

**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 **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 ciężkiej choroby, kod warunków: CCGP40 (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 8 ciężkich chorób wskazanych w OWU (Wariant podstawowy),
 - wystąpienie u ubezpieczonego 13 ciężkich chorób wskazanych w OWU (Wariant rozszerzony),
- 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 100% 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.

Ubezpieczony może przystąpić do ubezpieczenia dodatkowego wraz z przystąpieniem do ubezpieczenia podstawowego, o ile razem z umową ubezpieczenia podstawowego funkcjonuje umowa ubezpieczenia dodatkowego.

Jak długo trwa umowa?

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

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

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

Jak i kiedy opłacasz składkę?

Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą lub indywidualnym potwierdzeniem. Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego w pełnej wymaganej kwocie.

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. W okresie karencji ponosimy odpowiedzialność jedynie za oparzenia lub utratę wzroku, jeżeli są następstwem nieszczęśliwego wypadku. 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 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 wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

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

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- ciężkich chorób, które wystąpiły u ubezpieczonego lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed początkiem naszej odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego,
 - wypadku komunikacyjnego, gdy ubezpieczony prowadził pojazd nie mając uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu,
 - kolejnego wystąpienia danej ciężkiej choroby.
- 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 ciężkiej choroby, kod warunków CCGP40 (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 § 13 OWU § 20 OWU § 21 OWU § 22 OWU § 23 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 15 – 16 OWU § 17 – 20 OWU § 23 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADK CIĘŻKIEJ CHOROBY



Kod warunków: CCGP40

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby 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) **ciężka choroba** – stan objęty odpowiedzialnością PZU Życie SA określony w § 4 ust. 1 i 2;
- 2) **wystąpienie ciężkiej choroby**:
 - a) zdiagnozowanie lub rozpoczęcie leczenia – w przypadku zawału serca, nowotworu złośliwego, udaru, niewydolności nerek, choroby Creutzfeldta-Jakoba, oponiaka, choroby Parkinsona oraz utraty wzroku, jeżeli nie jest spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem,
 - b) zajście nieszczęśliwego wypadku – w przypadku oparzeń oraz utraty wzroku, jeżeli jest spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem,
 - c) przeprowadzenie operacji – w przypadku chirurgicznego leczenia choroby naczyń wieńcowych – by-pass oraz transplantacji organów,
 - d) zakażenie – w przypadku – zakażenia wirusem HIV.
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

1. Zakres ubezpieczenia w wariancie podstawowym obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA następujących ciężkich chorób:

- 1) **zawał serca**, który powoduje:
 - a) wzrost lub spadek podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność co najmniej dwóch z następujących wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - objawy kliniczne niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej),
 - zmiany w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowe dla nowo powstałego niedokrwienia,
 - nowe odślinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych
- lub
- b) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych do wartości przekraczającej trzykrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w przypadku zabiegu **przełkniętej interwencji wieńcowej (PCI)**,
- lub
- c) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych – w przypadku **pomostowania tętnic wieńcowych (CABG)** – do

wartości przekraczającej pięciokrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym oraz pojawienie się jednego z następujących objawów:

- nowych patologicznych załamków Q lub nowego bloku lewej odnogi pęczka Hisa,
 - udokumentowanej angiograficznie niedrożności pomostu wieńcowego lub nowej niedrożności natywnej tętnicy wieńcowej,
 - udokumentowanej badaniem obrazowym nowej martwicy mięśnia sercowego;
- 2) **chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – by-pass**, które oznacza przeprowadzenie u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych operacji w celu korekty zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej poprzez wytworzenie przepływów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych;
 - 3) **nowotwór złośliwy**, który oznacza chorobę objawiającą się obecnością złośliwego guza (tzn. takiego, który nie jest otoczony torebką i charakteryzuje się zdolnością do naciekania tkanek i do tworzenia odległych przerzutów). Pod pojęciem nowotworu złośliwego określa się również białaczkę oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina) i chłoniaki niezaiarnicze. Rozpoznanie nowotworu złośliwego musi być zweryfikowane badaniem histopatologicznym. Z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:
 - a) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym,
 - b) wszystkie guzy, gdzie po badaniu histopatologicznym stwierdzono stan przednowotworowy lub przedinwazyjny,
 - c) nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ,
 - d) choroba Hodgkina w pierwszym stadium,
 - e) nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 4) **udar**, który oznacza nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi. Konieczne jest przedstawienie dowodów na utrwalone ubytki neurologiczne;
 - 5) **niewydolność nerek**, która oznacza końcowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obydwu nerek, w następstwie czego doszło do konieczności regularnego, stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia operacji przeszczepienia nerki;
 - 6) **choroba Creutzfeldta-Jakoba**, która oznacza klinicznie rozpoznaną za życia ubezpieczonego, przez specjalistę neurologa, chorobę powodującą niemożność wykonywania przez osobę ubezpieczoną minimum trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:
 - a) poruszania się w domu – poruszania się pomiędzy pomieszczeniami w domu – bez konieczności pomocy osoby drugiej,
 - b) kontrolowania czynności fizjologicznych – samokontroli w zakresie oddawania kału i moczu oraz utrzymywanie higieny osobistej,
 - c) ubierania się – samodzielnego ubierania i rozbierania się – bez konieczności pomocy osoby drugiej,
 - d) mycia i toalety – samodzielnego wykonywania czynności związanych z myciem i higieną osobistą – bez konieczności pomocy osoby drugiej,

- e) jedzenia – wszystkich czynności związanych z samodzielnym jedzeniem gotowych posiłków;
- 7) **zakażenie wirusem HIV**, będące następstwem bezpośredniego wykonania obowiązków zawodowych lub pełnoobjawowe AIDS będące następstwem zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych, które zostanie potwierdzone złożonymi dowodami, pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA;
- 8) **zakażenie wirusem HIV** jako powikłanie transfuzji krwi, wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, u osoby nie chorującej na hemofilie, które zostanie potwierdzone złożonymi dowodami, pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

2. Zakres ubezpieczenia w wariantcie rozszerzonym obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA ciężkich chorób wymienionych w ust. 1 oraz następujących:
- 1) **oparzenia**, wymagające hospitalizacji i obejmujące:
- ponad 70 % powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie lub
 - ponad 15 % powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia. Konieczne jest przedstawienie karty informacyjnej leczenia szpitalnego ze szczegółowym określeniem stopnia oparzenia i procentu oparzonej powierzchni ciała;
- 2) **transplantacja organów**, która oznacza przebycie jako biorca operacji przeszczepienia serca, serca i płuc, wątroby lub jej części, lub allogenicznego przeszczepu szpiku kostnego;
- 3) **utrata wzroku**, która oznacza obuoczną, nie poddającą się korekcy utratę ostrości wzroku poniżej 5/50 lub obuoczne ograniczenie pola widzenia poniżej 20. W celu potwierdzenia utraty wzroku konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania okulistycznego oraz statycznego badania pola widzenia;
- 4) **oponiak**, który oznacza potwierdzone histopatologicznie rozpoznanie oponiaka mózgu. Wyjązione z odpowiedzialności PZU Życie SA są jakiegokolwiek inne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, tj. torbiele, ziarninaki, malformacje naczyniowe, guzy przysadki i rdzenia kręgowego;
- 5) **choroba Parkinsona**, która oznacza przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, spowodowane pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę, którego następstwem jest wystąpienie co najmniej dwóch z trzech klasycznych objawów osiowych choroby, tj. drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, plastycznego wzmoczenia napięcia mięśniowego (sztywności mięśniowej), zmniejszających się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny, zwłaszcza lewodopa. Konieczne jest wykluczenie parkinsonizmu objawowego.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 5

PZU Życie SA wypłaca świadczenia w przypadku wystąpienia ciężkiej choroby w wysokości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu jej wystąpienia.

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

1. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia dodatkowego w wariantcie podstawowym (§ 4 ust. 1) albo rozszerzonym (§ 4 ust. 2).

2. Ubezpieczającemu, który zawarł umowę ubezpieczenia dodatkowego w określonym wariantcie, w każdym czasie przysługuje prawo do zmiany wariantu ubezpieczenia na inny wariant.
3. W celu zmiany wariantu ubezpieczenia ubezpieczający składa wniosek.

§ 8

Ubezpieczony może przystąpić do ubezpieczenia dodatkowego wraz z przystąpieniem do ubezpieczenia podstawowego, o ile razem z umową ubezpieczenia podstawowego funkcjonuje umowa ubezpieczenia dodatkowego.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 9

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.

§ 10

W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres nie jest wymagane ponowne złożenie deklaracji przystąpienia, chyba że zakres ubezpieczenia ulega rozszerzeniu.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 11

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

§ 12

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

§ 13

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

SKŁADKA

§ 14

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.

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

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 15

- Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
- W przypadku zmiany wariantu – w dniu poprzedzającym początek odpowiedzialności z tytułu nowego wariantu – kończy się odpowiedzialność PZU Życie SA z tytułu poprzedniego wariantu.

§ 16

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

- zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym;
- otrzymania przez PZU Życie SA oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego;
- upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia;
- upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego;
- rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 17

- W okresie pierwszych 90 dni, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego (karencja), PZU Życie SA ponosi odpowiedzialność jedynie za oparzenia lub utratę wzroku, jeżeli są następstwem nieszczęśliwego wypadku.
- 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.

§ 18

Odpowiedzialność PZU Życie SA nie obejmuje ciężkich chorób, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego.

§ 19

PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności za ciężkie choroby powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego przed początkiem odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego lub jeżeli nieszczęśliwy wypadek wydarzył się:

- 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:
 - nie mając uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu,
 - 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;

- gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a doprowadziło to do oparzenia lub utraty wzroku;
- w wyniku samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa;
- bepośrednio 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;
- 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.

§ 20

- PZU Życie SA wypłaca świadczenie za każde wystąpienie ciężkiej choroby w czasie odpowiedzialności PZU Życie SA z tytułu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, iż w przypadku:
 - zawału, udaru, konieczności przeprowadzenia chirurgicznego leczenia choroby naczyń wieńcowych – by-pass oraz w przypadku transplantacji serca spowodowanej chorobą wieńcową zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia tylko jednej z wymienionych chorób;
 - allogenicznego przeszczepu szpiku kostnego po przebytej terapii nowotworowej zostanie wypłacone świadczenie tylko za nowotwór złośliwy.
- Po wystąpieniu danej ciężkiej choroby odpowiedzialność PZU Życie SA wygasa w zakresie tej choroby.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 21

Prawo do świadczenia z tytułu wystąpienia ciężkiej choroby przysługuje ubezpieczonemu.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 22

- Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składka do PZU Życie SA:
 - zgłoszenie roszczenia;
 - kompletną dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie ciężkiej choroby, w tym wyniki badań potwierdzające wystąpienie danej ciężkiej choroby zgodnie z definicją przyjętą przez PZU Życie SA;
 - w przypadku ciężkiej choroby będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku, dokumentację potwierdzającą okoliczności wypadku;
 - inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na życzenie PZU Życie SA.
- 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.
- PZU Życie SA pokrywa koszty orzekania przez wskazanego przez siebie lekarza orzecznika oraz koszty zleconych przez siebie badań medycznych.

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/344/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 17 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 CIĘŻKIEJ CHOROBY



§ 1

W ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, kod warunków CCGP40, zatwierdzonych uchwałą nr UZ/344/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 17 lipca 2007 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku, uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku, zwanych dalej „OWU”, wprowadza się następujące zmiany:

§ 2

1. § 2 ust. 1 pkt 2 zostaje przekształcony w pkt 3, a nowy pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„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;”.

2. § 18 otrzymuje brzmienie:

„1. Odpowiedzialność PZU Życie SA nie obejmuje ciężkich chorób wskazanych w § 4, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed powstaniem odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego.

2. Wyłączenie odpowiedzialności z ust. 1 nie dotyczy:

- 1) sytuacji, w których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się i zakończyło przed ukończeniem przez ubezpieczonego 18 roku życia;
- 2) ciężkich chorób, w przypadku których nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiej samej choroby.”

3. § 19:

- 1) przekształca się w ust 1, a wyrażenie „za ciężkie choroby, powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego

przed początkiem odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego lub” zostaje wykreślone;

2) dodaje się ust. 2 w brzmieniu:

- „2. PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności w przypadku:
- 1) chirurgicznego leczenia choroby naczyń wieńcowych – by-pass, jeżeli przed początkiem odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego zdiagnozowano zawał serca lub chorobę naczyń wieńcowych. W przypadku choroby naczyń wieńcowych odpowiedzialność PZU Życie SA nie obejmuje również jej leczenia;
 - 2) niewydolności nerek, jeżeli przed początkiem odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego zdiagnozowano zapalenie nerek lub wielotorbielowość nerek;
 - 3) udaru, jeżeli przed początkiem odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego zdiagnozowano udar, przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, miażdżycę naczyń mózgowych;
 - 4) z zawału serca, jeżeli przed początkiem odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego zdiagnozowano zawał serca lub chorobę naczyń wieńcowych. W przypadku choroby naczyń wieńcowych odpowiedzialność PZU Życie SA nie obejmuje również jej leczenia.”

§ 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 ciężkiej choroby, kod warunków CCGP40.

