego guza mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu;
- 20) **nowotwór złśliwy**, który jest niekontrolowanym rozrostem komórek nowotworowych, cechujących się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów. Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złśliwy, 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 złśliwości 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, żyłaków przełyku i encefalopatii wątrobowej łącznie;
- 24) **sepsę (posocnicę)**, 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 rozszanie 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 neurologicznym, 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 przeszłorną 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 przyranego. 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 ŚMIERCI RODZICA UBEZPIECZONEGO
ORAZ RODZICA MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO
SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM**





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA UBEZPIECZONEGO ORAZ RODZICA MAŁŻONKA 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 rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków: NRG32 (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 członka rodziny. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka ubezpieczonego spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem, zaistniałym w okresie naszej odpowiedzialności.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku śmierci członka rodziny spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem wypłacamy ubezpieczonemu procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci. 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?

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 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:

- gdy członek rodziny 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,
- gdy z medycznego punktu widzenia nie istnieje normalny związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią członka rodziny,
- samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia przez członka rodziny 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 osobą 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 rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków NRGP32 (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 § 17 OWU § 19 OWU § 20 OWU



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

Kod warunków: NRG32

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

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

§ 2

- Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:
 - członek rodziny:**
 - rodzica ubezpieczonego albo ojczyma lub macochę ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka ubezpieczonego, oraz
 - rodzica aktualnego małżonka ubezpieczonego albo ojczyma lub macochę małżonka ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka małżonka ubezpieczonego;
 - macocha** – aktualną żonę ojca ubezpieczonego lub małżonka, nie będącą biologiczną matką ubezpieczonego lub małżonka, oraz wdowę po ojcu ubezpieczonego lub małżonka, nie będącą biologiczną matką ubezpieczonego lub małżonka, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
 - ojczym** – aktualnego męża matki ubezpieczonego lub małżonka, nie będącego biologicznym ojcem ubezpieczonego lub małżonka, oraz wdowca po matce ubezpieczonego lub małżonka, nie będącego biologicznym ojcem ubezpieczonego lub małżonka, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński.
- 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 członka rodziny.

§ 4

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

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 5

PZU Życie SA wypłaca świadczenie w przypadku śmierci członka rodziny spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem 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

- 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, 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

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

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 11

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

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 12

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

SKŁADKA

§ 13

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

- 1) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału członka rodziny w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
- 2) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez członka rodziny czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 3) w wyniku wypadku komunikacyjnego, gdy członek rodziny 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 członek rodziny 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 członka rodziny samobójstwa;
- 6) bezpośrednio w wyniku zatrucia członka rodziny 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 członka rodziny 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

§ 17

Prawo do świadczenia z tytułu śmierci członka rodziny spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem przysługuje ubezpieczonemu, o ile nie przyczynił się umyślnie do śmierci tego członka rodziny.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 18

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:
 - 1) zgłoszenie roszczenia;
 - 2) akt zgonu członka rodziny;
 - 3) kartę zgonu członka rodziny albo – jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 4) akt małżeństwa ubezpieczonego – w przypadku zgonu członka rodziny określonego w § 2 ust. 1 pkt 1 lit. b);
 - 5) 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 nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią członka rodziny.
2. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć członka rodziny 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/166/2015 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 11 września 2015 roku.
2. Niniejsze ogólne warunki wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 roku.

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





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 nie 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 osobą 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 wskazanych 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 określonymu 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

- 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.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 9

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

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

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 10

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

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 11

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

SKŁADKA

§ 12

- 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.
- 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.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 13

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

- w wyniku działań wojennych, czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
- w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 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 wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2013 roku.

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





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK OSIEROCENIA 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 osierocenia dziecka, kod warunków: ODGP30 (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 osierocenie dziecka wskutek śmierci ubezpieczonego zaistniałe w okresie naszej odpowiedzialności.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku śmierci ubezpieczonego wypłacamy każdemu dziecku 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci ubezpieczonego.

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być 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 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 karenca w przypadkach i na zasadach analogicznych jak w ubezpieczeniu podstawowym.

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

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

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- wyłączenia odpowiedzialności z tytułu śmierci w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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 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 osobą fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka, kod warunków ODGP30 (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 OSIEROCENIA DZIECKA

Kod warunków: ODGP30



POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

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

§ 2

- Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:
 - dziecko** – dziecko ubezpieczonego (własne, a także przysposobione lub pasierb – jeżeli nie żyje ojciec lub matka) w wieku do ukończenia 18 roku życia, a w razie uczęszczania do szkoły w wieku do ukończenia 25 roku życia lub bez względu na wiek, w razie jego całkowitej niezdolności do pracy,
 - uczęszczanie do szkoły** – kształcenie się w publicznej lub niepublicznej szkole oraz państwowej lub niepaństwowej szkole wyższej, znajdującej się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w trybie dziennym, wieczorowym lub zaocznym, w rozumieniu przepisów o oświacie i szkolnictwie wyższym, z wyłączeniem wszelkich kursów oraz kształcenia korespondencyjnego.
- Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennic, 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 osierocenie dziecka wskutek śmierci ubezpieczonego zaistniałe w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

§ 5

PZU Życie SA wypłaca świadczenie w przypadku osierocenia dziecka w wysokości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci ubezpieczonego.

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

- 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.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 9

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

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 10

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

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 11

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

SKŁADKA

§ 12

- 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.
- 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.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 13

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

wyłączenia odpowiedzialności z tytułu śmierci w ubezpieczeniu podstawowym.

§ 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 osierocenia dziecka przez ubezpieczonego przysługuje każdemu dziecku, o ile nie przyczyniło się umyślnie do śmierci ubezpieczonego.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 17

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.

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 wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 roku.



**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH**



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 wyłączonej 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 osobą 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).
- 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.

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;

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 wchodzi 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	Nazwa procedury	Klasa
Układ nerwowy		Wycięcie przewodu tarczowo-językowego	III
Kraniotomia z usunięciem ropnia nadtwardówkowego	IV	Częściowe wycięcie przytarczyc	IV
Kraniotomia z usunięciem krwaka nadtwardówkowego	IV	Całkowite wycięcie przytarczyc	III
Kraniotomia z usunięciem obcego ciała z czaszki	III	Częściowe wycięcie nadnerczy	IV
Kraniotomia z usunięciem krwaka podtwardówkowego	IV	Obustronne wycięcie nadnerczy	III
Kraniotomia z usunięciem krwaka śródmózgowego	III	Operacja szyszynki	II
Drenaż krwaka śródmózgowego	III	Wycięcie przysadki mózgowej	I
Lobotomia/traktotomia	II	Zniszczenie przysadki mózgowej	I
Wycięcie zmiany opony mózgu	III	Częściowe wycięcie grasicy	IV
Wycięcie tkanki mózgu	III	Całkowite wycięcie grasicy	III
Wycięcie guza mózdzku	III	Torakoskopowe wycięcie grasicy	IV
Usunięcie ropnia mózdzku	III	Transplantacja grasicy	III
Wycięcie guza pnia mózgu	III	Wycięcie zmiany piersi	IV
Rekonstrukcja opon mózgowych	III	Subtotalna mamektomia	III
Operacja przepukliny mózgowej	III	Wycięcie brodawki sutkowej	V
Wentrykulostomia	III	Rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej	V
Pozaczaskowy drenaż mózgu	III	Jednostronne całkowite wycięcie piersi	III
Wszczepienie stymulatora mózgu	III	Obustronne całkowite wycięcie piersi	II
Operacja tętniaka lub naczyńniaka mózgu	III	Całkowita jednoczasowa rekonstrukcja piersi	III
Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego	IV	Jednostronny wszczep do piersi	IV
Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego ze stabilizacją	IV	Przeszczep skóry na pierś	IV
Wycięcie zmiany rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych	III	Przeszczep uszypułowany na pierś	IV
Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	V	Rekonstrukcja piersi płatem mięśniowym lub skórno-mięśniowym	IV
Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	III	Całkowita obustronna jednoczasowa rekonstrukcja piersi	II
Rekonstrukcja nerwu obwodowego	V	Oko	
Odbarczenie nerwu czaszkowego	III	Wycięcie gruczołu łzowego	V
Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	III	Wycięcie zmiany gruczołu łzowego	V
Operacje naprawcze nerwu obwodowego	V	Wycięcie woreczka/ dróg łzowych	V
Operacje naprawcze nerwu współczulnego	V	Zespoleńie dróg łzowych z jamą nosową	V
Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego	III	Wycięcie zmiany ze spojówki	V
Rekonstrukcja nerwu czaszkowego	III	Operacja naprawcza skaleczenia spojówki	V
Przecięcie ciała modzelowatego – kalozotomia	I	Usunięcie zrostów spojówki lub/i powieki	V
Drenaż przestrzeni podpajęczynówkowej	IV	Rekonstrukcja spojówki z przeszczepem	V
Wycięcie lub zniszczenie splotu naczyniówkowego opon mózgowych	IV	Wycięcie skrzydła rogówki	V
Drenaż ropnia przestrzeni podpajęczynówkowej	IV	Przeszczep rogówki	V
Podwiązanie tętnicy oponowej środkowej	IV	Nacięcie tęczówki	V
Kauteryzacja splotu naczyniówkowego opon mózgowych	IV	Usunięcie zrostów tęczówki	V
Podwiązanie naczyń przestrzeni podtwardówkowej	IV	Wycięcie tęczówki	V
Drenaż przestrzeni podtwardówkowej	IV	Wycięcie zmiany tęczówki	V
Drenaż wodniaka śródczaszkowego	IV	Trepanacja twardówki z usunięciem tęczówki	V
Dekortykacja opon mózgu	IV	Wytworzenie przetoki twardówki	V
Wycięcie zmiany tkanki mózgu	II	Usunięcie zmiany twardówki	V
Rozległa resekcja tkanki mózgowej	I	Naprawa garbiaka twardówki	V
Usunięcie ropnia pnia mózgu	II	Wzmocnienie twardówki	V
Wycięcie tkanki rdzenia kręgowego	III	Usunięcie soczewki lub wprowadzenie sztucznej soczewki	IV
Przecięcie dróg rdzenia kręgowego	III	Usunięcie ciała szklстого	V
Operacja przepukliny oponowej lub/i rdzeniowej	III	Usunięcie mięśnia okoruchowego	IV
Drenaż przestrzeni podoponowej rdzenia	IV	Wycięcie gałki ocznej	III
Wycięcie nerwiaka nerwu słuchowego	IV	Zabieg naprawczy wielu struktur oka	III
Sympatektomia szyjna	III	Operacyjne zaopatrzenie pękniętej gałki ocznej	III
Sympatektomia lędźwiowa	III	Wycięcie zmiany oczodołu	III
Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	III	Osteoplastyka oczodołu	III
Wycięcie rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych	III	Usunięcie lub wycięcie zmiany ciała rzęskowego	V
Przeszczep opony twardej mózgu	III	Ucho	
Układ endokrynologiczny oraz gruczoł sutkowy		Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego	IV
Częściowe wycięcie tarczycy	IV	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	III
Całkowite wycięcie tarczycy	III	Operacja naprawcza błony bębenkowej	V

Nazwa procedury	Klasa	Nazwa procedury	Klasa
Operacja naprawcza wyrostka sutkowatego	IV	Wycięcie zmiany podniebienia twardego	V
Wycięcie zmiany ucha środkowego	IV	Wycięcie zmiany podniebienia miękkiego	V
Wycięcie zmiany ucha wewnętrznego	III	Korekcja deformacji podniebienia	IV
Drenaż ucha wewnętrznego	IV	Wycięcie zmiany wargi	V
Ablacja struktur ucha wewnętrznego	III	Wycięcie zmiany śluzówki jamy ustnej	V
Rekonstrukcja ucha wewnętrznego	III	Rekonstrukcja struktur jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	IV
Operacja przetoki ucha wewnętrznego	IV	Wycięcie języczka	V
Wszczepienie protezy ślimaka	III	Wycięcie zmiany migdałka	V
Wytworzenie przetoki limfatycznej	IV		
Odbarczenie błędnika	III	Przewód pokarmowy	
Układ oddechowy		Częściowe wycięcie przełyku	III
Operacyjne tamowanie krwotoku z nosa	V	Całkowite wycięcie przełyku	II
Wycięcie małżowiny wewnętrznej nosa	V	Śródpiersiowe zespolenie omijające przełyku	II
Wycięcie nosa	III	Wytworzenie sztucznego przełyku	II
Otwarcie zatoki szczękowej	V	Zamostkowe wytworzenie przełyku	II
Wycięcie zmiany zatoki szczękowej	V	Przedmostkowe zespolenie omijające przełyku	II
Wyłonienie zatoki szczękowej	V	Wprowadzenie endoprotezy przełyku	III
Otwarcie zatoki czołowej	V	Szycie rozerwania przełyku	IV
Wycięcie zmiany zatoki czołowej	V	Usunięcie zwężenia przełyku	IV
Obliteracja zatoki czołowej	V	Podwiązanie żyłaków przełyku	IV
Wycięcie zatoki czołowej	V	Jednoczasowe usunięcie przełyku i żołądka	I
Otwarcie komórek sitowych	V	Wytworzenie przetoki przełykowej	IV
Wycięcie komórek sitowych	V	Operacja przetoki żołądkowej	IV
Otwarcie zatoki klinowej	V	Podwiązanie żyłaków wpustu żołądka	IV
Usunięcie zatoki klinowej	V	Pyloromyotomia	IV
Otwarcie wielu zatok nosa	V	Pyloroplastyka	IV
Wycięcie gardła	III	Częściowe wycięcie żołądka	III
Wycięcie zmiany gardła	V	Całkowite wycięcie żołądka	II
Rozszerzanie gardła	V	Wagotomia choroby wrzodowej żołądka	IV
Operacje naprawcze nozdrzy tylnych	V	Zaszycie wrzodu żołądka	IV
Operacje naprawcze gardła po usunięciu nowotworu	V	Zatamowanie krwotoku w żołądku lub dwunastnicy	IV
Zamknięcie przetoki gardła	V	Zespolenie omijające żołądka	III
Wycięcie częściowe krtani	IV	Operacja antyrefluksowa	IV
Wycięcie całkowite krtani	III	Szycie rozerwania żołądka	IV
Wycięcie zmiany krtani	V	Inwersja uchyłka żołądka	IV
Rozszerzenie krtani	V	Wycięcie dwunastnicy	III
Operacja przetoki krtani	V	Zaszycie wrzodu dwunastnicy	IV
Wycięcie chrząstki krtani	IV	Wagotomia choroby wrzodowej dwunastnicy	IV
Operacja naprawcza krtani	IV	Zespolenie omijające dwunastnicy	III
Wycięcie strun głosowych	IV	Operacja przetoki dwunastniczej	IV
Wszczepienie protezy głosowej	III	Szycie rozerwanej dwunastnicy	IV
Jednoczasowe wycięcie krtani i gardła	II	Częściowe wycięcie jelita cienkiego	III
Przeszczep krtani	I	Całkowite wycięcie jelita cienkiego	II
Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	V	Zespolenie omijające jelita cienkiego	III
Operacja naprawcza tchawicy	IV	Zamknięcie przetoki jelita cienkiego	IV
Operacja przetoki tchawicy	IV	Wyłonienie jelita cienkiego	IV
Całkowita jednoczasowa rekonstrukcja krtani i tchawicy	I	Rekonstrukcja przetoki jelitowej	IV
Częściowe wycięcie tchawicy	III	Szycie rozerwanego jelita cienkiego	IV
Operacja naprawcza oskrzela	IV	Odprowadzenie skrętu jelita	IV
Operacja przetoki oskrzelowej	IV	Odprowadzenie wgłobienia jelita	IV
Wycięcie zmiany oskrzela	IV	Ufiksowanie jelita cienkiego	IV
Wycięcie oskrzela	III	Plikacja jelita cienkiego	IV
Wycięcie zmiany płuca	III	Wycięcie cysty lub zatoki pilonidalnej	V
Wycięcie płuca	II	Wycięcie kątncy	III
Przeszczep płuca	I	Operacja przepukliny przeponowej	III
Jednoczasowy przeszczep płuca i serca	I	Wycięcie poprzeczniczy	III
Wycięcie zmiany śródpiersia	III	Hemikolektomia prawostronna	II
Rekonstrukcja przewodu zatokowo-nosowego	V	Hemikolektomia lewostronna	II
		Wycięcie esicy	III
Jama ustna		Totalna śródbrzuszna kolektomia	I
Wycięcie zmiany języka	V	Zespolenie omijające jelita grubego	III
Częściowe wycięcie języka	V	Operacja przetoki jelita grubego	IV
Całkowite usunięcie języka	IV	Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego	II
Wycięcie zmiany ślinianki	V	Wyłonienie jelita grubego	IV
Częściowe wycięcie ślinianki	V	Plikacja jelita grubego	IV
Całkowite usunięcie ślinianki	V	Ufiksowanie jelita grubego	IV
Operacje naprawcze ślinianki lub przewodu ślinowego	V	Szycie rozerwania jelita grubego	IV
Zamknięcie przetoki ślinowej	V	Odbarczenie zarośniętego odbytu	IV

Nazwa procedury	Klasa	Nazwa procedury	Klasa
Opierścienienie odbytu	IV	Chirurgicznie zmniejszenie komory serca	III
Operacja przetoki odbytu	IV	Przeszczep serca	I
Wszczepienie sztucznego zwieracza odbytu	IV	Wszczepienie sztucznego serca	I
Operacja wypadającego odbytu	IV	Wszczepienie systemu mechanicznego wspomaganie serca	IV
Wycięcie odbytu	III	Wszczepienie systemu stymulującego serce	V
Szycie rozerwania odbytnicy	IV	Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora	V
Wycięcie odbytnicy	III	Wszczepienie układu resynchronizującego serce CRT	V
Ufiksowanie odbytnicy	IV	Otwarta koronaroplastyka	III
Przeszczep mięśnia smukłego	IV	Operacje beleczek mięśniowych serca	III
Wycięcie wyrostka robaczkowego	V	Pomosty dla rewaskularyzacji serca	III
Narządy jamy brzusznej		Przezkórna operacja tętnicy płucnej	IV
Częściowe wycięcie śledziony	IV	Przezkórne zamknięcie uszka przedsionka	IV
Całkowite wycięcie śledziony	III	Naczynia tętnnicze oraz żyłne	
Wycięcie zmiany śledziony	IV	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	IV
Przeszczep śledziony	III	Rekonstrukcja tętnic brzusznych	IV
Częściowe wycięcie wątroby	III	Endarterektomia tętnic kończyny dolnej	IV
Całkowite wycięcie wątroby	II	Wycięcie lub zespolenie tętnic kończyny dolnej	IV
Wycięcie zmiany wątroby	IV	Pomostowanie aorty brzusznej lub/i tętnic kończyn dolnych	III
Przeszczep wątroby	I	Operacja tętniaka tętnicy mózgowej	III
Wewnątrznaczyniowa operacja na naczyniach wątrobowych	IV	Operacja naprawcza aorty	III
Ufiksowanie wątroby	III	Pomost aorty brzusznej lub/i tętnic brzusznych	III
Zespolenie przewodu wątrobowego	III	Rekonstrukcja innej tętnicy	IV
Wycięcie pęcherzyka żółciowego	V	Szycie tętnicy	IV
Wycięcie zmiany trzustki	III	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	IV
Cholecystostomia	V	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza aorty	III
Szycie przewodu żółciowego	V	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza tętnic kończyn dolnych	IV
Wycięcie dróg żółciowych	III	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza gałęzi trzewnych aorty	IV
Zespolenie przewodu żółciowego	III	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza tętnicy mózgowej	III
Wycięcie zmiany dróg żółciowych	IV	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza innej tętnicy	V
Plastyka przewodu żółciowego wspólnego	III	Wycięcie tętniaka z zespoleniem żył: brzusznych, biodrowych, wrotnych, nerkowych, śledzionowych, żyły głównej dolnej	III
Zespolenie pęcherzyka żółciowego	III	Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego z zespoleniem	IV
Wycięcie brodawki Vatera	IV	Wewnątrznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej	IV
Wycięcie przewodu pęcherzykowego	V	Rekonstrukcja tętnicy mózgowej	III
Wytworzenie przetoki torbieli trzustki	IV	Rekonstrukcja tętnicy płucnej	III
Częściowe wycięcie trzustki	III	Wycięcie tętniaka naczyń klatki piersiowej	III
Całkowite wycięcie trzustki	II	Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego ze wstawką	IV
Jednoczasowe całkowite wycięcie trzustki i dwunastnicy	I	Wycięcie tętniaka naczyń kończyny górnej	IV
Operacja Whipplea	I	Endarterektomia naczyń kończyny górnej	IV
Zespolenie trzustki	III	Zespolenie żył jamy brzusznej	III
Zespolenie przewodu trzustkowego	III	Układ moczowy	
Serce		Operacja nerki przez nefrostomię	IV
Zamknięta walwulotomia	IV	Operacja torbieli nerki	V
Otwarta walwuloplastyka	III	Usunięcie kamienia z nerki	V
Wszczepienie zastawki aortalnej	II	Pielostomia	V
Wszczepienie zastawki mitralnej	II	Wycięcie lub zniszczenie zmiany układu kielichowo-miedniczkowego	IV
Wszczepienie zastawki płucnej	II	Wycięcie lub zniszczenie zmiany nerki	IV
Wszczepienie zastawki trójdziałnej	II	Ablacja termiczna zmiany nerki	IV
Operacja naprawcza pierścienia zastawki	III	Wycięcie kielicha nerkowego	IV
Przezkórna walwuloplastyka	III	Częściowe wycięcie nerki	IV
Zamknięcie przewodu tętniczego Botalla	IV	Całkowite wycięcie nerki	III
Zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego	III	Obustronne jednoczasowe wycięcie nerek	I
Zamknięcie ubytku międzykomorowego	III	Przeszczep nerki	I
Zamknięcie ubytku przegrody serca	III	Umocowanie lub podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej	III
Korekcja całkowita zespołu Fallota	I	Zaopatrzenie uszkodzenia urazowego nerki	IV
Operacja naprawcza złożonych wad wielkich naczyń	I	Operacja przetoki nerkowej	IV
Całkowita korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych	I	Zespolenie układu moczowego	IV
Korekcja całkowita wspólnego pnia tętniczego	I	Plastyka układu moczowego	IV
Przezkórna angioplastyka wieńcowa	V	Usunięcie skrzepu z układu moczowego	V
Pomostowanie tętnic wieńcowych	III	Usunięcie kamienia z układu moczowego	V
Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej	III	Usunięcie ciała obcego z układu moczowego	V
Operacje mięśni brodawkowatych serca	IV	Usunięcie przeszkody z układu moczowego	V
Operacje nici ścięgnistych serca	IV	Usunięcie zmiany z moczowodu	V
Wycięcie osierdzia	III	Korekcja zwężenia moczowodu	V
Operacja naprawcza tętniaka serca	III	Nacięcie moczowodu	V
Wycięcie tętniaka serca	III	Częściowe wycięcie moczowodu	V
Przebudowanie komory serca	III	Całkowite usunięcie moczowodu	IV

Nazwa procedury	Klasa	Nazwa procedury	Klasa
Operacja przetoki moczowodowej	IV	Protezowanie prącia	IV
Reimplantacja moczowodu do pęcherza moczowego	IV	Reimplantacja prącia	IV
Wszczepienie moczowodu do jelita	IV	Operacja naprawcza prącia	V
Wytworzenie końcowej przetoki kałowej z wszczepieniem moczowodów	III	Operacja naprawcza napletka	V
Reimplantacja moczowodu	IV	Wycięcie moszny	IV
Zeszycie rany moczowodu	V	Żeński układ rozrodczy	
Zamknięcie przetoki moczowodu	IV	Operacja gruczołu Bartholina	V
Umocowanie moczowodu	V	Wycięcie lub zniszczenie zmiany w zatoce Douglasa	V
Operacja moczowodu objętego zwłóknieniem zaotrzewnowym	IV	Zamknięcie zatoki Douglasa	V
Operacja przeciwoptywowa zewnątrzpęcherzowa	IV	Wycięcie zmiany pochwy	V
Uzupełnienie moczowodu wszczepem	V	Wycięcie pochwy	IV
Protezowanie moczowodu	IV	Operacja naprawcza pochwy	IV
Sfałdowanie moczowodu	V	Operacja przetoki pochwowej	IV
Uwolnienie moczowodu ze zrostów	V	Rekonstrukcja sklepienia pochwy	IV
Wszczepienie elektronicznego stymulatora moczowodu	IV	Wycięcie zmiany sromu	V
Usunięcie kamienia z pęcherza moczowego	V	Wycięcie sromu	IV
Operacja naprawcza ujścia pęcherza moczowego	IV	Uwolnienie zrostów sromu	V
Plastyka pęcherza i cewki moczowej	III	Operacja lechtaczki	V
Operacja naprawcza uchyłka pęcherza moczowego	IV	Operacja jajnika i/lub jajowodu	V
Plastyka ujścia pęcherza moczowego	IV	Obustronne wycięcie jajników i/lub jajowodów	IV
Sfałdowanie ujścia pęcherza moczowego	IV	Wycięcie zmiany szyjki macicy	V
Korekcja zwężenia cewki moczowej	V	Usunięcie mięśniaków macicy	V
Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza	V	Wycięcie zmiany trzonu macicy	V
Operacja przetoki pęcherza moczowego	IV	Usunięcie tkanki trzonu macicy	V
Wycięcie lub zniszczenie zmiany pęcherza moczowego	V	Operacja naprawcza przegrody macicy	V
Wycięcie uchyłka pęcherza moczowego	IV	Usunięcie zrostów macicy	V
Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	IV	Zniszczenie zmiany trzonu macicy	V
Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	III	Przyszycie macicy do powłok brzusznych	V
Operacja przetoki pochwowej	IV	Szycie rozdarcia macicy	V
Wytworzenie zastępczego pęcherza moczowego	III	Zamknięcie przetoki macicy	V
Operacja naprawcza cewki moczowej	V	Zabieg naprawczy poporodowego rozdarcia macicy	V
Operacja przetoki cewki moczowej	IV	Zabieg naprawczy wrodzonej wady macicy	V
Sfałdowanie cewki moczowej	V	Wycięcie macicy	IV
Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej	V	Operacje aparatu zawieszającego macicę	IV
Wszczepienie protezy cewki moczowej	V	Skóra	
Operacja spodziectwa	V	Przeszczep wolny skóry	V
Operacyjne leczenie nietrzymania moczu	IV	Przeszczep płata skóry owłosionej	V
Wycięcie lub zniszczenie tkanki stercza	V	Przeszczep innej niż własna tkanka do skóry	V
Wycięcie lub zniszczenie zmiany stercza	V	Uszypułowany lub płatowy przeszczep skóry	V
Całkowite wycięcie stercza	IV	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry	V
Wycięcie zmiany cewki moczowej	V	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-powięziowego	V
Wycięcie uchyłka cewki moczowej	V	Przeszczep płata skórno-powięziowego	IV
Operacja przetoki moczowodowej	IV	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	V
Operacja przetoki pęcherza moczowego	IV	Przeszczep śluzówki	V
Operacja przetoki macicznej	IV	Tkanki miękkie	
Rekonstrukcja pęcherza moczowego	III	Uwolnienie ścięgna	V
Wytworzenie zespolenia pęcherza moczowego	IV	Wycięcie torbieli bocznej szyi lub pozostałości szczeliny skrzelowej	V
Wszczepienie elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego	V	Wycięcie zmiany ściany klatki piersiowej (z usunięciem żeber)	IV
Częściowe wycięcie cewki moczowej	V	Dekortykacja płuca	IV
Całkowite wycięcie cewki moczowej	IV	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	III
Narządy płciowe męskie		Operacja naprawcza przepony	III
Operacja wodniaka jądra	V	Szycie rany przepony	III
Wycięcie zmiany jądra	V	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	IV
Jednostronne wycięcie jądra	V	Operacja przepukliny pachwinowej obustronna	IV
Wycięcie jedyne jądra	V	Operacja przepukliny pachwinowej jednostronna	V
Wycięcie obu jąder jednocześnie	IV	Operacja przepukliny pępkowej	V
Sprawdzenie jąder	V	Operacja przepukliny udowej jednostronna	V
Protezowanie jądra	V	Operacja przepukliny udowej obustronna	IV
Operacja żyłaków powrózka nasiennego	V	Operacja przepukliny ściany jamy brzusznej o nieokreślonym umiejscowieniu	V
Operacja naprawcza powrózka nasiennego	V	Operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	V
Operacja pęcherzyków nasiennych	V	Plikacja przepony	IV
Operacja najądrza	V	Operacja moczownika	V
Wycięcie najądrza	V	Wycięcie tkanek otrzewnowej	V
Wycięcie nasieniowodu	V	Operacja naprawcza dotycząca sieci	V
Wycięcie lub zniszczenie zmiany prącia	V	Operacja naprawcza dotycząca krezki jelita	V
Całkowite wycięcie prącia	IV		
Częściowe wycięcie prącia	V		

Nazwa procedury	Klasa	Nazwa procedury	Klasa
Wycięcie zmiany otrzewnej	V	Uwolnienie stawu	V
Uwolnienie zrostów otrzewnowych	V	Uwolnienie więzadła	V
Operacja przewodu limfatycznego	IV	Otwarte nastawienie zwłknięcia	IV
Wycięcie ścięgna	V	Wycięcie łąkotki kolana	V
Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	V	Usztywnienie (artrodeza) stawu biodrowego	IV
Operacja kaletki	V	Usztywnienie (artrodeza) stawu kolanowego	IV
Wycięcie powięzi	V	Usztywnienie (artrodeza) stawu barkowego	IV
Wycięcie mięśnia	V	Usztywnienie (artrodeza) stawu łokciowego	IV
Uwolnienie przykurczu mięśnia	V	Operacja stabilizująca więzadła stawu kolanowego	V
Operacja naprawcza ścięgna	V	Operacja stabilizująca staw barkowy	IV
Operacja naprawcza mięśnia	V	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny górnej	V
Przeszczepienie mięśnia	IV	Operacja stabilizująca rzepekę stawu kolanowego	V
Uwolnienie mięśnia	V	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny dolnej	V
Wycięcie zmiany lub tkanki przepony	IV	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego	III
Zabieg naprawczy opłucnej	IV	Częściowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego	IV
Operacja naprawcza przepukliny kulszowej	V	Artroplastyka nadgarstka lub śródreżca	IV
Operacja naprawcza przepukliny kulszowo odbytniczej	V	Artroplastyka śródreżczo-paliczkowa i międzypaliczkowa	IV
Operacja naprawcza przepukliny lędźwiowej	V	Całkowita endoproteza nadgarstka	III
Operacja naprawcza przepukliny zaślonej	V	Całkowita endoprotezoplastyka stawu stopy, palców stopy	IV
Operacja naprawcza przepukliny sieciowej	V	Całkowita endoprotezoplastyka stawu skokowego	IV
Operacja naprawcza przepukliny zaotrzewnowej	V	Rekonstrukcja mikrochirurgiczna naczyń i/ lub nerwów stopy	IV
Operacja naprawcza otrzewnej	V	Policyzacja palca	IV
Wycięcie pochewki ścięgna	V	Całkowita rekonstrukcja kciuka	IV
Operacja naprawcza dotycząca powięzi	V	Korekcja stopy końsko-szpotaowej	IV
Kości i stawy szkieletu i kręgosłupa		Częściowa endoprotezoplastyka stawu barkowego	IV
Podniesienie złamanego fragmentu czaszki	III	Częściowa endoprotezoplastyka stawu łokciowego	IV
Uzupełnienie ubytku kości czaszki	IV	Całkowita endoprotezoplastyka stawu barkowego	III
Otwarte nastawienie złamania kości nosa	IV	Całkowita endoprotezoplastyka stawu łokciowego	III
Wycięcie zmiany kości twarzoczaszki	V	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego	III
Wycięcie kości twarzoczaszki	IV	Całkowite wycięcie kości ektopowej	IV
Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej	IV	Częściowe wycięcie kości ektopowej	V
Otwarte nastawienie złamania szczęki	IV	Pozostałe	
Otwarte nastawienie złamania żuchwy	IV	Amputacja kciuka	IV
Otwarte nastawienie kości twarzy	IV	Amputacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	IV
Otwarte nastawienie złamania oczodołu	IV	Wyłuszczenie nadgarstka	III
Przeszczep kostny kości twarzy	IV	Amputacja kończyny górnej na wysokości przedramienia	III
Otwarte nastawienie zwłknięcia stawu skroniowo-żuchwowego	IV	Wyłuszczenie w stawie łokciowym	III
Częściowe wycięcie żuchwy	IV	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	III
Całkowite wycięcie żuchwy	III	Wyłuszczenie w stawie barkowym	III
Wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa	IV	Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki	II
Usunięcie przepukliny jądra międzyzostowego	IV	Amputacja palucha	IV
Usztywnienie (artrodeza) stawów kręgosłupa	IV	Amputacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	IV
Operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	IV	Wyłuszczenie w stawie skokowym	III
Operacja złamania kręgu	IV	Amputacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	III
Rekonstrukcja wielu kości twarzoczaszki	III	Amputacja kończyny dolnej na wysokości kolana	III
Rekonstrukcja jednej kości twarzoczaszki	IV	Wyłuszczenie w stawie kolanowym	III
Wycięcie zmiany kości	V	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	III
Wycięcie martwaka kości	V	Wyłuszczenie w stawie biodrowym	II
Osteotomia bez rozdzielienia (z wyłączeniem stóp i rąk)	IV	Amputacja kończyny dolnej z częścią miednicy	II
Osteotomia klinowa (z wyłączeniem stóp i rąk)	IV	Replantacja kciuka	IV
Inna osteotomia (z wyłączeniem stóp i rąk)	IV	Replantacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	III
Resekcja kości (z wyłączeniem stóp i rąk)	IV	Replantacja kończyny górnej na wysokości ramienia	II
Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	V	Replantacja palucha	IV
Otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	IV	Replantacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	III
Zamknięta stabilizacja oddzielonej nasady kości	V	Replantacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	III
Otwarta stabilizacja oddzielonej nasady kości	IV	Replantacja kończyny dolnej na wysokości uda	II
Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu złamania kości	IV	Przeszczep całej twarzy	I
Uwolnienie torebki stawowej	V		

**OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA PRAWA
DO INDYWIDUALNEGO KONTYNUOWANIA
UBEZPIECZENIA**



Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia prawa do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, kod warunków PKGP31, PKGP50 (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 § 3 OWU § 13 OWU § 14 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 11 – 12 OWU § 14 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA PRAWA DO INDYWIDUALNEGO KONTYNUOWANIA UBEZPIECZENIA

Kod warunków: PKGP31
Kod warunków: PKGP50



POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia prawa do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia 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 odmiennic, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, używane są w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA ORAZ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 3

1. Przedmiot i zakres ubezpieczenia obejmuje prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia w ramach odrębnej umowy ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, zawieranej na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, jeżeli spełnione zostaną warunki określone w tych ogólnych warunkach ubezpieczenia.
2. Wysokość składki od 1000 zł początkowej sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym jest określona we wniosku o zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P Plus i potwierdzona polisą.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 4

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

§ 5

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

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 6

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

§ 7

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

§ 8

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

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON

§ 9

Ubezpieczający jest obowiązany informować uprawnionych o ich uprawnieniach do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia.

SKŁADKA

§ 10

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu podstawowym, częstotliwości przekazywania składek oraz liczby 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

§ 11

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

§ 12

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 13

PZU Życie SA umożliwia zawarcie odrębnej umowy ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego na rzecz danej osoby na warunkach, o których mowa w § 3, jeżeli wniosek o zawarcie umowy zgłoszony zostanie w terminie określonym w ogólnych warunkach ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 14

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

§ 15

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia, oznaczone kodem PKGP31, zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/491/2006 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 7 grudnia 2006 roku ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku, uchwałą nr UZ/221/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 sierpnia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/39/2015 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 26 lutego 2015 roku.
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia, oznaczone kodem PKGP50, zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/221/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 sierpnia 2011 roku ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/39/2015 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 26 lutego 2015 roku.
3. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2015 roku.

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





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 osobą 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 odmiennic, 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

- 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.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 9

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

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 10

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

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 11

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

SKŁADKA

§ 12

- 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.
- 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.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 13

- Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
- 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 NIEZDOLNOŚCI DO PRACY
I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI**





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 osobą 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** – trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek 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 nieświadczanie 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

- 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.”
- § 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.

- 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.

**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.

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





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 osobą 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, tklivości 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 cm ²	1–10
b) od 10 do 50 cm ²	11–15
c) powyżej 50 cm ²	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 połowiczny lub obu kończyn dolnych znacznie utrudniający sprawność kończyn 2° lub 2/3° wg skali Lovette'a	60–80
c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub niedowład obu kończyn dolnych 3° lub 3/4° wg skali Lovette'a	40–60
d) nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczny 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
<p>UWAGA:</p> <p>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%.</p> <p>W przypadku współistnienia deficytu ruchowego z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9.</p> <p>W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi, należy oceniać wg punktu 5 g oddzielnie dla każdej kończyny.</p>	

SKALA LOVETTE'A

- 0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej,
1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 10% prawidłowej siły mięśniowej,
2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 25% prawidłowej siły mięśniowej,
3° – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej,
4° – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 75% prawidłowej siły mięśniowej
5° – 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 mózdkowego) 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
<p>UWAGA:</p> <p>Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja z przebiegu leczenia, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego.</p> <p>W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9.</p>	
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
<p>UWAGA:</p> <p>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.</p>	
10. Nerwice i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych lub po ciężkim uszkodzeniu 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
<p>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.</p>	
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
<p>UWAGA: Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu, należy oceniać wg punktu 9.</p>	
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
<p>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 punktu 19).</p>	
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 uszkodzeniu 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 szklami 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 ślepoty 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 (jednoczne)	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 rosty 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%
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 szумы 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 ściągnące 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

	Procent uszczerbku na zdrowiu
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:	
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:	
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, trwałe 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 jakiegokolwiek 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 odbytu 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) pełnościennne 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 uszkodzenia 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, NAGLE DZIAŁANIA CZYNNIKÓW CHEMICZNYCH, FIZYCZNYCH I BIOLOGICZNYCH

	Procent uszkodzenia 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 zatruc 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.	
<p>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.</p>	

I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA

	Procent uszkodzenia na zdrowiu
89. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a) skręcenie, stłuczenie, niewielkie uszkodzenie aparatu więzadłowego – z przemieszczeniem kręgów poniżej 3 mm lub niestabilność kątowna 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 miazdżystego, 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 zeszczywnienie z niekorzystnym ustawieniem głowy	50
<p>UWAGA: Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miazdżystego – 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.</p>	
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 miazdżystego – 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 zeszczywnienie – w zależności od ustawienia kręgosłupa	20–30
<p>UWAGA: Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miazdżystego – oceniać według punktu 90 b lub c w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości.</p>	
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) zeszywnienie – w zależności od ustawienia kręgosłupa	30–40
<p>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. Kręgoszynek rzekomy (zwyrodnieniowy) i prawdziwy (na tle kręgoszczeliny) nie jest traktowany jako następstwo nieszczęśliwego wypadku.</p>	
<p>92. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych lub ościstych kręgu, kości guzicznej:</p>	
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
<p>UWAGA: W przypadku istnienia zespołu bólowego guzicznego w związku ze stłuczeniem lub złamaniem kości guzicznej oceniać wyłącznie wg punktu 95 h.</p>	
<p>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</p>	
	5–10
<p>94. Uszkodzenie rdzenia kręgowego:</p>	
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 połowicznego 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 połowicznego 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 połowicznego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 3° w skali Lovette'a, lub połowiczne 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 połowicznego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 4° w skali Lovette'a lub połowiczne 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
<p>UWAGA: Ocena porażień zwieraczy i zaburzeń ze strony narządów płciowych wchodzi w zakres oceny punktu 94 a–c.</p>	
<p>95. Urazowe zespoły korzeniowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane) – w zależności od stopnia:</p>	
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
<p>UWAGA: Zaburzenia stwierdzone w punkcie 95 a–h powinny mieć potwierdzenie w obiektywnej dokumentacji medycznej z leczenia i diagnostyki następstw zdarzenia.</p>	

J. USZKODZENIA MIEDNICY

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

	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, zeszczywnienie 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) nieznaczące 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 uszkodzenia 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 uszkodzenia 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 porażenia 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 uszkodzenia 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 uszkodzenia – 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 uszkodzenia 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

Łokiec	Procent uszkodzenia 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 uszkodzenia 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 uszkodzenia 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 uszkodzenia 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 uszkodzenia w zależności od stopnia powikłań:		
	1–15	1–15
129. Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprostowania:		
	55–65	50–60

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

Nadgarstek	Procent uszkodzenia 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 zeszytnienie 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 uszkodzenia – w zależności od stopnia powikłań:	1–10	1–10
--	------	------

134. Utrata ręki na poziomie nadgarstka:	55	50
---	----	----

Śródreczę	Procent uszkodzenia na zdrowiu	
	Prawy	Lewy

135. Złamania kości śródreczę, 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 uszkodzenia 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 śródreczę	20–28	18–25
e) utrata obu paliczków z kością śródreczę	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 śródreczę (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 uszkodzenia 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 śródreczę	25–30	23–27

Palec wskazujący	Procent uszkodzenia 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, zeszywnień, 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 uszkodzenia 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
<p>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.</p>		
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, zeszywnień, 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 uszkodzenia na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
<p>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%).</p>		

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ

Staw biodrowy	Procent uszkodzenia na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
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	
<p>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.</p>		
145. Zeszywnienie 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 oprotegowania:	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 – wzrost niepowikłany, bez zaburzeń osi kończyny	1–15
b) średnie zmiany – wzrost złamania, zaburzenia osi kończyny, skrócenie kończyny od 3 do 6 cm, zaburzenia rotacji kończyny w średnim stopniu upośledzające chód	15–30
c) duże zmiany – wzrost 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 oprotegowania	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, przykurców, 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) zeszytywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnej korzystnej 0–15°	30
e) zeszytywnienie 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 łąkotec, stan po leczeniu operacyjnym łąkotec 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 łąkotec – 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 łąkotec, 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 zeszytywnienie 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 – wzrost niepowikłany, niewielkie zaburzenia osi kończyny, niewielkie skrócenie	5–15
b) średnie zmiany – wzrost złamania lub cechy wzrostu 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 oproteżowania 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, zeszywnienia 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 zeszywnienie w ustawieniu pod kątem zbliżonym do prostego	10–20
d) zeszywnienie 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, zeszywnienie w ustawieniu niekorzystnym	20–40
UWAGA: Jeżeli złamaniom lub zwichnięciom towarzyszą uszkodzenia więzadłowe, trwałe 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 (górnjej)	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 pośladowych (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. Kausalgie 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**

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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na.pzu.pl



pod numerem infolinii 801 102 102
(opłata zgodna z taryfą operatora)

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 wchodzi 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 przebiecia krwi do tkanki nerwowej mózgowia lub do komór mózgu oraz udar niedokrwienny, który uległ wtórnemu ukrwotoczeniu;
- 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 przeskórną 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 określone 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 polis, 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 rozstrzygnięcia sporów i złożyć skargę za pośrednictwem platformy internetowej systemu rozstrzygnięcia 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 URODZENIA DZIECKA**





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.

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)

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 osobą 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 odmiennic, 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 wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 roku.

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





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI 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 śmierci dziecka, kod warunków: ZDGP30 (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 dziecka. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć dziecka w okresie naszej odpowiedzialności.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku śmierci dziecka wypłacamy ubezpieczonemu 100% 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, zgodnie 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 obowiązuje w umowie ubezpieczenia dodatko-

wego 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.

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 pozostawał on w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia umowy lub od dnia powstania stosunku prawnego łączącego go z ubezpieczającym, o ile stosunek ten powstał w dniu zawarcia umowy,
- w przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia (do kwoty dodatkowej sumy ubezpieczenia).

Karencji nie stosuje się, jeżeli śmierć była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem.

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

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- zdarzeń będących przyczyną wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- gdy osobą zgłaszającą roszczenie jest osoba inna niż uprawniona do otrzymania roszczenia w świetle umowy,
- 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 osobą 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 dziecka, kod warunków ZDGP30 (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 DZIECKA

Kod warunków: ZDGP30



POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka 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 **dziecko** oznacza dziecko własne, przysposobione oraz pasierba ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka) – pod warunkiem, że nie ukończyło 25 roku życia.
2. Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennic, 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 dziecka ubezpieczonego.

§ 4

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

§ 5

PZU Życie SA wypłaca świadczenie w przypadku śmierci dziecka w wysokości 100% 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 dziecka, 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 dziecka przysługuje

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

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 17

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:
 - 1) zgłoszenie roszczenia,
 - 2) akt zgonu dziecka,
 - 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 ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 roku.

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





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA 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 małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków: ZMGP31 (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 spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem, zaistniałym w okresie naszej odpowiedzialności.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem wypłacamy ubezpieczonemu 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci.

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?

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,
- śmierci małżonka,
- 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 małżonek 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,
- braku związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią małżonka,
- 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 osobą 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 spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków ZMGP31 (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 § 17 OWU § 19 OWU § 20 OWU

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



Kod warunków: ZMGP31

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka 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 odmiennic, 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 spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem, zaistniałym w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 5

PZU Życie SA wypłaca świadczenie w przypadku śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem w wysokości 100% 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

- 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, 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

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

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 11

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

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 12

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

SKŁADKA

§ 13

- 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.
- 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.

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:

- zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym;

- 2) otrzymania przez PZU Życie SA oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego;
- 3) śmierci małżonka;
- 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

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 małżonka w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
- 2) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez małżonka czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 3) w wyniku wypadku komunikacyjnego, gdy małżonek 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 małżonek 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 małżonka 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

§ 17

Prawo do świadczenia z tytułu śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem przysługuje ubezpieczonemu, o ile nie przyczynił się umyślnie do śmierci małżonka.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 18

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:
 - 1) zgłoszenie roszczenia;
 - 2) akt zgonu małżonka;
 - 3) kartę zgonu małżonka albo – jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 4) akt małżeństwa ubezpieczonego;
 - 5) 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 nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią małżonka.
2. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć małżonka 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 wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2013 roku.

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





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA UBEZPIECZONEGO ORAZ RODZICA MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO

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 rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka ubezpieczonego, kod warunków: ZRGP30 (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 rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka ubezpieczonego.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku śmierci członka rodziny wypłacamy ubezpieczonemu 100% 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 łącznie 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 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. 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 pozostawał on w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia umowy lub od dnia powstania stosunku prawnego łączącego go z ubezpieczającym, o ile stosunek ten powstał w dniu zawarcia umowy,
- w przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia (do kwoty dodatkowej sumy ubezpieczenia).

Karencji nie stosuje się, jeżeli śmierć była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem.

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

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- zdarzeń będących przyczyną wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- gdy osobą zgłaszającą roszczenie jest osoba inna niż uprawniona do otrzymania roszczenia w świetle umowy,
- 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 osobą 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 rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka ubezpieczonego, kod warunków ZRGP30 (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 § 18 OWU § 19 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 13 OWU § 14 – 15 OWU § 17 OWU § 19 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA UBEZPIECZONEGO ORAZ RODZICA MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO



Kod warunków: ZRGP30

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka ubezpieczonego 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) **członek rodziny:**

- rodzica ubezpieczonego albo ojczyma lub macochy ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec lub matka ubezpieczonego, oraz
- rodzica aktualnego małżonka ubezpieczonego albo ojczyma lub macochy małżonka ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec lub matka małżonka ubezpieczonego.

2) **macocha** – aktualną żonę ojca ubezpieczonego lub małżonka, nie będącą biologiczną matką ubezpieczonego lub małżonka, oraz wdowę po ojcu ubezpieczonego lub małżonka, nie będącą biologiczną matką ubezpieczonego lub małżonka, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,

3) **ojczym** – aktualnego męża matki ubezpieczonego lub małżonka, nie będącego biologicznym ojcem ubezpieczonego lub małżonka, oraz wdowca po matce ubezpieczonego lub małżonka, nie będącego biologicznym ojcem ubezpieczonego lub małżonka, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński.

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 członka rodziny.

§ 4

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

§ 5

PZU Życie SA wypłaca świadczenie w przypadku śmierci członka rodziny, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 1, w wysokości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci tego członka rodziny.

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 z przystąpieniem do ubezpieczenia podstawowego.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 8

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

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 9

- 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.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 10

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

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 11

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

SKŁADKA

§ 12

- 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 przysługujących do ubezpieczenia.
- 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.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 13

- Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
- 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 członka rodziny, 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 członka rodziny przysługuje ubezpieczonemu.

§ 17

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

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 18

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:
 - 1) zgłoszenie roszczenia,

- 2) akt zgonu członka rodziny,
 - 3) akt małżeństwa – w przypadku zgonu członka rodziny określonego w § 2 ust. 1 pkt 1 lit. b,
 - 4) kartę zgonu albo – jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci, jeżeli śmierć była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem w okresie karencji,
 - 5) 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

§ 19

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.

§ 20

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 wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 roku.

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





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.

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)

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 osobą 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 ubezpiecze-

nia 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 wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 roku.

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





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.

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)

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 rozwiązania 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 osobą 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 wewnątrzakładowego 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 odmiennic, 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 wchodzi 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**



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 polis, 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 rozwiązania 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 osobą 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 spowodował 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 wchodzi 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.



**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 wyłączonej 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 zaistniały 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 wariantcie, 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 wariantcie, 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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 [na pzu.pl](http://na.pzu.pl)



pod numerem infolinii 801 102 102
(opłata zgodna z taryfą operatora)

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 wchodzi 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 definicję 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 wsierdza, 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 wariantcie 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 naczyńiowych, 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) brodawkowego 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 naczyńiowa 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 niedokrwinną 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 wielotorbielowość 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 hemofilie;
 - 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 niedokrwinną 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 wypłacone 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 wariantcie 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 rozpatrzeniu 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 rozstrzygnięcia sporów i złożyć skargę za pośrednictwem platformy internetowego systemu rozstrzygnięcia 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 wsierdza**, które jest zapaleniem wsierdza spowodowanym przez zakażenie bakteryjne. Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie wsierdza, które wymagało hospitalizacji i dotyczyło własnych zastawek serca lub jam serca, bez obcego materiału i urządzeń medycznych. Rozpoznanie bakteryjnego zapalenia wsierdza potwierdzają badania mikrobiologiczne identyfikujące bakterie wywołujące zapalenie lub badania obrazowe bądź patomorfologiczne ujawniające uszkodzenie wsierdza;
 - 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 wszczępieniu 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 ośłabienie 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, żyłaków przełyku i encefalopatii wątrobowej łącznie;
- 24) **sepsę (posocnicę)**, 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 rozszanie 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 neurologicznym, 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 żywego 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 żywego 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 przeszłłą 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 przyranego. 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