



**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE
UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK NOWOTWORU I INNYCH CIĘŻKICH CHORÓB**





Dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek nowotworu i innych ciężkich chorób

Wersja dokumentu z dnia 1.04.2019 r.

To jest materiał zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek nowotworu i innych ciężkich chorób, kod warunków CCIP50 (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 umowy.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego. W razie jego zachorowania wypłacimy świadczenie z ubezpieczenia.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

- Ubezpieczenie jest ubezpieczeniem dodatkowym. Możesz je zawrzeć tylko z ubezpieczeniem podstawowym.
- Ubezpieczenie zawieramy na czas określony – w momencie zawierania ubezpieczenia podstawowego albo w dniu najbliższej płatności składki za ubezpieczenie podstawowe.
- Ubezpieczenie możemy zawrzeć w:
 - wariantcie Standard, który obejmuje wystąpienie jednej z 10 ciężkich chorób albo
 - wariantcie Premium, który obejmuje wystąpienie jednej z 25 ciężkich chorób oraz zapewnia zagraniczną konsultację medyczną, tzw. drugą opinię medyczną.
- W razie wystąpienia u ubezpieczonego ciężkiej choroby w okresie naszej ochrony wypłacimy sumę ubezpieczenia aktualną w dniu wystąpienia ciężkiej choroby oraz w Wariantcie Premium zapewnimy drugą opinię medyczną dotyczącą ciężkiej choroby, na którą ubezpieczony zachorował.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

- Umowę zawieramy z Tobą, czyli ubezpieczającym. Ty wskazujesz ubezpieczonego (siebie lub inną osobę), którego zdrowie obejmujemy ochroną. Ubezpieczający to osoba, która opłaca składki. Może to być zarówno osoba prawna, jak i fizyczna.
- Ubezpieczony to osoba fizyczna, której zdrowie jest ubezpieczone. Musi mieć co najmniej 18 lat i nie więcej niż 60 lat. Wiek ubezpieczonego liczymy nie według jego daty urodzenia tylko według roku kalendarzowego, w którym się urodził.



PRZYKŁAD

Jeśli ubezpieczony urodził się 1 czerwca 1989 r. i chce zawrzeć ubezpieczenie od 1 lutego 2019 r. to dla nas ma 30 lat, mimo tego, że trzydzieste urodziny będzie obchodził za 4 miesiące.

- Ty i ubezpieczony możecie być jedną i tą samą osobą, ale możecie być również różnymi osobami, np. Ty zawierasz umowę jako ubezpieczający (opłacasz składki), ale ochroną ubezpieczeniową objęte jest zdrowie żony (jest ona wówczas ubezpieczoną).
- Możemy odmówić zawarcia umowy, w szczególności z powodu naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego związanego z:
 - zawodem, sportem, hobby lub zdrowiem ubezpieczonego.

Jak długo trwa umowa?

- Umowę zawieramy na czas określony, który wskazujemy w polisie (jest to tzw. okres ubezpieczenia). Okres ubezpieczenia trwa:
 - 5 lat, jeśli zawierasz umowę wraz z ubezpieczeniem podstawowym albo w rocznicę ubezpieczenia podstawowego, albo
 - 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej rocznicy ubezpieczenia podstawowego – jeśli umowę zawierasz po zawarciu ubezpieczenia podstawowego i opłacasz składki z częstotliwością miesięczną, kwartalną lub półroczną.



PRZYKŁAD

1 czerwca 2019 r. zawarłeś ubezpieczenie podstawowe, a 1 grudnia 2019 r. zawarłeś tę umowę dodatkową. Umowa ta będzie trwać do 31 maja 2024 r. czyli 4 lata i 6 miesięcy. Jeżeli zawrzesz umowę na kolejny okres, będzie ona trwała od 1 czerwca 2024 r. do 31 maja 2029 r. czyli 5 pełnych lat.

- Okres ubezpieczenia upływa:
 - z końcem okresu ubezpieczenia,
 - z końcem ubezpieczenia podstawowego,
 - w dniu rocznicy umowy, w roku w którym wiek polisowy ubezpieczonego wynosi 65 lat.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

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

Jak i kiedy opłacasz składkę?

- Składkę opłacasz:
 - na rachunek bankowy, którego numer jest wskazany w polisie,
 - za umowę dodatkową wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

- Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie.
- Nasza ochrona kończy się w dniu, w którym:
 - kończy się ochrona w ubezpieczeniu podstawowym,
 - nastąpi śmierć ubezpieczonego,
 - otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu od ubezpieczenia,
 - upłynie okres wypowiedzenia umowy,
 - zakończy się okres ubezpieczenia,
 - wypłacimy sumę ubezpieczenia albo zrealizujemy drugą opinię medyczną,
 - zamienimy ubezpieczenie podstawowe na ubezpieczenie bezskładkowe,
 - opłacisz składki za ubezpieczenie podstawowe jednorazowo do końca okresu ubezpieczenia.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- Jesteśmy zwolnieni z udzielania ochrony z tytułu ciężkiej choroby, jeśli spełniły się łącznie warunki:
 - ubezpieczony nie podał do naszej wiadomości wszystkich znanych sobie okoliczności, o które go pytaliśmy przed zawarciem umowy, zmianą wariantu umowy albo w przypadku wnioskowania o podwyższenie sumy ubezpieczenia,
 - przyczyną ciężkiej choroby ubezpieczonego były okoliczności, których ubezpieczony nie podał do naszej wiadomości, a o które pytaliśmy przed zawarciem umowy, zmianą wariantu umowy albo w przypadku wnioskowania o podwyższenie sumy ubezpieczenia.
 - Nie ponosimy odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego, jeżeli wystąpienie ciężkiej choroby było spowodowane lub zaszło bezpośrednio wskutek obrażeń, których ubezpieczony doznał gdy był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile stan ubezpieczonego miał wpływ na wystąpienie ciężkiej choroby;
- Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza ochrona (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

- Możesz odstąpić od umowy:
 - w ciągu 7 dni od jej zawarcia – jeśli jesteś przedsiębiorcą,
 - w ciągu 30 dni od jej zawarcia – jeśli nie jesteś przedsiębiorcą.

Po tym czasie możesz rozwiązać umowę w każdym czasie – wystarczy, że dostarczysz pisemne wypowiedzenie.

Wynagrodzenie dystrybutora

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek nowotworu i innych ciężkich chorób, o kodzie warunków CCIP50, które wskazują główne 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 jednostki redakcyjnej wzorca umowy
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–52 pkt 84–88 pkt 89–95
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	pkt 1–3 pkt 12–52 pkt 53–57 pkt 61–63 pkt 64–66 pkt 84–88 pkt 89–95

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 **na stronie pzu.pl**



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK NOWOTWORU I INNYCH CIĘŻKICH CHOROÓB

Kod warunków: CCIP50

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek nowotworu i innych ciężkich chorób uchwałą nr UZ/34/2019 z dnia 26 lutego 2019 roku, zwane dalej OWU.

OWU wchodzi w życie 1 kwietnia 2019 roku.

Zanim zawrzesz umowę, przeczytaj dokładnie OWU.

W OWU znajdziesz informacje m. in. o:

- zakresie ubezpieczenia, czyli o tym, co obejmuje i czego nie obejmuje nasze ubezpieczenie,
- zasadach wypłaty z ubezpieczenia,
- Twoich i naszych prawach i obowiązkach,
- czasie trwania ubezpieczenia.

Spis treści

Słowniczek	7
Przedmiot ubezpieczenia	7
Suma ubezpieczenia	8
Świadczenia z umowy	8
Zakres ubezpieczenia	8
Wyłączenia ochrony.	12
Zawarcie umowy	12
Kto może zawrzeć umowę i być objęty ochroną	13
Czas trwania umowy	13
Ponowne zawarcie umowy	13
Odstąpienie od umowy	13
Wypowiedzenie umowy	14
Prawa i obowiązki	14
Składka	14
Początek naszej ochrony	14
Koniec naszej ochrony.	15
Wypłata pieniędzy z ubezpieczenia	15
Realizacja drugiej opinii medycznej	15
Reklamacje, skargi i zażalenia, skierowanie sprawy do sądu	15
Postanowienia końcowe	16

SŁOWNICZEK

- czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **ciężka choroba** – choroba, uraz lub operacja chirurgiczna objęte naszą ochroną, zdefiniowane w pkt 20–29 dla wariantu 1 – STANDARD lub w pkt 20–44 dla wariantu 2 – PREMIUM;
- 2) **czynnik zewnętrzny** – każdy czynnik, który pochodzi spoza organizmu ubezpieczonego i w danych warunkach może wywołać szkodliwe dla niego skutki;
- 3) **dokumentacja medyczna** – dokumentacja opisująca stan zdrowia ubezpieczonego lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, sporządzona przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, osoby wykonujące zawód medyczny oraz inne osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
- 4) **druga opinia medyczna** – opinia, która jest rezultatem zagranicznej konsultacji medycznej. Dostarczamy ją ubezpieczonemu na piśmie;
- 5) **kolejna umowa** – umowa zawarta z zachowaniem ciągłości naszej ochrony;
- 6) **konsultant medyczny / konsultant** – placówka medyczna, która działa poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, wyznaczona przez PZU Pomoc SA do współpracy w celu przeprowadzenia zagranicznej konsultacji medycznej;
- 7) **my/PZU Życie** – Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
- 8) **miesiąc umowy** – okres, który rozpoczyna się i kończy w tym samym czasie jak miesiąc umowy podstawowej;
- 9) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie, które:
 - a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego oraz
 - b) jest wywołane czynnikami zewnętrznymi oraz
 - c) jest wyłączną przyczyną zdarzenia, które obejmuje nasza ochrona;
- 10) **pierwsza umowa** – umowa zawarta po raz pierwszy lub zawarta ponownie, jeżeli nie zachowano ciągłości naszej ochrony;
- 11) **PZU Pomoc SA** – podmiot zewnętrzny działający na zlecenie PZU Życie SA, który na podstawie umowy zawartej z PZU Życie SA organizuje drugą opinię medyczną;
- 12) **rok umowy** – okres 12 miesięcy umowy, który rozpoczyna się:
 - a) od daty zawarcia umowy wraz z ubezpieczeniem podstawowym, albo
 - b) w najbliższą rocznicę ubezpieczenia podstawowego, jeśli umowa została zawarta w trakcie trwania ubezpieczenia podstawowego;
- 13) **ubezpieczenie podstawowe** – indywidualne ubezpieczenie na życie, do którego możesz zawrzeć to ubezpieczenie dodatkowe;
- 14) **umowa** – umowa ubezpieczenia dodatkowego zawarta między Tobą a PZU Życie na podstawie tych OWU i potwierdzona polisą;
- 15) **wiek polisowy:**
 - a) wiek ubezpieczonego przyjęty dla ubezpieczenia podstawowego, ustalany na dzień początku ochrony i w każdą kolejną rocznicę ubezpieczenia podstawowego – w przypadku zawierania umowy dodatkowej wraz z ubezpieczeniem podstawowym,
 - b) wiek ubezpieczonego, ustalany jako różnica lat pomiędzy rokiem kalendarzowym w dniu ostatniej rocznicy ubezpieczenia podstawowego a rokiem urodzenia ubezpieczonego (a jeśli nie było jeszcze rocznicy umowy, wiek ubezpieczonego ustalany jest na dzień zawarcia ubezpieczenia podstawowego) – w przypadku zawierania umowy dodatkowej do istniejącego ubezpieczenia podstawowego;

PRZYKŁAD



Ubezpieczasz siebie, czyli jesteś ubezpieczającym i ubezpieczonym. Urodziłeś się 1 czerwca 1988 r. i 17 kwietnia 2019 r. zawarłeś z nami ubezpieczenie podstawowe. Zgodnie z powyższą definicją miałeś wtedy 31 lat i tak obliczony wiek będzie obowiązywał do 16 kwietnia 2020 r.

W dniu 20 stycznia 2020 r. zawierasz z nami tę umowę. Twój wiek polisowy to 31 lat; jeśli zawarłbyś tę umowę w rocznicę lub po rocznicy ubezpieczenia podstawowego, czyli po 16 kwietnia 2020 roku miałbyś wtedy 32 lata i taki wiek przyjęlibyśmy do obliczenia składki za tę umowę;

- 16) **wystąpienie ciężkiej choroby** – zaistnienie w okresie naszej ochrony okoliczności opisanych w pkt 20–44, które dotyczą wskazanych ciężkich chorób;
 - 17) **zagraniczna konsultacja medyczna** – analiza dokumentacji medycznej dostarczonej przez ubezpieczonego, dokonana przez konsultanta; analiza ma na celu weryfikację, potwierdzenie lub uzupełnienie diagnozy opisanej w tej dokumentacji. Analiza dokonywana jest z wykorzystaniem zaawansowanych technik diagnostycznych oraz metod komunikacyjnych, które nie obejmują bezpośrednich konsultacji, ani innych bezpośrednich kontaktów pomiędzy ubezpieczonym a konsultantem. Zagraniczna konsultacja medyczna jest wykonywana w przypadku wystąpienia u ubezpieczonego ciężkiej choroby objętej niniejszą umową.
2. Jeżeli te OWU nie stanowią inaczej, określenia, które zdefiniowaliśmy w OWU ubezpieczenia podstawowego używamy w tych OWU w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

- czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego.

SUMA UBEZPIECZENIA

- czyli ile pieniędzy wypłacimy i jak możesz określić tę kwotę

4. Suma ubezpieczenia to kwota, którą wypłacimy z tytułu zdarzenia objętego naszą ochroną.
5. Ty podejmujesz decyzję o wysokości sumy ubezpieczenia. Może być ona różna od sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu podstawowym i nie może być niższa od minimalnej sumy ubezpieczenia.
6. Wysokość sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
7. Sumę ubezpieczenia możesz zmienić nie wcześniej niż po 12 miesiącach od daty zawarcia umowy.
8. Aby zmienić wysokość sumy ubezpieczenia złóż nam pisemny wniosek o zmianę.
9. Jeśli wystąpisz o podwyższenie sumy ubezpieczenia:
 - 1) możemy zwrócić się do ubezpieczonego z prośbą aby:
 - a) udostępnić nam dodatkowe informacje o swoim stanie zdrowia i wykonywanym zawodzie,
 - b) poddać się badaniom medycznym w wyznaczonych placówkach medycznych, to my pokryjemy koszt badań;
 - 2) na podstawie dokumentów, o które poprosimy możemy:
 - a) zgodzić się na wysokość sumy ubezpieczenia o którą wnioskujesz, albo
 - b) zaproponować Ci inną wysokość sumy ubezpieczenia, którą uzgodnimy z Tobą, albo
 - c) odmówić Ci podwyższenia sumy ubezpieczenia.
10. Nowa wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki będzie obowiązywać od dnia najbliższej płatności składki za ubezpieczenie podstawowe, nie wcześniej jednak niż po wyrażeniu przez nas zgody na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia.
11. Nową wysokość sumy ubezpieczenia potwierdzimy w polisie.

ŚWIADCZENIA Z UMOWY

12. W przypadku wystąpienia ciężkiej choroby:
 - 1) w wariantcie 1 – STANDARD – wypłacamy 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu jej wystąpienia;
 - 2) w wariantcie 2 – PREMIUM – wypłacamy 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu jej wystąpienia i zapewniamy uzyskanie drugiej opinii medycznej.
13. W ramach ubezpieczenia może zostać wypłacone wyłącznie jedno świadczenie z tytułu wystąpienia ciężkiej choroby.
14. Wypłata sumy ubezpieczenia oraz realizacja drugiej opinii medycznej muszą dotyczyć tej samej ciężkiej choroby.
15. Druga opinia medyczna jest rezultatem zagranicznej konsultacji medycznej, w ramach której:
 - 1) udzielamy ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie drugiej opinii medycznej;
 - 2) zapewniamy tłumaczenie dostarczonej dokumentacji medycznej na język używany przez konsultanta;
 - 3) przekazujemy przetłumaczoną dokumentację medyczną konsultantowi, przy wykorzystaniu środków komunikacji, które umożliwią konsultantowi odczytanie dokumentacji i jej analizę;
 - 4) zapewniamy wydanie drugiej opinii medycznej przez konsultanta;
 - 5) zapewniamy tłumaczenie na język polski drugiej opinii medycznej wydanej przez konsultanta;
 - 6) udostępniamy drugą opinię medyczną ubezpieczonemu.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

- czyli za jakie zdarzenia zapłacimy

16. Umowę możesz zawrzeć w jednym z dwóch wariantów: w wariantcie 1 – **STANDARD** lub w wariantcie 2 – **PREMIUM**. Warianty różnią się zakresem naszej ochrony, czyli rodzajami zdarzeń, za które ubezpieczony może otrzymać wypłatę.
17. Zakres ubezpieczenia w wariantcie 1 – STANDARD obejmuje wystąpienie w okresie naszej ochrony jednej z następujących ciężkich chorób, zdefiniowanych w pkt. 20–29:
 - 1) nowotwór złośliwy;
 - 2) zawał serca;
 - 3) udar mózgu;
 - 4) chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass);
 - 5) niezłośliwy guz mózgu;
 - 6) chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca;
 - 7) chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej;
 - 8) chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej;
 - 9) transplantacja;
 - 10) przewlekła niewydolność nerek.
18. Zakres ubezpieczenia w wariantcie 2 – PREMIUM obejmuje wystąpienie w okresie naszej ochrony jednej z następujących ciężkich chorób, zdefiniowanych w pkt. 20–44:
 - 1) nowotwór złośliwy;
 - 2) zawał serca;
 - 3) udar mózgu;
 - 4) chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass);

- 5) niezłośliwy guz mózgu;
- 6) chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca;
- 7) chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej;
- 8) chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej;
- 9) transplantacja;
- 10) przewlekła niewydolność nerek;
- 11) sepsa (posocznica);
- 12) choroba Creutzfeldta-Jakoba;
- 13) choroba Parkinsona;
- 14) choroba Huntingtona;
- 15) stwardnienie rozsiane;
- 16) ciężkie oparzenie;
- 17) anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna);
- 18) schyłkowa niewydolność wątroby;
- 19) zakażenie wirusem HIV zawodowe lub zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi;
- 20) bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych;
- 21) bakteryjne zapalenie wsierdza;
- 22) choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne);
- 23) zator tętnicy płucnej;
- 24) całkowita utrata wzroku;
- 25) całkowita utrata słuchu.

19. W ramach ubezpieczenia w wariantcie 2 – PREMIUM, zapewniamy ubezpieczonemu zagraniczną konsultację medyczną, której rezultatem jest uzyskanie drugiej opinii medycznej.

20. Zakres ubezpieczenia obejmuje taki **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. Nasza ochrona nie obejmuje:

- 1) nowotworów ocenionych w badaniu histopatologicznym jako łagodne, o granicznej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjne oraz przedinwazyjne (tzw. in situ);
- 2) zmian o cechach dysplazji;
- 3) ziarnicy złośliwej w pierwszym stadium;
- 4) czerniaka złośliwego skóry opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 oraz wszystkich nowotworów skóry, w tym chłoniaka skóry;
- 5) brodawkowatego raka tarczycy opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0;
- 6) nowotworu złośliwego gruczołu krokowego (prostaty, stercza) opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 lub T1bN0M0;
- 7) dysplazji i nowotworu złośliwego szyjki macicy opisanego wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3;
- 8) wszystkich nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV.

Za wystąpienie nowotworu złośliwego uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony.

21. Zakres ubezpieczenia obejmuje taki **zawał serca**, który jest martwicą komórek mięśnia sercowego, spowodowaną jego przedłużonym niedokrwieniem. Nasza ochrona obejmuje ostry zawał serca, czyli taki, który jest potwierdzony wzrostem lub spadkiem wartości biochemicznego markera tej martwicy (tzw. troponiny sercowej), przy co najmniej jednej wartości powyżej górnej granicy normy i co najmniej jednym z następujących kryteriów:

- 1) kliniczne objawy niedokrwienia;
- 2) zmiany w zapisie EKG typowe dla nowo powstałego niedokrwienia;
- 3) nowy ubytek żywego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenie kurczliwości ścian serca stwierdzone w badaniach obrazowych;
- 4) obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej stwierdzona w badaniu angiograficznym lub w autopsji.

Odpowiadamy również za zawał serca, który:

- 1) jest związany z przeszkloną interwencją wieńcową – o ile wartość biochemicznego markera martwicy mięśnia sercowego (tzw. troponiny sercowej) przekracza 5-krotnie górną granicę normy;
- albo
- 2) jest związany z pomostowaniem tętnic wieńcowych – o ile wartość biochemicznego markera martwicy mięśnia sercowego (tzw. troponiny sercowej) przekracza 10-krotnie górną granicę normy.

Za wystąpienie zawału serca uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony.

22. Zakres ubezpieczenia obejmuje taki **udar mózgu** który jest nagłym ogniskowym lub uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu spowodowanym wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany.

Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu:

- 1) w którym, badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub,
- 2) który był leczony trombolitycznie.

Nasza ochrona nie obejmuje udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu.

Nasza ochrona nie obejmuje przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA).

Za wystąpienie udaru mózgu uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony.

23. Zakres ubezpieczenia obejmuje takie **chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)**, które jest metodą polegającą na wszczępieniu pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej.
Za wystąpienie chirurgicznego leczenia choroby naczyń wieńcowych (by-pass) uważa się przeprowadzenie powyższej operacji w okresie naszej ochrony.
24. Zakres ubezpieczenia obejmuje taki **niezłośliwy guz mózgu**, który jest łagodnym wewnątrzczaszkowym guzem mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych.
Odpowiadamy za taki niezłośliwy guz mózgu, który został usunięty lub jeśli ze względów medycznych usunięcie guza nie było możliwe, spowodował wystąpienie ubytków neurologicznych. Rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu.
Nasza ochrona nie obejmuje torbieli, ziarniniaków, malformacji naczyńniowych, krwawiaków mózgu, guzów przysadki mózgowej.
Za wystąpienie niezłośliwego guza mózgu uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony.
25. Zakres ubezpieczenia obejmuje takie **chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca**, które jest metodą polegającą na wymianie naturalnej, chorobowo zmienionej zastawki serca na zastawkę sztuczną lub zastawkę biologiczną.
Nasza ochrona nie obejmuje zabiegów rekonstrukcji ani plastyki nieprawidłowo pracujących elementów zastawek naturalnych.
Za wystąpienie chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca uważa się przeprowadzenie powyższej operacji w okresie naszej ochrony.
26. Zakres ubezpieczenia obejmuje takie **chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej**, które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty protezą naczyniową.
Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną, wykonaną z powodu tętniakowego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej.
Nasza ochrona nie obejmuje operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty piersiowej.
Za wystąpienie chirurgicznego leczenia aorty piersiowej uważa się przeprowadzenie powyższej operacji w okresie naszej ochrony.
27. Zakres ubezpieczenia obejmuje takie **chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej**, które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty protezą naczyniową. Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty brzusznej.
Nasza ochrona nie obejmuje operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty brzusznej.
Za wystąpienie chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej uważa się przeprowadzenie powyższej operacji w okresie naszej ochrony.
28. Zakres ubezpieczenia obejmuje taką **transplantację**, która jest operacją chirurgiczną przeszczepienia narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego.
Odpowiadamy wyłącznie za wykonaną u biorcy transplantację serca, płuca, trzustki, wątroby lub jej części, oraz wykonaną u biorcy allogeniczną transplantację szpiku kostnego.
Za wystąpienie transplantacji uważa się przeprowadzenie powyższej operacji w okresie naszej ochrony.
29. Zakres ubezpieczenia obejmuje taką **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.
Nasza ochrona nie obejmuje ostrej niewydolności nerek, która jest odwracalna i wymaga jedynie okresowej dializoterapii.
Za wystąpienie niewydolności nerek uważa się rozpoczęcie stałej dializoterapii lub przeprowadzenie operacji przeszczepienia nerki w okresie naszej ochrony.
30. Zakres ubezpieczenia obejmuje taką **sepsę (posocnicę)**, która jest ogólnoustrojową, nieswoistą reakcją organizmu na obecne we krwi meningokoki (dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych) lub pneumokoki (dwoinki zapalenia płuc) oraz ich toksyny.
Odpowiadamy wyłącznie za taką sepsę, która doprowadziła do niewydolności co najmniej dwóch z pięciu poniższych narządów lub układów:
- 1) ośrodkowy układ nerwowy;
 - 2) układ krążenia;
 - 3) układ oddechowy;
 - 4) układ krwiotwórczy;
 - 5) nerki;
 - 6) wątroba.
- Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny sepsy jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
Za wystąpienie sepsy uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony.
31. Zakres ubezpieczenia obejmuje taką **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 oraz spowodowała otępienie i zaburzenia funkcji ruchu.
Za wystąpienie choroby Creutzfeldta-Jakoba uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony.
32. Zakres ubezpieczenia obejmuje taką **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:
- 1) drżenie spoczynkowe;
 - 2) spowolnienie ruchowe;
 - 3) zwiększone napięcie mięśni.
- Nasza ochrona nie obejmuje parkinsonizmu objawowego.
Za wystąpienie choroby Parkinsona uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony.

33. Zakres ubezpieczenia obejmuje taką **chorobę Huntingtona**, która jest dziedziczną chorobą ośrodkowego układu nerwowego. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Huntingtona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała wystąpienie, co najmniej jednego z trzech poniższych objawów:
- 1) zaburzenia motoryczne;
 - 2) zaburzenia nastroju;
 - 3) zaburzenia poznawcze.
- Za wystąpienie choroby Huntingtona uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony.
34. Zakres ubezpieczenia obejmuje takie **stwardnienie rozsiane**, które jest chorobą ośrodkowego układu nerwowego z obecnością ubytkowych objawów neurologicznych, powstałych na podłożu rozsianych zmian demielinizacyjnych. Odpowiadamy wyłącznie za takie stwardnienie rozsiane, które zostało ostatecznie rozpoznane przez lekarza neurologa na podstawie objawów neurologicznych i badania rezonansu magnetycznego, potwierdzających czasowe i lokalizacyjne rozsianie zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym.
- Za wystąpienie stwardnienia rozsianego uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony.
35. Zakres ubezpieczenia obejmuje takie **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:
- 1) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie II stopnia;
 - 2) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II i III stopnia łącznie;
 - 3) ponad 15% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie III stopnia.
- Za wystąpienie oparzenia uważa się zajście nieszczęśliwego wypadku w okresie naszej ochrony, którego następstwem było oparzenie i hospitalizacja.
36. Zakres ubezpieczenia obejmuje taką **anemię aplastyczną (niedokrwistość aplastyczną)**, która jest przewlekłą i nieodwracalną niewydolnością szpiku, polegającą na zaniku wszystkich linii komórkowych układu granulocytowego, czerwokrwińkowego 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.
- Za wystąpienie anemii aplastycznej uważa się rozpoczęcie leczenia immunosupresyjnego, immunostymulacyjnego lub wykonanie transplantacji szpiku w okresie naszej ochrony.
37. Zakres ubezpieczenia obejmuje tylko taką **schyłkową niewydolność wątroby**, która jest końcowym stadium upośledzenia funkcji wątroby.
- Odpowiadamy wyłącznie za taką postać schyłkowej niewydolności wątroby, która doprowadziła do żółtaczk, wodobrzusza, żylaków przełyku i encefalopatii wątrobowej łącznie.
- Nasza ochrona nie obejmuje schyłkowej niewydolności wątroby spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla wątroby.
- Za wystąpienie schyłkowej niewydolności wątroby uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony.
38. Zakres ubezpieczenia obejmuje takie:
- 1) **zakażenie wirusem HIV zawodowe**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności powstałym w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych i jest potwierdzone złożonymi dowodami;
 - 2) **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 terenie krajów Unii Europejskiej oraz Szwajcarii, Islandii, Watykanu, Monako, USA, Kanady, Japonii, Australii oraz Nowej Zelandii.
- Za wystąpienie niniejszej ciężkiej choroby uważa się zakażenie wirusem HIV, które miało miejsce w okresie naszej ochrony.
39. Zakres ubezpieczenia obejmuje takie **bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych**, które jest zakaźną chorobą bakteryjną, przebiegającą z neurologicznymi objawami uszkodzenia mózgu lub rdzenia kręgowego.
- Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, które wymagało hospitalizacji, i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
- Za wystąpienie bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony.
40. Zakres ubezpieczenia obejmuje takie **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.
- Za wystąpienie bakteryjnego zapalenia wsierdza uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony.
41. Zakres ubezpieczenia obejmuje taką **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.
- Za wystąpienie choroby neuronu ruchowego uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony.
42. Zakres ubezpieczenia obejmuje taki **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.
- Za wystąpienie zatoru tętnicy płucnej uważa się zdiagnozowanie zatoru tętnicy płucnej w okresie naszej ochrony.

43. Zakres ubezpieczenia obejmuje tylko taką **całkowitą utratę wzroku**, która jest całkowitą utratą zdolności widzenia w obu oczach. Odpowiadamy wyłącznie za trwałą i nieodwracalną utratę wzroku, w której w każdym oku ostrość widzenia po korekcji optycznej jest mniejsza niż 0.1 (5/50) lub ograniczenie pola widzenia jest mniejsze niż 20 stopni. Wielkość utraty wzroku jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna. Za wystąpienie utraty wzroku uważa się:
- 1) w przypadku utraty wzroku spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem – zajście nieszczęśliwego wypadku w okresie naszej ochrony;
 - 2) w przypadku utraty wzroku nie spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem – zdiagnozowanie jej w okresie naszej ochrony.
44. Zakres ubezpieczenia obejmuje taką całkowitą **utratę słuchu**, która jest całkowitą obustronną utratą zdolności słyszenia. Odpowiadamy wyłącznie za trwałą i nieodwracalną utratę słuchu, w której ubytek słuchu w każdym uchu wynosi 90dB lub więcej i jest obliczony jako uśredniona wartość dla dźwięków pasma mowy. Stopień utraty słuchu jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna. Za wystąpienie utraty słuchu uważa się:
- 1) w przypadku utraty słuchu spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem – zajście nieszczęśliwego wypadku w okresie naszej ochrony;
 - 2) w przypadku utraty słuchu nie spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem – zdiagnozowanie jej w okresie naszej ochrony.
45. W trakcie okresu ubezpieczenia nie masz możliwości zmiany wariantu umowy.
46. Wariant umowy możesz zmienić przy zawieraniu kolejnej umowy.
47. Nasza zgoda na zmianę wariantu umowy jest uzależniona od wyników oceny ryzyka.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy pieniędzy z ubezpieczenia

48. Jesteśmy zwolnieni z udzielania ochrony z tytułu ciężkiej choroby, jeśli spełniły się łącznie warunki:
- 1) ubezpieczony nie podał do naszej wiadomości wszystkich znanych sobie okoliczności, o które go pytaliśmy przed zawarciem umowy, zmianą wariantu umowy albo w przypadku wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia;
 - 2) przyczyną ciężkiej choroby ubezpieczonego były okoliczności, których ubezpieczony nie podał do naszej wiadomości, a o które pytaliśmy przed zawarciem umowy, zmianą wariantu umowy albo w przypadku wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia.
49. Jeśli ubezpieczony umyślnie nie podał do naszej wiadomości wszystkich znanych okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy, zmianą wariantu umowy albo w przypadku wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia, to w razie wątpliwości, przyjmuje się, że ciężka choroba i jej następstwa są skutkiem tych okoliczności.
50. Jesteśmy zwolnieni z udzielania ochrony z tytułu ciężkiej choroby, jeśli wystąpienie ciężkiej choroby było spowodowane lub zaszło:
- 1) bezpośrednio wskutek obrażeń, których ubezpieczony doznał gdy był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile stan ubezpieczonego miał wpływ na wystąpienie ciężkiej choroby;
 - 2) bezpośrednio wskutek działania promieniowania radioaktywnego lub jonizującego w wyniku reakcji termojądrowych, wybuchu nuklearnego;
 - 3) ponieważ ubezpieczony czynnie uczestniczył w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych.
51. Jesteśmy zwolnieni z udzielania ochrony z tytułu ciężkiej choroby spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce przed początkiem ochrony lub jeżeli nieszczęśliwy wypadek powstał:
- 1) wskutek działań wojennych;
 - 2) ponieważ ubezpieczony czynnie uczestniczył w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 3) ponieważ ubezpieczony usiłował popełnić lub popełnił czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) wskutek wypadku komunikacyjnego, jeśli ubezpieczony prowadził pojazd i:
 - a) nie miał uprawnień do prowadzenia pojazdu, które są określone w przepisach prawa,
 - b) był po spożyciu alkoholu, 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 w lit. a lub b miały wpływ na zajście zdarzenia;
 - 5) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile stan ubezpieczonego miał wpływ na zaistnienie nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) ponieważ ubezpieczony samookaleczył się lub usiłował popełnić samobójstwo;
 - 7) bezpośrednio w wyniku zatrucia ubezpieczonego spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, umyślnego nadużycia środków farmakologicznych, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia.
52. Nie ponosimy odpowiedzialności za treść drugiej opinii medycznej, w tym wniosków i zaleceń medycznych wynikających z drugiej opinii medycznej.

ZAWARCIE UMOWY

– jak się odbywa i co będzie do tego potrzebne

53. Umowę zawieramy na podstawie Twojego wniosku o ubezpieczenie.

54. Umowę możesz zawrzeć:
- 1) wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego, albo
 - 2) jeśli posiadasz już ubezpieczenie podstawowe – w dniu najbliższej płatności składki za ubezpieczenie podstawowe o ile składkę za ubezpieczenie podstawowe opłacasz miesięcznie, kwartalnie, półrocznie albo rocznie;
 - 3) jeśli w ubezpieczeniu podstawowym nie zawieszysz opłacania składki regularnej.
55. Zasady i tryb zawierania umowy są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym, o ile nie umówiliśmy się z Tobą inaczej.
56. Możemy odmówić zawarcia umowy.
57. Zawarcie umowy potwierdzamy polisą.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ UMOWĘ I BYĆ OBJĘTY OCHRONĄ

58. Umowę zawieramy z Tobą, czyli ubezpieczającym.
59. Ubezpieczonym w umowie jest osoba, która jest ubezpieczonym w ubezpieczeniu podstawowym.
60. Ubezpieczonym może być osoba, której wiek polisowy wynosi co najmniej 18 lat i nie więcej niż 60 lat, przy czym wiek ubezpieczonego w chwili końca okresu ubezpieczenia nie może przekroczyć 65 lat.

CZAS TRWANIA UMOWY

– czyli jak długo trwa umowa

61. Umowę zawierasz z nami na czas określony zwany okresem ubezpieczenia. Okres ubezpieczenia trwa:
- 1) 5 lat, jeśli zawierasz umowę wraz z ubezpieczeniem podstawowym albo w rocznicę ubezpieczenia podstawowego, albo
 - 2) 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej rocznicy ubezpieczenia podstawowego – jeśli umowę zawierasz po zawarciu ubezpieczenia podstawowego i opłacasz składki z częstotliwością miesięczną, kwartalną lub półroczną.



PRZYKŁAD

1 czerwca 2019 r. zawarłeś ubezpieczenie podstawowe, a 1 grudnia 2019 r. zawarłeś tę umowę dodatkową. Umowa ta będzie trwać do 31 maja 2024 r. czyli 4 lata i 6 miesięcy. Jeżeli zawrzesz umowę na kolejny okres, będzie ona trwała od 1 czerwca 2024 r. do 31 maja 2029 r. czyli 5 pełnych lat.

62. Okres ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
63. Okres ubezpieczenia upływa:
- 1) z końcem okresu ubezpieczenia;
 - 2) z końcem ubezpieczenia podstawowego;
 - 3) w dniu rocznicy umowy, w roku w którym wiek polisowy ubezpieczonego wynosi 65 lat.

PONOWNE ZAWARCIE UMOWY

– czyli kiedy zaproponujemy Ci ponowne zawarcie umowy

64. Najpóźniej 30 dni przed końcem umowy możemy zaproponować Ci zawarcie kolejnej umowy i wskażemy nową wysokość składki.
65. Jeśli przyjmiesz naszą propozycję, umowa zostanie zawarta na kolejny okres ubezpieczenia.
66. Zawarcie kolejnej umowy potwierdzimy polisą.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

– czyli do kiedy możesz się wycofać z zawartej umowy dodatkowej

67. Możesz odstąpić od umowy składając nam oświadczenie:
- 1) w ciągu 7 dni od jej zawarcia – jeśli jesteś przedsiębiorcą;
 - 2) w ciągu 30 dni od jej zawarcia – jeśli nie jesteś przedsiębiorcą.
68. Jeśli jesteś konsumentem i nie poinformowaliśmy Cię najpóźniej w chwili zawarcia umowy o prawie do odstąpienia, możesz odstąpić od umowy w ciągu 30 dni od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
69. Jeżeli odstąpisz od umowy, zwrócimy Ci wpłaconą składkę. Pomniejszymy ją o kwotę, która odpowiada składce za okres ochrony udzielanej od dnia zawarcia umowy do dnia, w którym otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu.
70. Odstąpienie od ubezpieczenia podstawowego skutkuje odstąpieniem od umowy.
71. Odstąpienie od umowy nie skutkuje odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

– czyli jak możesz zrezygnować z umowy dodatkowej

- 72. Możesz wypowiedzieć umowę w każdym czasie, przy czym wypowiedzenie musisz złożyć w formie pisemnej.
- 73. Okres wypowiedzenia wynosi jeden miesiąc i rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca umowy po dniu, w którym otrzymamy Twoje wypowiedzenie. W dniu, w którym zakończy się okres wypowiedzenia, zakończy się także nasza ochrona.
- 74. Jeżeli wypowiedzisz umowę, zwrócimy Ci składkę za okres niewykorzystanej ochrony, jeśli okres taki występuje.
- 75. Wypowiedzenie ubezpieczenia podstawowego skutkuje wypowiedzeniem umowy.
- 76. Wypowiedzenie umowy nie skutkuje wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

PRAWA I OBOWIĄZKI

– czyli jakie prawa i obowiązki masz Ty i ubezpieczony oraz my

- 77. Tobie i nam oraz ubezpieczonemu przysługują prawa i obowiązki, które wynikają z:
 - 1) OWU ubezpieczenia podstawowego;
 - 2) tych OWU oraz
 - 3) obowiązujących przepisów prawa, w szczególności kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
- 78. Musimy:
 - 1) przekazywać Tobie, a także ubezpieczonemu na jego prośbę, informacje o zmianie warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy i o wpływie tych zmian na wartość wypłaty, przed wyrażeniem przez strony zgody na dokonanie takich zmian. Informacje te przekazujemy w formie pisemnej lub w formie innego trwałego nośnika, jeśli to z Tobą uzgodnimy. Zanim wyrazisz zgodę na wprowadzenie takich zmian, musisz się z tymi zmianami zapoznać;
 - 2) informować w formie pisemnej osobę, która występuje o wypłatę oraz ubezpieczonego:
 - a) dlaczego nie możemy wypłacić pieniędzy w całości lub części w przewidzianym terminie. Wtedy wypłacimy tylko tę część pieniędzy, która jest bezsporna,
 - b) że wypłata nie jest należna w całości lub części. Wtedy wskazujemy przyczyny i podstawę prawną, które uzasadniają naszą decyzję, oraz informujemy o tym, że można dochodzić roszczeń na drodze sądowej;
 - 3) udostępniać informacje i dokumenty, które wpłynęły na naszą decyzję o ustaleniu prawa do wypłaty lub jej wysokości:
 - a) Tobie,
 - b) ubezpieczonemu,
 - c) uprawnionemu,
 - d) innej osobie, która wnioskuje o wypłatę.Na żądanie tych osób informacje i dokumenty udostępniamy w formie elektronicznej.
 - 4) udostępniać na Twój lub ubezpieczonego wniosek, także w formie elektronicznej:
 - a) informacje o oświadczeniach, które złożyliście podczas zawierania umowy,
 - b) kopie dokumentów, które powstały podczas zawierania i trwania umowy.
- 79. Ty i ubezpieczony macie prawo żądać, abyśmy prawidłowo i terminowo wypełniali nasze obowiązki wskazane w ubezpieczeniu podstawowym a także, które są wskazane w pkt 78 oraz te, które wynikają z obowiązujących przepisów prawa.

SKŁADKA

– od czego zależy i kiedy ją opłacać

- 80. Wysokość składki, która będzie obowiązywać dla umowy, określamy w zależności od:
 - 1) wieku polisowego ubezpieczonego w dniu zawarcia umowy;
 - 2) wariantu umowy;
 - 3) wysokości sumy ubezpieczenia;
 - 4) częstotliwości opłacania składki;
 - 5) wyników oceny ryzyka;a następnie uzgadniamy z Tobą i potwierdzamy w polisie.
- 81. Z zastrzeżeniem pkt. 82 wysokość składki jest niezmienna w całym okresie ubezpieczenia.
- 82. Wysokość składki może się zmienić w przypadku zmiany wysokości sumy ubezpieczenia, o której piszemy w pkt. 7–11.
- 83. Składkę opłacasz z góry, w pełnej wymaganej kwocie, z częstotliwością przyjętą w ubezpieczeniu podstawowym.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy ubezpieczamy ubezpieczonego

- 84. Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego rozpocznie się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym – jeśli umowę zawierasz razem z umową ubezpieczenia podstawowego.
- 85. Jeśli umowę zawierasz w trakcie trwania ubezpieczenia podstawowego, nasza ochrona rozpocznie się w dniu najbliższej płatności składki za ubezpieczenie podstawowe, nie wcześniej jednak niż po wyrażeniu przez nas zgody na zawarcie umowy.

86. Jeśli Ty i ubezpieczony jesteście różnymi osobami, nasza ochrona rozpocznie się w dniu wskazanym w pkt 84 albo 85, ale nie wcześniej niż następnego dnia po zgodzie ubezpieczonego na objęcie go ochroną, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia.
87. Datę początku ochrony wskazujemy w polisie.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie

88. Nasza ochrona na wypadek ciężkiej choroby zakończy się w dniu:
- 1) w którym otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu od umowy;
 - 2) w którym upłynie okres wypowiedzenia umowy;
 - 3) śmierci ubezpieczonego;
 - 4) wypłaty sumy ubezpieczenia albo realizacji drugiej opinii medycznej;
 - 5) w którym zakończy się okres ubezpieczenia;
 - 6) w którym zakończy się ochrona w ubezpieczeniu podstawowym;
 - 7) w którym ubezpieczenie podstawowe zamieni się na umowę bezskładkową;
 - 8) w którym ubezpieczenie podstawowe zamieni się na ubezpieczenie z jednorazową płatnością składki – jeśli opłacisz składkę za ubezpieczenie podstawowe jednorazowo do końca okresu ubezpieczenia.

WYPŁATA PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

– czyli komu i kiedy je wypłacimy.

89. Wypłata przysługuje ubezpieczonemu.
90. Aby otrzymać wypłatę, osoba, która o nią wnioskuje, musi dostarczyć nam:
- 1) wniosek o wypłatę;
 - 2) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie ciężkiej choroby;
 - 3) w przypadku choroby będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku – dokumentację potwierdzającą okoliczności wypadku.
91. Możemy poprosić o inne dodatkowe dokumenty, jeśli dotychczas dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata jest należna.
92. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, osoba, która składa wniosek musi dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
93. Jeżeli nie otrzymamy dokumentów, o które prosimy, możemy odmówić wypłaty.
94. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata jest należna, możemy:
- 1) poprosić lekarza orzecznika (wskazanego przez nas) o wydanie opinii lekarskiej; oraz
 - 2) skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania.
95. Pokrywamy koszty opinii medycznej oraz dodatkowych badań.

REALIZACJA DRUGIEJ OPINII MEDYCZNEJ

– czyli co należy zrobić, aby uzyskać drugą opinię medyczną

96. W przypadku umowy w wariantcie 2 – PREMIUM, ubezpieczony według swojego wyboru, może dostarczyć nam wniosek o realizację całości lub części świadczenia. Złożenie wniosku o realizację części świadczenia oznacza złożenie wniosku o wypłatę sumy ubezpieczenia lub złożenie wniosku o uzyskanie drugiej opinii medycznej.
97. Ubezpieczony może wnioskować o uzyskanie drugiej opinii medycznej:
- 1) równocześnie z wnioskiem o wypłatę sumy ubezpieczenia lub
 - 2) niezależnie od wniosku o wypłatę sumy ubezpieczenia.
98. W razie realizacji części świadczenia, gwarantujemy wykonanie pozostałej jego części, o ile ubezpieczony złoży wniosek o realizację pozostałej części świadczenia w terminie 3 lat, licząc od upływu 30 dni od daty zgłoszenia wystąpienia ciężkiej choroby.
99. Warunkiem wykonania przez nas zagranicznej konsultacji medycznej, której rezultatem jest druga opinia medyczna jest dostarczenie nam przez ubezpieczonego dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie ciężkiej choroby, sporządzonej w języku polskim.
100. Wykonujemy zagraniczną konsultację medyczną za pośrednictwem PZU Pomoc SA.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA, SKIEROWANIE SPRAWY DO SĄDU

– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

101. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.
102. 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.

- 103.** 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 rozpatryć 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.
- 104.** Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy:
- 1) w postaci papierowej lub
 - 2) pocztą elektroniczną – robimy to na wniosek osoby (podmiotu), która złożyła reklamację.
- 105.** 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.
- 106.** Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
- 107.** 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 lub Twojego spadkobiercy, uprawnionego z umowy lub jego spadkobiercy.
- 108.** Więcej o reklamacjach można dowiedzieć się z „Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i Rzeczniku Finansowym” oraz z „Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń”.
- 109.** Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
- 110.** 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: www.rf.gov.pl

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jest jeszcze ważne

- 111.** Jeśli zgodnie z prawem będziemy musieli potrącić z wypłaty jakiegokolwiek kwoty, zwłaszcza podatek dochodowy, wypłatę zmniejszymy o te kwoty.
- 112.** Prawo polskie jest prawem właściwym dla tej umowy.
- 113.** W relacjach z konsumentem stosujemy język polski.
- 114.** W sprawach, których nie reguluje ta umowa, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa polskiego.
- 115.** Rzecznik Finansowy zajmuje się pozasądowym rozpatrywaniem sporów konsumenckich – w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, którego adres strony internetowej jest następujący: www.rf.gov.pl.
- 116.** Wszystkie nasze powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą tej umowy, będziemy składać w formie pisemnej lub w innej formie, którą uzgodniliśmy z Tobą. Wywierają one skutek z chwilą doręczenia.
- 117.** Wszystkie kierowane do nas powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą tej umowy – oprócz reklamacji, skarg i zażaleń – muszą być złożone w formie pisemnej lub w innej formie, którą uzgodniłeś z nami. Wywierają one skutek prawny z dniem doręczenia.
- 118.** Informować o każdej zmianie adresu musisz Ty, ubezpieczony oraz my.
- 119.** Jeżeli Ty, ubezpieczony, uposażony lub uprawniony jesteście konsumentami, możecie zwrócić się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
- 120.** Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej publikujemy na pzu.pl w części o relacjach inwestorskich.
- 121.** Nadzoruje nas Komisja Nadzoru Finansowego.