

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE  
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM  
I OGÓLNE WARUNKI  
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA  
ASSISTANCE OPIEKA MEDYCZNA**





## **DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE ASSISTANCE OPIEKA MEDYCZNA**

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 assistance Opieka Medyczna, kod warunków: AZGP30 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

### **Informacja o produkcie**

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

### **Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?**

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego i współubezpieczonych.

### **Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?**

Zakres ubezpieczenia obejmuje organizację i pokrycie kosztów świadczeń w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego (nieszczęśliwy wypadek, zdarzenie traumatyczne lub choroba) w okresie naszej odpowiedzialności.

Zakres podstawowy obejmuje:

- transport medyczny z miejsca zamieszkania lub zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do szpitala,
- transport medyczny ze szpitala do innej placówki medycznej,
- transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania,
- dostęp do infolinii medycznej.

Zakres rozszerzony I obejmuje:

- usługi objęte zakresem podstawowym,
- dostarczenie do miejsca pobytu ubezpieczonego lub współubezpieczonego leków zaordynowanych przez lekarza,
- wizytę pielęgniarki.

Zakres rozszerzony II obejmuje:

- usługi objęte zakresem podstawowym i rozszerzonym I,
- organizację procesu rehabilitacyjnego,
- wypożyczenie albo zakup sprzętu rehabilitacyjnego.

Zakres rozszerzony III:

- usługi objęte zakresem podstawowym i rozszerzonym II,
  - opiekę po hospitalizacji,
  - pomoc psychologa.
- Ubezpieczony i współubezpieczeni objęci są jednym i tym samym zakresem ubezpieczenia.

### **Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?**

- Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz

z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego – grupowym ubezpieczeniem szpitalnym Opieka Medyczna lub w dowolnym momencie jej trwania.

- Do ubezpieczenia mogą przystąpić osoby objęte ubezpieczeniem podstawowym, które w dniu podpisania deklaracji nie ukończyły 64 roku życia ich małżonkowie lub partnerzy życiowi, którzy nie ukończyli 64 lat, oraz dzieci, które nie ukończyły 18 lat lub jeśli studują – 25 lat.

### **Jak długo trwa umowa?**

Umowa zawierana jest na 1 rok, z możliwością przedłużenia na następujące po sobie okresy roczne. Jeżeli umowa zawierana jest pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.

### **Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?**

Ubezpieczenie obowiązuje na terenie Polski.

### **Jak i kiedy opłacasz składkę?**

Wysokość składki określamy w zależności od wybranego zakresu ubezpieczenia.

Składka opłacana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

### **Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?**

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonych i współubezpieczonych rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z niżej wymienionych okoliczności:

- śmierci ubezpieczonego,
- zakończenia naszej odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- rocznicy umowy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym ubezpieczony kończy 65 rok życia,
- upływu okresu, na który umowa ubezpieczenia dodatkowego została zawarta, w przypadku jej nieprzedłużenia,
- upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego;
- upływu 1 miesiąca, licząc od końca okresu, za który została przekazana ostatnia składka.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do współubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z niżej wymienionych okoliczności:

- zakończenia naszej odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego,
- śmierci współubezpieczonego,
- rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 18 rok życia, a w razie uczęszczania do szkoły – 25 rok życia,

- rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym partner życiowy kończy 65 rok życia,
- upływu 1 miesiąca, licząc od końca okresu, za który została przekazana ostatnia składka za współubezpieczonego.

### **Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony – czego nie obejmuje ubezpieczenie?**

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- kosztów poniesionych przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania akceptacji telecentrum, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności,
- uprzednio występującej choroby.

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

### **Jak rozwiązać umowę?**

Ubezpieczający może:

- odstąpić od umowy, na piśmie w terminie:
  - w ciągu 7 dni od dnia zawarcia umowy – gdy jest przedsiębiorcą,
  - w ciągu 30 dni od dnia zawarcia umowy – gdy nie jest przedsiębiorcą,
- wypowiedzieć umowę w każdym czasie, na piśmie z jedynosięciennym okresem wypowiedzenia,
- nie przedłużyć umowy najpóźniej 30 dni przed rocznicą polisy.

### **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 assistance Opieka Medyczna, kod warunków AZGP30 (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, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 15 OWU § 16 OWU § 17 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia	§ 2 OWU. § 4 OWU § 11OWU § 12 OWU § 13 OWU § 14 OWU § 17 OWU

# OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ASSISTANCE OPIEKA MEDYCZNA



Kod warunków: AZGP30

## POSTANOWIENIA OGÓLNE

### § 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia assistance Opieka Medyczna zawieranych jako umowy ubezpieczenia dodatkowego do umów grupowego ubezpieczenia na życie, wskazanych przez PZU Życie SA zwanych ubezpieczeniem podstawowym.

### § 2

1. Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

- 1) **choroba** – stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego, niezależny od czyjejkolwiek woli, powstały w wyniku patologii, co do którego lekarz może postawić diagnozę;
- 2) **choroba psychiczna** – chorobę zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
- 3) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu będący wynikiem nieszczęśliwego wypadku lub choroby;
- 4) **lekarz telecentrum** – osobę, którą łączy z telecentrum stosowna umowa, uprawnioną do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem;
- 5) **placówka medyczna** – szpital, przychodnię lub gabinet medyczny działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazane jako właściwe do realizacji świadczenia zdrowotnego na rzecz ubezpieczonego lub współubezpieczonego;
- 6) **siła wyższa** – niemożliwość do przewidzenia, wyjątkową sytuację lub zdarzenie niezależne od woli stron, uniemożliwiające którejkolwiek ze stron wypełnienie jej zobowiązań wynikających z umowy i nie będące wynikiem błędu, czy zaniedbania którejkolwiek ze stron oraz nie do przewidzenia mimo dołożenia wszelkich starań;
- 7) **sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
- 8) **szpital** – zakład opieki zdrowotnej będący w rozumieniu obowiązujących przepisów zakładem lecznictwa zamkniętego, przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych tym chorym, których stan zdrowia wymaga całodobowej opieki lekarsko-pielęgniarskiej; dla potrzeb niniejszej umowy pojęcie „szpital” nie obejmuje: zakładu opiekuńczo-leczniczego, zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, sanatorium, prewentorium, hospicjum stacjonarnego oraz innego, niewymienionego z nazwy zakładu przeznaczonego dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania po zakończeniu leczenia szpitalnego całodobowych lub całodziennych świadczeń o charakterze opiekuńczym lub rehabilitacyjnym;
- 9) **telecentrum** – podmiot wskazany przez PZU Życie SA, uprawniony do wykonywania czynności wynikających z niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
- 10) **uprzednio występująca choroba** – nawracające, przedłużające się lub przewlekłe schorzenia, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto bądź prowadzono postępowanie diagnostyczno-lecznicze u ubezpieczonego lub współubezpieczonego w ciągu 12 miesięcy przed dniem początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego lub współubezpieczonego;

- 11) **wnioskodawca** – ubezpieczonego, współubezpieczonego bądź inną osobę upoważnioną do dokonania zgłoszenia roszczenia w telecentrum;
  - 12) **zdarzenie traumatyczne** – zdarzenie, w którym narażone jest życie lub zdrowie ubezpieczonego lub współubezpieczonego bądź bycie świadkiem takiej sytuacji; może być to wiadomość o nagłej i nienaturalnej śmierci bliskich ubezpieczonego lub współubezpieczonego bądź źle rokującą diagnoza medyczna w stosunku do ubezpieczonego lub współubezpieczonego oraz bliskich im osób;
  - 13) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – nieszczęśliwy wypadek, zdarzenie traumatyczne lub choroba, które wystąpiły w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.
2. Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennie, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, używane są w niniejszych warunkach ubezpieczenia w takim samym znaczeniu.

## PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

### § 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego i współubezpieczonego.

### § 4

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje wskazane w ust. 2 świadczenia polegające na udzieleniu pomocy ubezpieczonemu i współubezpieczonemu w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. W ramach świadczeń, o których mowa w ust. 1, PZU Życie SA gwarantuje ubezpieczonemu i współubezpieczonemu organizację poniszcych usług i pokrycie ich kosztów:

#### 1) Zakres podstawowy:

- a) **transport medyczny z miejsca zamieszkania lub zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do szpitala.** Transport jest organizowany, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego oraz jeżeli stan zdrowia ubezpieczonego lub współubezpieczonego utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. Termin transportu jest ustalany w dniu zgłoszenia wniosku w telecentrum;
- b) **transport medyczny ze szpitala do innej placówki medycznej** w przypadku gdy placówka medyczna, w której przebywa ubezpieczony lub współubezpieczony nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy ubezpieczony lub współubezpieczony skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego oraz o ile stan zdrowia ubezpieczonego lub współubezpieczonego lub utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. Termin transportu jest ustalany w dniu zgłoszenia wniosku w telecentrum;
- c) **transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania.** Transport jest organizowany, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego oraz o ile stan zdrowia ubezpieczonego lub współubezpieczonego utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. Termin transportu jest ustalany w dniu zgłoszenia wniosku w telecentrum;

- d) dostęp do infolinii medycznej polegający na telefonicznej rozmowie z konsultantem telecentrum, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu ustnej informacji co do postępowania w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz dodatkowo:
- informacji o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub nieszczęśliwego wypadku, do których doszło poza miejscem zamieszkania, w tym ostrych dyżurach i dyżurach nocnych placówek;
  - informacji o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
  - informacji o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
  - informacji o adresach i telefonach aptek, w tym dyżurach nocnych aptek;
  - informacji o szczepieniach ochronnych;
  - informacji o zagrożeniach chorobowych i wymaganych szczepieniach dla osób wyjeżdżających za granicę;
  - informacji medycznej, w tym informacji o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;
  - informacji o dietach, zdrowym żywnieniu;
  - informacji o telefonach jednostek ratownictwa (alarmowe, GOPR, TOPR, WOPR itp.);
  - informacji o grupach wsparcia (telefon zaufania, uzależnienia, itp.).
- 2) **Zakres rozszerzony I:**
- a) **dostarczenie do miejsca pobytu ubezpieczonego lub współubezpieczonego leków zaordynowanych przez lekarza** w dniu zgłoszenia wniosku w telecentrum, w sytuacji, gdy ubezpieczony lub współubezpieczony wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego albo pisemną opinią lekarza specjalisty w przypadku osób, którym zgodnie z obowiązującymi przepisami nie wystawia się zwolnienia lekarskiego;
- b) **wizyta pielęgniarki** w miejscu pobytu ubezpieczonego lub współubezpieczonego, w związku ze stwierdzoną przez lekarza telecentrum medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy. PZU Życie SA pokrywa koszty:
- 2 wizyt trwających 4 godziny każda lub
  - 5 wizyt krótkich polegających na zmianie opatrunku, podaniu leku, zastrzyku, itp.
- 3) **Zakres rozszerzony II:**
- a) **usługi objęte zakresem rozszerzonym I;**
- b) **organizacja procesu rehabilitacyjnego**, jeżeli ubezpieczony lub współubezpieczony zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, potwierdzonym przez lekarza telecentrum, wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej. PZU Życie SA zapewnia w terminie ustalonym z ubezpieczonym lub współubezpieczonym:
- zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w miejscu pobytu ubezpieczonego lub współubezpieczonego do łącznej kwoty 600 złotych albo
  - zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 600 złotych;
- c) **wypożyczenie albo zakup sprzętu rehabilitacyjnego** jeżeli ubezpieczony lub współubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, potwierdzonym przez lekarza telecentrum, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu pobytu. PZU Życie SA zapewnia w terminie ustalonym z ubezpieczonym lub współubezpieczonym:
- pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu do łącznej kwoty 400 złotych oraz
  - pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 400 złotych.
- 3) **Zakres rozszerzony III:**
- a) **usługi objęte zakresem rozszerzonym II;**
- b) **opieka po hospitalizacji** jeżeli ubezpieczony lub współubezpieczony był hospitalizowany oraz istnieje konieczność przebywania na zwolnieniu lekarskim. PZU Życie SA zapewnia zorganizowanie w dniu zgłoszenia wniosku w telecentrum i pokrycie kosztów opieki pielęgniarki po zakończeniu hospitalizacji, w związku ze stwierdzoną przez lekarza telecentrum medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu pobytu ubezpieczonego lub współubezpieczonego. PZU Życie SA pokrywa koszty 7 wizyt, trwających do 4 godzin każda;
- c) **pomoc psychologa** – po hospitalizacji lub w wyniku zdarzenia traumatycznego. PZU Życie SA organizuje w dniu zgłoszenia wniosku w telecentrum i pokryje koszty 3 wizyt u psychologa.
3. Limity liczby usług lub wysokości kosztów usług określone w ust. 2 mogą być wykorzystywane wielokrotnie pod warunkiem, że odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
  4. O celowości organizacji i pokrycia kosztów, o których mowa w ust. 2 decyduje lekarz telecentrum.
  5. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń wynikających z ubezpieczenia dodatkowego przekroczy limity określone w ust. 2, może być ona wykonana przez telecentrum, o ile ubezpieczony lub współubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi, a zagwarantowanym przez PZU Życie SA limitem.
  6. Ubezpieczony i współubezpieczony objęci są jednym i tym samym zakresem ubezpieczenia.
  7. W każdą rocznicę umowy – za zgodą PZU Życie SA – ubezpieczający ma prawo dokonać zmiany zakresu ubezpieczenia określonego we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonego dokumentem ubezpieczenia.

## ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

### § 5

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

### § 6

1. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia dodatkowego PZU Życie SA przekazuje podmiotowi, który zamierza zawrzeć umowę, ogólne warunki ubezpieczenia oraz odpowiednie formularze.
2. PZU Życie SA zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. PZU Życie SA potwierdza zawarcie umowy polisą.
4. Zasady przystąpienia do ubezpieczenia są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Do ubezpieczenia mogą przystąpić osoby objęte ubezpieczeniem podstawowym, które w dniu podpisania deklaracji nie ukończyły 64 roku życia.
6. Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia dodatkowego w zakresie podstawowym lub rozszerzonym albo podstawowym i rozszerzonym z zastrzeżeniem, że zakres podstawowy nie ma zastosowania w przypadku, gdy umową podstawową jest grupowe ubezpieczenie szpitalne Opieka Medyczna.

## CZAS TRWANIA UMOWY

### § 7

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 nie później niż

na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia dodatkowego została zawarta.

## ODSTĄPIENIE OD UMOWY

### § 8

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

### § 9

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

## SKŁADKA

### § 10

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wybranego zakresu ubezpieczenia.
2. Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona dokumentem ubezpieczenia.
3. Składka opłacana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.
4. Składkę uważa się za opłaconą z chwilą uznania rachunku bankowego wskazanego przez PZU Życie SA.

## POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

### § 11

Od odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonych i współubezpieczonych rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

### § 12

1. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z niżej wymienionych okoliczności:
  - 1) śmierci ubezpieczonego;
  - 2) zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym;
  - 3) otrzymania przez PZU Życie SA oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego;
  - 4) rocznicy umowy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym ubezpieczony kończy 65 rok życia;
  - 5) upływu okresu, na który umowa ubezpieczenia dodatkowego została zawarta, w przypadku jej nieprzedłużenia;
  - 6) upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego;
  - 7) upływu 1 miesiąca, licząc od końca okresu, za który została przekazana ostatnia składka.
2. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do współubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z niżej wymienionych okoliczności:
  - 1) zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego;
  - 2) śmierci współubezpieczonego;

- 3) rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 18 rok życia, a w razie uczęszczania do szkoły – 25 rok życia;
- 4) rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym partner życiowy kończy 65 rok życia;
- 5) upływu 1 miesiąca, licząc od końca okresu, za który została przekazana ostatnia składka za współubezpieczonego.

## WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

### § 13

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego i współubezpieczonego jest wyłączona, w przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe objęte ochroną ubezpieczeniową jest lub było wynikiem okoliczności wskazanych w ubezpieczeniu podstawowym, skutkujących wyłączeniem odpowiedzialności i ponadto nie obejmuje:

- 1) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 3) kosztów poniesionych przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia telecentrum, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności;
- 4) kosztów zakupu leków;
- 5) odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach;
- 6) kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach systemu ubezpieczenia społecznego;
- 7) odpowiedzialności za braki w asortymencie sprzętu rehabilitacyjnego;
- 8) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
  - a) leczenia sanatoryjnego, zabiegów ze wskazaną estetycznych, helioterapii,
  - b) pozostawiania ubezpieczonego lub współubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,
  - c) chorób psychicznych,
  - d) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu Kodeksu karnego,
  - e) urazów doznanych podczas uprawiania sportów ekstremalnych,
  - f) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
  - g) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
  - h) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS),
  - i) uprzednio występującej choroby.

### § 14

1. PZU Życie SA nie odpowiada za niewykonanie lub opóźnienie w wykonaniu świadczenia określonego w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, jeśli opóźnienie lub niemożliwość wykonania świadczeń spowodowane są strajkami, atakami terroru lub sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, siłą wyższą.
2. Odpowiedzialnością PZU Życie SA nie są objęte zdarzenia ubezpieczeniowe i ich skutki związane z zagrożeniem życia, wymagające natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego. W przypadku otrzymania przez telecentrum zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego związanego z zagrożeniem życia ubezpieczonego lub współubezpieczonego PZU Życie SA odmawia realizacji świadczenia. O takim zdarzeniu należy powiadomić podmioty ustawowo powołane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w szczególności pogotowie ratunkowe.

## UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

### § 15

Prawo do świadczenia przysługuje ubezpieczonemu i współubezpieczonemu.

## WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

### § 16

- Świadczenia realizowane są na podstawie telefonicznego wniosku złożonego przez wnioskodawcę w telecentrum, w terminie 48 godzin od daty zgłoszenia lub w terminie późniejszym wskazanym przez wnioskodawcę. Wniosek powinien być zgłoszony pod czynny całodobowo nr telefonu wskazany przez PZU Życie SA.
- Wnioskodawca zobowiązany jest do podania w telecentrum następujących danych:
  - imię i nazwisko ubezpieczonego lub współubezpieczonego;
  - nr PESEL albo numer polisy;
  - adres miejsca zamieszkania;
  - krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy;
  - numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
  - dane niezbędne do zorganizowania pomocy przez telecentrum, w tym sugestie co do świadczenia, z którego ubezpieczony lub współubezpieczony chce skorzystać;
  - inne dane niezbędne do realizacji świadczenia – na życzenie telecentrum.
- Telecentrum umożliwia ubezpieczonemu i współubezpieczonemu dostęp do świadczeń zgodnie z wybranym we wniosku o zawarcie umowy zakresem.
- PZU Życie SA jest zobowiązany do spełnienia świadczenia, jeżeli wniosek o którym mowa w ust. 1 został złożony w czasie trwania odpowiedzialności PZU Życie SA.
- W celu umożliwienia spełnienia świadczenia określonego w zakresie ubezpieczenia, ubezpieczony lub współubezpieczony zobowiązani są do zapewnienia zespołowi medycznemu lub innemu

osobom uprawnionym przez PZU Życie SA, dostępu do wszelkich informacji pozwalających na identyfikację osoby oraz ocenę stanu zdrowia i przebiegu leczenia i hospitalizacji na potrzeby ustalenia odpowiedzialności PZU Życie SA i spełnienia świadczenia.

- Zgłaszając wniosek o spełnienie świadczenia o charakterze medycznym, ubezpieczony lub współubezpieczony wyrażają zgodę na przekazywanie PZU Życie SA przez lekarzy i placówki medyczne informacji, dotyczących stanu zdrowia, przebiegu leczenia i hospitalizacji na potrzeby ustalenia odpowiedzialności PZU Życie SA i spełnienia świadczenia.
- Ubezpieczony lub współubezpieczony zobowiązany jest na życzenie PZU Życie SA do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.
- Rozmowy telefoniczne prowadzone między telecentrum a wnioskującym są nagrywane.

## POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### § 17

- W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.
- Prawem właściwym w stosunkach wynikających z umowy jest prawo właściwe dla umowy ubezpieczenia podstawowego.

### § 18

- Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/359/2009 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 19 listopada 2009 roku i zmienione uchwałą nr UZ/86/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 12 kwietnia 2011 roku.
- Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 15 kwietnia 2011 roku