



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

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO

Wersja dokumentu z dnia 27 lipca 2020 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 leczenia szpitalnego, kod warunków LSP151 (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.

Zakres ubezpieczenia obejmuje, w zależności od wybranego wariantu, w okresie naszej ochrony:

- pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem;
- pobyt w szpitalu spowodowany chorobą;
- pobyt na OAIT spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem;
- dodatkowe świadczenie rekonwalescencyjne z tytułu pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;
- dodatkowe świadczenie rekonwalescencyjne z tytułu pobytu w szpitalu;
- dodatkowe świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu;
- dodatkowe świadczenie za chemioterapię nowotworu złośliwego albo radioterapię nowotworu złośliwego;
- wydanie karty aptecznej po pobycie w szpitalu.

OWU zawierają tabelę, która określa zakres i wysokość świadczeń w poszczególnych wariantach ubezpieczenia. Pojęcia wymienione wyżej, również zdefiniowaliśmy w OWU.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

- Umowę możesz zawrzeć wraz z zawarciem umowy podstawowej albo – jeśli już posiadasz umowę podstawową – w dniu najbliższej płatności składki, o ile w umowie podstawowej nie zawiesiłeś opłacania składki regularnej i nie została ona zamieniona na ubezpieczenie bezskładkowe.
- Umowę możesz zawrzeć w jednym z czterech wariantów.
- W zależności od wybranego wariantu:
 - wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie za pobyt w szpitalu, jeśli jego pobyt w szpitalu trwał bez przerwy:
 - co najmniej 2 dni – w przypadku pobytu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;
 - co najmniej 4 dni – w przypadku pobytu spowodowanego chorobą.
 - W ciągu roku umowy, a także w okresie od daty zawarcia umowy do daty rocznicy umowy podstawowej, jeżeli okres ten jest krótszy niż 12 miesięcy, wypłacimy świadczenie za maksymalnie 180 dni pobytu w szpitalu;
 - wypłacimy ubezpieczonemu dodatkowe świadczenie rekonwalescencyjne, jeśli jego pobyt w szpitalu był objęty naszą odpowiedzialnością i trwał co najmniej 14 dni. W okresie trwania umowy wypłacimy jedno świadczenie rekonwalescencyjne;
 - wypłacimy ubezpieczonemu dodatkowe świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu, jeśli jego pobyt w szpitalu był objęty naszą odpowiedzialnością i trwał co najmniej 4 dni. W okresie trwania umowy wypłacimy jedno świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu;
 - w okresie trwania umowy wypłacimy jedno dodatkowe świadczenie za leczenie nowotworu złośliwego przy zastosowaniu chemioterapii albo radioterapii. Wypłata świadczenia za leczenie nowotworu złośliwego przy zastosowaniu chemioterapii albo radioterapii nie jest uzależniona od pobytu ubezpieczonego w szpitalu;
 - w razie pobytu w szpitalu wydamy ubezpieczonemu kartę apteczną, która umożliwi odbiór produktów dostępnych w aptece. W każdym roku umowy ubezpieczony otrzyma kartę apteczną maksymalnie za trzy rozpoczęte w tym czasie pobytu w szpitalu, za które wypłaciłmy świadczenie. Jeżeli ubezpieczony przebywał nieprzerwanie:
 - na więcej niż jednym oddziale szpitalnym lub
 - w więcej niż jednym szpitalu,przy ustalaniu prawa do otrzymania karty aptecznej pobyt ten uwzględnimy tylko raz i wydamy jedną kartę apteczną.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ, KOGO UBEZPIECZAMY?

- Umowę zawieramy z Tobą czyli ubezpieczającym na rachunek ubezpieczonego.
- Ubezpieczony może być osobą fizyczną, której wiek polisowy w chwili zawarcia umowy wynosi co najmniej 18 lat i nie więcej niż 60 lat. Wiek polisowy to wiek liczony nie według daty urodzenia ubezpieczonego tylko według roku kalendarzowego, w którym ubezpieczony się urodził.

JAK DŁUGO TRWA UMOWA?

Umowę zawieramy na:

- 5 lat, jeśli zawierasz umowę wraz z umową podstawową albo w rocznicę umowy podstawowej, albo

- 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej rocznicy umowy podstawowej – jeśli umowę zawierasz po zawarciu umowy podstawowej i opłacasz składki z częstotliwością miesięczną, kwartalną lub półroczną.

GDZIE OBOWIĄZUJE UBEZPIECZENIE?

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

JAK I KIEDY OPŁACASZ SKŁADKĘ?

- Składkę opłacasz regularnie (miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie) wraz ze składką za umowę podstawową, na rachunek bankowy, którego numer wskazujemy w polisie.
- Składkę uważamy za opłaconą, jeśli wpłynęła na wskazany przez nas rachunek bankowy.
- Składka zwiększy się, jeśli zdecydujesz się na indeksację lub podwyższenie sumy ubezpieczenia.

KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA?

- Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w umowie podstawowej.
- Nasza ochrona kończy się w dniu:
 - w którym otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu od umowy;
 - w którym upływie okres wypowiedzenia umowy;
 - śmierci ubezpieczonego;
 - w którym zakończy się okres ubezpieczenia;
 - w którym zakończy się ochrona w umowie podstawowej;
 - w którym umowa podstawowa zamieni się na umowę bezskładkową;
 - w którym umowa podstawowa zamieni się na umowę z jednorazową płatnością składki – jeśli opłacisz składkę za umowę podstawową jednorazowo do końca okresu ubezpieczenia.

GŁÓWNE WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA OCHRONY – CZEGO NIE OBEJMUJE UBEZPIECZENIE?

- Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu zdarzeń wskazanych w tabeli w OWU, będących wynikiem chorób:
 - które były zdiagnozowane, lub
 - z powodu których rozpoczęto u ubezpieczonego postępowanie diagnostyczno-lecznicze, w okresie 5 lat przed zawarciem pierwszej umowy.
- Powyższe wyłączenie odpowiedzialności nie dotyczy:
 - chorób, w przypadku których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się i zakończyło przed ukończeniem przez ubezpieczonego 18 roku życia;
 - chorób, w przypadku których nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiej samej choroby.
- Nie ponosimy odpowiedzialności za pobyt ubezpieczonego:
 - w hospicjach, placówkach lecznictwa odwykowego, placówkach dla przewlekłych chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych ani zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
 - w zakładach lecznictwa uzdrowskiego – w szczególności w sanatoriach, preventoriach ani szpitalach uzdrowskich, sanatoryjnych ani rehabilitacyjno-uzdrowskich;
 - w ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych;
 - na oddziałach dziennych ani w takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.
- Nie uznajemy za pobyt na OAIT pobytu w oddziale kardiologicznym, neurologicznym, chirurgicznym ani diabetologicznym – nawet jeśli w stosunku do ubezpieczonego zostało podjęte stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych lub podjęto czynności zastępcze w razie niewydolności narządów lub układów.
- Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanych w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność oraz w innych przypadkach, które wskazaliśmy w OWU.
- W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia ograniczymy wysokość świadczenia i nie wypłacimy części świadczenia w odniesieniu do wysokości, o którą podwyższono sumę ubezpieczenia, jeżeli zdarzenia, które wskazujemy w tabeli w OWU były wynikiem chorób:
 - które były zdiagnozowane, lub
 - z powodu których rozpoczęto u ubezpieczonego postępowanie diagnostyczno-lecznicze, w okresie 5 lat przed złożeniem wniosku o zmianę sumy ubezpieczenia.
- Powyższe ograniczenie odpowiedzialności nie dotyczy:
 - chorób, w przypadku których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się i zakończyło przed ukończeniem przez ubezpieczonego 18 roku życia;
 - chorób, w przypadku których nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiej samej choroby.

JAK ROZWIĄZAĆ UMOWĘ?

- Możesz odstąpić od umowy składając nam oświadczenie:
 - w ciągu 7 dni od jej zawarcia – jeśli jesteś przedsiębiorcą,
 - w ciągu 30 dni od jej zawarcia – jeśli nie jesteś przedsiębiorcą.
- Możesz wypowiedzieć umowę w każdym czasie, składając nam wypowiedzenie w formie pisemnej.

WYNAGRODZENIE DYSTRYBUTORA

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, kod warunków LSIP51, 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 1–3 pkt 4–18 pkt 38–40 pkt 57–61 pkt 62–70 pkt 71–78
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	pkt 1–3 pkt 11–18 pkt 19–27 pkt 38–40 pkt 57–61 pkt 62–70 pkt 71–78

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

Zanim zawrzesz umowę, przeczytaj dokładnie OWU.

Znajdziesz w nich szczegółowe informacje, które dotyczą m.in.:

- zakresu ubezpieczenia (co obejmuje i czego nie obejmuje nasze ubezpieczenie),
- czasu trwania ubezpieczenia,
- Twoich i naszych praw i obowiązków,
- zasad wypłaty lub realizacji świadczeń z ubezpieczenia.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO

Kod warunków: LSIP51

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego uchwałą nr UZ/140/2020 z 23 czerwca 2020 roku, zwane dalej OWU.

OWU wchodzi w życie 27 lipca 2020 roku.

SPIS TREŚCI

Słowniczek	5
Przedmiot ubezpieczenia	6
Zakres ubezpieczenia	7
Suma ubezpieczenia	7
Wyłączenia ochrony	8
Ograniczenia ochrony	9
Zawarcie umowy	9
Kto może zawrzeć umowę i być objęty ochroną	9
Czas trwania umowy	9
Ponowne zawarcie umowy	9
Odstąpienie od umowy	9
Wypowiedzenie umowy	10
Prawa i obowiązki	10
Składka	10
Początek naszej ochrony	10
Koniec naszej ochrony	11
Indeksacja sumy ubezpieczenia, składki	11
Wyplata świadczenia z ubezpieczenia	11
Karta apteczna po pobycie w szpitalu	11
Reklamacje, skargi i zażalenia, skierowanie sprawy do sądu	12
Postanowienia końcowe	12
Regulamin Karty aptecznej	13

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- apteka** – apteka lub punkt apteczny w rozumieniu przepisów ustawy Prawo farmaceutyczne, znajdujące się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
- chemioterapia nowotworu złośliwego** – metoda leczenia nowotworu złośliwego z zastosowaniem przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego, należącego do grupy L01 klasyfikacji ATC;
- choroba** – stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego, i który powoduje konieczność leczenia szpitalnego;
- czynnik zewnętrzny** – każdy czynnik, który pochodzi spoza organizmu ubezpieczonego i w danych warunkach może wywołać szkodliwe dla niego skutki;
- dokumentacja medyczna** – dokumentacja opisująca stan zdrowia ubezpieczonego lub udzielone mu świadczenia zdrowotne, sporządzona przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, osoby wykonujące zawód medyczny lub inne osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
- karta apteczna** – karta, która uprawnia do odbioru produktów dostępnych w aptece. Zasady jej funkcjonowania opisałyśmy w Regulaminie karty aptecznej;
- leczenie szpitalne** – stacjonarne leczenie:
 - stanów nagłych, w których opóźnienie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo życia ubezpieczonego, lub
 - stanów, w których nie można uzyskać celu leczniczego podczas leczenia ambulatoryjnego;
- miesiąc umowy** – okres, który rozpoczyna się i kończy w tym samym dniu co miesiąc umowy podstawowej;
- my/PZU Życie** – Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
- nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie, które:
 - jest niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego oraz
 - jest wywołane czynnikami zewnętrznymi oraz
 - jest wyłączną przyczyną zdarzenia, które obejmuje nasza ochrona;
- OAIT** – Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, który jest wyodrębniony organizacyjnie jako osobny oddział w strukturach szpitala i wyposażony w sprzęt, który umożliwia stale monitorowanie podstawowych czynności życiowych oraz podjęcie czynności zastępczych niewydolnych narządów lub układów;
- pobyt na OAIT** – pobyt na OAIT w trakcie pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem. Odpowiadamy tylko za taki pobyt na OAIT, który trwa nieprzerwanie co najmniej 48 godzin;



PRZYKŁAD:

Wybrałeś wariant ubezpieczenia z sumą ubezpieczenia 50 000 zł. W wyniku nieszczęśliwego wypadku spędziłeś w szpitalu 13 dni, z czego 3 dni na OAIT. Po złożeniu przez Ciebie wniosku o świadczenie wypłacimy Ci kwotę w wysokości 8 000 zł. Kwotę ustalimy w następujący sposób:

- 13 dni Twojego pobytu w szpitalu pomnożone przez 500 zł, czyli 1% sumy ubezpieczenia z tytułu pobytu w szpitalu za każdy dzień pobytu w szpitalu równa się 6 500 zł
- 3 dni Twojego pobytu na OAIT pomnożone przez 500 zł, czyli 1% sumy ubezpieczenia z tytułu pobytu na OAIT równa się 1 500 zł;

- 13) **pobyt w szpitalu** – całodobowy pobyt ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia szpitalnego. Odpowiadamy wyłącznie za taki pobyt w szpitalu, który trwa co najmniej:
 - a) 2 kolejne dni – w przypadku pobytu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,
 - b) 4 kolejne dni – w przypadku pobytu spowodowanego chorobą;
- 14) **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;
- 15) **radioterapia nowotworu złośliwego** – metoda leczenia nowotworu złośliwego za pomocą promieniowania jonizującego;
- 16) **rok umowy** – okres 12 miesięcy, który rozpoczyna się:
 - a) od daty zawarcia umowy wraz z umową podstawową, albo
 - b) w najbliższą rocznicę umowy podstawowej, jeśli umowa została zawarta w trakcie trwania umowy podstawowej;
- 17) **szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego;
- 18) **świadczenie rekwalifikacyjne** – świadczenie, które wypłacamy w razie pobytu w szpitalu, który trwa co najmniej 14 dni;
- 19) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł z nami umowę o współpracy w zakresie kart aptecznych. Współpraca ta polega na organizacji przez świadczeniodawcę procesu umożliwiającego odbiór produktów dostępnych w aptece za pomocą kart aptecznych;
- 20) **ubezpieczony** – ubezpieczony z umowy podstawowej;
- 21) **udar mózgu** – nagle, ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, spowodowane wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany.
Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu:
 - a) w którym badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub
 - b) który był leczony trombolitycznie;
- 22) **umowa/umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia dodatkowego zawarta między Tobą a PZU Życie na podstawie tych OWU i potwierdzona polisą;
- 23) **umowa podstawowa** – umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie, do której możesz zawrzeć tę umowę;
- 24) **pierwsza umowa** – umowa zawarta po raz pierwszy na rzecz danego ubezpieczonego lub zawarta ponownie na rzecz tego samego ubezpieczonego, jeżeli nie zachowano ciągłości naszej ochrony;
- 25) **kolejna umowa** – umowa zawarta z zachowaniem ciągłości naszej ochrony;
- 26) **wiek polisowy**:
 - a) wiek ubezpieczonego przyjęty dla umowy podstawowej, ustalany na dzień początku ochrony i w każdą kolejną rocznicę umowy podstawowej – w przypadku zawierania umowy dodatkowej wraz z umową podstawową,
 - b) wiek ubezpieczonego, ustalany jako różnica lat pomiędzy rokiem kalendarzowym w dniu ostatniej rocznicy umowy podstawowej a rokiem urodzenia ubezpieczonego (jeśli nie było jeszcze rocznicy umowy podstawowej, wiek ubezpieczonego ustalany jest na dzień zawarcia umowy podstawowej) – w przypadku zawierania umowy dodatkowej do istniejącej umowy podstawowej.



PRZYKŁAD:

Ubezpieczasz siebie, czyli jesteś ubezpieczającym i ubezpieczonym. Urodziłeś się 1 czerwca 1989 r. i 17 kwietnia 2020 r. zawarłeś z nami umowę podstawową. Zgodnie z powyższą definicją miałeś wtedy 31 lat i tak obliczony wiek będzie obowiązywał do 16 kwietnia 2021 r.

W dniu 20 stycznia 2021 r. zawierasz z nami tę umowę. Twój wiek polisowy to 31 lat; jeśli zawarłbyś tę umowę po rocznicy umowy podstawowej, czyli po 17 kwietnia 2021 roku miałbyś wtedy 32 lata;

- 27) **zawał serca** – uszkodzenie części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia.
Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:
 - a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,
 - b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,
 - c) nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
 - d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.Odpowiadamy również za zawał związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych, o ile w badaniach obrazowych stwierdzono nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego o umiejscowieniu odpowiadającym etiologii niedokrwiennej lub w koronarografii stwierdzono powikłania zabiegu ograniczające przepływ krwi, oraz w którym stwierdzono wzrost stężenia troponiny sercowej we krwi do wartości:
 - a) 5-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z przezskórną interwencją wieńcową lub,
 - b) 10-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z pomostowaniem tętnic wieńcowych.
2. Jeżeli te OWU nie stanowią inaczej, określenia, które zdefiniowaliśmy w OWU umowy podstawowej używamy w tych OWU w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

– czyli jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

- Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie w okresie naszej ochrony zdarzenia lub zdarzeń wskazanych w tabeli w pkt. 8.
- Umowę możesz zawrzeć w jednym z czterech wariantów. Warianty różnią się zakresem ochrony, czyli rodzajami zdarzeń, za które ubezpieczony może otrzymać świadczenie.
- Wariant wybierasz we wniosku o ubezpieczenie, a my potwierdzamy go w polisie.
- Do obliczenia wysokości świadczenia za dane zdarzenie stosujemy procent wskazany w tabeli w pkt. 8 oraz sumę ubezpieczenia aktualną w dniu pobytu w szpitalu, a w przypadku chemioterapii nowotworu złośliwego albo radioterapii nowotworu złośliwego – sumę ubezpieczenia aktualną w dniu podania pierwszej dawki leku albo pierwszej dawki promieniowania jonizującego.
- Zakres wariantów – zdarzenia objęte ochroną i wysokości przysługujących świadczeń:

Zakres i wysokość świadczenia	Wariant			
	I	II	III	IV
pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – 1% sumy ubezpieczenia za dzień pobytu w szpitalu	✓	✓	✓	✓
pobyt w szpitalu spowodowany chorobą – 0,5% sumy ubezpieczenia za dzień pobytu w szpitalu			✓	✓
pobyt na OAIT spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – 1% sumy ubezpieczenia za dzień pobytu na OAIT	✓	✓	✓	✓
dotądowe świadczenie rekonwalescencyjne z tytułu pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – 5% sumy ubezpieczenia jednorazowo		✓		
dotądowe świadczenie rekonwalescencyjne z tytułu pobytu w szpitalu – 5% sumy ubezpieczenia jednorazowo				✓
dotądowe świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu – 30% sumy ubezpieczenia jednorazowo				✓
dotądowe świadczenie za chemioterapię nowotworu złośliwego albo radioterapię nowotworu złośliwego – 30% sumy ubezpieczenia jednorazowo				✓
wydanie karty aptecznej po pobycie w szpitalu – 1% sumy ubezpieczenia jednorazowo			✓	✓

9. Udzielamy ochrony również jeżeli:

- ubezpieczony przebywał w szpitalu w okresie ochrony kolejnej umowy, a jego pobyt jest bezpośrednio związany z nieszczęśliwym wypadkiem, który zaistniał w okresie ochrony poprzedniej umowy,
- pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie ochrony poprzedniej umowy i trwa nieprzerwanie również w okresie ochrony kolejnej umowy.

10. W zależności od wybranego wariantu wskazanego w tabeli w pkt. 8:

- wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie za pobyt w szpitalu, jeśli jego pobyt w szpitalu trwał bez przerwy:
 - co najmniej 2 dni – w przypadku pobytu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;
 - co najmniej 4 dni – w przypadku pobytu spowodowanego chorobą.W ciągu roku umowy, a także w okresie od daty zawarcia umowy do daty rocznicy umowy podstawowej, jeżeli okres ten jest krótszy niż 12 miesięcy, wypłacimy świadczenie za maksymalnie 180 dni pobytu w szpitalu;
- wypłacimy ubezpieczonemu dotądowe świadczenie rekonwalescencyjne, jeśli jego pobyt w szpitalu był objęty naszą odpowiedzialnością i trwał co najmniej 14 dni. W okresie trwania umowy wypłacimy jedno świadczenie rekonwalescencyjne;
- wypłacimy ubezpieczonemu dotądowe świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu, jeśli jego pobyt w szpitalu był objęty naszą odpowiedzialnością i trwał co najmniej 4 dni. W okresie trwania umowy wypłacimy jedno świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu;
- w okresie trwania umowy wypłacimy jedno dotądowe świadczenie za chemioterapię nowotworu złośliwego albo radioterapię nowotworu złośliwego. Wypłata świadczenia za chemioterapię nowotworu złośliwego albo radioterapię nowotworu złośliwego nie jest uzależniona od pobytu ubezpieczonego w szpitalu;
- w razie pobytu w szpitalu wydamy ubezpieczonemu kartę apteczną, która umożliwi odbiór produktów dostępnych w aptece. W każdym roku umowy ubezpieczony otrzyma kartę apteczną maksymalnie za trzy rozpoczęte w tym czasie pobytu w szpitalu, za które wypłaciliśmy świadczenie. Jeżeli ubezpieczony przebywał nieprzerwanie:
 - na więcej niż jednym oddziale szpitalnym lub
 - w więcej niż jednym szpitalu,przy ustalaniu prawa do otrzymania karty aptecznej pobyt ten uwzględnimy tylko raz i wydamy jedną kartę apteczną.

SUMA UBEZPIECZENIA

– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

- Suma ubezpieczenia to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość świadczenia w razie zajścia zdarzenia lub zdarzeń objętych naszą ochroną na podstawie wariantów wskazanych w tabeli w pkt. 8.
- Wysokość sumy ubezpieczenia proponujesz we wniosku o ubezpieczenie. Zaakceptowaną przez nas sumę ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
- Wysokość sumy ubezpieczenia może ulec podwyższeniu w wyniku indeksacji, o której piszemy w pkt. 62–70.
- Sumę ubezpieczenia możesz zmienić nie wcześniej niż po 12 miesiącach od daty zawarcia umowy.
- Aby zmienić wysokość sumy ubezpieczenia złóż nam pisemny wniosek o zmianę.
- W wyniku zmiany sumy ubezpieczenia nową wysokość składki obliczamy na podstawie:
 - składek taryfowych obowiązujących przy zawarciu umowy;

- 2) wieku polisowego ubezpieczonego w dniu zawarcia umowy;
 - 3) nowej sumy ubezpieczenia;
 - 4) częstotliwości opłacania składki;
 - 5) wariantu zakresu ochrony, o którym piszemy w pkt. 4–8.
17. Nowa wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki będzie obowiązywać od dnia najbliższej płatności składki, nie wcześniej jednak niż po wyrażeniu przez nas zgody na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia.
18. Nową wysokość sumy ubezpieczenia i składki potwierdzimy w polisie.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

19. Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu zdarzeń wskazanych w tabeli w pkt. 8, będących wynikiem chorób:
 - 1) które były zdiagnozowane, lub
 - 2) z powodu których rozpoczęto u ubezpieczonego postępowanie diagnostyczno-lecznicze, w okresie 5 lat przed zawarciem pierwszej umowy.
20. Wyłączenie odpowiedzialności z pkt. 19. nie dotyczy:
 - 1) chorób, w przypadku których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się i zakończyło przed ukończeniem przez ubezpieczonego 18 roku życia;
 - 2) chorób, w przypadku których nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiej samej choroby.
21. Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu zdarzeń wskazanych w tabeli w pkt. 8, jeśli zdarzenia te nastąpiły:
 - 1) w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed początkiem naszej ochrony, chyba, że wystąpiła sytuacja, o której piszemy w pkt. 9;
 - 2) wskutek działań wojennych;
 - 3) wskutek czynnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 4) wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 5) wskutek wypadku komunikacyjnego, jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) nie miał uprawnień do prowadzenia pojazdu, które są określone w przepisach prawa,
 - b) był po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości (w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi), po użyciu 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 zaistnienie nieszczęśliwego wypadku będącego wypadkiem komunikacyjnym;
 - 6) wskutek nietrzeźwości ubezpieczonego (w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi), użycia przez niego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii);
 - 7) wskutek działania promieniowania radioaktywnego lub jonizującego w wyniku reakcji termojądrowych lub wybuchu nuklearnego;
 - 8) wskutek udziału ubezpieczonego w następujących aktywnościach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, sporty powietrzne (baloniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo), wspinaczka górską lub skałkowa przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego lub wymagająca użycia takiego sprzętu, speleologia, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem, który umożliwia oddychanie pod wodą (z wyłączeniem fajki nurkowej), skoki do wody, nurkowanie ze skrzydłem (ang. wing diving), skoki na linie (ang. bungee jumping), skoki z wysokich obiektów (ang. base jumping), pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (ang. parkour, free-running, rooftopping) oraz udziału w wyścigach z wyjątkiem biegów i pływania;
 - 9) w związku z leczeniem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania ubezpieczonego umiejscowionych w kategoriach F00-F99 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10;
 - 10) wskutek zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) oraz wskutek schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
 - 11) wskutek samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa;
 - 12) w związku z leczeniem chorób wynikających z obniżenia odporności w przebiegu zakażenia wirusem HIV;
 - 13) w związku z leczeniem stomatologicznym lub zabiegami stomatologicznymi, z wyjątkiem leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku lub choroby nowotworowej.
22. Nie ponosimy odpowiedzialności za pobyt ubezpieczonego:
 - 1) w hospicjach, placówkach lecznictwa odwykowego, placówkach dla przewlekłych chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych ani zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
 - 2) w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego – w szczególności w sanatoriach, prewentoriach ani szpitalach uzdrowiskowych, sanatoryjnych ani rehabilitacyjno-uzdrowiskowych;
 - 3) w ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych;
 - 4) na oddziałach dziennych ani w takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.
23. Nie uznajemy za pobyt na OAIT pobytu w oddziale kardiologicznym, neurologicznym, chirurgicznym ani diabetologicznym – nawet jeśli w stosunku do ubezpieczonego zostało podjęte stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych lub podjęto czynności zastępcze w razie niewydolności narządów lub układów.
24. W przypadku chemioterapii nowotworu złośliwego – nasza ochrona nie obejmuje zastosowania leków hormonalnych grupy L02, immunostymulujących grupy L03 oraz immunosupresyjnych grupy L04 klasyfikacji ATC w leczeniu nowotworu złośliwego.
25. Nie ponosimy odpowiedzialności za udar mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu oraz za przemijający napad niedokrwienia mózgu (tzw. TIA).

OGRANICZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach ograniczymy wypłatę świadczenia z ubezpieczenia

26. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia ograniczymy wysokość świadczenia i nie wypłacimy części świadczenia w odniesieniu do wysokości, o którą podwyższono sumę ubezpieczenia, jeżeli zdarzenia, które wskazujemy w tabeli w pkt. 8 były wynikiem chorób:
- 1) które były zdiagnozowane, lub
 - 2) z powodu których rozpoczęto u ubezpieczonego postępowanie diagnostyczno-lecznicze, w okresie 5 lat przed złożeniem wniosku o zmianę sumy ubezpieczenia.
27. Ograniczenie odpowiedzialności z pkt. 26 nie dotyczy:
- 1) chorób, w przypadku których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się i zakończyło przed ukończeniem przez ubezpieczonego 18 roku życia;
 - 2) chorób, w przypadku których nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiej samej choroby.

ZAWARCIE UMOWY

– jak się odbywa i co jest do tego potrzebne

28. Umowę zawieramy na podstawie Twojego wniosku o ubezpieczenie.
29. Umowę możesz zawrzeć:
- 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej, albo
 - 2) jeśli posiadasz już umowę podstawową – w dniu najbliższej płatności składki, o ile w umowie podstawowej nie zawiesiłeś opłacania składki regularnej i nie została ona zamieniona na ubezpieczenie bezskładkowe.
30. Zasady i tryb zawierania umowy są zgodne z zasadami przyjętymi w umowie podstawowej, o ile nie umówiliśmy się z Tobą inaczej.
31. Możemy odmówić zawarcia umowy.
32. Zawarcie umowy potwierdzamy polisą.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ UMOWĘ I BYĆ OBJĘTY OCHRONĄ

33. Umowę zawieramy z Tobą, czyli ubezpieczającym.
34. Ubezpieczonym w umowie jest ubezpieczony z umowy podstawowej.
35. Umowę możesz zawrzeć na rzecz ubezpieczonego, którego wiek polisy 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

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



PRZYKŁAD:

1 czerwca 2020 r. zawarłeś umowę podstawową i 1 grudnia 2020 r. zawarłeś tę umowę dodatkową. Umowa ta będzie trwać do 31 maja 2025 r. czyli 4 lata i 6 miesięcy. Jeżeli zawrzesz umowę na kolejny okres, będzie ona trwała od 1 czerwca 2025 r. do 31 maja 2030 r., czyli 5 pełnych lat.

37. Okres ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.

PONOWNE ZAWARCIE UMOWY

– czyli kiedy możemy zaproponować Ci ponowne zawarcie umowy

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

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

– czyli do kiedy możesz się wycofać z zawartej umowy dodatkowej

41. 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.
42. 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.

43. 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.
44. Odstąpienie od umowy podstawowej skutkuje odstąpieniem od umowy.
45. Odstąpienie od umowy nie skutkuje odstąpieniem od umowy podstawowej.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

– czyli jak możesz zrezygnować z umowy dodatkowej

46. Możesz wypowiedzieć umowę w każdym czasie, przy czym wypowiedzenie musisz złożyć w formie pisemnej.
47. Okres wypowiedzenia wynosi jeden miesiąc i rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca umowy po dniu, w którym otrzymaliśmy Twoje wypowiedzenie. W dniu, w którym zakończy się okres wypowiedzenia, umowa rozwiąże się i zakończy się nasza ochrona.
48. Jeżeli wypowiedz umowę, zwrócimy Ci składkę za okres niewykorzystanej ochrony, jeśli okres taki występuje.
49. Wypowiedzenie umowy podstawowej skutkuje wypowiedzeniem umowy.
50. Wypowiedzenie umowy nie skutkuje wypowiedzeniem umowy podstawowej.

PRAWA I OBOWIĄZKI

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

51. Tobie i nam oraz ubezpieczonemu przysługują prawa i obowiązki, które wynikają z:
 - 1) umowy podstawowej, w tym OWU umowy podstawowej;
 - 2) umowy, w tym tych OWU oraz
 - 3) obowiązujących przepisów prawa, w szczególności Kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
52. 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 świadczenia, 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, powinieneś się z tymi zmianami zapoznać;
 - 2) informować w formie pisemnej osobę, która występuje o świadczenie oraz ubezpieczonego:
 - a) dlaczego nie możemy wypłacić świadczenia w całości lub części w przewidzianym terminie. Wtedy wypłacimy tylko tę część świadczenia, która jest bezsporna,
 - b) że świadczenie nie jest należne 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 świadczenia lub jego wysokości:
 - a) Tobie,
 - b) ubezpieczonemu,
 - c) uprawnionemu,
 - d) innej osobie, która wnioskuje o świadczenie.
 - 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.
53. Ty i ubezpieczony macie prawo żądać, abyśmy prawidłowo i terminowo wypełniali nasze obowiązki wskazane w umowie podstawowej a także, które są wskazane w pkt. 52 oraz te, które wynikają z obowiązujących przepisów prawa.

SKŁADKA

– od czego zależy i kiedy ją opłacać

54. Wysokość składki, która będzie obowiązywać dla umowy, określamy w zależności od:
 - 1) wieku polisowego ubezpieczonego w dniu zawarcia umowy;
 - 2) wysokości sumy ubezpieczenia;
 - 3) częstotliwości opłacania składki;
 - 4) wariantu zakresu ochrony, o którym piszemy w pkt. 4–8, a następnie uzgadniamy z Tobą i potwierdzamy w polisie.
55. Wysokość składki może się zmienić w przypadku zmiany wysokości sumy ubezpieczenia, o której piszemy w pkt. 13–18 oraz w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia, o której piszemy w pkt. 62–70.
56. Składkę opłacasz z góry, w pełnej wymaganej kwocie, w terminach i z częstotliwością przyjętymi w umowie podstawowej.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy ubezpieczamy ubezpieczonego

57. Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego rozpocznie się zgodnie z zasadami przyjętymi w umowie podstawowej – jeśli umowę zawierasz razem z umową podstawową.
58. Jeśli umowę zawierasz w trakcie trwania umowy podstawowej, nasza ochrona rozpocznie się w dniu najbliższej płatności składki za umowę podstawową, nie wcześniej jednak niż po wyrażeniu przez nas zgody na zawarcie umowy.
59. Jeśli Ty i ubezpieczony jesteście różnymi osobami, nasza ochrona rozpocznie się w dniu wskazanym w pkt. 57 albo 58, ale nie wcześniej niż następnego dnia po zgodzie ubezpieczonego na objęcie go ochroną, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia.
60. Datę początku ochrony wskazujemy w polisie.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie

61. Nasza ochrona na wypadek leczenia szpitalnego 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) w którym zakończy się okres ubezpieczenia;
 - 5) w którym zakończy się ochrona w umowie podstawowej;
 - 6) w którym umowa podstawowa zamieni się na umowę bezskładkową;
 - 7) w którym umowa podstawowa zamieni się na umowę z jednorazową płatnością składki – jeśli opłacisz składkę za umowę podstawową jednorazowo do końca okresu ubezpieczenia.

INDEKSACJA SUMY UBEZPIECZENIA, SKŁADKI

– czyli w jaki sposób urealniamy świadczenia

62. Najpóźniej 30 dni przed rocznicą umowy podstawowej możemy Ci zaproponować indeksację sumy ubezpieczenia.
63. Przez indeksację sumy ubezpieczenia rozumiemy podwyższenie, w rocznicę umowy podstawowej, aktualnej sumy ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji.
64. Jako wskaźnik indeksacji przyjmujemy wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych, który publikuje Główny Urząd Statystyczny na koniec września danego roku kalendarzowego za okres 12 miesięcy, z zastrzeżeniem pkt. 65.
65. Jeżeli wskaźnik, o którym piszemy w pkt. 64 jest niższy od 3%, przyjmujemy, że wskaźnik indeksacji wynosi 3%.
66. Wskaźnik indeksacji stosujemy do wszystkich umów, których rocznica przypada w następnym roku kalendarzowym.
67. W wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia wzrasta składka za umowę, o kwotę obliczoną na podstawie:
- 1) składek taryfowych obowiązujących przy zawarciu umowy;
 - 2) wieku polisowego ubezpieczonego w dniu zawarcia umowy;
 - 3) nowej dodatkowej sumy ubezpieczenia wyznaczonej w wyniku indeksacji;
 - 4) częstotliwości opłacania składki;
 - 5) wariantu zakresu ochrony, o którym piszemy w pkt. 4–8.
68. Możesz:
- 1) podwyższyć sumę ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji, albo
 - 2) zrezygnować z indeksacji.
69. Jeśli zrezygnujesz z indeksacji poinformuj nas o tym najpóźniej 14 dni przed rocznicą umowy podstawowej. W przypadku gdy Ty i ubezpieczony jesteście różnymi osobami musisz uzyskać jego zgodę na rezygnację z indeksacji. Jeśli nie spełnisz tych warunków uznamy, że przyjąłeś zaproponowany przez nas wskaźnik indeksacji.
70. Jeśli zawrzesz umowę oddzielnie od umowy podstawowej lub jeśli zmienisz wysokość sumy ubezpieczenia w innym dniu niż dzień rocznicy umowy podstawowej, możemy zaproponować Ci indeksację najwcześniej w najbliższą rocznicę umowy podstawowej, która nastąpi po upływie pełnych 12 miesięcy trwania umowy liczonych od dnia zawarcia umowy lub zmiany wysokości sumy ubezpieczenia.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZENIA

– czyli komu i kiedy je wypłacimy

71. Świadczenie przysługuje ubezpieczonemu.
72. Aby otrzymać świadczenie, osoba, która o nie wnioskuje, musi dostarczyć nam:
- 1) wniosek o realizację świadczenia;
 - 2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego – jeśli wniosek o realizację świadczenia jest złożony niezwłocznie po zakończeniu pobytu w szpitalu;
 - 3) dokumentację medyczną potwierdzającą rozpoznanie stanu zdrowotnego, będącego przyczyną pobytu w szpitalu wydaną przez lekarza prowadzącego – jeśli wniosek o realizację świadczenia jest składany w trakcie pobytu w szpitalu, po 30. lub 60. dniu tego pobytu;
 - 4) w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – dokumentację potwierdzającą okoliczności wypadku;
 - 5) w przypadku chemioterapii nowotworu złośliwego i radioterapii nowotworu złośliwego – dokumentację medyczną potwierdzającą zastosowanie chemioterapii nowotworu złośliwego albo radioterapii nowotworu złośliwego.
73. Możemy poprosić o inne dodatkowe dokumenty, jeśli dotychczas dostarczone nie wystarczą do ustalenia naszej odpowiedzialności.
74. 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.
75. Jeżeli nie otrzymamy dokumentów, o które prosimy, a posiadane przez nas nie pozwalają ustalić naszej odpowiedzialności, możemy odmówić świadczenia.

KARTA APTECZNA PO POBYCIE W SZPITALU

– czyli komu i kiedy ją wydajemy

76. Prawo do otrzymania karty aptecznej przysługuje ubezpieczonemu.
77. Wniosek o wypłatę świadczenia za pobyt w szpitalu jest jednocześnie zgłoszeniem do otrzymania karty aptecznej – z uwzględnieniem pkt. 78.
78. Wypłacimy świadczenie jednorazowo w kwocie równej wysokości niewykorzystanego limitu na karcie w razie:
- 1) rozwiązania umowy o współpracy ze świadczeniodawcą w zakresie kart aptecznych;
 - 2) braku możliwości odbioru produktów dostępnych w aptece z winy świadczeniodawcy albo z powodu jego likwidacji lub upadłości.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA, SKIEROWANIE SPRAWY DO SĄDU

– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

79. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.
80. 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.
81. 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 nie możemy odpowiedzieć w powyższym terminie;
 - 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.
82. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy:
- 1) w postaci papierowej lub
 - 2) pocztą elektroniczną – robimy to na wniosek osoby (podmiotu), która złożyła reklamację.
83. 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.
84. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
85. Pozew w sprawach, które wynikają z niniejszej umowy, można złożyć według przepisów o właściwości ogólnej albo:
- 1) przed sąd właściwy dla miejsca Twojego zamieszkania lub siedziby lub miejsca zamieszkania ubezpieczonego lub
 - 2) przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego.
86. Więcej o reklamacjach można dowiedzieć się z „Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym” oraz z „Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń”.
87. Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
88. 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

89. Jeśli zgodnie z prawem będziemy musieli potrącić ze świadczenia jakiegokolwiek kwoty, zwłaszcza podatek dochodowy, świadczenie zmniejszy o te kwoty.
90. Prawo polskie jest prawem właściwym dla umowy.
91. W relacjach z konsumentem stosujemy język polski.
92. W sprawach, których nie reguluje umowa, stosuje się ogólne warunki umowy podstawowej, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa polskiego.
93. 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.
94. Wszystkie nasze powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą umowy, będziemy składać w formie pisemnej lub w innej formie, którą uzgodniłeś z Tobą. Wywierają one skutek z chwilą doręczenia.
95. Wszystkie kierowane do nas powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą umowy – oprócz reklamacji, skarg i zażeń – muszą być złożone w formie pisemnej lub w innej formie, którą uzgodniłeś z nami. Wywierają one skutek prawny z dniem doręczenia.
96. Informować o każdej zmianie adresu musisz Ty, ubezpieczony oraz my.
97. Jeżeli Ty, ubezpieczony, uposażony lub uprawniony jesteście konsumentami, możecie zwrócić się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
98. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej publikujemy na pzu.pl w części o relacjach inwestorskich.
99. Nadzoruje nas Komisja Nadzoru Finansowego.

REGULAMIN KARTY APTECZNEJ

Załącznik do ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego

Regulamin przedstawia zasady:

- aktywacji karty aptecznej,
- korzystania z karty aptecznej.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W regulaminie używamy terminów:

- 1) **data ważności** – ostatni dzień miesiąca, który przypada po upływie trzech lat, licząc od końca miesiąca, w którym karta apteczna została nadana przez nas na pocztę;
- 2) **dowód zakupu** – potwierdzenie zakupu produktów w aptece w okresie ważności karty (np. paragon, faktura);
- 3) **duplikat karty aptecznej** – karta wydana za zablokowaną kartę apteczną. Ma takie same cechy, co zablokowana karta apteczna, w tym datę ważności, a limit jest pomniejszony o wartość odebranych produktów za pomocą karty aptecznej lub duplikatu karty aptecznej;
- 4) **limit** – wartość produktów aptecznych, w jakiej ubezpieczonemu, w ramach ubezpieczenia, zostało przyznane prawo do ich odbioru w aptece;
- 5) **odbior produktu z apteki bez użycia karty aptecznej** – zakup produktów dostępnych w aptece, która nie akceptuje karty aptecznej. Po opłaceniu produktów zwracamy ich koszt na podstawie złożonego do nas wniosku;
- 6) **odbior produktu z apteki z użyciem karty aptecznej** – odbiór produktów dostępnych w aptece, która akceptuje kartę apteczną.

KARTA APTECZNA

– najważniejsze informacje

2. Karta apteczna służy do odbioru produktów dostępnych w aptece.
3. Na stronie internetowej pzu.pl, na naszej infolinii oraz w Oddziałach PZU informujemy o:
 - 1) aktualnym wykazie aptek, które akceptują kartę apteczną;
 - 2) zasadach odbioru produktów dostępnych w aptece z użyciem i bez użycia karty aptecznej.
4. Karta apteczna nie jest:
 - 1) elektronicznym instrumentem płatniczym;
 - 2) instrumentem pieniądza elektronicznego;
 - 3) kartą płatniczą.
5. Karta apteczna zawiera:
 - 1) numer identyfikacyjny;
 - 2) kod paskowy;
 - 3) datę ważności;
 - 4) limit.
6. Kartę apteczną aktywujemy, jeśli ubezpieczony zadzwoni do nas po jej otrzymaniu – na podstawie danych osobowych ubezpieczonego oraz numeru identyfikacyjnego karty aptecznej. Karta będzie aktywna najpóźniej następnego dnia.
7. Karta apteczna przestaje być ważna:
 - 1) w dniu odbioru produktów dostępnych w aptece o wartości limitu;
 - 2) w dniu zakończenia jej ważności;
 - 3) w dniu jej zablokowania – zgodnie z pkt. 17., 18.

ZASADY UŻYWANIA KARTY APTECZNEJ

– czyli jak z niej skorzystać

8. Kartę trzeba aktywować przed odbiorem produktów dostępnych w aptece.
9. Aby odebrać produkty z użyciem karty aptecznej, ubezpieczony pokazuje aktywną kartę w aptece, która akceptuje karty apteczne.
10. Aby otrzymać zwrot pieniędzy za produkty zakupione w aptece bez użycia karty aptecznej, ubezpieczony zgłasza to do nas i pokazuje aktywną kartę apteczną oraz dowód zakupu produktów w aptece. Zwracamy pieniądze w ciągu 21 dni od daty zgłoszenia i okazania aktywnej karty aptecznej.
11. Karta apteczna nie podlega wymianie na gotówkę.
12. Po każdym użyciu karty aptecznej zmniejsza się jej limit. Informację o pozostałym limicie ubezpieczony może uzyskać w aptece, która akceptuje kartę apteczną lub na naszej infolinii.
13. Jeśli wartość zakupów w aptece przekroczy limit na karcie aptecznej, to za resztę zakupów ubezpieczony płaci z własnych środków.
14. Nie można zwrócić produktów odebranych za pomocą karty aptecznej – z uwzględnieniem pkt. 23. i 24.
15. Wypłacimy ubezpieczonemu równowartość niewykorzystanego limitu na karcie aptecznej w razie likwidacji lub upadłości świadczeniodawcy.
16. Jeśli ubezpieczony utraci, zniszczy lub uszkodzi kartę apteczną, powinien zgłosić to od razu na naszą infolinię.

BLOKADA KARTY APTECZNEJ

– czyli co się dzieje w takiej sytuacji

17. Kartę apteczną blokujemy, jeśli:
 - 1) nasza infolinia uzyska informację, że ubezpieczony nie otrzymał karty aptecznej po 30 dniach od jej nadania na pocztę – z przyczyn od nas niezależnych;

- 2) ubezpieczony zgłosi na naszej infolinii utratę, zniszczenie lub uszkodzenie karty, które uniemożliwia jej użytkowanie.
18. Kartę blokujemy najpóźniej w następnym dniu po uzyskaniu przez naszą infolinię informacji z pkt. 17.
19. Blokada karty aptecznej jest nieodwracalna.
20. Nie odpowiadamy za nieuprawnione użycie karty aptecznej, które nastąpiło:
 - 1) przed zgłoszeniem utraty, zniszczenia lub uszkodzenia karty aptecznej;
 - 2) w wyniku przekazania karty aptecznej innej osobie.

DUPLIKAT KARTY APTECZNEJ

– czyli kiedy go wydajemy

21. Duplikat karty wydajemy po jej zablokowaniu. Duplikat karty ma limit, który pozostał w momencie dokonania blokady.
22. Duplikat karty ma nowy, nieaktywny numer identyfikacyjny i jest nieaktywny. Kartę trzeba aktywować zgodnie z pkt 6.

REKLAMACJE ZWIĄZANE Z UŻYCIEM KARTY APTECZNEJ

– jak można ją zgłosić

23. Reklamacje związane z użyciem karty aptecznej ubezpieczony może zgłosić na naszą infolinię.
24. Reklamacje produktów z powodu wady jakościowej lub ich niewłaściwego wydania rozpatruje apteka – zgodnie z przepisami prawa, w szczególności zgodnie z przepisami prawa farmaceutycznego.
25. W razie zwrotu produktu z powodu reklamacji – opisanej w pkt 24. – apteka zwraca pieniądze do wartości zwracanego produktu.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

26. W sprawach nie ustalonych w regulaminie stosuje się: ogólne warunki umowy podstawowej, ogólne warunki umowy dodatkowej, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa polskiego.