



**PZU Wsparcie w Życiu
i Zdrowiu**



PZU WSPARCIE W ŻYCIU I ZDROWIU



Program Ubezpieczeniowy PZU Wsparcie w Życiu i Zdrowiu
podpisany w Warszawie w dniu 20 września 2021 r.
zwany dalej „Programem Ubezpieczeniowym” lub „umową”

Strony umowy:

POWSZECHNY ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE SA

z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 24, 02-673 Warszawa, wpisany do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 000030211, NIP: 5270206056, z kapitałem zakładowym w wysokości 295 000 000 zł wpłaconym w całości, reprezentowany przez:

Macieja Woźnińskiego – Biuro Sprzedaży Multiagencyjnej i Brokerskiej

zwany dalej **my/PZU ŻYCIE SA**

oraz

PZU Zdrowie SA

z siedzibą w Warszawie przy ul. Konstruktorskiej 13, 02-673 Warszawa, wpisany do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000395215, NIP: 5272663852, z kapitałem zakładowym w wysokości 10 650 000 zł wpłaconym w całości, reprezentowany przez:

Dominika Witka – członka Zarządu PZU Zdrowie

Kazimierza Kuberskiego – członka Zarządu PZU Zdrowie

zwana/y dalej **UBEZPIECZAJĄCYM**

zwane dalej łącznie **Stronami**

§ 1

- 1) W wyniku przeprowadzonych negocjacji Strony postanawiają w ramach niniejszej umowy uregulować zasady wprowadzenia i funkcjonowania Programu Ubezpieczeniowego dla osób fizycznych, które wyraziły wolę objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach i na warunkach Programu Ubezpieczeniowego oraz zaakceptowały jego postanowienia.
- 2) Strony postanawiają, że w ramach Programu Ubezpieczeniowego zostanie zawarte umowy grupowego ubezpieczenia na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie PZU Pod Dobrą Opieką oraz ogólnych warunków dodatkowych grupowych ubezpieczeń, o których mowa w § 2 Programu Ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem zmian określonych w treści Programu Ubezpieczeniowego.
- 3) Umowy, o których mowa w ust. 2 zawarte są na okres jednego roku, tj. od 1.10.2021 r. do dnia 30.09.2022 r. z możliwością ich przedłużenia na kolejny okres, zgodnie z warunkami umowy.
- 4) W Programie Ubezpieczeniowym może być stosowana nazwa marketingowa PZU Wsparcie w Życiu i Zdrowiu.
- 2) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Opieka Medyczna, kod OWU: UZGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku, zwane dalej „OWU UZ”;
- 3) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej niešťczęśliwym wypadkiem, kod OWU: NWGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 4) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym, kod OWU: WKGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 5) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, kod OWU: CCGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku, ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/125/2021 z dnia 8 lipca 2021 roku;
- 6) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia konsultacja zagraniczna i assistance, kod OWU: KZGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku, ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/125/2021 z dnia 8 lipca 2021 roku;
- 7) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, kod OWU: LSGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 8) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus, kod OWU: LPGA36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018

§ 2

W ramach Programu Ubezpieczeniowego funkcjonują Warianty różniące się zakresem ubezpieczenia, wysokościami sum ubezpieczenia i świadczeń, oparte na ogólnych warunkach:

- 1) **grupowego ubezpieczenia na życie PZU Pod Dobrą Opieką, kod OWU: DOGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku, zwane dalej „OWU DO”;

roku, ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/125/2021 z dnia 8 lipca 2021 roku;

- 9) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia z kartą apteczną**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 r;
- 10) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem**, kod OWU: TUGP36, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 11) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwego wypadku na drodze lub w pracy – usługi medyczne**, kod OWU NPGP36 które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku, ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/125/2021 z dnia 8 lipca 2021 roku;
- 12) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek złamania kości przez ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem**, kod OWU: ZKGP36, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 13) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem**, kod OWU: ZMGP36, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 14) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego**, kod OWU: SMGP36, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 15) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia prawa do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia**, kod OWU: PKGP36, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku.

§ 3

Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenia zaistniałe w okresie naszej ochrony względem ubezpieczonego lub współubezpieczonego, wymienione w załączniku nr 1 do umowy.

§ 4

1. W miejsce zapisów ogólnych warunków, o których mowa w § 2 pkt 1, stosuje się następujące zapisy:

- 1) pkt 1 ppkt 7 OWU DO otrzymuje brzmienie: „7) **partner życiowy** – osoba, która pozostaje z ubezpieczonym we wspólnym pożyciu oraz: a) ukończyła 18 lat oraz nie ukończyła 69 lat, b) nie składa deklaracji przystąpienia do umowy oraz oświadczenia dotyczącego zdrowia, c) została wskazana przez ubezpieczonego w jego deklaracji, d) nie jest krewnym ubezpieczonego, e) nie pozostaje w związku małżeńskim.”;
- 2) pkt 1 ppkt 19 OWU DO otrzymuje brzmienie: „19) **Ty/ubezpieczony** – osoba fizyczna, która wyraziła wolę objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach i na warunkach umowy oraz zaakceptowała jego postanowienia.”;
- 3) pkt 9 ppkt 5 OWU DO otrzymuje brzmienie: „5) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd w stanie nietrzeźwości w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub po użyciu narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile którakolwiek z tych okoliczności miała wpływ na zajęcie wypadku komunikacyjnego.”;
- 4) pkt 10 ppkt 4 OWU DO otrzymuje brzmienie: „4) przed tym miesiącem otrzymaliśmy od Ciebie pierwszą składkę za objęcie Ciebie naszą ochroną w terminie wskazanym w pkt 81.”;
- 5) pkt 11 ppkt 3 OWU DO otrzymuje brzmienie: „3) przed tym miesiącem otrzymaliśmy od Ciebie pierwszą składkę za objęcie Ciebie naszą ochroną w terminie wskazanym w pkt 81.”;

- 6) pkt 12 OWU DO otrzymuje brzmienie: „12. Ubezpieczony może wskazać partnera życiowego przystępując do ubezpieczenia albo w innym terminie, ze skutkiem od rocznicy przystąpienia do ubezpieczenia (rozumianej jako każda rocznica dnia, w którym ubezpieczony przystąpił do ubezpieczenia). Ubezpieczony może wskazać partnera tylko, gdy nie pozostaje w związku małżeńskim. Ubezpieczony może zmienić wskazanego partnera życiowego w każdym terminie – ze skutkiem od rocznicy przystąpienia do ubezpieczenia.”;
- 7) pkt 14 OWU DO otrzymuje brzmienie: „14. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 6 miesięcy liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do umowy (okres karencji). Ponosimy jednak odpowiedzialność jeżeli w okresie karencji śmierć nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz w sytuacji opisanej w pkt 15.”;
- 8) pkt 15 OWU DO otrzymuje brzmienie: „15. W stosunku do osoby, która bezpośrednio przed początkiem odpowiedzialności PZU Życie SA z tytułu umowy była objęta odpowiedzialnością PZU Życie SA – lub innego zakładu ubezpieczeń – z tytułu innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie w analogicznym zakresie (dalej: „poprzednie ubezpieczenie”) okres ubezpieczenia w poprzednim ubezpieczeniu odpowiednio skracą długość okresu karencji w umowie, pod warunkiem zachowania ciągłości w przekazywaniu składek. Przez ciągłość w przekazywaniu składek należy rozumieć brak przerwy pomiędzy okresem za który przekazano ostatnią składkę za poprzednie ubezpieczenie a okresem za który przekazano pierwszą składkę z tytułu umowy za daną osobą, z uwzględnieniem pkt 16.”;
- 9) pkt 16 OWU DO otrzymuje brzmienie: „16. W stosunku do osoby, która w poprzednim ubezpieczeniu miała niższą wysokość świadczenia PZU Życie SA, w okresie karencji nie ponosi odpowiedzialności w zakresie różnicy pomiędzy obecną a poprzednią wysokością świadczenia.”;
- 10) pkt 20 OWU DO otrzymuje brzmienie: „20. Nasza ochrona kończy się względem Ciebie: 1) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy; 2) z chwilą Twojej śmierci; 3) z dniem rocznicy polisy przypadającym w roku, w którym kończysz 70 lat; 4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym zrezygnujesz z naszej ochrony; 5) z dniem rozwiązania umowy w przypadku określonym w pkt 48 OWU; 6) z dniem, w którym upłynie okres wypowiedzenia umowy określony w pkt 63 OWU; 7) z końcem miesiąca, za który otrzymaliśmy ostatnią składkę – jeśli ubezpieczony nie przekazał zaległości w terminie określonym w pkt 66 OWU pomimo otrzymaniu informacji o nieopłaceniu składki w terminie; 8) w dołączymy wariantie ubezpieczenia – z dniem rozpoczęcia ochrony względem Ciebie w innym wariantie umowy.”;
- 11) pkt 22 ppkt 4 OWU DO otrzymuje brzmienie: „4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym zrezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego.”;
- 12) pkt 23 OWU DO otrzymuje brzmienie: „23. Ubezpieczający, zanim zawrze z nami umowę, otrzyma od nas OWU, potrzebne formularze, oraz składa wnioszek o zawarcie umowy.”;
- 13) pkt 33 OWU DO otrzymuje brzmienie: „33. Do umowy możesz przystąpić, jeśli w dniu, w którym podpisujesz deklarację przystąpienia: 1) łączy Cię z ubezpieczającym stosunek prawny i masz ukończone 60 lat i nie masz ukończonych 69 lat; 2) oświadczysz, że nie przebywasz na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych, na świadczeniu rehabilitacyjnym lub nie jesteś osobą uznaną za niezdolną do pracy lub niezdolną do służby mundurowej na podstawie orzeczenia właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.”;
- 14) pkt 36 OWU DO otrzymuje brzmienie: „36. W dniu podpisania deklaracji przystąpienia składasz dodatkowo oświadczenie dotyczące zdrowia.”;
- 15) pkt 38 OWU DO otrzymuje brzmienie: „38. Przed przystąpieniem do umowy przekazujesz podpisaną deklarację przystąpienia.”;

- 16) pkt 40 OWU DO otrzymuje brzmienie: „40. Możemy odmówić Tobie przystąpienia do umowy. Odmowę przekazujemy Tobie na piśmie.”;
 - 17) pkt 41 OWU DO otrzymuje brzmienie: „41. Jeśli otrzymamy składkę za osobę, która nie mogła przystąpić do ubezpieczenia, w związku z tym, że nie spełniła definicji ubezpieczonego lub wieku przystąpienia określonego w umowie, zwracamy ją tej osobie na wskazany przez nią rachunek jako nienależną, jeżeli składka została przez nią opłacona.”;
 - 18) pkt 45 OWU DO otrzymuje brzmienie: „45. Możesz złożyć nam oświadczenie woli zmiany wariantu ubezpieczenia w dowolnym momencie trwania umowy, z tym, że ochrona w nowym wariantcie ubezpieczenia rozpocznie się względem Ciebie od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie dotyczące zmiany wariantu ubezpieczenia.”;
 - 19) pkt 54 OWU DO otrzymuje brzmienie: „54. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia podstawowego lub umowy ubezpieczenia dodatkowego, gdy oświadczy nam to na piśmie w ciągu 7 dni od jej zawarcia.”;
 - 20) pkt 56 OWU DO otrzymuje brzmienie: „56. Jeśli ubezpieczający odstąpi od umowy po przekazaniu składki, zwrócimy ubezpieczonemu składkę zmniejszoną o kwotę składki za okres naszej ochrony, pod warunkiem, że składka została opłacona przez ubezpieczonych.”;
 - 21) pkt 66 OWU DO otrzymuje brzmienie: „66. Jeśli składka nie zostanie zapłacona, weźmiemy ubezpieczającego do jej zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania. W wezwaniu podamy do wiadomości ubezpieczającego skutki niezapłacenia składki w postaci zakończenia ochrony. Informację o nieopłaceniu składki otrzymuje również ubezpieczony, który nie opłacił składki zgodnie z pkt 81.”;
 - 22) pkt 73 OWU DO otrzymuje brzmienie: „73. Możesz w każdej chwili zrezygnować z ubezpieczenia, jeśli złożysz nam rezygnację w formie pisemnej.”;
 - 23) pkt 74 OWU DO otrzymuje brzmienie: „74. Masz obowiązek zgłaszać nam zmiany danych osobowych i teled adresowych Twoich i uposażonych, które podałeś w deklaracji przystąpienia.”;
 - 24) pkt 75 OWU DO otrzymuje brzmienie: „75. Ubezpieczający musi informować nas o zmianie swoich danych osobowych i teled adresowych.”;
 - 25) pkt 76 pkt 2 OWU DO otrzymuje brzmienie: „2) przekazywać ubezpieczonemu, w formie, którą określa „Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej”, informacje o zmianie warunków umowy lub zmianie prawa właściwego dla umowy i o wpływie tych zmian na wartość świadczenia zanim razem z ubezpieczającym wyrazimy zgodę na wprowadzenie takich zmian.”;
 - 26) pkt 76 pkt 3 OWU DO otrzymuje brzmienie: „3) doręczyć warunki umowy, w tym OWU, na piśmie osobom przystępującym do umowy. Możemy doręczyć warunki umowy, w tym OWU, na innym trwałym nośniku jeżeli osoba przystępująca do ubezpieczenia wyrazi na to zgodę. Powinniśmy to zrobić, zanim osoby te podpiszą deklarację przystąpienia.”;
 - 27) w pkt 76 OWU DO dodaje się pkt 10 w brzmieniu: „10) powiadomić ubezpieczonych o nieprzedłużeniu umowy, o jej wypowiedzeniu lub rozwiązaniu.”;
 - 28) pkt 80 pkt 3 lit. e) OWU DO otrzymuje brzmienie: „e) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do umowy.”;
 - 29) pkt 81 OWU DO otrzymuje brzmienie: „81. Ubezpieczony opłaca składki na wskazany rachunek bankowy w pełnej wymagalnej kwocie do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który składka jest należna, zaś ubezpieczający przekazuje składki do PZU Życie.”;
 - 30) pkt 95 OWU DO otrzymuje brzmienie: „95. Reklamacje, skargę lub zażalenie można złożyć:
 - 1) na piśmie – osobie albo wysłane pocztą w rozumieniu ustawy „Prawo pocztowe”, na przykład pisząc na adres: PZU Życie SA ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres tylko do korespondencji);
 - 2) na piśmie – wysłane na adres do doręczeń elektronicznych PZU Życie SA w rozumieniu ustawy o doręczeniach elektronicznych, począwszy od dnia wpisania tego adresu do bazy adresów elektronicznych;
 - 3) w formie ustnej – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście, co potwierdzamy protokołem podczas wizyty w naszej jednostce;
 - 4) w postaci elektronicznej – wysyłając e-mail na reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl”;
 - 31) pkt 97 OWU DO otrzymuje brzmienie: „97. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy osobie, która je zgłosiła:
 - 1) w przypadku, gdy klientem jest osoba fizyczna – na piśmie, z tym że odpowiedź dostarczymy elektronicznie wyłącznie na wniosek klienta;
 - 2) w przypadku, gdy klientem jest inny podmiot niż wskazany w pkt 1 – na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji.”.
2. W miejsce zapisów ogólnych warunków, o których mowa w § 2 pkt 2 (OWU UZ), w ramach zakresu usług medycznych Profilaktyka stosuje się następujące zapisy:
 - 1) pkt 1 pkt 11 OWU UZ otrzymuje brzmienie: „11) **współubezpieczony** – małżonek albo partner życiowy ubezpieczonego, który ukończył 18 lat i nie ukończył 69 lat.”;
 - 2) pkt 1 pkt 12 OWU UZ otrzymuje brzmienie: „12) **zakres usług medycznych** – lista usług medycznych, które mają zastosowanie w ubezpieczeniu. Zakres usług medycznych znajduje się w załączniku nr 2 do umowy.”.
 3. W miejsce zapisów ogólnych warunków, o których mowa w § 2 pkt 7 (OWU LS), stosuje się następujące zapisy:
 - 1) pkt 4 OWU LS otrzymuje brzmienie: „Zakres ubezpieczenia obejmuje Twój pobyt w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku – w okresie naszej ochrony.”;
 - 2) pkt 12 OWU LS otrzymuje brzmienie: „Zapłacimy świadczenie maksymalnie za 60 dni pobytu w szpitalu w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy”.
 - 3) pkt 14 OWU LS otrzymuje brzmienie: „14. W razie pobytu w szpitalu, dostarcz nam: 1) wniosek o wypłatę świadczenia. Możesz dostarczyć go: a) gdy zakończysz pobyt w szpitalu, b) w trakcie pobytu w szpitalu – po 30. dniu.”;
 4. W miejsce zapisów ogólnych warunków, o których mowa w § 2 pkt 8 (OWU LP), stosuje się następujące zapisy:
 - 1) pkt 5 OWU LP otrzymuje brzmienie: „5. Zakres ubezpieczenia obejmuje poniższe zdarzenia, które wystąpią w okresie naszej ochrony: 1) rekonwalescencję – jeśli Twój pobyt w szpitalu trwał co najmniej 14 dni; 2) pobyt na OAIT – pod warunkiem, że uznamy naszą ochronę za pobyt w szpitalu na podstawie dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego”.
 5. W miejsce zapisów ogólnych warunków, o których mowa w § 2 pkt 9 (OWU AP), stosuje się następujące zapisy:
 - 1) pkt 5 OWU AP otrzymuje brzmienie: „5. Zakres ubezpieczenia obejmuje Twój pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie naszej ochrony przewidzianej w dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego”.
 6. W Programie Ubezpieczeniowym w umowach ubezpieczeń dodatkowych w których obowiązuje karencja, w stosunku do osoby, która bezpośrednio przed początkiem odpowiedzialności PZU Życie SA z tytułu Programu Ubezpieczeniowego była objęta odpowiedzialnością PZU Życie SA – lub innego zakładu ubezpieczeń – z tytułu innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie w analogicznym zakresie mają zastosowanie zasady skrócenia okresu karencji określone w § 4 ust 1 pkt 7 i 8 Programu Ubezpieczeniowego. Zasady skracania okresów karencji nie mają zastosowania w przypadku wszystkich ryzyk dotyczących partnera życiowego znajdujących się w zakresie ubezpieczenia. W przypadku wszystkich ryzyk dotyczących partnera życiowego znajdujących się w zakresie ubezpieczenia nie ponosimy

odpowiedzialności w okresie karencji. Długość okresu karencji wskazana jest we właściwych ogólnych warunkach ubezpieczeń dodatkowych. Okres karencji rozpoczyna się od dnia przystąpienia przez Ciebie do umowy lub – jeśli wskazałeś partnera życiowego po przystąpieniu do umowy albo zmieniłeś wskazanego partnera życiowego – od rocznicy przystąpienia do ubezpieczenia. Ponosimy jednak odpowiedzialność jeżeli w okresie karencji zdarzenie nastąpiło w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

§5

1. W umowie ubezpieczenia nie stosujemy zapisów OWU DO, które wskazaliśmy w:

- 1) pkt 1 ppkt 8, 9, 10, 23 i 24 OWU DO;
- 2) pkt 10 ppkt 3 OWU DO;
- 3) pkt 11 ppkt 2 OWU DO;
- 4) pkt 17 OWU DO;
- 5) pkt 18 OWU DO;
- 6) pkt 21 OWU DO;
- 7) pkt 24 OWU DO;
- 8) pkt 25 OWU DO;
- 9) pkt 34 OWU DO;
- 10) pkt 35 OWU DO;
- 11) pkt 37 OWU DO;
- 12) pkt 39 OWU DO;
- 13) pkt 65 OWU DO;
- 14) Postanowieniach dodatkowych nr 1 do OWU DO;
- 15) Postanowieniach dodatkowych nr 2 do OWU DO.

2. W umowie ubezpieczenia nie stosujemy zapisów OWU LS, które wskazaliśmy w:

- 1) pkt 5 OWU LS

3. W umowie ubezpieczenia nie stosujemy zapisów OWU LP, które wskazaliśmy w:

- 1) pkt 8 –11 OWU LP
- 2) pkt 19 ppkt 1 OWU LP

§6

Wszelkie zmiany niniejszego Programu Ubezpieczeniowego wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§7

Program Ubezpieczeniowy wchodzi w życie z dniem 20 września 2021 roku.

§8

Program Ubezpieczeniowy sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

K. Kiełuski

UBEZPIECZAJĄCY

DYREKTOR BIURA SPRZEDAŻY
MULTIAGENCYJNEJ I BROKERSKIEJ

Marcin Wołafki

PZU Życie SA

ZAŁĄCZNIK NR 1

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ

W POSZCZEGÓLNYCH WARIANTACH

	WARIANT 1	WARIANT 2	WARIANT 3
POWRÓT DO ZDROWIA			
Zakres	Onko-Kardiowsparcie		Onko-Kardiowsparcie
Liczba jednostek chorobowych	10 jednostek chorobowych		10 jednostek chorobowych
Wystąpienie ciężkiej choroby ubezpieczonego	4 000 zł		4 000 zł
Konsultacja zagraniczna i usługi assistance	TAK		TAK
WSPARCIE POSZPITALNE			
Leczenie szpitalne ubezpieczonego			
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (do 60 dni pobytu w szpitalu)	100 zł	50 zł	100 zł
na oddziale intensywnej terapii (jednorazowe świadczenie, jeśli pobyt trwał minimum 48h)	1 000 zł	500 zł	1 000 zł
świadczenie za dzień rekonwalescencji – pobyt w szpitalu minimum 14 dni, zwolnienie maksymalnie 30 dni	100 zł	50 zł	100 zł
Karta apteczna – prawo do bezgotówkowego odbioru w wybranych aptekach produktów o wartości	1 000 zł		1 000 zł
WSPARCIE POWYPADKOWE			
Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% trwałego uszczerbku	250 zł	100 zł	250 zł
Następstwa nieszczęśliwego wypadku na drodze (określone usługi medyczne dopasowane do danego wypadku – zgodnie z OWU)	TAK		TAK
Złamanie kości spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem – odpowiedni procent wskazanej sumy ubezpieczenia w zależności od rodzaju złamania (zgodnie z OWU)	10 000 zł		10 000 zł
ZABEZPIECZENIE NAJBLIŻSZYCH			
Śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym	75 000 zł	152 000 zł	152 000 zł
Śmierć ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	25 000 zł	52 000 zł	52 000 zł
Śmierć ubezpieczonego	5 000 zł	12 000 zł	12 000 zł
WSPARCIE DLA CIEBIE			
Świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonych bliskich			
małżonka albo partnera życiowego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem		36 000 zł	36 000 zł
małżonka albo partnera życiowego		6 000 zł	6 000 zł
Prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia	TAK	TAK	TAK
OPIEKA MEDYCZNA – zakres Profilaktyka	TAK	TAK	TAK
Składka za ubezpieczenie	74 zł	82 zł	127 zł
Składka za ubezpieczenie z opcją Opieki Medycznej	81 zł	89 zł	134 zł

ZAŁĄCZNIK NR 2

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

OPIEKA MEDYCZNA

ZAKRES USŁUG MEDYCZNYCH PROFILAKTYKA

KONSULTACJE LEKARSKIE

Konsultacje lekarskie realizujemy bez skierowania, w sytuacji wystąpienia choroby lub uszkodzenia ciała. Konsultacji udzielają lekarze we wskazanych przez Świadczeniodawcę placówkach medycznych.

Konsultacje lekarskie obejmują wywiad, podstawowe czynności niezbędne do postawienia diagnozy podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej i monitorowania leczenia oraz poradę specjalisty.

Konsultacje lekarskie nie obejmują konsultacji lekarzy posiadających tytuł doktora habilitowanego lub profesora.

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
Konsultacje lekarskie z zakresu:	
Chorób wewnętrznych (interny)	bezpłatnie, dwa razy w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy
BADANIA DIAGNOSTYCZNE DLA KOBIET	
Badania są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego	
Diagnostyka laboratoryjna:	
- transaminaza alaninowa (GPT/ALT/ALAT), - transaminaza asparaginowa (GOT/AST/ASPAT), - glukoza, - lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG), - hormon tyreotropowy (TSH), - badanie ogólne moczu (profil), - kreatynina, - morfologia krwi + płytki + rozmaz ręczny lub rozmaz automatyczny, - kał – krew utajona, - wirus zapalenia wątroby typu C – przeciwciała przeciw HCV.	bezpłatnie, raz w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy
Badania czynnościowe:	
EKG – badanie spoczynkowe z opisem	bezpłatnie, raz w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy
Diagnostyka ultrasonograficzna:	
USG – jama brzuszna	bezpłatnie, raz w każdym 12-miesięcznym okresie
Diagnostyka radiologiczna:	
- RTG – obu piersi (mammografia) lub USG piersi, - RTG – klatka piersiowa – projekcja przednio-tylna.	bezpłatnie, raz w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy
BADANIA DIAGNOSTYCZNE DLA MĘŻCZYZN	
Badania są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego	
Diagnostyka laboratoryjna:	
- transaminaza alaninowa (GPT/ALT/ALAT), - transaminaza asparaginowa (GOT/AST/ASPAT), - glukoza, - lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG), - hormon tyreotropowy (TSH), - badanie ogólne moczu (profil), - kreatynina, - morfologia krwi + płytki + rozmaz ręczny lub rozmaz automatyczny, - kał – krew utajona, - wirus zapalenia wątroby typu C – przeciwciała przeciw HCV.	bezpłatnie, raz w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
Badania czynnościowe:	
• EKG – badanie spoczynkowe z opisem.	bezpłatnie, raz w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy
Diagnostyka ultrasonograficzna:	
• USG – jama brzuszna, • USG – jądra lub USG – gruczoł krokowy – badanie przez powłoki brzuszne.	bezpłatnie, raz w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy
Diagnostyka radiologiczna:	
• RTG – klatka piersiowa – projekcja przednio-tylna.	bezpłatnie, raz w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy

**OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA ŻYCIE PZU POD DOBRĄ OPIEKĄ**



W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie PZU Pod Dobrą Opieką, o kodzie warunków DOGP36 (OWU), 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 zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1 OWU pkt 3–5 OWU pkt 6–7 OWU pkt 84–91 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1 OWU pkt 8–9 OWU pkt 10–13 OWU pkt 14–19 OWU pkt 20–22 OWU pkt 33–43 OWU pkt 85 OWU

Jest to grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką, które jest ubezpieczeniem podstawowym.

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

WWW na pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE PZU POD DOBRĄ OPIEKĄ

Kod OWU: DOGP36



Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie PZU Pod Dobrą Opieką uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 19 listopada 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **deklaracja przystąpienia** – dokument, który wypełniasz i podpisujesz w celu przystąpienia do umowy lub w celu zmiany wariantu ubezpieczenia;
- 2) **dzień przystąpienia do umowy** – dzień, w którym rozpoczyna się nasza ochrona względem Ciebie;
- 3) **konsument** – osoba fizyczna dokonująca czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową;
- 4) **my/PZU Życie** – Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie, które:
 - a) jest gwałtowne i niespodziewane oraz
 - b) jest wywołane czynnikami zewnętrznymi, oraz
 - c) jest wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia, które obejmuje ubezpieczenie, oraz
 - d) nie zależy od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego lub jego małżonka albo partnera życiowego, lub jego dziecka, lub członka jego rodziny;
- 6) **okres naszej ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego;
- 7) **partner życiowy** – partner życiowy (ubezpieczony bliski) lub partner życiowy (wskazany przez ubezpieczonego podstawowego lub pełnoletnie dziecko);
- 8) **partner życiowy (ubezpieczony bliski)** – osoba, która pozostaje z ubezpieczonym podstawowym we wspólnym pożyciu oraz:
 - a) składa deklarację przystąpienia do umowy,
 - b) ubezpieczony podstawowy wskazał ją w deklaracji – wskazanie obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wskazano partnera życiowego,
 - c) nie jest krewnym ubezpieczonego podstawowego,
 - d) nie pozostaje w związku małżeńskim;
- 9) **partner życiowy (wskazany przez ubezpieczonego podstawowego lub pełnoletnie dziecko)** – osoba, która pozostaje z ubezpieczonym podstawowym albo pełnoletnim dzieckiem we wspólnym pożyciu oraz:
 - a) nie składa deklaracji przystąpienia do umowy,
 - b) została wskazana przez ubezpieczonego podstawowego albo pełnoletnie dziecko w ich deklaracji – wskazanie obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wskazano partnera życiowego,
 - c) nie jest krewnym odpowiednio ubezpieczonego podstawowego, pełnoletniego dziecka,
 - d) nie pozostaje w związku małżeńskim;
- 10) **pełnoletnie dziecko** – dziecko:
 - a) ubezpieczonego podstawowego,
 - b) małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego podstawowego, które ukończyło 18 lat;
- 11) **placówka dla przewlekłe chorych** – podmiot udzielający całodobowo, stacjonarnie świadczeń w zakresie długoterminowej opieki i pielęgnacji: zakład opiekuńczo-leczniczy, dom pomocy społecznej lub placówka zapewniająca całodobową opiekę, tworzona na podstawie odpowiednich przepisów prawa;
- 12) **polisą** – dokument, który potwierdza zawarcie umowy i jej warunki;
- 13) **potwierdzenie zakresu ubezpieczenia** – dokument przekazany ubezpieczonemu przez PZU Życie, potwierdzający zakres zawartego ubezpieczenia;
- 14) **realizacja świadczenia** – wypłata ubezpieczonemu albo uprawnionemu świadczenia pieniężnego albo realizacja usługi na rzecz ubezpieczonego w razie zajścia zdarzenia objętego naszą ochroną;

- 15) **rocznica polisy** – każda rocznica dnia, w którym została zawarta umowa;
- 16) **stosunek prawny** – umowa o pracę, umowa zlecenia, umowa o dzieło, umowa agencyjna, kontrakt, powołanie, członkostwo lub inny stosunek prawny łączący ubezpieczającego z ubezpieczonym podstawowym, który zaakceptujemy;
- 17) **strona umowy** – PZU Życie albo ubezpieczający;
- 18) **trwały nośnik** – materiał lub narzędzie umożliwiające konsumentowi lub przedsiębiorcy przechowywanie informacji kierowanych osobiście do niego, w sposób umożliwiający dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, i które pozwalają na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci;
- 19) **Ty/ubezpieczony** – osoba fizyczna, która przystąpiła do umowy (ubezpieczony podstawowy albo ubezpieczony bliski);
- 20) **ubezpieczający** – podmiot, który zawarł umowę z PZU Życie;
- 21) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką, do którego zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 22) **ubezpieczenie dodatkowe** – ubezpieczenie, o które możesz rozszerzyć naszą ochronę;
- 23) **ubezpieczony podstawowy** – osoba, którą łączy stosunek prawny z ubezpieczającym, która została objęta naszą ochroną;
- 24) **ubezpieczony bliski** – mąż/żona albo partner życiowy, pełnoletnie dziecko, wskazani przez ubezpieczonego podstawowego, którzy zostali objęci naszą ochroną;
- 25) **umowa** – umowa ubezpieczenia zawarta przez PZU Życie i ubezpieczającego z zastosowaniem OWU wraz z zawartymi przez PZU Życie i ubezpieczającego umowami ubezpieczeń dodatkowych;
- 26) **uposażony** – osoba fizyczna lub inny podmiot prawa wskazani przez ubezpieczonego jako uprawnieni do otrzymania świadczenia w razie śmierci tego ubezpieczonego;
- 27) **uprawniony** – osoba, która może ubiegać się o wypłatę świadczenia pieniężnego, czyli: uposażony, spadkobierca ubezpieczonego, osoba wymieniona w pkt 87 OWU, spadkobierca tych osób;
- 28) **wariant ubezpieczenia** – wybrany przez ubezpieczającego zakres ochrony ubezpieczeniowej potwierdzony polisą.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

2. Ubezpieczamy Twoje życie.

SUMA UBEZPIECZENIA

– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

3. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.
4. Wysokość sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu podstawowym i ubezpieczeniu dodatkowym znajdziesz w polisie i potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.
5. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

6. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie naszej ochrony.
7. W razie śmierci ubezpieczonego wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

8. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminów:
 - 1) **działania wojenne** – są to działania sił zbrojnych, które dążą do rozbicia sił zbrojnych przeciwnika na lądzie, w powietrzu lub na morzu;
 - 2) **akty terroru** – są to działania indywidualne lub grupowe przeciwko ludności lub mieniu, aby osiągnąć skutki ekonomiczne, polityczne lub społeczne; celem aktów terroru jest wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności, dezorganizacja życia publicznego, funkcjonowania transportu publicznego, zakładów usługowych lub wytwórczych;
 - 3) **masowe rozruchy społeczne** – są to wystąpienia grupy społecznej przeciw strukturom, które sprawują władzę na mocy prawa; wywołują je: niezadowolone z sytuacji politycznej, ekonomicznej lub społecznej; masowym rozruchom społecznym zwykle towarzyszą akty przemocy fizycznej.
9. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje śmierci ubezpieczonego, jeśli nastąpiła:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub w masowych rozruchach społecznych;
 - 3) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) w przypadku samobójstwa ubezpieczonego – popełnionego w ciągu 2 lat od początku okresu naszej ochrony;

- 5) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia.

POCZĄTEK OKRESU NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy Ciebie ubezpieczymy

10. Z zastrzeżeniem pkt 11–19 OWU, nasza ochrona względem Ciebie rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca jeśli:
- 1) została zawarta umowa;
 - 2) przed tym miesiącem otrzymaliśmy podpisaną przez Ciebie deklarację przystąpienia, w której akceptujesz warunki umowy, w tym wysokość sumy ubezpieczenia, i zgadzasz się na to, żebyśmy objęli Cię naszą ochroną;
 - 3) przed tym miesiącem otrzymaliśmy od ubezpieczającego wykaz ubezpieczonych, którzy podpisali deklarację przystąpienia i jesteś wymieniony w tym wykazie;
 - 4) otrzymaliśmy od ubezpieczającego pierwszą składkę za objęcie Ciebie naszą ochroną, w terminie wskazanym we wniosku o zawarcie umowy.
11. Jeśli przystępujesz do umowy później niż w miesiącu, w którym zawarto tę umowę, nasza ochrona względem Ciebie rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca jeśli:
- 1) przed tym miesiącem otrzymaliśmy podpisaną przez Ciebie deklarację przystąpienia, w której akceptujesz warunki umowy, w tym wysokość sumy ubezpieczenia, i zgadzasz się na to, żebyśmy objęli Cię naszą ochroną;
 - 2) przed tym miesiącem otrzymaliśmy od ubezpieczającego wykaz ubezpieczonych, którzy podpisali deklarację przystąpienia i jesteś wymieniony w tym wykazie;
 - 3) otrzymaliśmy od ubezpieczającego pierwszą składkę za objęcie Ciebie naszą ochroną, w terminie wskazanym w polisie.
12. Ubezpieczony podstawowy może zgłosić do ubezpieczenia partnera życiowego (ubezpieczony bliski) lub go zmienić raz w każdym okresie, który kończy się w rocznicę polisy. Nasza ochrona względem tego partnera życiowego rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca jeśli:
- 1) przed tym miesiącem otrzymaliśmy podpisaną przez partnera życiowego deklarację przystąpienia, w której akceptuje warunki umowy, w tym wysokość sumy ubezpieczenia, i zgadza się na to, żebyśmy objęli go naszą ochroną;
 - 2) przed tym miesiącem otrzymaliśmy od ubezpieczającego wykaz ubezpieczonych, którzy podpisali deklarację przystąpienia i jest on wymieniony w tym wykazie;
 - 3) otrzymaliśmy od ubezpieczającego pierwszą składkę za objęcie go naszą ochroną, w terminie wskazanym w polisie.
- W przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia nowego partnera życiowego, nasza ochrona względem dotychczasowego partnera życiowego kończy się z dniem poprzedzającym objęcie naszą ochroną nowego partnera życiowego, chyba że na podstawie OWU nasza ochrona względem niego kończy się wcześniej lub ubezpieczony podstawowy zgłosił wcześniej chęć wyrejestrowania wskazanego partnera życiowego.

PRZYKŁAD



Rocznica polisy przypada w dniu 1 marca 2018 roku. Ubezpieczony podstawowy wskazuje nowego partnera życiowego w deklaracji przystąpienia podpisanej w dniu 15 maja 2018 roku. Deklarację partnera życiowego otrzymujemy 25 maja 2018 roku. To oznacza, że objęcie naszą ochroną nowego partnera życiowego nastąpi w dniu 1 czerwca 2018 roku. Nasza ochrona względem dotychczasowego partnera kończy się z dniem 31 maja 2018 roku. Kolejnego partnera życiowego można wskazać najwcześniej 1 marca 2019 roku.

13. Nasza ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami w ubezpieczeniu podstawowym (zob. pkt 10 OWU).

KARENCAJA

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

14. W przypadkach opisanych w pkt 15–18 OWU nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 6 miesięcy liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do umowy (okres karencji). Ponosimy jednak odpowiedzialność jeżeli w okresie karencji śmierć nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
15. Jeśli jesteś **ubezpieczonym podstawowym**, ma zastosowanie względem Ciebie okres karencji, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do umowy przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:
- 1) zawarcia umowy przez ubezpieczającego – o ile pozostawałeś w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia umowy;
 - 2) powstania stosunku prawnego z ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia umowy.
16. Jeśli jesteś **małżonkiem** ubezpieczonego podstawowego, ma zastosowanie względem Ciebie okres karencji, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do umowy przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:
- 1) zawarcia umowy – o ile ubezpieczony podstawowy pozostawał w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia umowy;

- 2) powstania stosunku prawnego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia umowy;
 - 3) zawarcia związku małżeńskiego z ubezpieczonym podstawowym po dniu zawarcia umowy.
- 17. Jeśli jesteś **partnerem życiowym** ubezpieczonego podstawowego, ma zastosowanie względem Ciebie okres karencji, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do umowy przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:**
- 1) zawarcia umowy – o ile ubezpieczony podstawowy pozostawał w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia umowy;
 - 2) powstania stosunku prawnego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia umowy.
- 18. Jeśli jesteś **pełnoletnim dzieckiem** ubezpieczonego podstawowego, ma zastosowanie względem Ciebie okres karencji, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do umowy przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:**
- 1) zawarcia umowy – o ile ubezpieczony podstawowy pozostawał w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia umowy;
 - 2) powstania stosunku prawnego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia umowy;
 - 3) ukończenia 18 lat po dniu zawarcia umowy.

PRZYKŁAD



Ubezpieczający zawarł z nami umowę 1 stycznia 2018 roku.

Jeśli jesteś zatrudniony przez ubezpieczającego, a dzień przystąpienia przez Ciebie do umowy przypada 1 stycznia, 1 lutego, 1 marca albo 1 kwietnia 2018 roku – względem Ciebie nie ma zastosowania okres karencji. Jeśli dzień przystąpienia przez Ciebie do umowy to 1 maja albo pierwszy dzień kolejnych miesięcy – względem Ciebie ma zastosowanie okres karencji.

PRZYKŁAD



Ubezpieczający zawarł z nami umowę 1 stycznia 2018 roku.

Jeśli zostałeś zatrudniony przez ubezpieczającego z dniem 15 czerwca 2018 roku, a dzień przystąpienia przez Ciebie do umowy przypada 1 lipca, 1 sierpnia, 1 września albo 1 października 2018 roku – względem Ciebie nie ma zastosowania okres karencji.

Jeśli dzień przystąpienia przez Ciebie do umowy to 1 listopada albo pierwszy dzień kolejnych miesięcy – względem Ciebie ma zastosowanie okres karencji.

- 19. W przypadku zmiany wariantu ubezpieczenia u tego samego ubezpieczającego, pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony, ma zastosowanie okres karencji na kwotę różnicy pomiędzy obecną a poprzednią wysokością świadczenia oraz na różnicę w zakresie ubezpieczenia. Okres karencji określony jest w ubezpieczeniu podstawowym i ubezpieczeniach dodatkowych. Nie ma zastosowania okres karencji jeśli zdarzenie było spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem.**

KONIEC OKRESU NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się Twoje ubezpieczenie

- 20. Jeżeli jesteś ubezpieczonym podstawowym, nasza ochrona kończy się względem Ciebie:**
- 1) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy;
 - 2) z chwilą Twojej śmierci;
 - 3) z końcem miesiąca, w którym ustał stosunek prawny, jaki łączył Ciebie z ubezpieczającym (np. zakończyła się Twoja umowa o pracę) – jeśli otrzymaliśmy składkę za ten miesiąc; jeśli otrzymamy składkę za kolejny miesiąc, nasza ochrona kończy się z upływem tego miesiąca;
 - 4) z dniem rocznicy polisy przypadającym w roku, w którym kończysz 70 lat albo – jeśli objeśliśmy Cię ochroną po ukończeniu przez Ciebie 69 lat – z dniem rocznicy polisy przypadającym w roku, w którym kończysz 76 lat;
 - 5) z ostatnim dniem miesiąca, w którym zrezygnujesz z naszej ochrony, pod warunkiem przekazania składki za ten miesiąc;
 - 6) z dniem rozwiązania umowy w przypadku określonym w pkt 48 OWU;
 - 7) z dniem, w którym upłynie okres wypowiedzenia umowy określony w pkt 63 OWU;
 - 8) z końcem pierwszego miesiąca, za który nie otrzymaliśmy wszystkich składek – jeśli ubezpieczający nie przekaże zaległości w terminie określonym w pkt 65 OWU.
- 21. Jeżeli jesteś ubezpieczonym bliskim, nasza ochrona kończy się względem Ciebie:**
- 1) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy;
 - 2) z chwilą Twojej śmierci;
 - 3) z dniem śmierci ubezpieczonego podstawowego, którego jesteś małżonkiem albo partnerem życiowym lub pełnoletnim dzieckiem;

- 4) z końcem miesiąca, w którym ustał stosunek prawny, jaki łączył ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym – jeśli otrzymaliśmy składkę za ten miesiąc; jeśli otrzymamy składkę za kolejny miesiąc, nasza ochrona kończy się z upływem tego miesiąca;
 - 5) z dniem rocznicy polisy przypadającym w roku, w którym kończysz 70 lat albo – jeśli objeśliśmy Cię ochroną po ukończeniu przez Ciebie 69 lat – z dniem rocznicy polisy przypadającym w roku, w którym kończysz 76 lat;
 - 6) z ostatnim dniem miesiąca, w którym zrezygnujesz z naszej ochrony, pod warunkiem przekazania składki za ten miesiąc;
 - 7) z dniem rozwiązania umowy w przypadku określonym w pkt 48 OWU;
 - 8) z dniem, w którym upłynie okres wypowiedzenia umowy określony w pkt 63 OWU;
 - 9) z końcem pierwszego miesiąca, za który nie otrzymaliśmy wszystkich składek – jeśli ubezpieczający nie przekaże zaległości w terminie określonym w pkt 65 OWU;
 - 10) z ostatnim dniem miesiąca, w którym otrzymaliśmy powiadomienie o rozwiązaniu małżeństwa z ubezpieczonym podstawowym i za który otrzymaliśmy składkę.
- 22. Nasza ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:**
- 1) z dniem zakończenia okresu naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
 - 2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy;
 - 3) z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane;
 - 4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę;
 - 5) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
 - 6) z dniem, w którym umowa w zakresie danego ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

ZAWIERANIE UMOWY

– co będzie od tego potrzebne

- 23.** Ubezpieczający, zanim zawrze z nami umowę, otrzyma od nas OWU oraz potrzebne formularze.
- 24.** Aby zawrzeć z nami umowę, ubezpieczający składa:
- 1) wniosek o zawarcie umowy;
 - 2) deklarację przystąpienia podpisane przez osoby, które chcą przystąpić do umowy;
 - 3) wykaz osób, które podpisały deklarację przystąpienia.
- 25.** Możemy odmówić zawarcia umowy.
- 26.** Zawarcie umowy potwierdzamy polisą.
- 27.** Na wniosek ubezpieczającego może być zawarta umowa obejmująca kilka wariantów ubezpieczenia. Natomiast Ty możesz przystąpić tylko do jednego wariantu ubezpieczenia.
- 28.** Umowa może być zawarta w zakresie ubezpieczenia podstawowego albo ubezpieczenia podstawowego wraz z ubezpieczeniami dodatkowymi. Za naszą zgodą umowa może być w każdym czasie rozszerzona o ubezpieczenia dodatkowe, z uwzględnieniem pkt 29–32 OWU.
- 29.** Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus może być zawarta wyłącznie wraz z:
- 1) ubezpieczeniem podstawowym oraz
 - 2) dodatkowym grupowym ubezpieczeniem na wypadek leczenia szpitalnego.
- 30.** Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych Plus może być zawarta wyłącznie wraz z:
- 1) ubezpieczeniem podstawowym oraz
 - 2) dodatkowym grupowym ubezpieczeniem na wypadek operacji chirurgicznych.
- 31.** Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby – usługi medyczne może być zawarta wyłącznie wraz z:
- 1) ubezpieczeniem podstawowym oraz
 - 2) dodatkowym grupowym ubezpieczeniem na wypadek ciężkiej choroby.
- 32.** Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia z kartą apteczną może być zawarta wyłącznie wraz z:
- 1) ubezpieczeniem podstawowym oraz
 - 2) dodatkowym grupowym ubezpieczeniem na wypadek leczenia szpitalnego.

PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY

– czyli kogo i w jaki sposób ubezpieczamy

- 33.** Do umowy możesz przystąpić, jeśli w dniu, w którym podpisujesz deklarację przystąpienia:
- 1) łączy Cię z ubezpieczającym stosunek prawny i masz ukończone 16 lat i nie masz ukończonych 69 lat;
 - 2) jesteś małżonkiem albo partnerem życiowym ubezpieczonego podstawowego i masz ukończone 16 lat i nie masz ukończonych 69 lat; ubezpieczony podstawowy może zgłosić do ubezpieczenia partnera życiowego tylko wtedy, gdy sam nie pozostaje w związku małżeńskim;
 - 3) jesteś pełnoletnim dzieckiem ubezpieczonego podstawowego i nie masz ukończonych 69 lat;
 - 4) oświadczysz, że nie przebywasz na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekłe chorych, na świadczeniu rehabilitacyjnym lub nie jesteś osobą uznaną za niezdolną do pracy lub niezdolną do służby mundurowej na podstawie orzeczenia właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym – z uwzględnieniem pkt 35–40 OWU.
- 34.** Ubezpieczony podstawowy lub pełnoletnie dziecko mogą wskazać w swojej deklaracji przystąpienia partnera życiowego tylko:

- 1) gdy sami nie pozostają w związku małżeńskim;
 - 2) jeden raz w każdym okresie, który kończy się w rocznicę polisy.
- 35.** Możesz przystąpić do umowy, jeśli w dniu, w którym podpisujesz deklarację przystąpienia jesteś osobą uznaną za niezdolną do wykonywania pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji lub niezdolną do służby mundurowej na podstawie orzeczenia właściwego organu oraz:
- 1) łączy Cię z ubezpieczającym stosunek prawny i jesteś dopuszczony do pracy przez lekarza medycyny pracy, bądź
 - 2) jesteś osobą fizyczną, która prowadzi działalność gospodarczą.
- 36.** Jako ubezpieczony bliski w dniu podpisania deklaracji przystąpienia składasz dodatkowo oświadczenie dotyczące zdrowia, jeśli bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy:
- 1) nie byłeś objęty innym naszym grupowym ubezpieczeniem na życie;
 - 2) byłeś objęty innymi naszymi grupowymi ubezpieczeniami na życie krócej niż 12 miesięcy.



PRZYKŁAD

Ubezpieczony bliski nie musi nam składać oświadczenia, jeśli przystępuje do umowy np. 1 kwietnia 2018 roku, a do 31 marca 2018 roku był objęty naszą ochroną z tytułu innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie przez co najmniej 12 miesięcy.

- 37.** Jeśli jesteś ubezpieczonym bliskim, możesz przystąpić do umowy wyłącznie w zakresie ubezpieczenia podstawowego i tych ubezpieczeń dodatkowych, do których przystąpił ubezpieczony podstawowy, chyba że zapisy w ogólnych warunkach ubezpieczeń dodatkowych stanowią inaczej.
- 38.** Przed przystąpieniem do umowy przekazujesz ubezpieczającemu podpisaną deklarację przystąpienia.
- 39.** Możemy zgodzić się na przystępowanie do umowy osób, które ukończyły 69 lat. Zgodę przekazujemy ubezpieczającemu.
- 40.** Możemy odmówić Tobie przystąpienia do umowy. Odmowę przekazujemy Tobie za pośrednictwem ubezpieczającego.
- 41.** Jeśli otrzymamy składkę za osobę, która nie spełniła warunków przystąpienia do umowy określonych w pkt 33. 1), 33. 2), 33. 3) OWU, zwracamy ją ubezpieczającemu jako nienależną.
- 42.** Zobowiązany jesteś podać do naszej wiadomości wszystkie znane Tobie okoliczności, o które pytamy przed przystąpieniem do umowy w deklaracji przystąpienia albo w innym piśmie.
- 43.** Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, których z naruszeniem pkt 42 OWU nie podałeś do naszej wiadomości. Jeżeli nie podałeś umyślnie do naszej wiadomości wszystkich znanych Tobie okoliczności, o które pytaliśmy przed przystąpieniem do umowy w deklaracji przystąpienia lub w innym piśmie, to w razie wątpliwości, przyjmuje się, że zdarzenie objęte naszą ochroną i jego następstwa są skutkiem tych okoliczności. Jeżeli do zdarzenia objętego naszą ochroną doszło po upływie trzech lat od chwili przystąpienia przez Ciebie do umowy, to nie możemy podnieść zarzutu, że przy przystępowaniu do umowy podałeś nieprawdziwe informacje.
- 44.** Możesz przystąpić do umowy ubezpieczenia dodatkowego, jeśli przystąpiłeś do umowy ubezpieczenia podstawowego.
- 45.** Jeśli umowa obejmuje kilka wariantów ubezpieczenia, możesz zmienić wariant ubezpieczenia w każdą rocznicę polisy, składając przed tym dniem deklarację przystąpienia.

CZAS TRWANIA UMOWY

– czyli jak długo trwa umowa

- 46.** Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę na czas określony. Czas trwania umowy określamy w polisie.
- 47.** Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli zawiera z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona działa do najbliższej rocznicy polisy.

PRZEDŁUŻENIE UMOWY

– czyli jak umowa się przedłuża

- 48.** Jeśli żadna ze stron umowy, czyli ubezpieczający lub my, nie postanowi inaczej, umowa przedłuża się na kolejny rok automatycznie – na tych samych warunkach. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia danej umowy, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem umowy.
- 49.** Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostanie przedłużona, jeśli przedłużona została umowa ubezpieczenia podstawowego. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia, z uwzględnieniem pkt 50–53 OWU.
- 50.** Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus zostanie przedłużona – jeśli przedłużona została umowa ubezpieczenia podstawowego i umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.
- 51.** Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych Plus zostanie przedłużona – jeśli przedłużona została umowa ubezpieczenia podstawowego i umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych.
- 52.** Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby – usługi medyczne zostanie przedłużona – jeśli przedłużona została umowa ubezpieczenia podstawowego i umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby.

53. Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia z kartą apteczną zostanie przedłużona – jeśli przedłużona została umowa ubezpieczenia podstawowego i umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

– czyli do kiedy ubezpieczający może się wycofać z umowy

54. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia podstawowego lub umowy ubezpieczenia dodatkowego, gdy oświadczy nam to na piśmie:
- 1) w ciągu 7 dni od jej zawarcia – jeśli jest przedsiębiorcą;
 - 2) w ciągu 30 dni od jej zawarcia – jeśli nie jest przedsiębiorcą.
- Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
55. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
56. Jeśli ubezpieczający odstąpi od umowy, zwróćmy mu składkę zmniejszoną o kwotę składki za okres naszej ochrony.
57. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
58. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.
59. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, to skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus, to nie skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.
60. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych, to skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych Plus. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych Plus, to nie skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych.
61. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, to skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby – usługi medyczne. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby – usługi medyczne, to nie skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby.
62. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, to skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia z kartą apteczną. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia z kartą apteczną, to nie skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z umowy

63. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia podstawowego lub umowę ubezpieczenia dodatkowego w każdym czasie bez podania przyczyny, z zachowaniem 3 miesięcznego okresu wypowiedzenia. Oświadczenie o wypowiedzeniu powinno zostać złożone na piśmie.
64. Okres wypowiedzenia zaczyna się pierwszego dnia miesiąca, następującego po miesiącu, w którym otrzymaliśmy wypowiedzenie.



PRZYKŁAD

Jeżeli ubezpieczający prześle wypowiedzenie np. w dniu 25 kwietnia, okres wypowiedzenia liczy się od dnia 1 maja i trwa do ostatniego dnia lipca.

65. Umowę uważamy za wypowiedzianą przez ubezpieczającego, jeśli nie zapłaci on całości lub części składki w terminie 3 miesięcy liczonych od ostatniego dnia miesiąca, za który zapłacono ostatnią składkę.
66. Jeśli składka nie zostanie zapłacona, wezwijemy ubezpieczającego do jej zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania. Naszą ochronę wobec wszystkich ubezpieczonych zawiesimy w ostatnim dniu tego miesiąca, za który nie otrzymaliśmy wszystkich składek. W wezwaniu podamy do wiadomości ubezpieczającego skutki niezapłacenia składki. Wznowimy ochronę z zachowaniem jej ciągłości, jeśli przed upływem trzeciego miesiąca zaległości cała zaległa składka zostanie zapłacona.
67. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
68. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.
69. Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego, to jednocześnie skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus. Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego Plus, to nie skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.
70. Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznych, to skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych Plus. Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznych Plus, to nie skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych.

- 71.** Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby, to skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby – usługi medyczne. Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby – usługi medyczne, to nie skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby.
- 72.** Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego, to skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia z kartą apteczną. Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie z kartą apteczną, to nie skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

TWOJE PRAWA I OBOWIĄZKI

– czyli co ubezpieczony może, a co musi

- 73.** Możesz w każdej chwili zrezygnować z ubezpieczenia, jeśli złożysz ubezpieczającemu rezygnację w formie pisemnej.
- 74.** Masz obowiązek zgłaszać ubezpieczającemu lub nam zmiany Twoich i uposażonych danych osobowych i teleadresowych, które podałeś w deklaracji przystąpienia.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

– czyli co ubezpieczający musi

- 75.** Ubezpieczający musi:
- 1) doręczyć warunki umowy, w tym OWU, na piśmie osobom przystępującym do umowy. Ubezpieczający może doręczyć warunki umowy, w tym OWU, na innym trwałym nośniku jeżeli osoba przystępująca do ubezpieczenia wyrazi na to zgodę. Powinien to zrobić, zanim osoby te podpiszą deklarację przystąpienia;
 - 2) zebrać i przekazać nam podpisane deklaracje przystąpienia;
 - 3) informować nas o zmianie danych osobowych i teleadresowych: ubezpieczającego, a także ubezpieczonych, uposażonych – jeśli wcześniej ubezpieczony nie zgłosił nam tych zmian;
 - 4) opłacać nam składki za okres ochrony w terminie określonym w umowie;
 - 5) dostarczać nam rozliczenie składek do końca miesiąca, którego dotyczy rozliczenie i wykaz ubezpieczonych w terminie wskazanym w pkt 10 OWU;
 - 6) przekazywać ubezpieczonym informacje o zmianie warunków umowy lub zmianie prawa właściwego dla umowy i o wpływie tych zmian na wartość świadczenia. Informacje te przekazuje w formie, którą określa „Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej”. Ubezpieczający musi przekazać ubezpieczonym te informacje, zanim wyrazi zgodę na takie zmiany;
 - 7) na naszą prośbę przekazywać inne dokumenty, które są niezbędne do właściwej realizacji umowy;
 - 8) wyznaczyć osobę, która będzie odpowiadała za wykonywanie przez niego umowy oraz informować ubezpieczonych i nas o tym, że wyznaczył taką osobę.

NASZE OBOWIĄZKI

– czyli co musimy

- 76.** Musimy:
- 1) wywiązywać się terminowo z naszych zobowiązań, które wynikają z umowy;
 - 2) przekazywać ubezpieczającemu informacje o zmianie warunków umowy lub zmianie prawa właściwego dla umowy i o wpływie tych zmian na wartość świadczenia. Informacje te przekazujemy w formie, którą określa „Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej”. Zanim razem z ubezpieczającym wyrazimy zgodę na wprowadzenie takich zmian, ubezpieczający musi przekazać ubezpieczonym te informacje;
 - 3) przekazywać Tobie na Twój wniosek informacje, o których mowa w pkt 76.2) OWU;
 - 4) informować Ciebie lub ubezpieczającego o tym, że wystąpiły zdarzenia objęte naszą ochroną, jeśli o zdarzeniu zawiadomiła nas inna osoba; informacja ta zostanie przekazana w terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia;
 - 5) jeśli to konieczne, do rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia – musimy poinformować osobę występującą z roszczeniem, jakich dokumentów potrzebujemy, aby ustalić prawo do świadczenia. Możemy to zrobić pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę;
 - 6) informować pisemnie osobę, która występuje z roszczeniem o realizację świadczenia oraz Ciebie, jeśli nie jesteś tą osobą, o tym:
 - a) dlaczego nie możemy zrealizować świadczenia w całości lub części w przewidzianym terminie. Wtedy zrealizujemy 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;
 - 7) udostępniać informacje i dokumenty, które wpłynęły na naszą decyzję o ustaleniu prawa do świadczenia lub jego wysokości:
 - a) Tobie,
 - b) ubezpieczającemu,
 - c) uprawnionemu,
 - d) innej osobie, która wnioskuje o realizację świadczenia.
- Na żądanie tych osób informacje i dokumenty udostępniamy w formie elektronicznej;
- 8)** udzielać – na Twój wniosek – informacji o Twoich prawach i obowiązkach, które wynikają z umowy;

- 9) udostępniać na wniosek ubezpieczającego lub Twój:
- a) informacje o oświadczeniach, które złożył ubezpieczający, kiedy zawierał umowę,
 - b) informacje o oświadczeniach, które złożyłeś, kiedy przystępowałeś do umowy,
 - c) kopie dokumentów, które wtedy powstały.

ZMIANY W UMOWIE

– jak można je wprowadzić

77. Wszelkie zmiany umowy wymagają zachowania formy pisemnej.

78. Potrzebujemy Twojej zgody, zanim wprowadzimy zmianę w umowie na niekorzyść Twoją lub uposażonego.

SKŁADKA

– od czego zależy i kiedy ją opłacać

79. Składkę uważamy za zapłaconą, gdy wpłynie na rachunek bankowy, który wskazaliśmy. Składka za ubezpieczenie dodatkowe jest przekazywana razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

80. Wysokość składki za ubezpieczonego:

- 1) określamy we wniosku o zawarcie umowy i polisie;
- 2) jest stała – nie podlega indeksacji i uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu podstawowym i ubezpieczeniach dodatkowych;
- 3) zależy od:
 - a) sumy ubezpieczenia,
 - b) zakresu ubezpieczeń dodatkowych,
 - c) wysokości świadczenia,
 - d) częstotliwości jej przekazywania,
 - e) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do umowy, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

81. Ubezpieczający opłaca nam składki za wszystkich ubezpieczonych.

82. Częstotliwość oraz termin opłacenia składki określamy w polisie.

83. W razie zaległości w opłacaniu składki, każdą wpłatę przeznaczymy w pierwszej kolejności na pokrycie tych zaległości.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli komu i kiedy wypłacimy pieniądze po śmierci ubezpieczonego

84. Wypłata świadczenia przysługuje uposażonym. Możesz ich dowolnie wskazać, zmienić lub odwołać.

85. Wypłaty świadczenia nie otrzyma osoba, która umyślnie przyczyniła się do Twojej śmierci.

86. Jeśli wskazesz kilku uposażonych, a niektórzy z nich umrą przed Tobą lub utracą prawo do wypłaty świadczenia, wtedy należne im świadczenie rozdzielimy proporcjonalnie pomiędzy pozostałych uposażonych.

87. Jeżeli nie wskazesz uposażonego albo wszyscy uposażeni umrą przed Tobą lub utracą prawo do wypłaty świadczenia, przysługuje ono członkom Twojej rodziny – według kolejności:

- 1) małżonek – w całości;
- 2) dzieci – w równych częściach;
- 3) rodzice – w równych częściach;
- 4) inni Twoi spadkobiercy – w równych częściach.

88. Po Twojej śmierci osoba, która wnioskuje o wypłatę świadczenia, musi dostarczyć nam:

- 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
- 2) akt zgonu;
- 3) kartę zgonu albo – jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną, która stwierdza przyczynę śmierci, jeżeli spowodował ją nieszczęśliwy wypadek lub nastąpiła w pierwszych dwóch latach od początku naszej ochrony.

89. Możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty, jeśli te już dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata świadczenia jest należna i w jakiej wysokości.

90. Jeśli dokumenty, o które prosiłszy, są w innym języku niż polski, osoba, która składa wniosek, musi dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.

91. O wypłacie świadczenia decydujemy w oparciu o wyżej wymienioną dokumentację.

REALIZACJA WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy i jak wypłacimy pieniądze

92. Świadczenie wypłacimy jednorazowo, najpóźniej w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

93. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być przez nas spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia wypłacimy w terminie określonym w pkt 92 OWU.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA, SKIEROWANIE SPRAWY DO SĄDU

– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

- 94.** Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.
- 95.** 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 801-102-102, albo osobiście, co potwierdzamy protokołem;
 - 3) elektronicznie – na adres: reklamacje@pzu.pl lub za pomocą formularza na pzu.pl.
- 96.** Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy najszybciej, jak to możliwe, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia, kiedy ją otrzymaliśmy. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć w ciągu 30 dni, poinformujemy:
- 1) dlaczego odpowiedź się opóźnia;
 - 2) jakie okoliczności musimy jeszcze ustalić, aby rozpatrzyć sprawę;
 - 3) jaki jest nowy termin naszej odpowiedzi – termin ten nie może być dłuższy niż 60 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy reklamację, skargę lub zażalenie.
- 97.** Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy:
- 1) w postaci papierowej lub
 - 2) pocztą elektroniczną – robimy to na wniosek osoby (podmiotu), która złożyła reklamację.
- 98.** 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.
- 99.** Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
- 100.** Pozew w sprawach, które wynikają z umów, można złożyć do sądu:
- 1) według właściwości ogólnej – zgodnie z Kodeksem postępowania cywilnego albo
 - 2) właściwego dla miejsca zamieszkania (lub siedziby) odpowiednio: Twojego, ubezpieczonego lub jego spadkobiercy, uprawnionego z umowy lub jego spadkobiercy.
- 101.** Więcej o reklamacjach można dowiedzieć się z „Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i Rzeczniku Finansowym” oraz z „Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń”.
- 102.** Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
- 103.** Podmiotem uprawnionym w rozumieniu „Ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich”, właściwym dla PZU Życie SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy. Adres jego strony internetowej jest taki: rf.gov.pl.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

- 104.** Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu umowy ubezpieczenia regulują „Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych” oraz „Ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych”.
- 105.** Jeśli zgodnie z prawem będziemy musieli potrącić z wypłaty świadczenia jakiegokolwiek kwoty, zwłaszcza podatek dochodowy, wypłatę świadczenia zmniejszymy o te kwoty.
- 106.** Prawo polskie jest prawem właściwym dla tej umowy.
- 107.** W sprawach, których nie reguluje umowa, stosuje się: przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.
- 108.** Wszystkie nasze powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą umowy, będziemy składać w formie pisemnej lub w innej formie, którą uzgodnimy z ubezpieczającym. Mają one skutek prawny z dniem, w którym je doręczymy.
- 109.** Wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą umowy – oprócz reklamacji, skarg i zażaleń – muszą być złożone w formie pisemnej lub w innej formie, którą ubezpieczający uzgodnił z nami. Mają one skutek prawny z dniem, w którym je doręczymy.
- 110.** Ty, ubezpieczający oraz my jesteśmy zobowiązani przekazywać sobie informacje o każdej zmianie adresu.
- 111.** Jeśli Ty albo ubezpieczający, uposażony i uprawniony jesteście konsumentami, możecie zwrócić się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
- 112.** W umowie nie stosujemy stopy technicznej.
- 113.** Nadzoruje nas Komisja Nadzoru Finansowego.
- 114.** Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej publikujemy na pzu.pl w części o relacjach inwestorskich.

POSTANOWIENIA DODATKOWE NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE PZU POD DOBRĄ OPIEKĄ

Zarząd PZU Życie SA ustalił postanowienia dodatkowe nr 1 do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie PZU Pod Dobrą Opieką (kod OWU: DOGP36) uchwałą nr UZ/108/2019 z dnia 11 czerwca 2019 roku.

Postanowienia dodatkowe nr 1 wchodzi w życie z dniem 20 lipca 2019 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych w ramach oferty PZU Ochrona i Zdrowie, PZU Życie pod Ochroną.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia (OWU) i postanowieniami dodatkowymi do OWU oraz przekazać te dokumenty każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU i postanowieniami dodatkowymi do OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

POSTANOWIENIA DODATKOWE

– czyli co zmieniamy

1. W ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie PZU Pod Dobrą Opieką, kod OWU: DOGP36, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwanych dalej OWU), wprowadzamy zmiany w punkcie 36. Nowe brzmienie jest następujące:
„36. W dniu podpisania deklaracji przystąpienia składasz dodatkowo oświadczenie dotyczące zdrowia, jeśli bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy:
1) nie byłeś objęty innym naszym grupowym ubezpieczeniem na życie;
2) byłeś objęty innymi naszymi grupowymi ubezpieczeniami na życie krócej niż 12 miesięcy.



PRZYKŁAD

Nie musisz składać nam oświadczenia, jeśli przystępujesz do umowy np. 1 kwietnia 2019 roku, a do 31 marca 2019 roku byłeś objęty naszą ochroną z tytułu innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie przez co najmniej 12 miesięcy.”

2. Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.

POSTANOWIENIA DODATKOWE NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE PZU POD DOBRĄ OPIEKĄ

Zarząd PZU Życie SA ustalił postanowienia dodatkowe nr 2 do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie PZU Pod Dobrą Opieką (kod OWU: DOGP36) uchwałą nr UZ/108/2019 z dnia 11 czerwca 2019 roku.

Postanowienia dodatkowe nr 2 wchodzi w życie z dniem 20 lipca 2019 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych w ramach oferty PZU Zdrowie pod Ochroną.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia (OWU) i postanowieniami dodatkowymi do OWU oraz przekazać te dokumenty każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU i postanowieniami dodatkowymi do OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

POSTANOWIENIA DODATKOWE

– czyli co zmieniamy i których zapisów OWU nie stosujemy

1. Nie stosujemy zapisów ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie PZU Pod Dobrą Opieką, kod OWU: DOGP36, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwanych dalej OWU), które wskazaliśmy w punkcie:
 - 1) 1. 7);
 - 2) 1. 9);
 - 3) 29–32;
 - 4) 34;
 - 5) 36;
 - 6) 50–53;
 - 7) 59–62;
 - 8) 69–72.
2. W związku z tym, że nie stosujemy zapisów OWU, które wskazaliśmy w pkt 1 niniejszych postanowień, wprowadzamy zmiany w pkt 28 i 49 OWU. Nowe brzmienie jest następujące:
„**28.** Umowa może być zawarta w zakresie ubezpieczenia podstawowego albo ubezpieczenia podstawowego wraz z ubezpieczeniami dodatkowymi. Za naszą zgodą umowa może być w każdym czasie rozszerzona o ubezpieczenia dodatkowe.”
„**49.** Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostanie przedłużona, jeśli przedłużona została umowa ubezpieczenia podstawowego. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.”
3. Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.

**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO OPIEKA MEDYCZNA**



W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Opieka Medyczna, o kodzie warunków UZGP36 (OWU), 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 zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–8 OWU pkt 31–34 OWU pkt 35–40 OWU pkt 43 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 9–13 OWU pkt 25–26 OWU pkt 27–28 OWU pkt 29 OWU pkt 43 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

www.na.pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO OPIEKA MEDYCZNA



Kod OWU: UZGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Opieka Medyczna uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 19 listopada 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **choroba** – to reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, która prowadzi do powstania w organizmie zmian funkcjonalnych lub morfologicznych;
- 2) **niepełnoletnie dziecko** – dziecko, które nie ukończyło 18 lat:
 - a) ubezpieczonego podstawowego,
 - b) małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego podstawowego;
- 3) **infolinia** – 801 405 905; 22 566 56 66¹ – pod tymi numerami telefonów przez całą dobę umówisz usługę medyczną;
- 4) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego albo ubezpieczonego i współubezpieczonego;
- 5) **placówka medyczna** – placówka, która należy do naszej sieci placówek (przychodnia, gabinet lekarski lub laboratorium). Lista placówek jest dostępna na stronie pzu.pl oraz w Oddziałach PZU;
- 6) **świadczeniodawca** – podmiot działający na zlecenie PZU Życie SA, który jest organizatorem realizowanych w placówkach medycznych usług medycznych;
- 7) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 8) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką;
- 9) **usługi medyczne** – konsultacje, badania lub zabiegi medyczne oferowane w ubezpieczeniu, które są realizowane w placówkach medycznych w Polsce;
- 10) **uszkodzenie ciała** – uszkodzenie tkanek lub narządów wewnętrznych, które powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
- 11) **współubezpieczony** – małżonek albo partner życiowy lub niepełnoletnie dziecko lub pełnoletnie dziecko ubezpieczonego podstawowego, którzy przystąpili do ubezpieczenia;
- 12) **zakres usług medycznych** – lista usług medycznych, które proponujemy w ubezpieczeniu. Zakresy usług medycznych znajdują się w załączniku do OWU.

2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy zdrowie:

- 1) ubezpieczonego albo
- 2) ubezpieczonego i współubezpieczonego.

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego lub współubezpieczonego choroby lub uszkodzenia ciała skutkujących potrzebą skorzystania przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego w okresie naszej ochrony z usług medycznych.

5. W przypadku wystąpienia zdarzenia, o którym mowa w pkt 4, ponosimy koszty usług medycznych, które organizowane są dla ubezpieczonego lub współubezpieczonego przez świadczeniodawcę, zgodnie z wybranym zakresem usług medycznych.

6. Przed zawarciem umowy ubezpieczający wybiera zakresy usług medycznych, które udostępni ubezpieczonemu.

7. Przystępując do ubezpieczenia, ubezpieczony wybiera dla siebie i współubezpieczonych jeden z dostępnych zakresów usług medycznych.

8. Współubezpieczeni objęci są tym samym zakresem usług medycznych, co ubezpieczony.

¹ opłata zgodna z taryfą operatora

PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY

– czyli kogo i w jaki sposób ubezpieczamy

9. Zasady przystąpienia ubezpieczonego do ubezpieczenia opisaaliśmy w ubezpieczeniu podstawowym.
10. Możliwość przystąpienia do ubezpieczenia przysługuje w każdym momencie współubezpieczonemu, jeżeli:
 - 1) jest małżonkiem albo partnerem życiowym lub pełnoletnim dzieckiem lub niepełnoletnim dzieckiem w rozumieniu OWU ubezpieczonego podstawowego;
 - 2) podpisze deklarację przystąpienia – z uwzględnieniem poniższych zastrzeżeń:
 - a) w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia współubezpieczony może przystąpić ponownie do ubezpieczenia – nie wcześniej niż w rocznicę polisy lub po tej dacie,
 - b) jeżeli osoba była objęta tym ubezpieczeniem jako ubezpieczony bliski, a następnie chce przystąpić do ubezpieczenia jako współubezpieczony – może przystąpić nie wcześniej niż w rocznicę polisy lub po tej dacie.
11. Ty lub współubezpieczony zobowiązani jesteście podać do naszej wiadomości wszystkie znane Tobie lub współubezpieczonemu okoliczności, o które pytamy przed przystąpieniem do umowy w deklaracji przystąpienia albo w innym piśmie.
12. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, których z naruszeniem pkt 11 OWU nie podałeś do naszej wiadomości. Jeżeli nie podałeś umyślnie do naszej wiadomości wszystkich znanych Wam okoliczności, o które pytaliśmy przed przystąpieniem do umowy w deklaracji przystąpienia lub w innym piśmie, to w razie wątpliwości, przyjmuje się, że zdarzenie objęte naszą ochroną i jego następstwa są skutkiem tych okoliczności.
13. Jeżeli do zdarzenia objętego naszą ochroną doszło po upływie trzech lat od chwili przystąpienia przez Ciebie lub współubezpieczonego do umowy, to nie możemy podnieść zarzutu, że przy przystępowaniu do umowy podałeś nieprawdziwe informacje.

PRAWA I OBOWIĄZKI TWOJE LUB WSPÓŁUBEZPIECZONEGO

– czyli co ubezpieczony lub współubezpieczony może, a co musi

14. Prawa i obowiązki ubezpieczonego określa ubezpieczenie oraz ubezpieczenie podstawowe.
15. Współubezpieczony ma te same prawa i obowiązki jak ubezpieczony.
16. W przypadku rezygnacji z ubezpieczenia Ty lub współubezpieczony możecie przystąpić ponownie do ubezpieczenia – nie wcześniej niż w rocznicę polisy lub po tej dacie.
17. Zmiana roli współubezpieczonego z niepełnoletniego na pełnoletnie dziecko możliwa jest w dowolnym momencie:
 - 1) nie wcześniej niż od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym współubezpieczony ukończył 18 lat;
 - 2) nie później niż w najbliższą rocznicę polisy po ukończeniu przez współubezpieczonego 18 lat.
18. Masz obowiązek odwołać przez infolinię umówioną usługę medyczną, jeżeli nie możesz z niej skorzystać.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

– czyli co musi ubezpieczający

19. Obowiązki ubezpieczającego zostały wskazane w ubezpieczeniu podstawowym.
20. Obowiązki ubezpieczającego wobec współubezpieczonego są takie same jak obowiązki ubezpieczającego wobec ubezpieczonego.

NASZE OBOWIĄZKI

– czyli co musimy

21. Nasze obowiązki zostały wskazane w ubezpieczeniu podstawowym.
22. Nasze obowiązki wobec współubezpieczonego są takie same jak nasze obowiązki wobec ubezpieczonego.

ZMIANY W UMOWIE

– jak można je wprowadzić

23. Wszelkie zmiany ubezpieczenia wymagają zachowania formy pisemnej.
24. Potrzebujemy zgody ubezpieczonego i współubezpieczonego zanim wprowadzimy zmianę w umowie na niekorzyść Twoją lub współubezpieczonego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy Cię ubezpieczymy

25. Początek naszej ochrony wobec ubezpieczonego został uregulowany w ubezpieczeniu podstawowym.
26. Nasza ochrona wobec współubezpieczonego rozpoczyna się na zasadach określonych dla ubezpieczonego.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie

27. Zasady zakończenia naszej ochrony wobec ubezpieczonego zostały uregulowane w ubezpieczeniu podstawowym.
28. Nasza ochrona wobec współubezpieczonego kończy się na zasadach określonych dla ubezpieczonego bliskiego w ubezpieczeniu podstawowym.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli kiedy nie można skorzystać z usług medycznych

29. Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu usług medycznych wobec Ciebie lub współubezpieczonego, jeżeli choroba lub uszkodzenie ciała były wynikiem:
- 1) wady wrodzonej – rozumiemy ją jako powstającą w okresie życia wewnątrzmacicznego i obecną przy urodzeniu, wewnętrzną lub zewnętrzną nieprawidłowość morfologiczną zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 w rozdziale „Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe” kodami od Q00 do Q99;
 - 2) niepotności – przy czym niepotność rozumiemy jako brak potwierdzonej przez lekarza ciąży po 12 miesiącach regularnego współżycia bez stosowania jakichkolwiek środków antykoncepcyjnych;
 - 3) uzależnienia – rozumiemy je jako zaburzenie, które jest opisane w oficjalnych klasyfikacjach chorób ICD-10 i DSM IV polegające na silnej potrzebie wykonywania jakiejś czynności lub zażywania jakiejś substancji.

SKŁADKA

– od czego zależy wysokość składki

30. Wysokość składki zależy od:
- 1) zakresu usług medycznych;
 - 2) częstotliwości jej przekazywania;
 - 3) liczby osób przystępujących do ubezpieczenia w stosunku do liczby zatrudnionych;
 - 4) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

BEZGOTÓWKOWA REALIZACJA USŁUG MEDYCZNYCH

– jak z nich skorzystać

31. Z usług medycznych możesz skorzystać Ty lub współubezpieczony.
32. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego lub współubezpieczonego choroby lub uszkodzenia ciała skutkujących potrzebą skorzystania przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego w okresie naszej ochrony z usług medycznych, ubezpieczony lub współubezpieczony – za naszym pośrednictwem – może umówić termin usługi medycznej. Może to zrobić przez:
- 1) infolinię;
 - 2) formularz elektroniczny na stronie pzu.pl;
 - 3) aplikację mobilną.
33. Ty lub współubezpieczony wybieracie potrzebne konsultacje spośród tych, które macie w swoim zakresie ubezpieczenia. My wskazujemy placówkę medyczną. W takiej sytuacji konsultacja odbędzie się najpóźniej:
- 1) 2 dni robocze od zgłoszenia – do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (internisty, lekarza rodzinnego oraz pediatry);
 - 2) 5 dni roboczych od zgłoszenia – do lekarzy pozostałych specjalizacji.
34. Ty lub współubezpieczony możecie też sami wskazać placówkę medyczną lub jej lokalizację, termin konsultacji lub lekarza, o ile z nami współpracuje. W takiej sytuacji konsultacja może odbyć się w późniejszym terminie. Jej datę ustalimy indywidualnie na podstawie dostępności i grafiku lekarzy.

ŚWIADCZENIE REALIZOWANE W FORMIE PIENIĘŻNEJ

– jak z niego skorzystać

35. Ty i współubezpieczony możecie skorzystać w wybranej przez siebie placówce medycznej w Polsce ze świadczenia realizowanego w formie pieniężnej:
- 1) o ile bez względu na przyczynę nie zechcecie skorzystać z bezgotówkowej realizacji świadczeń zdrowotnych;
 - 2) w okresie zawieszenia naszej ochrony oraz pod warunkiem jej wznowienia.
36. Świadczenie pieniężne realizujemy po przedstawieniu faktury, do kwoty:
- 1) nie wyższej niż wskazana w fakturze i
 - 2) nie wyższej niż określona dla danej usługi medycznej w „Cenniku usług medycznych”. Cennik jest załącznikiem do umowy.
37. Abyśmy mogli zrealizować świadczenie w formie pieniężnej, potrzebujemy:
- 1) wniosku o wypłatę świadczenia w formie pieniężnej;
 - 2) oryginału imiennej faktury, która zawiera nazwy udzielonych usług medycznych i ich ceny jednostkowe;
 - 3) innych dokumentów – jeśli okażą się niezbędne do stwierdzenia, że zwrot kosztów usługi medycznej jest uzasadniony.

- 38. W razie pozytywnej decyzji zrealizujemy świadczenie formie pieniężnej – najpóźniej 30 dni od otrzymania wniosku.
- 39. Jeśli – z obiektywnych powodów – nie możemy w ciągu 30 dni wyjaśnić wątpliwości związanych z wnioskiem mamy prawo przesunąć termin wypłaty. W takim przypadku wypłacimy pieniądze w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie tych wątpliwości stało się możliwe. Jeśli do części kwoty nie było żadnych wątpliwości, wypłacimy ją do 30 dni od otrzymania wniosku.
- 40. Szczegółowe zasady świadczeń realizowanych w formie pieniężnej znajdują się w załączniku do umowy (zob. Świadczenia realizowane w formie pieniężnej w ramach ubezpieczenia Opieka Medyczna – odpowiedzi na podstawowe pytania).

ODMOWA REALIZACJI ŚWIADCZENIA

– jak o niej poinformujemy

- 41. Jeśli świadczenie nie przysługuje Tobie lub współubezpieczonemu w całości lub w części, to poinformujemy osobę składającą wniosek o realizację usług medycznych, że usługa medyczna nie przysługuje w całości lub części, wskazując przyczyny i podstawę prawną, które uzasadniają naszą decyzję, oraz informujemy o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
- 42. O odmowie realizacji usług medycznych poinformujemy również Ciebie albo współubezpieczonego, jeśli nie wystąpiliście o realizację tych usług medycznych.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

- 43. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.



**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO
GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK
ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ
NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM**

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, o kodzie warunków NWGP36 (OWU), 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 zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–6 OWU pkt 8 OWU pkt 10–13 OWU pkt 14 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 6 OWU pkt 7 OWU pkt 13 OWU pkt 14 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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



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

Kod OWU: NWGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 19 listopada 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
 - 1) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 2) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje życie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie naszej ochrony.
5. W razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.
6. Zarówno zdarzenie, jak i nieszczęśliwy wypadek, które je spowoduje, muszą wystąpić w okresie naszej ochrony.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

7. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek nastąpił:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii
 - jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;
 - 5) w przypadku gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa albo popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;

- 7) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia;
- 8) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
- 9) wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba, że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli komu i kiedy wypłacimy pieniądze po śmierci ubezpieczonego

8. Wypłata świadczenia przysługuje uposażonemu.
9. Uposażonego możesz wskazać, zmienić lub odwołać na takich samych zasadach jak w ubezpieczeniu podstawowym.
10. Po śmierci ubezpieczonego osoba, która wnioskuje o wypłatę świadczenia musi dostarczyć nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) akt zgonu;
 - 3) kartę zgonu albo – jeśli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną, która stwierdza przyczynę śmierci.
11. Możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty, jeśli te już dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata świadczenia jest należna i w jakiej wysokości.
12. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 10 i 11 dokumentacji.
13. Prawo do wypłaty świadczenia po śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią ubezpieczonego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

14. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO
SPOWODOWANEJ WYPADKIEM KOMUNIKACYJNYM**



W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym, o kodzie warunków WKGP36 (OWU), 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 zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–6 OWU pkt 8 OWU pkt 10–13 OWU pkt 14 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 6 OWU pkt 7 OWU pkt 13 OWU pkt 14 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

WWW na pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ WYPADKIEM KOMUNIKACYJNYM



Kod OWU: WKGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 19 listopada 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **statek** – pasażerski albo towarowy statek morski, albo statek śródlądowy, który ma napęd silnikowy lub żaglowy – statkiem nie są okręty wojenne;
- 2) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 3) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką;
- 4) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek wywołany:
 - a) ruchem pojazdu na drodze – jeśli brałeś w nim udział jako uczestnik ruchu (zgodnie z ustawą Prawo o ruchu drogowym). Pojazdem jest również tramwaj,
 - b) ruchem pojazdu kolejowego, którego porusza pojazd trakcyjny (pojazd z własnym napędem) oraz metra – jeśli byłeś pasażerem albo członkiem załogi tego pojazdu. Wypadkiem komunikacyjnym nie jest wypadek, który dotyczy kolejowego transportu wewnątrzzakładowego oraz transportu linowego i linowo-terenowego,
 - c) ruchem samolotu (pasażerskiego koncesjonowanych linii lotniczych) – jeśli byłeś członkiem załogi lub pasażerem, gdy samolot:
 - został uszkodzony lub zniszczony albo
 - zginął lub znajduje się w miejscu, do którego nie ma dostępu,
 - d) ruchem statku – jeśli byłeś członkiem załogi lub pasażerem, gdy statek:
 - zatonął albo został uszkodzony, albo
 - zginął lub znajduje się w miejscu, do którego nie ma dostępu.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje życie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego w okresie naszej ochrony.
5. W razie śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.
6. Zarówno zdarzenie, jak i wypadek komunikacyjny, które je spowoduje, muszą wystąpić w okresie naszej ochrony.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

7. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego, jeśli wypadek komunikacyjny nastąpił:
 - 1) w wyniku działań wojennych;

- 2) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
- 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 4) gdy ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów, które dopuszczają do ruchu,
 - c) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;
- 5) w przypadku gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście wypadku komunikacyjnego;
- 6) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa albo popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli komu i kiedy wypłacimy pieniądze po śmierci ubezpieczonego

8. Wypłata świadczenia przysługuje uposażonemu.
9. Uposażonego możesz wskazać, zmienić lub odwołać w takich samych zasadach jak w ubezpieczeniu podstawowym.
10. Po śmierci ubezpieczonego osoba, która wnioskuje o wypłatę świadczenia musi dostarczyć nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) akt zgonu;
 - 3) kartę zgonu albo – jeśli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną, która stwierdza przyczynę śmierci.
11. Możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty, jeśli te już dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata świadczenia jest należna i w jakiej wysokości.
12. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 10 i 11 dokumentacji.
13. Prawo do wypłaty świadczenia po śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią ubezpieczonego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

14. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

**OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY**



W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, o kodzie warunków CCGP36 (OWU), 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 zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1-3 OWU pkt 5-7 OWU pkt 14 OWU pkt 23-27 OWU pkt 28 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-3 OWU pkt 8-14 OWU pkt 15-17 OWU pkt 28 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY

Kod OWU: CCGP36



Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku, ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/125/2021 z dnia 8 lipca 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 26 lipca 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 sierpnia 2021 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **ciężka choroba** – tylko taka choroba, uraz lub operacja chirurgiczna, które są objęte naszą ochroną. Listę ciężkich chorób znajdziesz w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego;
- 2) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – takie postępowanie medyczne, na które składają się: wywiad chorobowy, fizykalne badanie pacjenta oraz badania dodatkowe, służące ustaleniu rozpoznania lub postępowanie medyczne mające na celu leczenie;
- 3) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 4) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką;
- 5) **wystąpienie ciężkiej choroby**, oznaczające zaistnienie w okresie naszej ochrony następujących okoliczności:
 - a) **zdiagnozowania** – w przypadku: bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, bakteryjnego zapalenia wsierdza, choroby Alzheimera, choroby Creutzfeldta-Jakoba, choroby Huntingtona, choroby Leśniowskiego-Crohna, choroby neuronu ruchowego, choroby Parkinsona, ciężkiego oparzenia, kleszczowego zapalenia mózgu, neuroboreliozy, nowotworu złośliwego, paraliżu, reumatoidalnego zapalenia stawów, schyłkowej niewydolności wątroby, sepsy, stwardnienia rozsianego, tężca, toczenia, urazu czaszkowo-mózgowego, udaru mózgu, całkowitej utraty mowy, całkowitej utraty słuchu w co najmniej jednym uchu, całkowitej utraty wzroku w co najmniej jednym oku, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, wścieklizny, zatoru tętnicy płucnej, zawału serca, zgorzeli gazowej,
 - b) **specjalistycznego leczenia** – w przypadku: anemii aplastycznej – rozpoczęcia leczenia immunosupresyjnego, immunostymulacyjnego lub wykonania transplantacji szpiku, gruźlicy – rozpoczęcia leczenia przeciwprątкового, przewlekłej niewydolności nerek – rozpoczęcia stałej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki,
 - c) **przeprowadzenia operacji** – w przypadku: bąblowca mózgu, chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej, chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej, chirurgicznego leczenia choroby niedokrwiennej serca – by-pass, chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca, niezłośliwego guza mózgu, ropnia mózgu, transplantacji, utraty kończyny, zakażonej martwicy trzustki,
 - d) **zakażenia** – w przypadku: zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji, zakażenia wirusem HIV zawodowego,
 - e) **zadapnięcia w śpiączkę** – w przypadku: śpiączki.

2. Naszą ochroną obejmujemy wystąpienie ciężkich chorób, o których mowa w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego.

3. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

4. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

5. Ubezpieczenie występuje w czterech opcjach:

- 1) onkowsparcie;
- 2) onko-kardiowsparcie;
- 3) onko-kardio-neurowsparcie;
- 4) multiwsparcie.

6. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ciebie ciężkiej choroby, która spełnia następujące warunki:
 - 1) jest zgodna z naszą definicją wskazaną w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego;
 - 2) jest w Twojej opcji ubezpieczenia, którą znajdziesz w potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia;
 - 3) wystąpiła w okresie naszej ochrony.
7. Jeśli wystąpi u Ciebie ciężka choroba, wypłacimy Ci świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu jej wystąpienia. Procent sumy ubezpieczenia określony jest w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

8. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminu zawodowe uprawianie sportu – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
 - 1) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 2) osoby, które uprawiają sporty indywidualne i biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 3) osoby, które otrzymują wynagrodzenie, a także stypendium lub zwrot kosztów związanych z uprawianiem sportu indywidualnego lub gier zespołowych (diety, zasiłki) – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.
9. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje ciężkiej choroby, jeśli powstała w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub w masowych rozruchach społecznych;
 - 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości – w rozumieniu przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;
 - 5) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości – w rozumieniu przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 7) wskutek zatrucia spożytym alkoholem lub użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia;
 - 8) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
 - 9) wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
 - 10) w wyniku zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego.
10. Nasza ochrona nie obejmuje:
 - 1) schyłkowej niewydolności wątroby – spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla wątroby;
 - 2) śpiączki – spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla mózgu oraz śpiączki farmakologicznej zastosowanej celowo przez podanie specjalnych leków;
 - 3) w przypadku zgłoszenia udaru mózgu – przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA) oraz takiego udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu;
 - 4) w przypadku zgłoszenia choroby Alzheimera – otępienia spowodowanego przez inne choroby oraz otępienia wtórnego do nadużywania alkoholu, leków lub AIDS;
 - 5) w przypadku zgłoszenia chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej – operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty brzusznej;
 - 6) w przypadku zgłoszenia chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej – operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty piersiowej;
 - 7) w przypadku zgłoszenia chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca – zabiegów rekonstrukcji oraz plastyki nieprawidłowo pracujących elementów zastawek naturalnych;
 - 8) w przypadku zgłoszenia choroby Parkinsona – parkinsonizmu objawowego;
 - 9) w przypadku zgłoszenia niezłośliwego guza mózgu – torbieli, ziarninaków, malformacji naczyniowych, krwaków mózgu, guzów przysadki mózgowej;
 - 10) w przypadku zgłoszenia nowotworu złośliwego:
 - a) nowotworów ocenionych w badaniu histopatologicznym jako łagodne, o granicznej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjne lub przedinwazyjne (tzw. in situ),
 - b) zmian o cechach dysplazji,

- c) ziarnicy złośliwej w pierwszym stadium,
 - d) czerniaka złośliwego skóry opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 oraz wszystkich nowotworów skóry (w tym chłoniaka skóry),
 - e) brodawkowatego raka tarczycy opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0,
 - f) złośliwego gruczolaka krokowego (prostaty, stercza) opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 lub T1bN0M0,
 - g) dysplazji i nowotworu złośliwego szyjki macicy opisanego wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3,
 - h) wszystkich nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV;
 - 11) w przypadku zgłoszenia przewlekłej niewydolności nerek – ostrej niewydolności nerek, która jest odwracalna i która wymaga jedynie czasowej dializoterapii.
- 11. Nasza ochrona nie obejmuje także:**
- 1) chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano tętniaka aorty brzusznej lub rozwarstwienie aorty brzusznej;
 - 2) chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano tętniaka aorty piersiowej lub rozwarstwienie aorty piersiowej;
 - 3) chirurgicznego leczenia choroby niedokrwiennej serca metodą by-pass, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę niedokrwinną serca lub zawał serca;
 - 4) chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano zastawkową wadę serca, która była przyczyną tego leczenia chirurgicznego;
 - 5) przewlekłej niewydolności nerek, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano kłębkowe zapalenie nerek lub wielotorbielowatość nerek;
 - 6) śpiączki, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano nowotwór, cukrzycę, niewydolność nerek, niewydolność wątroby, które były przyczyną śpiączki;
 - 7) transplantacji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczony został wpisany na listę oczekujących na przeszczep;
 - 8) udaru mózgu, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, miażdżycę naczyń mózgowych;
 - 9) utraty kończyny, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano cukrzycę lub miażdżycę tętnic kończyn dolnych, które były przyczyną amputacji;
 - 10) całkowitej utraty mowy, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano raka krtani, który był przyczyną utraty mowy;
 - 11) całkowitej utraty słuchu w co najmniej jednym uchu, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano nowotwór lub otosklerozę, które były przyczyną utraty słuchu;
 - 12) całkowitej utraty wzroku w co najmniej jednym oku, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano wyrodzenie plamki żółtej, jaskrę lub cukrzycę, które były przyczyną utraty wzroku;
 - 13) zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano hemofilie;
 - 14) zakażonej martwicy trzustki, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano ostre zapalenie trzustki lub przewlekłe zapalenie trzustki;
 - 15) zatoru tętnicy płucnej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę zakrzepowo-zatorową;
 - 16) zawału serca, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę niedokrwinną serca lub wystąpił zawał serca.
- 12. Nasza ochrona nie obejmuje ciężkich chorób, wskazanych w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto u ubezpieczonego postępowanie diagnostyczno-lecznicze, zanim rozpoczął się okres naszej ochrony.**
- 13. Wyłączenie z pkt 12 nie dotyczy:**
- a) sytuacji, w których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się i zakończyło przed ukończeniem przez ubezpieczonego 18 lat,
 - b) ciężkich chorób, w przypadku których nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiej samej ciężkiej choroby.
- 14. Po wystąpieniu danej ciężkiej choroby nasza ochrona wygasa w zakresie tej choroby. W przypadku nowotworu złośliwego wypłacane jest tylko jedno świadczenie niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów złośliwych.**

KARENCAJA

– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia nie ponosimy odpowiedzialności

- 15.** Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 90 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia.
- 16.** Odpowiedzialność ponosimy, jeśli ciężka choroba była wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu tych 90 dni.
- 17.** Jeśli zmienisz opcję ubezpieczenia, karencję stosujemy dla tych ciężkich chorób, które nie były objęte naszą ochroną w poprzedniej opcji ubezpieczenia.

OPCJE UBEZPIECZENIA

– kiedy można je wprowadzić lub zmienić

- 18.** Ubezpieczający w ramach wariantu ubezpieczenia może wybrać jedną z czterech opcji ubezpieczenia, to jest: onkowsparcie, onko-kardiowsparcie, onko-kardio-neurowsparcie albo multiwsparcie.

- 19. Za naszą zgodą ubezpieczający może zmienić opcję ubezpieczenia na inną w dowolnym momencie.
- 20. Aby zmienić opcję ubezpieczenia, ubezpieczający składa wniosek. Nowa opcja ubezpieczenia obowiązuje od 1 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym został złożony wniosek.
- 21. Jeśli zmieniasz opcję ubezpieczenia, okres naszej ochrony dla poprzedniej opcji ubezpieczenia kończy się w dniu, po którym zaczyna się okres naszej ochrony dla nowej opcji ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 17.
- 22. Możesz zmienić opcję ubezpieczenia w każdą rocznicę polisy. Zmiana opcji oznacza jednocześnie zmianę wariantu ubezpieczenia. Warunki zmiany wariantu opisaliśmy w ubezpieczeniu podstawowym.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze w razie ciężkiej choroby

- 23. Jeśli wystąpi u Ciebie ciężka choroba, dostarcz nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie ciężkiej choroby, w przypadku oparzeń – ich stopień i powierzchnię;
 - 3) kartę informacyjną leczenia szpitalnego;
 - 4) taką dokumentację, która potwierdza okoliczności wypadku – w przypadku ciężkiej choroby w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
- 24. Możemy dodatkowo:
 - 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
 - 2) zlecić badania medyczne– jeśli będzie to potrzebne.
- 25. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
- 26. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
- 27. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 23, 24 i 26 dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

- 28. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

ZŁĄCZNIK

DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA

NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY

1. Za ciężkie choroby objęte naszą ochroną uznaje się:

- 1) **anemię aplastyczną (niedokrwistość aplastyczną)**, która jest przewlekłą i nieodwracalną niewydolnością szpiku, polegającą na zaniku wszystkich linii komórkowych układu granulocytowego, czerwono krwinkowego i płytkotwórczego. Odpowiadamy wyłącznie za taką anemię aplastyczną, którą rozpoznano na podstawie oceny szpiku kostnego i w przebiegu której zastosowano leczenie immunosupresyjne, immunostymulacyjne lub wykonano transplantację szpiku;
- 2) **bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych**, które jest zakaźną chorobą bakteryjną 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 jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 3) **bakteryjne zapalenie wsierdza**, które jest zapaleniem wsierdza spowodowanym przez zakażenie bakteryjne. Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie wsierdza, które wymagało hospitalizacji i dotyczyło własnych zastawek serca lub jam serca, bez obcego materiału i urządzeń medycznych. Rozpoznanie choroby potwierdzają badania mikrobiologiczne identyfikujące bakterie wywołujące zapalenie lub badania obrazowe bądź patomorfologiczne ujawniające uszkodzenie wsierdza;
- 4) **bąblowca mózgu**, który jest chorobą zakaźną spowodowaną przez tasiemca bąblowcowego, z zajęciem mózgu. Odpowiadamy wyłącznie za takiego bąblowca mózgu, który wymagał chirurgicznego usunięcia zmian powstałych w mózgu i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 5) **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 tętniakowatego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty brzusznej;
- 6) **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 tętniakowatego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej;
- 7) **chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)**, które jest metodą polegającą na wszczepieniu pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej;
- 8) **chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca**, które jest metodą polegającą na wymianie naturalnej, chorobowo zmienionej zastawki serca na zastawkę sztuczną lub zastawkę biologiczną;
- 9) **chorobę Alzheimera**, która objawia się postępującymi zaburzeniami pamięci i innych funkcji poznawczych, i prowadzi do otępienia. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Alzheimera, która spowodowała otępienie rozpoznane przez lekarza specjalistę w zakresie neurologii, psychiatrii lub geriatryi w oparciu o udokumentowane dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnostyki choroby Alzheimera;
- 10) **chorobę Creutzfeldta-Jakoba**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego wywołaną przez priony. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Creutzfeldta-Jakoba, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała otępienie i zaburzenia funkcji ruchu;
- 11) **chorobę Huntingtona**, która jest dziedziczną chorobą ośrodkowego układu nerwowego. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Huntingtona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa na podstawie badania genetycznego i która spowodowała wystąpienie co najmniej jednego z trzech poniższych objawów:
 - a) zaburzenia motoryczne,
 - b) zaburzenia nastroju,
 - c) zaburzenia poznawcze;
- 12) **chorobę Leśniowskiego-Crohna**, która jest przewlekłym, nieswoistym zapaleniem ściany jelita. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Leśniowskiego-Crohna, która potwierdza badanie histopatologiczne i w przebiegu której doszło do powstania przetoki, ropnia lub przewężenia jelita;
- 13) **chorobę neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)**, która jest neurodegeneracyjną chorobą obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną wybiórczym uszkodzeniem nerwowych komórek ruchowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę neuronu ruchowego, która została rozpoznana przez lekarza neurologa w oparciu o badanie elektromiografii (EMG) i która spowodowała osłabienie lub zanik mięśni oraz ograniczenie ruchów czynnych;
- 14) **chorobę Parkinsona**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną zanikiem komórek nerwowych, mających znaczenie dla funkcji ruchowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Parkinsona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała wystąpienie co najmniej dwóch z trzech poniższych objawów neurologicznych:
 - a) drżenie spoczynkowe,
 - b) spowolnienie ruchowe,
 - c) zwiększone napięcie mięśni;
- 15) **ciężkie oparzenie**, które jest miejscowym uszkodzeniem skóry i głębiej leżących tkanek spowodowanym czynnikiem termicznym, chemicznym lub elektrycznym. Odpowiadamy wyłącznie za takie ciężkie oparzenie, które wymagało hospitalizacji i obejmowało:
 - a) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie II stopnia lub
 - b) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II i III stopnia łącznie lub
 - c) ponad 15% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie III stopnia;

- 16) **gruźlicę**, która jest chorobą zakaźną spowodowaną prątkiem gruźlicy. Odpowiadamy wyłącznie za taką gruźlicę, która wymagała hospitalizacji i leczenia przeciwprątkowego i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 17) **kleszczowe zapalenie mózgu**, które jest zakaźną chorobą wirusową przenoszoną przez kleszcze, przebiegającą z neurologicznymi objawami uszkodzenia mózgu lub rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za takie kleszczowe zapalenie mózgu, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 18) **neuroboreliozę**, która jest chorobą zakaźną spowodowaną przez krętki z rodzaju Borrelia, przebiegającą z zajęciem układu nerwowego.
Odpowiadamy wyłącznie za taką neuroboreliozę, która spowodowała co najmniej jeden z poniższych zespołów klinicznych:
a) zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego,
b) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
c) zapalenie nerwu czaszkowego,
d) zapalenie wielokorzeniowe.
Rozpoznanie neuroboreliozy i czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 19) **niezłośliwego guza mózgu**, to łagodny wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych. Odpowiadamy wyłącznie za taki niezłośliwy guz mózgu, który został usunięty lub jeśli ze względów medycznych usunięcie guza nie było możliwe, spowodował on wystąpienie ubytków neurologicznych. Rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu;
- 20) **nowotwór złośliwy**, który jest niekontrolowanym rozrostem komórek nowotworowych i cechuje się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów. Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy, którego inwazyjny charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym. Odpowiadamy także za rozsianą chorobę nowotworową ze zmianami przerzutowymi, gdy nie pobrano materiału do badania histopatologicznego, ale obraz kliniczny i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do złośliwości procesu nowotworowego;
- 21) **paraliż**, który jest całkowitą utratą funkcji ruchowej kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za taki paraliż, który jest nieodwracalny i dotyczy co najmniej dwóch kończyn;
- 22) **przewlekłą niewydolność nerek**, która jest trwałym upośledzeniem czynności obu nerek lub jedynej nerki. Odpowiadamy wyłącznie za taką przewlekłą niewydolność nerek, w przebiegu której zastosowano stałą dializoterapię lub wykonano przeszczep nerki;
- 23) **reumatoidalne zapalenie stawów**, które jest układową chorobą tkanki łącznej o podłożu autoimmunologicznym, przebiegającą z zajęciem stawów, obecnością zmian pozastawowych i objawów układowych.
Odpowiadamy wyłącznie za takie reumatoidalne zapalenie stawów, które zostało ostatecznie rozpoznane przez lekarza reumatologa i które spowodowało uszkodzenie wyrażające się trwałą deformacją, co najmniej trzech z następujących grup stawów:
a) barkowe,
b) biodrowe,
c) łokciowe,
d) kolanowe,
e) nadgarstkowe,
f) skokowe,
g) międzypalcikowe rąk lub śródręczno-palcikowe,
h) międzypalcikowe stóp lub śródstopno-palcikowe;
- 24) **ropnia mózgu**, który jest miejscowym zakażeniem wewnątrzczaszkowym mającym swój początek w ograniczonym zapaleniu mózgu i prowadzącym do powstania zbiornika ropy wewnątrz unaczynionej torbki. Odpowiadamy wyłącznie za taki ropień mózgu, który został usunięty chirurgicznie z otwarciem czaszki lub wykonano aspirację treści ropnia przez otwór trepanacyjny. Rozpoznanie ropnia mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu;
- 25) **schyłkową niewydolność wątroby**, która jest końcowym stadium upośledzenia funkcji wątroby. Odpowiadamy wyłącznie za taką postać schyłkowej niewydolności wątroby, która doprowadziła do żółtaczki, wodobrzusza, żylaków przełyku i encefalopatii wątrobowej łącznie;
- 26) **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 sześciu poniższych narządów lub układów:
a) ośrodkowy układ nerwowy,
b) układ krążenia,
c) układ oddechowy,
d) układ krwiotwórczy,
e) nerki,
f) wątroba.
Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny sepsy jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 27) **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;
- 28) **śpiączkę**, która jest stanem głębokiego zaburzenia świadomości wyrażającym się brakiem reakcji na zewnętrzne bodźce słuchowe lub bólowe, wynikającym z ciężkiego uszkodzenia mózgu. Odpowiadamy wyłącznie za taką śpiączkę, która trwała

- nieprzerwanie co najmniej 96 godzin, a uszkodzenie mózgu spowodowało trwający co najmniej 30 dni deficyt neurologiczny lub zaburzenia poznawcze ocenione w teście Mini-Mental (Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego ang. Mini-Mental State Examination) na poniżej 20 punktów;
- 29) **tęcza**, który jest chorobą zakaźną wywołaną działaniem neurotoksyny produkowanej przez laseczki tęcza. Odpowiadamy wyłącznie za taki tęczę, który wymagał hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 30) **toczeń**, który jest chorobą autoimmunologiczną, przebiegająca z zajęciem skóry i narządów wewnętrznych. Odpowiadamy wyłącznie za taki toczeń rumieniowaty układowy, który został ostatecznie rozpoznany przez lekarza reumatologa i w którego przebiegu doszło do zajęcia jednego z poniższych narządów lub układów:
- a) nerki,
 - b) serce,
 - c) układ nerwowy;
- 31) **transplantację**, która jest operacją chirurgiczną przeszczepienia narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego. Odpowiadamy wyłącznie za wykonaną u biorycy transplantację serca, płuca, wątroby lub jej części oraz wykonaną u biorycy allogeniczną transplantację szpiku kostnego;
- 32) **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:
- a) w którym badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub
 - b) który był leczony trombolitycznie;
- 33) **uraz czaszkowo-mózgowy**, który jest urazem czaszki połączonym z uszkodzeniem mózgowia, nerwów czaszkowych lub opon mózgowo-rdzeniowych. Odpowiadamy wyłącznie za taki uraz czaszkowo-mózgowy, który wymagał hospitalizacji i który, w okresie co najmniej 3 miesięcy od wystąpienia, spowodował niemożność wykonania bez pomocy innej osoby co najmniej trzech z pięciu poniższych czynności życia codziennego:
- a) poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu,
 - b) samodzielne jedzenie gotowych posiłków,
 - c) ubieranie i rozbieranie się,
 - d) mycie i higiena osobista,
 - e) samokontrola w zakresie oddawania kału i moczu;
- 34) **utratę kończyny**, która jest utratą całej kończyny lub jej części. Odpowiadamy wyłącznie za utratę kończyny górnej powyżej nadgarstka lub utratę kończyny dolnej powyżej stawu skokowego, będącą następstwem choroby;
- 35) **całkowitą utratę mowy**, która jest niezdolnością do wytwarzania dźwięków mowy i artykułowania zrozumiałego języka, spowodowaną chorobą krtani. Odpowiadamy wyłącznie za trwałą, nieodwracalną utratę mowy, która nie może być skorygowana nawet częściowo, przy zastosowaniu jakiegokolwiek metody;
- 36) **całkowitą utratę słuchu w co najmniej jednym uchu**, która jest całkowitą utratą zdolności słyszenia w co najmniej jednym uchu, będącą następstwem choroby. Odpowiadamy wyłącznie za trwałą i nieodwracalną utratę słuchu, w której ubytek słuchu w uchu objętym chorobą wynosi co najmniej 90 dB i jest obliczony jako uśredniona wartość dla dźwięków pasma mowy. Stopień utraty słuchu jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 37) **całkowitą utratę wzroku w co najmniej jednym oku**, która jest całkowitą utratą zdolności widzenia w co najmniej jednym oku, będącą następstwem choroby. Odpowiadamy wyłącznie za trwałą i nieodwracalną utratę wzroku, w której ostrość widzenia w oku objętym chorobą po korekcyjnej optyce jest mniejsza niż 0,1 (5/50) lub pole widzenia jest mniejsze niż 20 stopni. Wielkość utraty wzroku jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 38) **wrzdziejące zapalenie jelita grubego**, które jest przewlekłym, nieswoistym zapaleniem ściany jelita grubego. Odpowiadamy wyłącznie za takie wrzdziejące zapalenie jelita grubego, które jest rozpoznane na podstawie badania histopatologicznego i w którego przebiegu doszło do powstania pseudopolipowatości jelita lub rozstrzeni okrężnicy;
- 39) **wściekliznę**, która jest chorobą zakaźną wywołaną wirusem wścieklizny lub wirusami pokrewnymi. Odpowiadamy wyłącznie za taką wściekliznę, która przebiega z objawami zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego, wymaga hospitalizacji i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 40) **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności powstałym w związku z transfuzją krwi lub preparatów krwiopochodnych i jest potwierdzone złożonymi dowodami. Odpowiadamy wyłącznie za zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 41) **zakażenie wirusem HIV zawodowe**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności powstałym w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych, i jest potwierdzone złożonymi dowodami;
- 42) **zakażoną martwicę trzustki**, która jest martwicznym zakażeniem trzustki lub tkanek okołotrzustkowych w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Odpowiadamy wyłącznie za taką zakażoną martwicę trzustki, w której chirurgicznie usunięto martwicze tkanki trzustki lub tkanki okołotrzustkowe;
- 43) **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;
- 44) **zawał serca**, który jest uszkodzeniem części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia. Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:
- a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,
 - b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,
 - c) nowy ubytek żywego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
 - d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.

Odpowiadamy również za zawał serca 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;

- 45) **zgorzel gazową**, która jest chorobą zakaźną wywołaną przez bakterie z grupy laseczek zgorzeli gazowej, będącą skutkiem ciężkiego zakażenia przyrannego. Odpowiadamy wyłącznie za taką zgorzel gazową, która wymagała hospitalizacji i przebiegała z martwicą mięśni oraz ogólnymi objawami toksemii i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.

2. Poniżej znajdziesz informację, jakie choroby zawiera dana opcja naszego ubezpieczenia.

Opcja onkowsparcie	Opcja onko-kardiowsparcie	Opcja onko-kardio-neurowsparcie	Opcja multiwsparcie
1) anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1) anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1) anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1) anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)
2) niezłośliwy guz mózgu	2) bakteryjne zapalenie wsierdzia	2) bakteryjne zapalenie wsierdzia	2) bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych
3) nowotwór złośliwy	3) chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej	3) chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej	3) bakteryjne zapalenie wsierdzia
	4) chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej	4) chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej	4) bąblowiec mózgu
	5) chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	5) chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	5) chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej
	6) chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca	6) chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca	6) chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej
	7) niezłośliwy guz mózgu	7) choroba Alzheimera	7) chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)
	8) nowotwór złośliwy	8) choroba Creutzfeldta-Jakoba	8) chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca
	9) zator tętnicy płucnej	9) choroba Huntingtona	9) choroba Alzheimera
	10) zawał serca	10) choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)	10) choroba Creutzfeldta-Jakoba
		11) choroba Parkinsona	11) choroba Huntingtona
		12) niezłośliwy guz mózgu	12) choroba Leśniowskiego-Crohna
		13) nowotwór złośliwy	13) choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)
		14) ropień mózgu	14) choroba Parkinsona
		15) stwardnienie rozsiane	15) ciężkie oparzenie
		16) udar mózgu	16) gruźlica
		17) zator tętnicy płucnej	17) kleszczowe zapalenie mózgu
		18) zawał serca	18) neuroborelioza
			19) niezłośliwy guz mózgu

Opcja onkowsparcie		Opcja onko-kardiowsparcie		Opcja onko-kardio-neurowsparcie		Opcja multiwsparcie	
						20)	nowotwór złośliwy
						21)	paraliż
						22)	przewlekła niewydolność nerek
						23)	reumatoidalne zapalenie stawów
						24)	ropień mózgu
						25)	schyłkowa niewydolność wątroby
						26)	sepsa
						27)	stwardnienie rozsiane
						28)	śpiączka
						29)	tężec
						30)	toczeń
						31)	transplantacja
						32)	udar mózgu
						33)	uraz czaszkowo-mózgowy
						34)	utrata kończyny
						35)	całkowita utrata mowy
						36)	całkowita utrata słuchu w co najmniej jednym uchu
						37)	całkowita utrata wzroku w co najmniej jednym oku
						38)	wrzodziejące zapalenie jelita grubego
						39)	wścieklizna
						40)	zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji
						41)	zakażenie wirusem HIV zawodowe
						42)	zakażona martwica trzustki
						43)	zator tętnicy płucnej
						44)	zawał serca
						45)	zgorzel gazowa



**OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
KONSULTACJA ZAGRANICZNA I ASSISTANCE**

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia konsultacja zagraniczna i assistance, o kodzie warunków KZGP36 (OWU), 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 zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–6 OWU pkt 7–53 OWU pkt 55–57 OWU pkt 60 OWU pkt 61–69 OWU pkt 70 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 7–53 OWU pkt 54–57 OWU pkt 58–59 OWU pkt 70 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA KONSULTACJA ZAGRANICZNA I ASSISTANCE



Kod OWU: KZGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia konsultacja zagraniczna i assistance uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku, ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/125/2021 z dnia 8 lipca 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 26 lipca 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 sierpnia 2021 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **Centrum Pomocy** – centrum, które zorganizował świadczeniodawca i które świadczy Ci usługi w ramach pakietów: Zagranicznej Konsultacji Medycznej, Prywatnej Opieki Domowej, Pomocy w Planowaniu Leczenia oraz Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego;
 - 2) **dom** – miejsce w Polsce, w którym aktualnie przebywasz;
 - 3) **konsultant zagraniczny** – zagraniczna placówka medyczna, którą świadczeniodawca wyznaczył do konsultacji medycznych;
 - 4) **lek** – gotowy produkt leczniczy, który:
 - a) ma ważne pozwolenie wydane przez Prezesa Urzędu Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską (zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne),
 - b) jest wpisany do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu w Polsce;
 - 5) **lekarz Centrum Pomocy** – osoba, która zgodnie z polskim prawem może wykonywać zawód lekarza i która podpisała ze świadczeniodawcą umowę;
 - 6) **lekarz konsultant** – praktykujący poza granicami RP lekarz, o specjalności lekarskiej i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danego zdarzenia medycznego, który sporządza zagraniczną konsultację medyczną;
 - 7) **opieka nad dziećmi** – opieka nad dziećmi do 15 lat lub osobami niesamodzielnymi, która polega na zapewnieniu im należytej egzystencji w zakresie podstawowych potrzeb bytowych i ochrony przed niebezpieczeństwami;
 - 8) **osoba niesamodzielną** – osoba, z którą mieszkasz, która wymaga stałej pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych;
 - 9) **pielęgniarka** – osoba, która zgodnie z polskim prawem może wykonywać zawód pielęgniarki i która podpisała ze świadczeniodawcą umowę;
 - 10) **placówka medyczna** – placówka w ramach lecznictwa otwartego lub zamkniętego, w zakresie publicznej lub prywatnej opieki zdrowotnej, która świadczy w Polsce usługi medyczne i która podpisała ze świadczeniodawcą umowę;
 - 11) **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;
 - 12) **problem zdrowotny** – problem, w wyniku którego potrzebujesz naszego wsparcia medycznego, które może być realizowane jako informacja medyczna, pomoc w organizacji leczenia, czy codziennych czynności;
 - 13) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł z nami umowę na organizowanie usług, które wskazaliśmy w OWU;
 - 14) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 15) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką;
 - 16) **usługi** – świadczenia, które oferujemy w tym ubezpieczeniu dodatkowym;
 - 17) **zagraniczna konsultacja medyczna** – opinia sporządzona przez konsultanta zagranicznego na podstawie dokumentacji medycznej ubezpieczonego zawierająca weryfikację dotychczasowej diagnozy, ocenę rokowań i propozycję planu leczenia oraz informacje o doświadczeniach zawodowych i osiągnięciach zawodowych lekarza konsultanta, który ją sporządził;
 - 18) **zdarzenie medyczne** – ciężka choroba w okresie naszej ochrony, którą wymieniamy w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego;
 - 19) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie medyczne albo problem zdrowotny, które wystąpiły w okresie naszej ochrony.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

– czyli w jakich przypadkach i jakie usługi zapewniamy

4. Ubezpieczenie występuje w czterech opcjach:

- 1) onkowsparcie;
- 2) onko-kardiowsparcie;
- 3) onko-kardio-neurowsparcie;
- 4) multiwsparcie

– z uwzględnieniem pkt 5.

5. Opcja ubezpieczenia jest taka sama jak opcja ubezpieczenia wybrana w dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby.

6. W każdej z opcji zapewniamy usługi, jeśli w czasie naszej ochrony wystąpi:

- 1) zdarzenie medyczne – wtedy zapewniamy usługi w ramach:
 - a) zagranicznej konsultacji medycznej,
 - b) Prywatnej Opieki Domowej,
 - c) Pomocy w Planowaniu Leczenia,
 - d) Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego lub
- 2) problem zdrowotny – wtedy zapewniamy usługi w ramach Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego.

Szczegółowy opis usług znajdziesz poniżej.

ZAGRANICZNA KONSULTACJA MEDYCZNA

7. Poniższe usługi wykonujemy za pośrednictwem świadczeniodawcy – jeśli wystąpi u Ciebie zdarzenie medyczne:

- 1) udzielamy Ci informacji o dokumentacji medycznej, na podstawie której konsultant zagraniczny wydaje zagraniczną konsultację medyczną;
- 2) tłumaczymy dokumentację medyczną na język używany przez konsultanta zagranicznego;
- 3) przekazujemy dokumentację medyczną konsultantowi zagranicznemu;
- 4) zapewniamy wydanie zagranicznej konsultacji medycznej przez konsultanta zagranicznego;
- 5) tłumaczymy zagraniczną konsultację medyczną na język polski;
- 6) udostępniamy Ci zagraniczną konsultację medyczną – w formie pisemnej opinii.

PRYWATNA OPIEKA DOMOWA

8. Poniższe usługi organizuje Centrum Pomocy – jeśli wystąpi u Ciebie zdarzenie medyczne. Jeśli nie zaznaczyliśmy inaczej, są one dostępne od godziny 8.00 do najpóźniej godziny 22.00 – w Twoim domu lub innym miejscu w Polsce, które uzgodnimy z Tobą lub ze wskazaną przez Ciebie osobą. Uzgodnione miejsce musi umożliwiać wykonanie usługi. Są to:

- 1) opieka domowa pielęgniarstwa (zob. pkt 10-12);
- 2) pomoc w prowadzeniu domu (zob. pkt 13-15);
- 3) opieka nad dziećmi (zob. pkt 16-20);
- 4) opieka nad drobnymi zwierzętami domowymi (zob. pkt 21-24);
- 5) wizyta domowa psychologa (zob. pkt 25-26);
- 6) wizyta domowa fizjoterapeuty lub masażysty (zob. pkt 27-28);
- 7) transport medyczny – przez całą dobę i w całej Polsce (zob. pkt 29-33);
- 8) dostarczenie niezbędnych leków – przez całą dobę (zob. pkt 34-38);
- 9) dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego (zob. pkt 39-42);
- 10) dostarczenie do naprawy przedmiotów użytku osobistego (zob. pkt 43-47).

9. Do jednego zdarzenia medycznego przysługuje Ci w okresie naszej ochrony jedna usługa, którą wskazaliśmy powyżej, z uwzględnieniem zapisów dotyczących transportu medycznego wskazanego w pkt 29-33.

Opieka domowa pielęgniarstwa

10. Centrum Pomocy organizuje i finansuje:

- 1) dojazd i honorarium pielęgniarstwa;
- 2) opiekę do ośmiu godzin dziennie przez dwa tygodnie albo czterech godzin dziennie przez cztery tygodnie.

Tryb opieki zaznaczasz we wniosku o organizację usługi i nie możesz zmienić swojego wyboru. Możesz podzielić ośmiogodzinną opiekę na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy. Jeśli wybierzesz opcję czterogodzinną, nie możesz podzielić tego okresu na krótszy.

11. Opieka pielęgniarstwa polega na wykonywaniu czynności:

- 1) związanych z higieną i odżywianiem (bez przygotowywania posiłków);

- 2) zabiegów pielęgnarskich – zgodnie ze zleceniem lekarskim takich jak wykonywanie okładów, opatrunków, rehabilitacji oddechowej;
 - 3) ćwiczeń terapeutycznych, pomiaru ciśnienia tętniczego krwi i tętna, ważenia.
12. Ty pokrywasz koszty wyrobów medycznych i produktów leczniczych używanych przy wymienionych czynnościach.

Pomoc w prowadzeniu domu

13. Centrum Pomocy organizuje i finansuje:
- 1) dojazd i honorarium osoby pomagającej w prowadzeniu domu;
 - 2) pomoc w prowadzeniu domu do ośmiu godzin dziennie przez dwa tygodnie albo czterech godzin dziennie przez cztery tygodnie – jeśli nie mieszkasz w domu z osobą, która może Ci w tym pomóc.
- Tryb opieki zaznaczasz we wniosku o organizację usługi i nie możesz zmienić swojego wyboru. Możesz podzielić ośmiogodzinną opiekę na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy. Jeśli wybierzesz opcję czterogodzinną, nie możesz podzielić tego okresu na krótszy.
14. Pomoc domowa obejmuje:
- 1) utrzymanie czystości w domu, tj.: sprzątanie podłóg na sucho i na mokro, ścieranie kurzy z mebli i parapetów, odkurzanie dywanów lub wykładzin, czyszczenie ceramiką łazienkowej, wanny lub kabiny prysznicowej, zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu i płyty kuchennej;
 - 2) przygotowanie posiłków, również dla dzieci;
 - 3) robienie zakupów niezbędnych do realizacji czynności wskazanych w pkt 1 i 2. Zakupy niezbędne do wykonania usługi realizowane są w miejscach, które wskażesz, o ile odległość do nich nie będzie większa niż byłaby odległość do miejsca zakupu, które wybierze Centrum Pomocy;
 - 4) podlewanie kwiatów
- przy użyciu środków lub sprzętów, które nam udostępnisz.
15. Ty pokrywasz koszty zakupów.

Opieka nad dziećmi

16. Centrum Pomocy organizuje i finansuje tę usługę – ale tylko, jeśli:
- 1) w miejscu pobytu dziecka nie ma osoby, która może się nim zająć oraz
 - 2) wyrazisz zgodę na tę opiekę i wskażesz terminy jej sprawowania.
17. Usługa trwa do ośmiu godzin dziennie przez dwa tygodnie albo czterech godzin dziennie przez cztery tygodnie. Tryb opieki zaznaczasz we wniosku o organizację usługi i nie możesz zmienić swojego wyboru. Możesz podzielić ośmiogodzinną opiekę na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy. Jeśli wybierzesz opcję czterogodzinną, nie możesz podzielić tego okresu na krótszy.
18. W usłudze opieki nad dziećmi konieczny jest kontakt z Tobą lub osobą, którą wskażesz. Jeśli nie skontaktujemy się z ubezpieczonym lub osobą wskazaną i nie uzyskamy pisemnej zgody ubezpieczonego, to nie podejmujemy się realizacji usługi.
19. Musimy wiedzieć, czy dziecko wymaga specjalnej opieki – np. jest przewlekłe chore, wymaga rehabilitacji, przyjmuje leki lub jest na specjalnej diecie. Taką informację – na piśmie – musi nam przekazać osoba, która zgłasza wniosek o realizację usługi.
20. Centrum Pomocy pokrywa koszty dojazdu i honorarium opiekuna. Ty pokrywasz pozostałe koszty opieki.

Opieka nad drobnymi zwierzętami domowymi

21. Centrum Pomocy organizuje i finansuje tę usługę – ale tylko, jeśli spełnione są łącznie poniższe warunki:
- 1) zwierzęta te przebywają w domu i nie zagrażają zdrowiu opiekunów ani bezpieczeństwu otoczenia – według opinii osoby sprawującej opiekę. Opieka może dotyczyć takich zwierząt jak: gady, gryzonie, koty, owady, płazy, psy, ptaki i ryby;
 - 2) nie są to zwierzęta gatunków ani ras uznanych – w szczególności przez akty prawne – za niebezpieczne;
 - 3) w domu nie ma osoby, która może się nimi zająć;
 - 4) Ty albo osoba, którą wskażesz, przedstawicie dokument, który potwierdza, że wymagane szczepienia zwierząt zostały przeprowadzone.
22. Usługa trwa do ośmiu godzin dziennie przez dwa tygodnie albo czterech godzin dziennie przez cztery tygodnie. Tryb opieki zaznaczasz we wniosku o organizację usługi i nie możesz zmienić swojego wyboru. Możesz podzielić ośmiogodzinną opiekę na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy. Jeśli wybierzesz opcję czterogodzinną, nie możesz podzielić tego okresu na krótszy.
23. Opieka nad zwierzętami obejmuje:
- 1) dostarczenie żywności. Karma będzie kupiona w miejscu, które wskażesz, o ile odległość do nich nie będzie większa niż odległość do miejsca zakupu, które wybierze Centrum Pomocy;
 - 2) czynności porządkowe;
 - 3) zapewnienie zwierzęciu opieki czasowej.
24. Centrum Pomocy pokrywa koszty dojazdu i honorarium opiekuna. Ty pokrywasz pozostałe koszty opieki, czyli np. karmy, opieki weterynaryjnej, szczepień.

Domowe wizyty psychologa

25. Centrum Pomocy organizuje i finansuje tę usługę – jeśli pogorszy się Twój stan zdrowia psychicznego w związku ze stanem zdrowia, w jakim się znajdujesz.
26. Przystępuje Ci jedna wizyta psychologa dziennie – trwająca do 2 godzin. Wizyty mogą odbywać się do czterech tygodni, licząc od pierwszej wizyty, ale nie dłużej niż do czasu, który psycholog uzna za konieczny.

Domowe wizyty fizjoterapeuty lub masażysty

27. Centrum Pomocy organizuje i finansuje tę usługę – jeśli w związku z Twoim stanem zdrowia i na podstawie skierowania od Twojego lekarza prowadzącego, będzie potrzebna rehabilitacja.
28. Przysługuje Ci jedna wizyta fizjoterapeuty lub masażysty dziennie – trwająca do 2 godzin. Wizyty mogą odbywać się do czterech tygodni, licząc od pierwszej wizyty, ale nie dłużej niż do czasu, który fizjoterapeuta lub masażysta uzna za konieczny.

Transport medyczny

29. Centrum Pomocy organizuje i finansuje koszty transportu medycznego. Decyzję o wyborze czasu, celu i środka transportu podejmuje Centrum Pomocy po konsultacji (o ile jest to uzasadnione z medycznego punktu widzenia) z lekarzem leczącym Ciebie, uwzględniając Twój stan zdrowia, dostępne środki transportu oraz czas i cel transportu.
30. Transport medyczny przysługuje Ci:
- 1) do szpitala, który znajduje się najbliżej miejsca Twojego pobytu i który jest odpowiednio wyposażony do udzielenia pomocy lub
 - 2) do innej placówki medycznej
– o ile Twój stan zdrowia umożliwia taki przewóz – oraz
 - 3) do Twojego domu – po wypisaniu Cię ze szpitala lub innej placówki medycznej.
31. Transport medyczny odbywa się w Polsce pod niezbędnym nadzorem medycznym i przy użyciu niezbędnych środków transportu.
32. Centrum Pomocy nie zrealizuje usługi, jeśli podejmiesz działania sprzeczne z zaleceniami lekarza Centrum Pomocy.
33. Do jednego zdarzenia medycznego przysługuje Ci usługa transportu medycznego maksymalnie dwa razy (łącznie dla usług wskazanych w pkt 30).

Dostarczenie niezbędnych leków

34. Centrum Pomocy organizuje i finansuje tę usługę, jeśli w związku z Twoim stanem zdrowia musisz przebywać w domu przez co najmniej 5 dni na zwolnieniu lekarskim, które wydał Ci lekarz leczący Ciebie.
35. Dostarczamy leki, według recept, które Ci wystawiono, o ile są one dostępne w Polsce i udostępnisz receptę Centrum Pomocy. Jeżeli potrzebujesz leków dostępnych bez recepty, które jednocześnie są dostępne w miejscu realizacji recepty zrealizujemy także dostarczenie leków bez recepty wskazanych przez Ciebie.
36. W okresie danego zwolnienia lekarskiego ta usługa przysługuje Ci jeden raz – ale tylko w przypadku, jeśli w domu nie ma osoby, która mogłaby taką usługę zapewnić.
37. Niezbędne leki będą kupione w miejscu, które wskażesz, o ile odległość do niego nie będzie większa niż odległość do miejsca zakupu, które wybierze Centrum Pomocy.
38. Ty pokrywasz koszty leków.

Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego

39. Centrum Pomocy organizuje i finansuje tę usługę, jeśli w związku z Twoim stanem zdrowia musisz przebywać w domu przez co najmniej 5 dni na zwolnieniu lekarskim, które wydał Twój lekarz.
40. Dostarczymy kupiony lub wypożyczony sprzęt na podstawie recept lub pisemnych zaleceń Twojego lekarza.
41. W okresie danego zwolnienia lekarskiego ta usługa przysługuje Ci jeden raz – ale tylko w przypadku, jeśli w domu nie ma osoby, która mogłaby taką usługę zapewnić.
42. Ty pokrywasz koszty zakupu i wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego.

Dostarczenie do naprawy przedmiotów użytku osobistego

43. Centrum Pomocy organizuje i finansuje tę usługę, jeśli bezpośrednio w związku ze stanem zdrowia musisz przebywać w domu przez co najmniej 5 dni na zwolnieniu lekarskim, które wydał Ci Twój lekarz.
44. Usługa polega na dostarczeniu do naprawy następujących przedmiotów użytku osobistego:
- 1) aparat słuchowy;
 - 2) aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi;
 - 3) balkonik;
 - 4) chodzik;
 - 5) drukarka brailowska;
 - 6) glukometr;
 - 7) inhalator;
 - 8) koncentrator tlenowy;
 - 9) krtań elektroniczna;
 - 10) łóżko rehabilitacyjne;
 - 11) materac pneumatyczny;
 - 12) nawilżacz powietrza;
 - 13) nebulizator;
 - 14) okulary;
 - 15) parapodium;
 - 16) pionizator;
 - 17) pikfometr;

- 18) podnośnik;
- 19) pompa infuzyjna;
- 20) pompa insuliniowa;
- 21) proteza;
- 22) respirator;
- 23) ssak;
- 24) syntezytor mowy;
- 25) urządzenie do masażu;
- 26) wózek inwalidzki.

Centrum Pomocy dostarcza przedmioty z Twojego domu do punktu naprawy w Polsce, który wskażesz oraz dostarcza je z powrotem do Twojego domu.

45. W okresie danego zwolnienia lekarskiego ta usługa przysługuje Ci jeden raz – ale tylko w przypadku, jeśli w domu nie ma osoby, która mogłaby taką usługę zapewnić.
46. Przedmioty użytku osobistego będą naprawione w miejscu, które wskażesz, o ile odległość do niego nie będzie większa niż odległość do miejsca naprawy, które wybierze Centrum Pomocy.
47. Ty pokrywasz koszty naprawy przedmiotów.

POMOC W PLANOWANIU LECZENIA

48. W czasie trwania ubezpieczenia dodatkowego możesz korzystać z następujących usług – jeśli wystąpi u Ciebie zdarzenie medyczne:
 - 1) pomoc w planowaniu leczenia;
 - 2) pomoc w organizacji leczenia.
49. W ramach pomocy w planowaniu leczenia Centrum Pomocy:
 - 1) wyszukuje w swojej bazie polską placówkę medyczną, w której możesz najszybciej skorzystać ze świadczeń zdrowotnych takich jak operacja chirurgiczna, badanie diagnostyczne lub wizyta u specjalisty – jeśli zleci Ci to Twój lekarz;
 - 2) udziela przez telefon informacji o nazwie, adresie, numerze telefonu polskiej placówki, w której możesz najszybciej uzyskać świadczenie zdrowotne oraz terminy tych świadczeń.
50. W ramach pomocy w organizacji leczenia Centrum Pomocy:
 - 1) umawia świadczenia zdrowotne takie jak zabiegi pielęgniarstwa, konsultacje lekarskie, zabiegi rehabilitacyjne w polskich placówkach medycznych (ze swojej bazy) lub Twoim domu lub
 - 2) udziela informacji o usługach, godzinach otwarcia i danych kontaktowych polskich placówek medycznych, zwłaszcza tych położonych najbliżej Twojego domu.
51. Aby Centrum Pomocy mogło zrealizować tę usługę, musi uzyskać od Ciebie informację o rodzaju specjalistycznego świadczenia zdrowotnego, którego wymaga Twój stan zdrowia.

CAŁODOBOWY TELEFONICZNY SERWIS MEDYCZNY

52. Jeżeli w czasie trwania ubezpieczenia wystąpi u Ciebie zdarzenie ubezpieczeniowe, możesz korzystać z naszego Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego.
53. Całodobowy Telefoniczny Serwis Medyczny udziela informacji o:
 - 1) zdrowiu, chorobie i jednostkach chorobowych;
 - 2) zachowaniach prozdrowotnych;
 - 3) szpitalach, aptekach, przychodniach w Polsce;
 - 4) pielęgnacji niemowląt;
 - 5) lekach oraz objawach niepożądanych przy ich przyjmowaniu;
 - 6) dietach, zdrowym żywieniu;
 - 7) grupach wsparcia, telefonach zaufania udzielających pomocy i działających w Polsce;
 - 8) transporcie medycznym;
 - 9) opiece nad osobami starszymi.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie zorganizujemy usługi

54. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje zdarzeń medycznych, które nastąpiły:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub w masowych rozruchach społecznych;
 - 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości – w rozumieniu przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 6) wskutek zatrucia spożytym alkoholem lub użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi, środkami zastępczymi w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajęcie zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 7) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego.
55. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje:
- 1) usług, które zorganizowało Centrum Pomocy, ponieważ podałeś nieprawdę – w takim przypadku koszty tych usług ponosisz Ty;
 - 2) zdarzeń i skutków zdarzeń związanych z zagrożeniem życia.
56. Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg ani skutki realizacji usług w ramach Prywatnej Opieki Domowej, które wymieniliśmy w pkt 8.
57. Nie ponosimy odpowiedzialności za treść zagranicznej konsultacji medycznej.

KARENCJA

– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia nie ponosimy odpowiedzialności

58. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 30 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia.
59. W okresie karencji możesz korzystać z:
- 1) Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego;
 - 2) zagranicznej konsultacji medycznej, o ile zdarzenie medyczne było skutkiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu tych 30 dni.

REALIZACJA USŁUGI

– komu, kiedy i jak wykonamy usługę

60. Usługi przysługują Tobie.

Zagraniczna konsultacja medyczna

61. Aby skorzystać z tej usługi, składasz świadczeniodawcy w okresie naszej ochrony – na własny koszt w języku polskim:
- 1) wniosek o zagraniczną konsultację medyczną;
 - 2) dokumentację medyczną z postępowania diagnostyczno-leczniczego zdarzenia medycznego;
 - 3) inne dokumenty, o które poprosimy Cię my lub świadczeniodawca.
62. Usługę wykonamy za pośrednictwem świadczeniodawcy najpóźniej w terminie 30 dni od dnia, w którym otrzymamy wniosek i komplet dokumentów. Możemy wydłużyć ten czas, jeśli – z obiektywnych powodów – nie możemy w ciągu 30 dni ustalić, czy masz prawo do usługi. W takim przypadku wykonamy usługę do 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnimy te wątpliwości.
63. W każdej z opcji ubezpieczenia możesz skorzystać z jednej zagranicznej konsultacji medycznej, która będzie dotyczyć jednego zdarzenia medycznego. Jeśli nowe badania pokażą zmiany w przebiegu tego zdarzenia medycznego, możesz wnioskować o kolejną zagraniczną konsultację medyczną.

Prywatna Opieka Domowa, Pomoc w Planowaniu Leczenia, Całodobowy Telefoniczny Serwis Medyczny

64. Centrum Pomocy wykonuje usługi w ramach wymienionych pakietów wyłącznie, gdy zgłosisz przez telefon wniosek o ich wykonanie. Numer telefonu znajdziesz w deklaracji – serwis jest czynny całą dobę. Centrum Pomocy rozpocznie realizować usługę najszybciej, jak to możliwe, i nie później niż w czasie 48 godzin od spełnienia przez Ciebie niezbędnych warunków.
65. Przy składaniu wniosku przez telefon:
- 1) podaj swoje imię, nazwisko, PESEL oraz nazwę i siedzibę właściciela polisy;
 - 2) podaj wszystkie informacje, które są potrzebne do danej usługi, np.: numer telefonu, adres, dane osoby kontaktowej;
 - 3) prześlij do Centrum Pomocy – faksem, drogą elektroniczną albo pocztą – dokumentację medyczną, która potwierdza, że zdarzenie medyczne wystąpiło lub że dana usługa jest Ci potrzebna. Nie dotyczy to usług w ramach Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego;
 - 4) postępuj zgodnie z dyspozycjami Centrum Pomocy.
66. Przedstawiciel Centrum Pomocy może – w miejscu realizowania usługi – poprosić Cię o:
- 1) okazanie dokumentu potwierdzającego Twoją tożsamość;
 - 2) podanie danych niezbędnych do wykonania usługi, w tym wszystkich informacji, które pozwolą ocenić Twój stan zdrowia i zasadność transportu medycznego.
67. Centrum Pomocy ani My nie zwracamy kosztów poniesionych przez Ciebie, jeżeli zdarzenie nie zostało zgłoszone do Centrum Pomocy. Wyjątkiem jest sytuacja, w której nie mogłeś skontaktować się z Centrum Pomocy z niezależnych od siebie przyczyn. W takim przypadku koniecznie skontaktuj się z Centrum Pomocy, gdy tylko będzie to możliwe – masz na to 7 dni. Powiadom Centrum Pomocy o zdarzeniu medycznym i opisz przyczyny braku możliwości kontaktu.
68. Oddamy Ci koszty wykonanej usługi – ale maksymalnie do średniej wartości danej usługi w danej miejscowości. Aby uzyskać zwrot, złóż odpowiednie dokumenty: dokumentację medyczną, która potwierdzi, że wystąpiło u Ciebie dane zdarzenie medyczne, i imienne rachunki i dowody wpłaty.
69. Swoje oświadczenia, zawiadomienia i inne zgłoszenia możesz wykonywać też przez telefon – nagrywamy wszystkie rozmowy telefoniczne, które prowadzisz z Centrum Pomocy. Wszystkie Twoje oświadczenia i zawiadomienia będziemy archiwizować w Centrum Pomocy.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

- 70.** W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA KONSULTACJA ZAGRANICZNA I ASSISTANCE

1. Za ciężkie choroby objęte naszą ochroną uznaje się:

- 1) **anemię aplastyczną (nieodkrowistość aplastyczną)**, która jest przewlekłą i nieodwracalną niewydolnością szpiku, polegającą na zaniku wszystkich linii komórkowych układu granulocytowego, czerwonych krwinek i płytek krwi.
Odpowiadamy wyłącznie za taką anemię aplastyczną, którą rozpoznano na podstawie oceny szpiku kostnego i w przebiegu której zastosowano leczenie immunosupresyjne, immunostymulacyjne lub wykonano transplantację szpiku;
- 2) **bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych**, które jest zakaźną chorobą bakteryjną 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 jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 3) **bakteryjne zapalenie wsierdza**, które jest zapaleniem wsierdza spowodowanym przez zakażenie bakteryjne.
Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie wsierdza, które wymagało hospitalizacji i dotyczyło własnych zastawek serca lub jam serca, bez obcego materiału i urządzeń medycznych. Rozpoznanie choroby potwierdzają badania mikrobiologiczne identyfikujące bakterie wywołujące zapalenie lub badania obrazowe bądź patomorfologiczne ujawniające uszkodzenie wsierdza;
- 4) **bąblowca mózgu**, który jest chorobą zakaźną spowodowaną przez tasiecmca bąblowcowego, z zajęciem mózgu.
Odpowiadamy wyłącznie za takiego bąblowca mózgu, który wymagał chirurgicznego usunięcia zmian powstałych w mózgu i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 5) **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 tętniakowatego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty brzusznej. Nasza ochrona nie obejmuje operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty brzusznej;
- 6) **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 tętniakowatego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej. Nasza ochrona nie obejmuje operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty piersiowej;
- 7) **chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)**, które jest metodą polegającą na wszczepieniu pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej;
- 8) **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;
- 9) **chorobę Alzheimera**, która objawia się postępującymi zaburzeniami pamięci i innych funkcji poznawczych, i prowadzi do otępienia.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Alzheimera, która spowodowała otępienie rozpoznane przez lekarza specjalistę w zakresie neurologii, psychiatrii lub geriatryi w oparciu o udokumentowane dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnostyki choroby Alzheimera. Nasza ochrona nie obejmuje otępienia spowodowanego przez inne choroby oraz otępienia wtórnego do nadużywania alkoholu, leków lub AIDS;
- 10) **chorobę Creutzfeldta-Jakoba**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego wywołaną przez priony.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Creutzfeldta-Jakoba, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała otępienie i zaburzenia funkcji ruchu;
- 11) **chorobę Huntingtona**, która jest dziedziczną chorobą ośrodkowego układu nerwowego.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Huntingtona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa na podstawie badania genetycznego i która spowodowała wystąpienie co najmniej jednego z trzech poniższych objawów:
 - a) zaburzenia motoryczne,
 - b) zaburzenia nastroju,
 - c) zaburzenia poznawcze;
- 12) **chorobę Leśniowskiego-Crohna**, która jest przewlekłym, nieswoistym zapaleniem ściany jelita.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Leśniowskiego-Crohna, którą potwierdza badanie histopatologiczne i w przebiegu której doszło do powstania przetoki, ropnia lub przewężenia jelita;
- 13) **chorobę neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)**, która jest neurodegeneracyjną chorobą obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną wybiórczym uszkodzeniem nerwowych komórek ruchowych.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę neuronu ruchowego, która została rozpoznana przez lekarza neurologa w oparciu o badanie elektromiografii (EMG) i która spowodowała osłabienie lub zanik mięśni oraz ograniczenie ruchów czynnych;
- 14) **chorobę Parkinsona**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną zanikiem komórek nerwowych, mających znaczenie dla funkcji ruchowych.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Parkinsona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała wystąpienie co najmniej dwóch z trzech poniższych objawów neurologicznych:
 - a) drżenie spoczynkowe,
 - b) spowolnienie ruchowe,
 - c) zwiększone napięcie mięśni.Nasza ochrona nie obejmuje parkinsonizmu objawowego;
- 15) **ciężkie oparzenie**, które jest miejscowym uszkodzeniem skóry i głębiej leżących tkanek spowodowanym czynnikiem termicznym, chemicznym lub elektrycznym.
Odpowiadamy wyłącznie za takie ciężkie oparzenie, które wymagało hospitalizacji i obejmowało:
 - a) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie II stopnia lub

- b) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II i III stopnia łącznie lub
c) ponad 15% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie III stopnia;
- 16) **gruźlica**, która jest chorobą zakaźną spowodowaną prątkiem gruźlicy.
Odpowiadamy wyłącznie za taką gruźlicę, która wymagała hospitalizacji i leczenia przeciwprątkowego i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 17) **kleszczowe zapalenie mózgu**, które jest zakaźną chorobą wirusową przenoszoną przez kleszcze, przebiegającą z neurologicznymi objawami uszkodzenia mózgu lub rdzenia kręgowego.
Odpowiadamy wyłącznie za takie kleszczowe zapalenie mózgu, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 18) **neuroborelioze**, która jest chorobą zakaźną spowodowaną przez krętki z rodzaju Borrelia, przebiegającą z zajęciem układu nerwowego.
Odpowiadamy wyłącznie za taką neuroboreliozę, która spowodowała co najmniej jeden z poniższych zespołów klinicznych:
a) zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego,
b) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
c) zapalenie nerwu czaszkowego,
d) zapalenie wielokorzeniowe.
Rozpoznanie neuroboreliozy i czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 19) **niezłośliwy guz mózgu**, to łagodny wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych.
Odpowiadamy wyłącznie za taki niezłośliwy guz mózgu, który został usunięty lub który jeśli ze względów medycznych usunięcie guza nie było możliwe, spowodował on wystąpienie ubytków neurologicznych. Rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu. Nasza ochrona nie obejmuje torbieli, ziarniniaków, malformacji naczyńowych, krwinków mózgu, guzów przysadki mózgowej;
- 20) **nowotwór złośliwy**, który jest niekontrolowanym rozrostem komórek nowotworowych i cechuje 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 rozsiałą 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:
a) nowotworów ocenionych w badaniu histopatologicznym jako łagodne, o ograniczonej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjne lub przedinwazyjne (tzw. in situ),
b) zmian o cechach dysplazji,
c) ziarnicy złośliwej w pierwszym stadium,
d) czerniaka złośliwego skóry opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 oraz wszystkich nowotworów skóry (w tym chłoniaka skóry),
e) brodawkowego raka tarczycy opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0,
f) złośliwego gruczolotu krokowego (prostaty, stercza) opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 lub T1bN0M0,
g) dysplazji i nowotworu złośliwego szyjki macicy opisanego wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3,
h) wszystkich nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV;
- 21) **paraliż**, który jest całkowitą utratą funkcji ruchowej kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego.
Odpowiadamy wyłącznie za taki paraliż, który jest nieodwracalny i dotyczy co najmniej dwóch kończyn;
- 22) **przewłektą niewydolność nerek**, która jest trwałym upośledzeniem czynności obu nerek lub jednej nerką.
Odpowiadamy wyłącznie za taką przewłektą niewydolność nerek, w przebiegu której zastosowano stałą dializoterapię lub wykonano przeszczep nerki. Nasza ochrona nie obejmuje ostrej niewydolności nerek, która jest odwracalna i która wymaga jedynie czasowej dializoterapii;
- 23) **reumatoidalne zapalenie stawów**, które jest układową chorobą tkanki łącznej o podłożu autoimmunologicznym, przebiegającą z zajęciem stawów, obecnością zmian pozastawowych i objawów układowych.
Odpowiadamy wyłącznie za takie reumatoidalne zapalenie stawów, które zostało ostatecznie rozpoznane przez lekarza reumatologa i które spowodowało uszkodzenie wyrażające się trwałą deformacją, co najmniej trzech z następujących grup stawów:
a) barkowe,
b) biodrowe,
c) łokciowe,
d) kolanowe,
e) nadgarstkowe,
f) skokowe,
g) międzypaliczkowe rąk lub śródręczno-paliczkowe,
h) międzypaliczkowe stóp lub śródstopno-paliczkowe;
- 24) **ropnia mózgu**, który jest miejscowym zakażeniem wewnątrzczaszkowym mającym swój początek w ograniczonym zapaleniu mózgu i prowadzącym do powstania zbiornika ropy wewnątrz unaczynionej torebki.
Odpowiadamy wyłącznie za taki ropień mózgu, który został usunięty chirurgicznie z otwarciem czaszki lub wykonano aspirację treści ropnia przez otwór trepanacyjny.
Rozpoznanie ropnia mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu;
- 25) **schyłkową niewydolność wątroby**, która jest końcowym stadium upośledzenia funkcji wątroby.
Odpowiadamy wyłącznie za taką postać schyłkowej niewydolności wątroby, która doprowadziła do żółtaczki, wodobrzusza, żylaków przełyku i encefalopatii wątrobowej łącznie. Nasza ochrona nie obejmuje schyłkowej niewydolności wątroby spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla wątroby;
- 26) **sepsę (posocznice)**, 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 sześciu poniższych narządów lub układów:

- a) ośrodkowy układ nerwowy,
- b) układ krążenia,
- c) układ oddechowy,
- d) układ krwiotwórczy,
- e) nerki,
- f) wątroba.

Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny sepsy jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;

- 27) **stwardnienie rozsiane**, które jest chorobą ośrodkowego układu nerwowego z obecnością ubytkowych objawów neurologicznych, powstałych na podłożu rozsiańszych zmian demielinizacyjnych.
Odpowiadamy wyłącznie za takie stwardnienie rozsiane, które zostało ostatecznie rozpoznane przez lekarza neurologa, na podstawie objawów neurologicznych i badania rezonansu magnetycznego, potwierdzających czasowe i lokalizacyjne rozszanie zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym;
- 28) **śpiączkę**, która jest stanem głębokiego zaburzenia świadomości wyrażającym się brakiem reakcji na zewnętrzne bodźce słuchowe lub bólowe, wynikającym z ciężkiego uszkodzenia mózgu.
Odpowiadamy wyłącznie za taką śpiączkę, która trwała nieprzerwanie co najmniej 96 godzin, a uszkodzenie mózgu spowodowało trwającą co najmniej 30 dni deficyt neurologiczny lub zaburzenia poznawcze ocenione w teście Mini-Mental (Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego ang. Mini-Mental State Examination) na poniżej 20 punktów. Nasza ochrona nie obejmuje śpiączki spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla mózgu oraz śpiączki farmakologicznej zastosowanej celowo przez podanie specjalnych leków;
- 29) **tężca**, który jest chorobą zakaźną wywołaną działaniem neurotoksyn produkowanej przez laseczki tężca.
Odpowiadamy wyłącznie za taki tężec, który wymagał hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 30) **toczeń**, który jest chorobą autoimmunologiczną, przebiegająca z zajęciem skóry i narządów wewnętrznych.
Odpowiadamy wyłącznie za taki tocznię rumieniowaty układowy, który został ostatecznie rozpoznany przez lekarza reumatologa i w którego przebiegu doszło do zajęcia jednego z poniższych narządów lub układów:
- a) nerki,
 - b) serce,
 - c) układ nerwowy;
- 31) **transplantację**, która jest operacją chirurgiczną przeszczepienia narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego.
Odpowiadamy wyłącznie za wykonaną u biorcy transplantację serca, płuca, wątroby lub jej części oraz wykonaną u biorcy allogeniczną transplantację szpiku kostnego;
- 32) **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:
- a) w którym badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub
 - b) który był leczony trombolitycznie.
- Nasza ochrona nie obejmuje udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu lub przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA);
- 33) **uraz czaszkowo-mózgowy**, który jest urazem czaszki połączonym z uszkodzeniem mózgowia, nerwów czaszkowych lub opon mózgowo-rdzeniowych.
Odpowiadamy wyłącznie za taki uraz czaszkowo-mózgowy, który wymagał hospitalizacji i który, w okresie co najmniej 3 miesięcy od wystąpienia, spowodował niemożność wykonania bez pomocy innej osoby co najmniej trzech z pięciu poniższych czynności życia codziennego:
- a) poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu,
 - b) samodzielne jedzenie gotowych posiłków,
 - c) ubieranie i rozbieranie się,
 - d) mycie i higiena osobista,
 - e) samokontrola w zakresie oddawania kału i moczu;
- 34) **utratę kończyny**, która jest utratą całej kończyny lub jej części. Odpowiadamy wyłącznie za utratę kończyny górnej powyżej nadgarstka lub utratę kończyny dolnej powyżej stawu skokowego, będącą następstwem choroby;
- 35) **całkowitą utratę mowy**, która jest niezdolnością do wytwarzania dźwięków mowy i artykułowania zrozumiałego języka, spowodowaną chorobą krtani.
Odpowiadamy wyłącznie za trwałą, nieodwracalną utratę mowy, która nie może być skorygowana nawet częściowo, przy zastosowaniu jakiegokolwiek metody;
- 36) **całkowitą utratę słuchu w co najmniej jednym uchu**, która jest całkowitą utratą zdolności słyszenia w co najmniej jednym uchu, będącą następstwem choroby.
Odpowiadamy wyłącznie za trwałą i nieodwracalną utratę słuchu, w której ubytek słuchu w uchu objętym chorobą wynosi co najmniej 90 dB i jest obliczony jako uśredniona wartość dla dźwięków pasma mowy. Stopień utraty słuchu jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 37) **całkowitą utratę wzroku w co najmniej jednym oku**, która jest całkowitą utratą zdolności widzenia w co najmniej jednym oku, będącą następstwem choroby.
Odpowiadamy wyłącznie za trwałą i nieodwracalną utratę wzroku, w której ostrość widzenia w oku objętym chorobą po korekcie optycznej jest mniejsza niż 0,1 (5/50) lub pole widzenia jest mniejsze niż 20 stopni. Wielkość utraty wzroku jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;

- 38) **wrzodziejące zapalenie jelita grubego**, które jest przewlekłym, nieswoistym zapaleniem ściany jelita grubego. Odpowiadamy wyłącznie za takie wrzodziejące zapalenie jelita grubego, które jest rozpoznane na podstawie badania histopatologicznego i w którego przebiegu doszło do powstania pseudopolipowatości jelita lub rozstrzeni okrężnicy;
- 39) **wściekliczne**, która jest chorobą zakaźną wywołaną wirusem wściekliczny lub wirusami pokrewnymi. Odpowiadamy wyłącznie za taką wścieklicznę, która przebiega z objawami zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego, wymaga hospitalizacji i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 40) **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności powstałym w związku z transfuzją krwi lub preparatów krwiopochodnych i jest potwierdzone złożonymi dowodami. Odpowiadamy wyłącznie za zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 41) **zakażenie wirusem HIV zawodowe**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności, powstałym w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych, i jest potwierdzone złożonymi dowodami;
- 42) **zakażoną martwicę trzustki**, która jest martwicznym zakażeniem trzustki lub tkanek okołotrzustkowych w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Odpowiadamy wyłącznie za taką zakażoną martwicę trzustki, w której chirurgicznie usunięto martwicze tkanki trzustki lub tkanki okołotrzustkowe;
- 43) **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;
- 44) **zawał serca**, który jest uszkodzeniem części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia. Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:
- a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,
 - b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,
 - c) nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
 - d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.
- Odpowiadamy również za zawał serca związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych, o ile w badaniach obrazowych stwierdzono nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego o umiejscowieniu odpowiadającym etiologii niedokrwiennej lub w koronarografii stwierdzono powikłania zabiegu ograniczające przepływ krwi oraz w którym stwierdzono wzrost stężenia troponiny sercowej we krwi do wartości:
- a) 5-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z przezskórną interwencją wieńcową lub
 - b) 10-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z pomostowaniem tętnic wieńcowych;
- 45) **zgorzel gazową**, która jest chorobą zakaźną wywołaną przez bakterie z grupy laseczek zgorzeli gazowej, będącą skutkiem ciężkiego zakażenia przyranego. Odpowiadamy wyłącznie za taką zgorzel gazową, która wymagała hospitalizacji i przebiegała z martwicą mięśni oraz ogólnymi objawami toksemii i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
2. Poniżej znajdziesz informację, jakie choroby zawiera dana opcja naszego ubezpieczenia.

Opcja onkowsparcie		Opcja onko-kardiowsparcie		Opcja onko-kardio-neurowsparcie	Opcja multiwsparcie
1)	anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1)	anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1)	anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)
2)	niezłośliwy guz mózgu	2)	bakteryjne zapalenie wsierdzia	2)	bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych
3)	nowotwór złośliwy	3)	chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej	3)	bakteryjne zapalenie wsierdzia
		4)	chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej	4)	łobowiac mózgu
		5)	chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	5)	chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej
		6)	chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca	6)	chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej
		7)	niezłośliwy guz mózgu	7)	chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)
		8)	nowotwór złośliwy	8)	chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca
		9)	zator tętnicy płucnej	9)	choroba Alzheimera
		10)	zawał serca	10)	choroba Creutzfeldta-Jakoba

Opcja onkowsparcie	Opcja onko-kardiowsparcie	Opcja onko-kardio-neurowsparcie	Opcja multiwsparcie
		11) choroba Parkinsona	11) choroba Huntingtona
		12) niezłośliwy guz mózgu	12) choroba Leśniowskiego-Crohna
		13) nowotwór złośliwy	13) choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)
		14) ropień mózgu	14) choroba Parkinsona
		15) stwardnienie rozsiane	15) ciężkie oparzenie
		16) udar mózgu	16) gruźlica
		17) zator tętnicy płucnej	17) kleszczowe zapalenie mózgu
		18) zawał serca	18) neuroborelioza
			19) niezłośliwy guz mózgu
			20) nowotwór złośliwy
			21) paraliż
			22) przewlekła niewydolność nerek
			23) reumatoidalne zapalenie stawów
			24) ropień mózgu
			25) schyłkowa niewydolność wątroby
			26) sepsa
			27) stwardnienie rozsiane
			28) śpiączka
			29) tężec
			30) toczeń
			31) transplantacja
			32) udar mózgu
			33) uraz czaszkowo-mózgowy
			34) utrata kończyny
			35) całkowita utrata mowy
			36) całkowita utrata słuchu w co najmniej jednym uchu
			37) całkowita utrata wzroku w co najmniej jednym oku
			38) wrzodziejące zapalenie jelita grubego
			39) wścieklizna
			40) zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji
			41) zakażenie wirusem HIV zawodowe
			42) zakażona martwica trzustki
			43) zator tętnicy płucnej
			44) zawał serca
			45) zgorzel gazowa

**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO**



W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, o kodzie warunków LSGP36 (OWU), 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 zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–8 OWU pkt 12 OWU pkt 14–16 OWU pkt 17 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 9–11 OWU pkt 12 OWU pkt 13 OWU pkt 17 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

WWW na pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO

Kod OWU: LSGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 19 listopada 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **choroba** – stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego powodujący konieczność leczenia szpitalnego;
- 2) **leczenie szpitalne** – stacjonarne leczenie:
 - a) stanów nagłych, w których opóźnienie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo życia, lub
 - b) stanów, w których nie można uzyskać celu leczniczego podczas leczenia ambulatoryjnego;
- 3) **pobyt w szpitalu** – całodobowy pobyt w szpitalu w Polsce, który trwa nieprzerwanie dłużej niż 3 dni i ma na celu leczenie szpitalne;
- 4) **szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego;
- 5) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 6) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką.

2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje Twój pobyt w szpitalu z powodu:

- 1) choroby;
- 2) nieszczęśliwego wypadku
- w okresie naszej ochrony.

5. Za każdy dzień Twojego pobytu w szpitalu wypłacimy Ci świadczenie w wysokości 0,5% sumy ubezpieczenia – z uwzględnieniem pkt 6.

6. Jeśli Twój pobyt w szpitalu:

- 1) jest konsekwencją nieszczęśliwego wypadku, który zdarzył się podczas naszej ochrony;
- 2) jest pierwszym pobytem spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem i
- 3) rozpoczął się nie później niż 14 dni po nieszczęśliwym wypadku
- za każdy dzień pobytu przez pierwsze 14 dni wypłacimy 1% sumy ubezpieczenia.

7. Jeśli nieszczęśliwy wypadek zdarzył się przed początkiem naszej ochrony, za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku tego nieszczęśliwego wypadku wypłacimy 0,5% sumy ubezpieczenia.

8. Wypłatę ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu pobytu w szpitalu.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

9. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminu zawodowe uprawianie sportu – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
 - 1) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 2) osoby, które uprawiają sporty indywidualne i biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 3) osoby, które otrzymują wynagrodzenie, a także stypendium lub zwrot kosztów związanych z uprawianiem sportu indywidualnego lub gier zespołowych (diety, zasiłki) – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.
10. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje pobytu w szpitalu, który rozpoczął się przed początkiem naszej ochrony lub pobytu w szpitalu, który nastąpił:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku katastrof, które powodują skażenie promieniotwórcze, chemiczne lub biologiczne;
 - 3) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 4) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 5) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;
 - 6) ponieważ ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 7) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 8) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytkiem alkoholem, użytkami narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
 - 9) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. produktów;
 - 10) wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
 - 11) w wyniku padaczki – poza padaczką objawową, która jest objawem innej choroby oraz wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, nerwicy i uzależnień;
 - 12) w wyniku chorób z powodu obniżenia odporności organizmu w przebiegu zakażenia wirusem HIV;
 - 13) w wyniku leczenia i zabiegów stomatologicznych – chyba że wynikają one z konieczności leczenia obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 14) w wyniku wykonywania badań lekarskich, dodatkowych badań medycznych – które służą ustaleniu istnienia choroby zawodowej, badań diagnostycznych, które nie wynikają z zachorowania, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów związanych bezpośrednio z pobraniem narządu) oraz obserwacji na wniosek sądu;
 - 15) w wyniku leczenia niepłodności;
 - 16) w wyniku wykonywania operacji kosmetycznych lub plastycznych – w tym operacji zmiany pęci – z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw:
 - a) nieszczęśliwych wypadków, które wydarzyły się w okresie naszej ochrony lub
 - b) choroby nowotworowej, którą wykryto w okresie naszej ochrony;
 - 17) w wyniku rehabilitacji – z wyjątkiem pierwszego pobytu w szpitalu ubezpieczonego z powodu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, jeśli pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego ochroną pobytu w szpitalu ubezpieczonego, który był związany – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą;
 - 18) ponieważ ubezpieczony uprawiał sport zawodowo lub uprawiał rekreacyjnie sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, speleologię, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoki do wody, skoki na linie (ang. bungee jumping).
11. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje Twojego pobytu:
 - 1) w hospicjach, placówkach lecznictwa odwykowego, placówkach dla przewlekłe chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych ani zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
 - 2) w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego – w szczególności w sanatoriach, prewentoriach ani szpitalach uzdrowiskowych, sanatoryjnych ani rehabilitacyjno-uzdrowiskowych;
 - 3) w ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych – z wyjątkiem pobytu, o którym mowa w pkt 10.17);
 - 4) na oddziałach dziennych ani w takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.

OGRANICZENIA OCHRONY

– czyli za ile dni pobytu w szpitalu zapłacimy

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

KARENCAJA

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

13. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 30 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia. Ponosimy jednak odpowiedzialność, jeśli pobyt w szpitalu był wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu tych 30 dni.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po pobycie w szpitalu

14. W razie pobytu w szpitalu, dostarcz nam:

1) wniosek o wypłatę świadczenia. Możesz dostarczyć go:

a) gdy zakończysz pobyt w szpitalu,

b) w trakcie pobytu w szpitalu – po 30. lub 60. dniu;

2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego – gdy zakończysz pobyt w szpitalu;

3) dokument, który potwierdza rozpoznanie choroby, wydany przez lekarza prowadzącego – gdy składasz wniosek o wypłatę świadczenia w trakcie pobytu w szpitalu.

15. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.

16. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 14 i 15 dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

17. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.



**OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO PLUS**

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus, o kodzie warunków LPGP36 (OWU), 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 zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1 – 2 OWU pkt 5 – 14 OWU pkt 19 – 20 OWU pkt 23 – 25 OWU pkt 26 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1 – 2 OWU pkt 5 – 6 OWU pkt 15 – 18 OWU pkt 19 – 20 OWU pkt 21 – 22 OWU pkt 26 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO PLUS



Kod OWU: LPGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku, ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/125/2021 z dnia 8 lipca 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 26 lipca 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 sierpnia 2021 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **ciężka choroba** – tylko taka choroba, uraz lub operacja chirurgiczna, które są objęte naszą ochroną. Listę ciężkich chorób znajdziesz w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego. Zakres ciężkich chorób jest taki sam jak wybrany w dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby;
- 2) **OAiT** – Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii wyodrębniony organizacyjnie jako osobny oddział w strukturach szpitala, wyposażony w sprzęt, który umożliwia stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych oraz podjęcie czynności zastępczych w przypadku niewydolności narządów lub układów ustroju.
W ramach pobytu na OAiT nie obejmujemy ochroną pobytu na oddziale kardiologicznym, neurologicznym ani diabetologicznym – nawet jeśli Twoje podstawowe czynności życiowe były stale monitorowane lub jeśli podjęto czynności zastępcze w razie niewydolności Twoich narządów lub układów ustroju;
- 3) **pobyt na OAiT** – pobyt na OAiT, który trwa nieprzerwanie co najmniej 48 godzin;
- 4) **rekonwalescencja** – maksymalnie 30-dniowy nieprzerwany pobyt na zwolnieniu lekarskim bezpośrednio po pobycie w szpitalu. Zwolnienie lekarskie bezpośrednio po pobycie w szpitalu musi Ci wydać oddział szpitalny, w którym odbywało się leczenie;
- 5) **statek** – pasażerski albo towarowy statek morski albo statek śródlądowy, który ma napęd silnikowy lub żaglowy – statkiem nie są okręty wojenne;
- 6) **stosunek prawny** – umowa o pracę lub inny stosunek cywilnoprawny, z tytułu którego, na dzień wystąpienia wypadku przy pracy, istnieje prawny obowiązek opłacania składek na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych;
- 7) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 8) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką;
- 9) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek wywołany:
 - a) ruchem pojazdu na drodze – jeśli brałeś w nim udział jako uczestnik ruchu (zgodnie z ustawą Prawo o ruchu drogowym). Pojazdem jest również tramwaj,
 - b) ruchem pojazdu kolejowego, którego porusza pojazd trakcyjny (pojazd z własnym napędem) oraz metra – jeśli byłeś pasażerem albo członkiem załogi tego pojazdu.
Wypadkiem komunikacyjnym nie jest wypadek, który dotyczy kolejowego transportu wewnątrzzakładowego oraz transportu linowego i linowo-terenowego,
 - c) ruchem samolotu (pasażerskiego koncesjonowanych linii lotniczych) – jeśli byłeś członkiem załogi lub pasażerem, gdy samolot:
 - został uszkodzony lub zniszczony albo
 - zaginął lub znajduje się w miejscu, do którego nie ma dostępu,
 - d) ruchem statku – jeśli byłeś członkiem załogi lub pasażerem, gdy statek:
 - zatonął lub został uszkodzony albo
 - zaginął lub znajduje się w miejscu, do którego nie ma dostępu;
- 10) **wypadek przy pracy** – tylko taki wypadek, który jest nieszczęśliwym wypadkiem i wystąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ciebie:
 - a) zwykłych czynności lub
 - b) poleceń Twoich przełożonych– w ramach stosunku prawnego, w którym pozostajesz w chwili wystąpienia wypadku przy pracy. Wypadkiem przy pracy nie jest wypadek w drodze do pracy lub z pracy;

- 11) **wystąpienie ciężkiej choroby**, oznaczające zaistnienie w okresie naszej ochrony następujących okoliczności:
 - a) **zdiagnozowania** – w przypadku: bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, bakteryjnego zapalenia wsierdza, choroby Alzheimera, choroby Creutzfeldta-Jakoba, choroby Huntingtona, choroby Leśniowskiego-Crohna, choroby neuronu ruchowego, choroby Parkinsona, ciężkiego oparzenia, kleszczowego zapalenia mózgu, neuroboreliozy, nowotworu złośliwego, paraliżu, reumatoidalnego zapalenia stawów, schyłkowej niewydolności wątroby, sepsy, stwardnienia rozsianego, tęžca, toczenia, urazu czaszkowo-mózgowego, udaru mózgu, całkowitej utraty mowy, całkowitej utraty słuchu w co najmniej jednym uchu, całkowitej utraty wzroku w co najmniej jednym oku, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, wścieklizny, zatoru tętnicy płucnej, zawału serca, zgorzeli gazowej,
 - b) **specjalistycznego leczenia** – w przypadku: anemii aplastycznej – rozpoczęcia leczenia immunosupresyjnego, immunostymulacyjnego lub wykonania transplantacji szpiku, gruźlicy – rozpoczęcia leczenia przeciwprótkowego, przewlekłej niewydolności nerek – rozpoczęcia stałej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki,
 - c) **przeprowadzenia operacji** – w przypadku: błowłca mózgu, chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej, chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej, chirurgicznego leczenia choroby niedokrwiennej serca – by-pass, chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca, niezłośliwego guza mózgu, ropnia mózgu, transplantacji, utraty kończyny, zakażonej martwicy trzustki,
 - d) **zakażenia** – w przypadku: zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji, zakażenia wirusem HIV zawodowego,
 - e) **zapaźnięcia w śpiączkę** – w przypadku: śpiączki.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.
3. Przed przystąpieniem do ubezpieczenia musisz przystąpić do dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

4. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

5. Zakres ubezpieczenia obejmuje poniższe zdarzenia, które wystąpią w okresie naszej ochrony:
 - 1) pobyt w szpitalu z powodu:
 - a) nieszczęśliwego wypadku,
 - b) wypadku komunikacyjnego,
 - c) wypadku przy pracy,
 - d) wystąpienia ciężkiej choroby;
 - 2) rekonwalescencję – jeśli Twój pobyt w szpitalu trwał co najmniej 14 dni;
 - 3) pobyt na OAIT
– pod warunkiem, że uznamy naszą ochronę za pobyt w szpitalu na podstawie dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.
6. Naszą ochroną obejmujemy pobyt w szpitalu oraz na OAIT w krajach Unii Europejskiej oraz w Australii, Islandii, Japonii, Kanadzie, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanach Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanie, Wielkiej Brytanii.
7. Ta umowa rozszerza naszą ochronę wskazaną w dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego o pobyt w szpitalu na terenie krajów wymienionych w pkt 6.
8. Wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku:
 - 1) w pierwszych 14 dniach tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest Twoim pierwszym pobytem spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem i
 - 2) jeśli rozpoczął się nie później niż 14 dni po nieszczęśliwym wypadku.
9. Wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego:
 - 1) w pierwszych 14 dniach tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest Twoim pierwszym pobytem spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym i
 - 2) jeśli rozpoczął się nie później niż 14 dni po wypadku komunikacyjnym.
10. Wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku przy pracy:
 - 1) w pierwszych 14 dniach tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest Twoim pierwszym pobytem spowodowanym danym wypadkiem przy pracy i
 - 2) jeśli rozpoczął się nie później niż 14 dni po wypadku przy pracy.
11. Wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu, w czasie którego wystąpiła dana ciężka choroba, w pierwszych 14 dniach tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest Twoim pierwszym pobytem związanym z wystąpieniem danej ciężkiej choroby.

12. Jeśli przebywasz na OAIT, wypłacimy świadczenie jednorazowo w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.
13. Za każdy dzień rekonwalescencji wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.
14. Wpłatę ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu pobytu w szpitalu.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

15. Dla celów określenia wyłączenia naszej ochrony używamy terminu zawodowe uprawianie sportu – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
 - a) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - b) osoby, które uprawiają sporty indywidualne i biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - c) osoby, które otrzymują wynagrodzenie, a także stypendium lub zwrot kosztów związanych z uprawianiem sportu indywidualnego lub gier zespołowych (diety, zasiłki) – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.
16. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje pobytu w szpitalu, który rozpoczął się przed początkiem naszej ochrony lub pobytu w szpitalu, który nastąpił:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku katastrof, które powodują skażenie promieniotwórcze, chemiczne lub biologiczne;
 - 3) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 4) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 5) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości – w rozumieniu przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;
 - 6) ponieważ ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości – w rozumieniu przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 7) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 8) wskutek zatrucia spożytym alkoholem lub użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
 - 9) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. produktów;
 - 10) wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba, że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
 - 11) w wyniku padaczki – poza padaczką objawową, która jest objawem innej choroby oraz wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
 - 12) w wyniku chorób z powodu obniżenia odporności organizmu w przebiegu zakażenia wirusem HIV;
 - 13) w wyniku leczenia i zabiegów stomatologicznych – chyba, że wynikają one z konieczności leczenia obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 14) w wyniku wykonywania badań lekarskich, dodatkowych badań medycznych – które służą ustaleniu istnienia choroby zawodowej, badań diagnostycznych, które nie wynikają z zachorowania, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów związanych bezpośrednio z pobraniem narządu) oraz obserwacji na wniosek sądu;
 - 15) w wyniku leczenia niepłodności;
 - 16) w wyniku wykonywania operacji kosmetycznych lub plastycznych – w tym operacji zmiany płci – z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw:
 - a) nieszczęśliwych wypadków, które wydarzyły się w okresie naszej ochrony lub
 - b) choroby nowotworowej, którą wykryto w okresie naszej ochrony;
 - 17) w wyniku rehabilitacji – z wyjątkiem pierwszego pobytu w szpitalu ubezpieczonego z powodu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, jeśli pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego ochroną pobytu w szpitalu ubezpieczonego, który był związany – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą;
 - 18) ponieważ ubezpieczony uprawiał sport zawodowo lub uprawiał rekreacyjnie sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, speleologię, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoki do wody, skoki na linie (ang. bungee jumping).

17. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje Twojego pobytu:

- 1) w hospicjach, placówkach lecznictwa odwykowego, placówkach dla przewlekłe chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych ani zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- 2) w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego – w szczególności w sanatoriach, prewentoriach ani szpitalach uzdrowiskowych, sanatoryjnych ani rehabilitacyjno-uzdrowiskowych;
- 3) w ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych – z wyjątkiem pobytu, o którym mowa w pkt 16 ppkt 17;
- 4) na oddziałach dziennych ani w takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.

18. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje rekonwalescencji, jeśli:

- 1) Twój pobyt w szpitalu, po którym bezpośrednio następuje rekonwalescencja, był spowodowany leczeniem niepłodności;
- 2) rekonwalescencja odbyła się w okresie Twojego urlopu dla poratowania zdrowia albo urlopu zdrowotnego.

OGRANICZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach i ile maksymalnie wypłacimy z ubezpieczenia

19. Zapłacimy maksymalnie za:

- 1) 90 dni pobytu w szpitalu – łącznie z tej umowy i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego;
 - 2) 90 dni rekonwalescencji
- w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy.

20. Jeśli będziesz przebywać w szpitalu lub na OAIT w czasie rekonwalescencji, to wypłacimy świadczenie:

- 1) za pobyt w szpitalu i ewentualnie za pobyt na OAIT albo
 - 2) za rekonwalescencję
- według Twojego wyboru.

Decydujesz o tym, składając wniosek o wypłatę:

- 1) za pobyt w szpitalu i ewentualnie pobyt na OAIT albo
- 2) za rekonwalescencję.

KARENCAJA

– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia nie ponosimy odpowiedzialności

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

22. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli pobyt w szpitalu, pobyt na OAIT oraz rekonwalescencja jest wynikiem:

- 1) nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) wypadku komunikacyjnego,
 - 3) wypadku przy pracy
- który wydarzył się w ciągu tych 30 dni.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po pobycie w szpitalu

23. W razie pobytu w szpitalu, dostarcz nam:

- 1) wniosek o wypłatę świadczenia. Możesz dostarczyć go:
 - a) gdy zakończysz pobyt w szpitalu, jeśli nie było rekonwalescencji,
 - b) gdy zakończysz pobyt w szpitalu i rekonwalescencję,
 - c) w trakcie pobytu w szpitalu – po 30. lub 60. dniu;
- 2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową z OAIT – gdy zakończysz pobyt w szpitalu i rekonwalescencję;
- 3) dokument, który potwierdza pobyt w szpitalu lub kartę wypisową z OAIT, wydane przez lekarza prowadzącego – w trakcie pobytu w szpitalu;
- 4) w razie rekonwalescencji – dodatkowo kopię zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez ubezpieczającego albo zaświadczenie wydane przez ubezpieczającego o pobieranym zasiłku chorobowym w związku z Twoim pobytem na zwolnieniu lekarskim, które wydał szpital.

24. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.

25. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 23 i 24 dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

26. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO PLUS

1. Za ciężkie choroby objęte naszą ochroną uznaje się:

- 1) **anemię aplastyczną** (nieodwracalność aplastyczną), która jest przewlekłą i nieodwracalną niewydolnością szpiku, polegającą na zaniku wszystkich linii komórkowych układu granulocytowego, czerwonych krwinek i płytek krwi. Odpowiadamy wyłącznie za taką anemię aplastyczną, którą rozpoznano na podstawie oceny szpiku kostnego i w przebiegu której zastosowano leczenie immunosupresyjne, immunostymulacyjne lub wykonano transplantację szpiku;
- 2) **bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych**, które jest zakaźną chorobą bakteryjną 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 jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 3) **bakteryjne zapalenie wsierdza**, które jest zapaleniem wsierdza spowodowanym przez zakażenie bakteryjne. Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie wsierdza, które wymagało hospitalizacji i dotyczyło własnych zastawek serca lub jam serca, bez obcego materiału i urządzeń medycznych. Rozpoznanie choroby potwierdzają badania mikrobiologiczne identyfikujące bakterie wywołujące zapalenie lub badania obrazowe bądź patomorfologiczne ujawniające uszkodzenie wsierdza;
- 4) **bąblowca mózgu**, który jest chorobą zakaźną spowodowaną przez tasiemca bąblowcowego, z zajęciem mózgu. Odpowiadamy wyłącznie za takiego bąblowca mózgu, który wymagał chirurgicznego usunięcia zmian powstałych w mózgu i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 5) **chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej**, które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionej chorobowo odcinka aorty protezą naczyniową. Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowatego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty brzusznej. Nasza ochrona nie obejmuje operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty brzusznej;
- 6) **chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej**, które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionej chorobowo odcinka aorty protezą naczyniową. Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowatego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej. Nasza ochrona nie obejmuje operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty piersiowej;
- 7) **chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)**, które jest metodą polegającą na wszczepieniu pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej;
- 8) **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;
- 9) **chorobę Alzheimera**, która objawia się postępującymi zaburzeniami pamięci i innych funkcji poznawczych, i prowadzi do otępienia. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Alzheimera, która spowodowała otępienie rozpoznane przez lekarza specjalistę w zakresie neurologii, psychiatrii lub geriatrii w oparciu o udokumentowane dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnozy choroby Alzheimera. Nasza ochrona nie obejmuje otępienia spowodowanego przez inne choroby oraz otępienia wtórnego do nadużywania alkoholu, leków lub AIDS;
- 10) **chorobę Creutzfeldta-Jakoba**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego wywołaną przez priony. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Creutzfeldta-Jakoba, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała otępienie i zaburzenia funkcji ruchu;
- 11) **chorobę Huntingtona**, która jest dziedziczną chorobą ośrodkowego układu nerwowego. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Huntingtona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa na podstawie badania genetycznego i która spowodowała wystąpienie co najmniej jednego z trzech poniższych objawów:
 - a) zaburzenia motoryczne,
 - b) zaburzenia nastroju,
 - c) zaburzenia poznawcze;
- 12) **chorobę Leśniowskiego-Crohna**, która jest przewlekłym, nieswoistym zapaleniem ściany jelita. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Leśniowskiego-Crohna, którą potwierdza badanie histopatologiczne i w przebiegu której doszło do powstania przetoki, ropnia lub przewężenia jelita;
- 13) **chorobę neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)**, która jest neurodegeneracyjną chorobą obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną wybiórczym uszkodzeniem nerwowych komórek ruchowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę neuronu ruchowego, która została rozpoznana przez lekarza neurologa w oparciu o badanie elektromiografii (EMG) i która spowodowała osłabienie lub zanik mięśni oraz ograniczenie ruchów czynnych;
- 14) **chorobę Parkinsona**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną zanikiem komórek nerwowych, mających znaczenie dla funkcji ruchowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Parkinsona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała wystąpienie co najmniej dwóch z trzech poniższych objawów neurologicznych:
 - a) drżenie spoczynkowe,
 - b) spowolnienie ruchowe,
 - c) zwiększone napięcie mięśni;Nasza ochrona nie obejmuje parkinsonizmu objawowego

- 15) **ciężkie oparzenie**, które jest miejscowym uszkodzeniem skóry i głębiej leżących tkanek spowodowanym czynnikiem termicznym, chemicznym lub elektrycznym.
Odpowiadamy wyłącznie za takie ciężkie oparzenie, które wymagało hospitalizacji i obejmowało:
- ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie II stopnia lub
 - ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II i III stopnia łącznie lub
 - ponad 15% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie III stopnia;
- 16) **gruźlicę**, która jest chorobą zakaźną spowodowaną prątkiem gruźlicy. Odpowiadamy wyłącznie za taką gruźlicę, która wymagała hospitalizacji i leczenia przeciwgruźlicowego i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 17) **kleszczowe zapalenie mózgu**, które jest zakaźną chorobą wirusową przenoszoną przez kleszcze, przebiegającą z neurologicznymi objawami uszkodzenia mózgu lub rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za takie kleszczowe zapalenie mózgu, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 18) **neuroboreliozę**, która jest chorobą zakaźną spowodowaną przez krętki z rodzaju Borrelia, przebiegającą z zajęciem układu nerwowego.
Odpowiadamy wyłącznie za takie neuroboreliozę, która spowodowała co najmniej jeden z poniższych zespołów klinicznych:
- zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego,
 - zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
 - zapalenie nerwu czaszkowego,
 - zapalenie wielokorzeniowe.
- Rozpoznanie neuroboreliozy i czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 19) **niezłośliwego guza mózgu**, to łagodny wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych. Odpowiadamy wyłącznie za taki niezłośliwy guz mózgu, który został usunięty lub jeśli ze względów medycznych usunięcie guza nie było możliwe, spowodował on wystąpienie ubytków neurologicznych. Rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu. Nasza ochrona nie obejmuje torbieli, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, krwawiaków mózgu, guzów przysadki mózgowej;
- 20) **nowotwór złośliwy**, który jest niekontrolowanym rozrostem komórek nowotworowych i cechuje się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów.
Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy, którego inwazyjny charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym. Odpowiadamy także za rozsianą chorobę nowotworową ze zmianami przerzutowymi, gdy nie pobrano materiału do badania histopatologicznego, ale obraz kliniczny i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do złośliwości procesu nowotworowego;
Nasza ochrona nie obejmuje:
- nowotworów ocenionych w badaniu histopatologicznym jako łagodne, o granicznej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjne lub przedinwazyjne (tzw. in situ),
 - zmian o cechach dysplazji,
 - ziarnicy złośliwej w pierwszym stadium,
 - czerniaka złośliwego skóry opisanego wg skali TNM jako T1aNoM0 oraz wszystkich nowotworów skóry (w tym chłoniaka skóry),
 - brodawkowego raka tarczycy opisanego wg skali TNM jako T1aNoM0,
 - złośliwego gruczolu krokowego (prostaty, stercza) opisanego wg skali TNM jako T1aNoM0 lub T1bNoM0,
 - dysplazji i nowotworu złośliwego szyjki macicy opisanego wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3,
 - wszystkich nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV;
- 21) **paraliż**, który jest całkowitą utratą funkcji ruchowej kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego.
Odpowiadamy wyłącznie za taki paraliż, który jest nieodwracalny i dotyczy co najmniej dwóch kończyn;
- 22) **przewlekłą niewydolność nerek**, która jest trwałym upośledzeniem czynności obu nerek lub jednej nerki.
Odpowiadamy wyłącznie za taką przewlekłą niewydolność nerek, w przebiegu której zastosowano stałą dializoterapię lub wykonano przeszczep nerki. Nasza ochrona nie obejmuje ostrej niewydolności nerek, która jest odwracalna i która wymaga jedynie czasowej dializoterapii;
- 23) **reumatoidalne zapalenie stawów**, które jest układową chorobą tkanki łącznej o podłożu autoimmunologicznym, przebiegającą z zajęciem stawów, obecnością zmian pozastawowych i objawów układowych.
Odpowiadamy wyłącznie za takie reumatoidalne zapalenie stawów, które zostało ostatecznie rozpoznane przez lekarza reumatologa i które spowodowało uszkodzenie wyrażające się trwałą deformacją, co najmniej trzech z następujących grup stawów:
- barkowe,
 - biodrowe,
 - łokciowe,
 - kolanowe,
 - nadgarstkowe,
 - skokowe,
 - międzypalczkowe rąk lub śródręczno-palczkowe,
 - międzypalczkowe stóp lub śródstopno-palczkowe;
- 24) **ropnia mózgu**, który jest miejscowym zakażeniem wewnątrzczaszkowym mającym swój początek w ograniczonym zapaleniu mózgu i prowadzącym do powstania zbiornika ropy wewnątrz unaczynionej torebki. Odpowiadamy wyłącznie za taki ropień mózgu, który został usunięty chirurgicznie z otwarciem czaszki lub wykonano aspirację treści ropnia przez otwór trepanacyjny. Rozpoznanie ropnia mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu;

- 25) **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;
- 26) **sepsę (posocznice)**, 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 sześciu poniższych narządów lub układów:
- a) ośrodkowy układ nerwowy,
 - b) układ krążenia,
 - c) układ oddechowy,
 - d) układ krwiotwórczy,
 - e) nerki,
 - f) wątroba.
- Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny sepsy jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 27) **stwardnienie rozsiane**, które jest chorobą ośrodkowego układu nerwowego z obecnością ubytkowych objawów neurologicznych, powstałych na podłożu rozsiańszych zmian demielinizacyjnych. Odpowiadamy wyłącznie za takie stwardnienie rozsiane, które zostało ostatecznie rozpoznane przez lekarza neurologa, na podstawie objawów neurologicznych i badania rezonansu magnetycznego, potwierdzających czasowe i lokalizacyjne rozszanie zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym;
- 28) **śpiączkę**, która jest stanem głębokiego zaburzenia świadomości wyrażającym się brakiem reakcji na zewnętrzne bodźce słuchowe lub bólowe, wynikającym z ciężkiego uszkodzenia mózgu. Odpowiadamy wyłącznie za taką śpiączkę, która trwała nieprzerwanie co najmniej 96 godzin, a uszkodzenie mózgu spowodowało trwający co najmniej 30 dni deficyt neurologiczny lub zaburzenia poznawcze ocenione w teście Mini-Mental (Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego ang. Mini-Mental State Examination) na poniżej 20 punktów. Nasza ochrona nie obejmuje śpiączki spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla mózgu oraz śpiączki farmakologicznej zastosowanej celowo przez podanie specjalnych leków;
- 29) **tężca**, który jest chorobą zakaźną wywołaną działaniem neurotoksyny produkowanej przez laseczki tężca. Odpowiadamy wyłącznie za taki tężec, który wymagał hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 30) **toczeń**, który jest chorobą autoimmunologiczną, przebiegająca z zajęciem skóry i narządów wewnętrznych. Odpowiadamy wyłącznie za taki toczeń rumieniowaty układowy, który został ostatecznie rozpoznany przez lekarza reumatologa i w którego przebiegu doszło do zajęcia jednego z poniższych narządów lub układów:
- a) nerki,
 - b) serce,
 - c) układ nerwowy;
- 31) **transplantację**, która jest operacją chirurgiczną przeszczepienia narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego. Odpowiadamy wyłącznie za wykonaną u biorcy transplantację serca, płuca, wątroby lub jej części oraz wykonaną u biorcy allogeniczną transplantację szpiku kostnego;
- 32) **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:
- a) w którym badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub
 - b) który był leczony trombolitycznie;
- Nasza ochrona nie obejmuje udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu lub przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA);
- 33) **uraz czaszkowo-mózgowy**, który jest urazem czaszki połączonym z uszkodzeniem mózgowia, nerwów czaszkowych lub opon mózgowo-rdzeniowych. Odpowiadamy wyłącznie za taki uraz czaszkowo-mózgowy, który wymagał hospitalizacji i który, w okresie co najmniej 3 miesięcy od wystąpienia, spowodował niemożność wykonania bez pomocy innej osoby co najmniej trzech z pięciu poniższych czynności życia codziennego:
- a) poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu,
 - b) samodzielne jedzenie gotowych posiłków,
 - c) ubieranie i rozbieranie się,
 - d) mycie i higiena osobista,
 - e) samokontrola w zakresie oddawania kału i moczu;
- 34) **utratę kończyny**, która jest utratą całej kończyny lub jej części. Odpowiadamy wyłącznie za utratę kończyny górnej powyżej nadgarstka lub utratę kończyny dolnej powyżej stawu skokowego, będącą następstwem choroby;
- 35) **całkowitą utratę mowy**, która jest niezdolnością do wytwarzania dźwięków mowy i artykulowania zrozumiałego języka, spowodowaną chorobą krtani. Odpowiadamy wyłącznie za trwałą, nieodwracalną utratę mowy, która nie może być skorygowana nawet częściowo, przy zastosowaniu jakiegokolwiek metody;
- 36) **całkowitą utratę słuchu w co najmniej jednym uchu**, która jest całkowitą utratą zdolności słyszenia w co najmniej jednym uchu, będącą następstwem choroby. Odpowiadamy wyłącznie za trwałą i nieodwracalną utratę słuchu, w której ubytek słuchu w uchu objętym chorobą wynosi co najmniej 90 dB i jest obliczony jako uśredniona wartość dla dźwięków pasma mowy. Stopień utraty słuchu jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;

- 37) **całkowitą utratę wzroku w co najmniej jednym oku**, która jest całkowitą utratą zdolności widzenia w co najmniej jednym oku, będącą następstwem choroby.
Odpowiadamy wyłącznie za trwałą i nieodwracalną utratę wzroku, w której ostrość widzenia w oku objętym chorobą po korekcji optycznej jest mniejsza niż 0,1 (5/50) lub pole widzenia jest mniejsze niż 20 stopni. Wielkość utraty wzroku jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 38) **wrzedzające zapalenie jelita grubego**, które jest przewlekłym, nieswoistym zapaleniem ściany jelita grubego.
Odpowiadamy wyłącznie za takie wrzedzające zapalenie jelita grubego, które jest rozpoznane na podstawie badania histopatologicznego i w którego przebiegu doszło do powstania pseudopolipowatości jelita lub rozstrzeni okrężnicy;
- 39) **wściekliznę**, która jest chorobą zakaźną wywołaną wirusem wścieklizny lub wirusami pokrewnymi.
Odpowiadamy wyłącznie za taką wściekliznę, która przebiega z objawami zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego, wymaga hospitalizacji i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 40) **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności powstałym w związku z transfuzją krwi lub preparatów krwiopochodnych i jest potwierdzone złożonymi dowodami. Odpowiadamy wyłącznie za zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 41) **zakażenie wirusem HIV zawodowe**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności powstałym w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych, i jest potwierdzone złożonymi dowodami;
- 42) **zakażoną martwicę trzustki**, która jest martwicznym zakażeniem trzustki lub tkanek okołotrzustkowych w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Odpowiadamy wyłącznie za taką zakażoną martwicę trzustki, w której chirurgicznie usunięto martwicze tkanki trzustki lub tkanki okołotrzustkowe;
- 43) **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;
- 44) **zawał serca**, który jest uszkodzeniem części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia. Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:
a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,
b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,
c) nowy ubytek żywego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.
Odpowiadamy również za zawał serca związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych, o ile w badaniach obrazowych stwierdzono nowy ubytek żywego mięśnia sercowego o umiejscowieniu odpowiadającym etiologii niedokrwiennej lub w koronarografii stwierdzono powikłania zabiegu ograniczające przepływ krwi oraz w którym stwierdzono wzrost stężenia troponiny sercowej we krwi do wartości:
a) 5-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z przeskórnią interwencją wieńcową lub
b) 10-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z pomostowaniem tętnic wieńcowych;
- 45) **zgorzel gazową**, która jest chorobą zakaźną wywołaną przez bakterie z grupy laseczek zgorzeli gazowej, będącą skutkiem ciężkiego zakażenia przyranego. Odpowiadamy wyłącznie za taką zgorzel gazową, która wymagała hospitalizacji i przebiegała z martwicą mięśni oraz ogólnymi objawami toksemii i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
2. Poniżej znajdziesz informację, jakie choroby zawiera dana opcja naszego ubezpieczenia.

Opcja onkowsparcie	Opcja onko-kardiowsparcie	Opcja onko-kardio-neurowsparcie	Opcja multiwsparcie
1) anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1) anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1) anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1) anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)
2) niezłośliwy guz mózgu	2) bakteryjne zapalenie wsierdzia	2) bakteryjne zapalenie wsierdzia	2) bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych
3) nowotwór złośliwy	3) chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej	3) chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej	3) bakteryjne zapalenie wsierdzia
	4) chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej	4) chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej	4) bąblowiec mózgu
	5) chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	5) chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	5) chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej
	6) chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca	6) chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca	6) chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej
	7) niezłośliwy guz mózgu	7) choroba Alzheimera	7) chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)

Opcja onkowsparcie		Opcja onko-kardiowsparcie		Opcja onko-kardio-neurowsparcie		Opcja multiwsparcie	
		8)	nowotwór złośliwy	8)	choroba Creutzfeldta-Jakoba	8)	chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca
		9)	zator tętnicy płucnej	9)	choroba Huntingtona	9)	choroba Alzheimera
		10)	zawał serca	10)	choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)	10)	choroba Creutzfeldta-Jakoba
				11)	choroba Parkinsona	11)	choroba Huntingtona
				12)	niezłośliwy guz mózgu	12)	choroba Leśniowskiego-Crohna
				13)	nowotwór złośliwy	13)	choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)
				14)	ropień mózgu	14)	choroba Parkinsona
				15)	stwardnienie rozsiane	15)	ciężkie oparzenie
				16)	udar mózgu	16)	gruźlica
				17)	zator tętnicy płucnej	17)	kleszczowe zapalenie mózgu
				18)	zawał serca	18)	neuroborelioza
						19)	niezłośliwy guz mózgu
						20)	nowotwór złośliwy
						21)	paraliż
						22)	przewlekła niewydolność nerek
						23)	reumatoidalne zapalenie stawów
						24)	ropień mózgu
						25)	schyłkowa niewydolność wątroby
						26)	sepsa
						27)	stwardnienie rozsiane
						28)	śpiączka
						29)	tężec
						30)	toczeń
						31)	transplantacja
						32)	udar mózgu
						33)	uraz czaszkowo-mózgowy
						34)	utrata kończyny
						35)	całkowita utrata mowy
						36)	całkowita utrata słuchu w co najmniej jednym uchu
						37)	całkowita utrata wzroku w co najmniej jednym oku
						38)	wrzodziejące zapalenie jelita grubego
						39)	wścieklizna

Opcja onkowsparcie		Opcja onko-kardiowsparcie		Opcja onko-kardio-neurowsparcie		Opcja multiwsparcie	
						40)	zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji
						41)	zakażenie wirusem HIV zawodowe
						42)	zakażona martwica trzustki
						43)	zator tętnicy płucnej
						44)	zawał serca
						45)	zgorzel gazowa

**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA Z KARTĄ APTECZNĄ**



W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia z kartą apteczną, o kodzie warunków APGP36 (OWU), 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 zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 5–7 OWU pkt 8–10 OWU pkt 11 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 11 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

www.pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA Z KARTĄ APTECZNĄ

Kod OWU: APGP36



Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia z kartą apteczną uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 19 listopada 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
 - 1) **apteka** – apteka lub punkt apteczny w rozumieniu przepisów ustawy Prawo farmaceutyczne;
 - 2) **karta apteczna** – karta, która uprawnia do odbioru produktów aptecznych. Zasady jej funkcjonowania opisaliśmy w Regulaminie karty aptecznej;
 - 3) **produkty apteczne/produkty** – produkty oferowane i dostępne w aptece;
 - 4) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł z nami umowę o współpracy w zakresie kart aptecznych. Współpraca ta polega na organizacji odbioru produktów w aptecce za pomocą kart aptecznych;
 - 5) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 6) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.
3. Przed przystąpieniem do ubezpieczenia musisz przystąpić do dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

4. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

– czyli po jakim zdarzeniu otrzymasz kartę apteczną

5. Zakres ubezpieczenia obejmuje Twój pobyt w szpitalu wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku w okresie naszej ochrony przewidzianej w dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego.
6. W razie Twojego pobytu w szpitalu wydajemy Ci kartę apteczną, która umożliwi odbiór produktów w aptecce o wartości 100% sumy ubezpieczenia – aktualnej w dniu pobytu w szpitalu, z uwzględnieniem pkt 7.
7. W każdym okresie kolejnych 12 miesięcy, które trwają między rocznicami polisy, możesz odebrać produkty w aptecce – maksymalnie za trzy rozpoczęte w tym czasie pobytu w szpitalu, które są objęte naszą ochroną w dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego.

KARTA APTECZNA PO POBYCIE W SZPITALU

– czyli komu i kiedy ją wydajemy

8. Prawo do otrzymania karty aptecznej przysługuje Tobie.
9. Wniosek o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego jest jednocześnie zgłoszeniem do otrzymania karty aptecznej z tego ubezpieczenia – z uwzględnieniem pkt 10.
10. Wypłacimy świadczenie jednorazowo w pełnej należnej kwocie w razie:
 - 1) rozwiązania umowy o współpracy ze świadczeniodawcą w zakresie kart aptecznych;
 - 2) braku możliwości odbioru produktów w aptecce z winy świadczeniodawcy – jego likwidacji lub upadłości.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

- 11.** W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

REGULAMIN KARTY APTECZNEJ

Załącznik do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia z kartą apteczną.

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, w jakiej Tobie w ramach ubezpieczenia zostało przyznane prawo do ich odbioru w aptece;
- 5) **odbiór produktu z apteki bez użycia karty aptecznej** – zakup produktów w aptece, która nie akceptuje karty aptecznej. Po opłaceniu produktów zwracamy ich koszt na podstawie złożonego do nas wniosku;
- 6) **odbiór produktu z apteki z użyciem karty aptecznej** – odbiór produktów w aptece, która akceptuje kartę apteczną.

KARTA APTECZNA

– najważniejsze informacje

2. Karta apteczna służy do odbioru produktów w aptece.
3. Na stronie internetowej pzu.pl, na naszej infolinii oraz w Oddziałach PZU udzielamy informacji o:
 - 1) aktualnym wykazie aptek, które akceptują kartę apteczną;
 - 2) zasadach odbioru produktów 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 zadzwonisz do nas po jej otrzymaniu – na podstawie Twoich danych osobowych oraz numeru identyfikacyjnego karty aptecznej. Karta będzie aktywna najpóźniej następnego dnia.
7. Karta apteczna przestaje być ważna:
 - 1) w dniu odbioru produktów 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 w aptece.
9. Aby odebrać produkty z użyciem karty aptecznej, pokaż aktywną kartę w aptece, która akceptuje karty apteczne.
10. Aby otrzymać zwrot pieniędzy za produkty zakupione w aptece bez użycia karty aptecznej, zgłaszasz to do nas i pokazujesz 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 możesz uzyskać w aptece, która akceptuje kartę apteczną lub na naszej infolinii.
13. Jeśli wartość Twoich zakupów w aptece przekroczy limit na karcie aptecznej, to za resztę zakupów płacisz z własnych środków.
14. Nie można zwrócić produktów odebranych za pomocą karty aptecznej – z uwzględnieniem pkt 23. i 24.
15. Wypłacimy Ci równowartość niewykorzystanego limitu na karcie aptecznej w razie likwidacji lub upadłości świadczeniodawcy.
16. Jeśli utracisz, zniszczysz lub uszkodzisz kartę apteczną, zgłoś 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 nie otrzymałeś karty aptecznej po 30 dniach od jej nadania na pocztę – z przyczyn od nas niezależnych;
 - 2) zgłosisz 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 możesz 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, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

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



W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, o kodzie warunków TUGP36 (OWU), 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 zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–5 OWU pkt 8–21 OWU pkt 22 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 6–7 OWU pkt 13–20 OWU pkt 22 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

www.na.pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

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



Kod OWU: TUGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 19 listopada 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – jest to trwałe uszkodzenie organu, narządu lub układu. Oznacza to, że dany Twój organ, narząd lub układ został utracony lub jego funkcje są upośledzone – i stan ten nie ulegnie poprawie;
 - 2) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 3) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ciebie trwałego uszczerbku na zdrowiu, który powstał w wyniku nieszczęśliwego wypadku w okresie naszej ochrony.
5. Jeśli wystąpi u Ciebie trwały uszczerbek na zdrowiu, to za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

6. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminu zawodowe uprawianie sportu – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
 - 1) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 2) osoby, które uprawiają sporty indywidualne i biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 3) osoby, które otrzymują wynagrodzenie, a także stypendium lub zwrot kosztów związanych z uprawianiem sportu indywidualnego lub gier zespołowych (diety, zasiłki) – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.
7. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się przed początkiem okresu naszej ochrony lub wydarzył się:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;

- 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 4) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii
 – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;
- 5) w przypadku, gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
- 6) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
- 7) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia;
- 8) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
- 9) w wyniku uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
- 10) w wyniku zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po wystąpieniu trwałego uszczerbku

8. Jeśli wystąpi u Ciebie trwały uszczerbek na zdrowiu, dostarcz nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia,
 - 2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza trwały uszczerbek na zdrowiu oraz okoliczności, w jakich do niego doszło.
9. Możemy dodatkowo:
 - 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy,
 - 2) zlecić badania medyczne
 – jeśli będzie to potrzebne.
10. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
11. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
12. O wypłacie świadczenia oraz stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na zdrowiu decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 8, 9 i 11 dokumentacji.
13. Należy Ci się prawo do wypłaty świadczenia:
 - 1) jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu,
 - 2) maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu z powodu jednego nieszczęśliwego wypadku.
14. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalamy po tym, kiedy zakończysz leczenie i rehabilitację.
15. Jeśli zgłosisz świadczenie w trakcie leczenia i rehabilitacji, możemy:
 - 1) poprosić o opinię lekarza,
 - 2) zlecić dodatkowe badania medyczne – jeśli będzie to potrzebne
 i wypłacić część kwoty świadczenia, do której nie było żadnych wątpliwości.
16. Jeśli lekarz nie jest w stanie określić ostatecznego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu związanego z danym nieszczęśliwym wypadkiem, poprosimy go ponownie o jego określenie. Opinia lekarza będzie uwzględniać stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu występujący do 24. miesiąca od dnia, w którym wydarzył się ten nieszczęśliwy wypadek.
17. Jeśli w późniejszym czasie zmieni się stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszy się lub pogorszy), nie zmienimy wysokości wypłaty świadczenia.
18. Jeśli wskutek nieszczęśliwego wypadku utracisz lub uszkodzisz organ lub narząd, lub układ, którego funkcje przed tym nieszczęśliwym wypadkiem były już uszkodzone z powodu choroby lub urazu – i ma to wpływ na ustalenie aktualnego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu – to stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalimy w ten sposób, że porównamy stan sprzed i po wypadku.

PRZYKŁAD



Zrobimy to tak: pomniejszymy stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu danego organu lub narządu, lub układu po wypadku o procent uszkodzenia lub utraty tego organu lub narządu, lub układu, który istniał bezpośrednio przed wypadkiem.

Czyli jeśli przed wypadkiem – wskutek poprzedniego złamania – miałeś bezużyteczny kciuk u prawej ręki, a w wyniku wypadku stracisz całą prawą rękę, to wypłacimy 120% sumy ubezpieczenia. Zrobimy to przy założeniu, że 4% sumy ubezpieczenia równa się 1% trwałego uszczerbku (TU).

55% za utratę ręki na poziomie nadgarstka – 25% za całkowitą bezużyteczność kciuka = 30% TU

19. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalamy w oparciu o Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu. Tabela jest załącznikiem do OWU.
20. Gdy ustalamy stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie bierzemy pod uwagę rodzaju pracy ani czynności, jakie wykonujesz.
21. Świadczenie za trwały uszczerbek na zdrowiu wypłacamy jednorazowo w pełnej należnej kwocie – z uwzględnieniem pkt 15 i 16.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

22. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.



**OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NA DRODZE
LUB W PRACY – USŁUGI MEDYCZNE**

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwego wypadku na drodze lub w pracy – usługi medyczne, o kodzie warunków NPGP36 (OWU), 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 zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4 OWU pkt 5–6 OWU pkt 8 OWU pkt 9–11 OWU pkt 15 OWU pkt 18 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 7 OWU pkt 11 OWU pkt 18 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NA DRODZE LUB W PRACY – USŁUGI MEDYCZNE



Kod OWU: NPGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek drodże lub w pracy – usługi medyczne uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku, ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/125/2021 z dnia 8 lipca 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 26 lipca 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 sierpnia 2021 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **droga** – wydzielony pas terenu składający się z jezdni, pobocza, chodnika, drogi dla pieszych lub drogi dla rowerów, łącznie z torowiskiem pojazdów szynowych znajdującym się w obrębie tego pasa, przeznaczony do ruchu lub postoju pojazdów, ruchu pieszych, jazdy wierzchem lub pędzenia zwierząt;
- 2) **placówka medyczna** – przychodnia, gabinet lekarski lub laboratorium świadczące usługi medyczne, których wykaz publikujemy na stronie pzu.pl oraz udostępniamy pod numerem infolinii medycznej (wskazanym w decyzji o przyznaniu prawa do korzystania z usług medycznych) i w każdym naszym oddziale;
- 3) **stosunek prawny** – umowa o pracę lub inny stosunek cywilnoprawny, z tytułu którego, na dzień wystąpienia wypadku w pracy, istnieje prawny obowiązek opłacania składek na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych;
- 4) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 5) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką;
- 6) **usługi medyczne** – świadczenia, które znajdziesz w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego;
- 7) **wypadek na drodze** – nieszczęśliwy wypadek wywołany:
 - a) ruchem pojazdu na drodze – jeśli ubezpieczony brał w nim udział jako uczestnik ruchu (zgodnie z ustawą Prawo o ruchu drogowym, która definiuje uczestnika ruchu jako „pieszego, kierującego a także inne osoby przebywające w pojeździe i na pojeździe znajdującym się na drodze”). Pojazdem jest również tramwaj,
 - b) ruchem pojazdu kolejowego, którego porusza pojazd trakcyjny (pojazd z własnym napędem) oraz metra – jeśli ubezpieczony był pasażerem albo członkiem załogi tego pojazdu. Wypadkiem na drodze nie jest wypadek, który dotyczy kolejowego transportu wewnątrzzakładowego oraz transportu linowego i linowo-terenowego.

Wypadek na drodze jest to wyłącznie takie zdarzenie drogowe, podczas którego wystąpiło u Ciebie naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia.

Przepisy prawa nakładają na uczestników wypadku na drodze obowiązek wezwania zespołu ratownictwa medycznego i Policji;

- 8) **wypadek w pracy** – tylko taki wypadek, który jest nieszczęśliwym wypadkiem i wystąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ciebie:
 - a) zwykłych czynności lub
 - b) poleceń Twoich przełożonych- w ramach stosunku prawnego, w którym pozostajesz w chwili wystąpienia wypadku w pracy. Wypadkiem w pracy nie jest wypadek w drodze do pracy lub z pracy;
- 9) **wypadek ubezpieczeniowy** – nieszczęśliwy wypadek będący:
 - a) wypadkiem na drodze lub
 - b) wypadkiem w pracy lub
 - c) wypadkiem na drodze i wypadkiem w pracy, które wystąpiły łącznie.

2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

– czyli za jakie zdarzenie otrzymasz opiekę medyczną

4. Odpowiadamy za wypadki ubezpieczeniowe, które zaszły w okresie naszej ochrony, przy czym zakres naszej ochrony zależy od wybranej przez ubezpieczającego opcji ubezpieczenia. W zależności od wybranej przez ubezpieczającego opcji ubezpieczenia, tj.:
- 1) wypadek na drodze – usługi medyczne przysługują tylko w razie wystąpienia wypadku na drodze;
 - 2) wypadek w pracy – usługi medyczne przysługują tylko w razie wystąpienia wypadku w pracy;
 - 3) wypadek na drodze i wypadek w pracy – usługi medyczne przysługują zarówno w razie wystąpienia wypadku na drodze jak i w razie wystąpienia wypadku w pracy.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

– czyli jakie usługi medyczne możesz otrzymać

5. W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego objętego zakresem naszej ochrony zapewniamy:
- 1) konsultacje ambulatoryjne;
 - 2) badania i zabiegi ambulatoryjne;
 - 3) rehabilitację ambulatoryjną.
- Usługi medyczne, które oferujemy, znajdziesz w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego.
6. Usługi medyczne organizujemy i finansujemy do wyczerpania się ich limitu ilościowego (który znajdziesz w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego) i nie dłużej niż przez 1 rok – licząc od dnia uzyskania prawa do korzystania z usług medycznych na zasadach opisanych w pkt 12.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz opieki medycznej z ubezpieczenia

7. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje wypadku ubezpieczeniowego, który wydarzył się przed początkiem okresu naszej ochrony lub wydarzył się:
- 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub w masowych rozruchach społecznych;
 - 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) gdy ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości – w rozumieniu przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście tego wypadku;
 - 5) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości – w rozumieniu przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście wypadku;
 - 6) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 7) wskutek zatrucia spożytym alkoholem lub użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia;
 - 8) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego.

UPRAWNIENI DO USŁUG MEDYCZNYCH

– czyli kto może korzystać z usług medycznych

8. Usługi medyczne przysługują Tobie.

REALIZACJA USŁUG MEDYCZNYCH

– czyli jak zacząć z nich korzystać

9. Jeśli wystąpi wypadek ubezpieczeniowy objęty wybraną przez ubezpieczającego opcją ubezpieczenia, dostarcz nam dokumentację potwierdzającą zajście i okoliczności:
- 1) wypadku na drodze – notatkę policyjną z miejsca zdarzenia lub inny dokument, który potwierdza okoliczności wypadku na drodze (np. kartę informacyjną ze szpitalnego oddziału ratunkowego, dokumenty sporządzone przez przybyły na miejsce wypadku zespół ratownictwa medycznego);
 - 2) wypadku w pracy – protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku w pracy lub inną dokumentację, która potwierdza okoliczności wypadku w pracy.

10. Możemy poprosić o dostarczenie innych niezbędnych dokumentów, jeśli dokumenty już dostarczone nie wystarczą do potwierdzenia prawa do korzystania z usług medycznych.
11. Prawo do korzystania z usług medycznych będzie Ci przysługiwać jeśli pomiędzy wypadkiem ubezpieczeniowym a potrzebą skorzystania z usług medycznych zachodzi związek przyczynowo-skutkowy.
12. W terminie do 30 dni od złożenia dokumentów otrzymasz decyzję o prawie do korzystania z usług medycznych – jeśli złożone dokumenty potwierdzą wystąpienie wypadku ubezpieczeniowego, będziesz mógł rozpocząć korzystanie z usług medycznych.
13. Jeżeli wyjaśnienie w tym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności okaże się niemożliwe, wydamy decyzję o prawie do korzystania z usług medycznych lub o odmowie w terminie do 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe przy zachowaniu należytej staranności.
14. W decyzji o odmowie prawa do korzystania z usług medycznych umieścimy informacje o przyczynach i podstawie odmowy oraz sposobie odwołania od tej decyzji.
15. Aby korzystać z usług medycznych – za naszym pośrednictwem – umawiasz termin usługi medycznej. Możesz to zrobić za pośrednictwem dostępnych kanałów określonych w załączniku do ubezpieczenia dodatkowego.
16. Wybierasz usługi medyczne zgodnie z posiadanym zakresem, a my wskazujemy Ci placówkę medyczną.
W takim przypadku czas oczekiwania na konsultację lekarską wynosi do:
 - 1) 2 dni roboczych – do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (lekarza chorób wewnętrznych lub lekarza rodzinnego);
 - 2) 5 dni roboczych – do pozostałych specjalistów.
17. Możesz sam wskazać naszą placówkę medyczną, termin lub lekarza, o ile z nami współpracuje. W takim przypadku, czas oczekiwania na konsultację lekarską może być dłuższy – ustalony indywidualnie na podstawie dostępności wybranego specjalisty w tej placówce.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

18. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

ZŁĄCZNIK

DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NA DRODZE LUB W PRACY – USŁUGI MEDYCZNE

Zakres świadczeń zdrowotnych czyli usługi medyczne, które może otrzymać ubezpieczony.

ZGŁOSZENIE WYSTĄPIENIA NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Jeśli wystąpi u Ciebie nieszczęśliwy wypadek na drodze lub w pracy objęty naszą ochroną zgłoś do nas świadczenie. Możesz to zrobić:

- wypełniając formularz internetowy dostępny na stronie pzu.pl,
- za pośrednictwem czatu video na pzu.pl,
- dzwoniąc na infolinię pod nr 801 102 102 lub 22 566 55 55 (opłata zgodna z taryfą operatora),
- wysyłając SMS-a o treści szkoda pod nr 4102,
- osobiście w oddziale PZU,
- za pośrednictwem agenta,
- wysyłając e-mail na kontakt@pzu.pl.

WYPADEK NA DRODZE – USŁUGI MEDYCZNE

Z usług medycznych możesz skorzystać po otrzymaniu informacji o pozytywnym rozpatrzeniu zgłoszenia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku na drodze. Umówisz się za pośrednictwem całodobowej infolinii – zadzwoń pod numer 801 405 905 lub 22 56 65 666 (opłata zgodna z taryfą operatora). Termin i miejsce realizacji usługi medycznej potwierdzamy za pośrednictwem SMS.

USŁUGA MEDYCZNA

LIMIT

KONSULTACJE AMBULATORYJNE

Konsultacja ambulatoryjna odbywa się w placówce medycznej i obejmuje zgodnie z profilem danej specjalności medycznej badanie przedmiotowe czyli fizykalne badanie pacjenta, badanie podmiotowe czyli zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia oraz wystawienie e-recept, e-ZLA i e-skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym.

Z konsultacji ambulatoryjnych możesz korzystać bez skierowania, we wskazanej przez nas placówce medycznej.

Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji specjalistów ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.

Konsultacje ambulatoryjne z zakresu:

- anestezjologii
- chirurgii ogólnej
- chirurgii naczyniowej
- dermatologii
- diabetologii
- endokrynologii
- gastrologii
- ginekologii i położnictwa
- hematologii
- hepatologii
- kardiologii
- rehabilitacji
- nefrologii
- neurochirurgii
- neurologii
- okulistyki
- ortopedii i traumatologii narządu ruchu
- otolaryngologii
- proktologii
- psychologii
- pulmonologii
- reumatologii
- urologii

4 konsultacje
- łączny limit na wszystkie konsultacje

DIAGNOSTYKA OBRAZOWA

Usługi medyczne są wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.

Badania radiologiczne (RTG)

- RTG czaszki
- RTG czaszki okolicy czołowej
- RTG żuchwy
- RTG szczęki

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
• RTG zatok obocznych nosa • RTG nosa • RTG oczodołu • RTG spojenia żuchwy • RTG okolicy jarzmowo-szczękowej • RTG krtani • RTG przewodu nosowo-łzowego • RTG nosogardzieli • RTG gruczołu ślinowego • RTG tarczycy • RTG języczka • RTG klatki piersiowej • RTG kręgosłupa (całego, szyjnego, piersiowego, lędźwiowo-krzyżowego) • RTG stawu ramiennego (bark) • RTG łopatk • RTG mostka • RTG żeber • RTG stawów • RTG kości ramiennej • RTG stawu łokciowego • RTG kości przedramienia • RTG nadgarstka • RTG ręki • RTG palca/palców ręki • RTG miednicy • RTG stawu biodrowego • RTG kości udowej • RTG stawu kolanowego • RTG kości podudzia • RTG stawu skokowego (kostki) • RTG stopy • RTG jamy brzusznej - zdjęcie przeglądowe	4 badania – łączny limit na wszystkie wymienione badania
Badania ultrasonograficzne (USG) Zakres nie obejmuje badania USG w wersji 3D i 4D oraz USG ciąży z oceną anatomii płodu pod kątem występowania wad genetycznych lub wrodzonych.	
• USG gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne • USG gruczołu krokowego przezodbytnicze (transrektalne, TRUS) • USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne • USG ginekologiczne przezpochwowe (transwaginalne, TV) • USG miednicy małej – przez powłoki brzuszne • USG miednicy małej – przezodbytnicze (transrektalne, TRUS) • USG miednicy małej – przezpochwowe (transwaginalne, TV) • USG piersi • USG jamy brzusznej • USG układu moczowego (nerek, moczowodów, pęcherza moczowego) • USG tarczycy • USG mięśni • USG stawu biodrowego • USG stawu kolanowego • USG stawu łokciowego • USG stawu skokowego • USG stawu ramiennego (bark) • USG ścięgna • USG węzłów chłonnych • USG krtani • USG nadgarstka • USG palca • USG jąder (bez badania przepływów) • USG ciąży • USG serca (echokardiografia, ECHO) – badanie przekłatkowe osoby dorosłej • USG naczyń jamy brzusznej – badanie metodą Dopplera • USG tętnic i żył szyi – badanie metodą Dopplera • USG tętnic i żył kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera • USG tętnic nerkowych – badanie metodą Dopplera	1 badanie – łączny limit na wszystkie wymienione badania

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
Tomografia komputerowa (CT) Zakres nie obejmuje angiotomografii, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, kolonoskopii CT wirtualnej, HR-CT, tomografii 32-rzędowej i wyższej, HRT, OCT, SL-OCT, CT serca. • tomografia komputerowa całego kręgosłupa • tomografia komputerowa klatki piersiowej • tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego • tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego • tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego • tomografia komputerowa miednicy • tomografia komputerowa nadgarstka • tomografia komputerowa podudzia • tomografia komputerowa przedramienia • tomografia komputerowa ramienia • tomografia komputerowa ręki • tomografia komputerowa stawów • tomografia komputerowa stopy • tomografia komputerowa uda	2 badania – łączny limit na wszystkie wymienione badania
Rezonans magnetyczny (MRI) Zakres nie obejmuje angio-MRI, enterografii MRI, MRI serca. • rezonans magnetyczny całego kręgosłupa • rezonans magnetyczny klatki piersiowej • rezonans magnetyczny kręgosłupa lędźwiowego • rezonans magnetyczny kręgosłupa piersiowego • rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego • rezonans magnetyczny miednicy • rezonans magnetyczny nadgarstka • rezonans magnetyczny podudzia • rezonans magnetyczny przedramienia • rezonans magnetyczny ramienia • rezonans magnetyczny ręki • rezonans magnetyczny stawów • rezonans magnetyczny stopy • rezonans magnetyczny uda	
• kontrast do CT 100 ml • kontrast do CT 150 ml • kontrast do CT 50 ml • kontrast do CT doustny • kontrast do MRI 10 ml • kontrast do MRI 15 ml • kontrast do MRI 20 ml • kontrast do MRI 5 ml	2 kontrasty – łączny limit na wszystkie wymienione kontrasty
REHABILITACJA AMBULATORYJNA Usługi medyczne są wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.	
Zabiegi kinezyterapii • ćwiczenia bierne • ćwiczenia czynne w odciążeniu • ćwiczenia czynne wolne • ćwiczenia czynne z oporem • ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane • ćwiczenia izometryczne • ćwiczenia ogólnousprawniające • ćwiczenia specjalne • metody reedukacji nerwowo-mięśniowej • mobilizacje i manipulacje, neuromobilizacje • masaż podwodny • masaż suchy całkowity • masaż suchy częściowy	100 zabiegów – łączny limit na wszystkie wymienione zabiegi rehabilitacji ambulatoryjnej

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
Zabiegi fizykoterapii • prądy TENS • prądy Traberta • magnetoterapia • kąpiel perełkowa/wirowa częściowa • kąpiel perełkowa/wirowa kończyn • elektrostymulacja	
WYPADEK W PRACY – USŁUGI MEDYCZNE Z usług medycznych możesz skorzystać po otrzymaniu informacji o pozytywnym rozpatrzeniu zgłoszenia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku w pracy. Umówisz się za pośrednictwem całodobowej infolinii – zadzwoń pod numer 801 405 905 lub 22 56 65 666 (opłata zgodna z taryfą operatora). Termin i miejsce realizacji usługi medycznej potwierdzamy za pośrednictwem SMS.	
USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
KONSULTACJE AMBULATORYJNE Konsultacje ambulatoryjne realizujemy bez skierowania. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji specjalistów ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.	
Konsultacje ambulatoryjne z zakresu: • alergologii • chirurgii ogólnej • chirurgii naczyniowej • dermatologii • diabetologii • endokrynologii • ginekologii i położnictwa • hematologii • hepatologii • kardiologii • chorób zakaźnych • rehabilitacji • nefrologii • neurochirurgii • neurologii • okulistyki • ortopedii i traumatologii narządu ruchu • otolaryngologii • proktologii • pulmonologii • reumatologii • urologii	2 konsultacje – łączny limit na wszystkie konsultacje
DIAGNOSTYKA OBRAZOWA Usługi medyczne są wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego	
Badania radiologiczne (RTG) • RTG czaszki • RTG czaszki okolicy czołowej • RTG żuchwy • RTG szczęki • RTG zatok obocznych nosa • RTG nosa • RTG oczodołu • RTG okolicy nadoczodołowej • RTG spojenia żuchwy • RTG okolicy jarzmowo-szczękowej • RTG krtani • RTG przewodu nosowo-łzowego • RTG nosogardzieli • RTG gruczołu ślinowego • RTG tarczycy	3 badania – łączny limit na wszystkie wymienione badania

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
• RTG języczka • RTG klatki piersiowej • RTG kręgosłupa (całego, szyjnego, piersiowego, lędźwiowo-krzyżowego, kości guzicznej) • RTG stawu ramiennego (bark) • RTG obojczyka • RTG łopatki • RTG mostka • RTG żeber • RTG stawów • RTG kości ramiennej • RTG stawu łokciowego • RTG kości przedramienia • RTG nadgarstka • RTG ręki • RTG palca/palców ręki • RTG miednicy • RTG stawu biodrowego • RTG kości udowej • RTG stawu kolanowego • RTG kości podudzia • RTG stawu skokowego (kostki) • RTG stopy • RTG jamy brzusznej – zdjęcie przeglądowe	
Badania ultrasonograficzne (USG) Zakres nie obejmuje badania USG w wersji 3D i 4D oraz USG ciąży z oceną anatomii płodu pod kątem występowania wad genetycznych lub wrodzonych	
• USG gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne • USG gruczołu krokowego przezodbytnicze (TRUS, transrektalne) • USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne • USG ginekologiczne przezpochwowe (transwaginalne, TV) • USG miednicy męej - przez powłoki brzuszne • USG miednicy męej - przezodbytnicze (transrektalne, TRUS) • USG miednicy męej - przezpochwowe (transwaginalne, TV) • USG piersi • USG jamy brzusznej • USG układu moczowego (nerek, moczowodów, pęcherza moczowego) • USG tarczycy • USG mięśni • USG stawu biodrowego • USG stawu kolanowego • USG stawu łokciowego • USG stawu skokowego • USG stawu ramiennego (bark) • USG ścięgna • USG węzłów chłonnych • USG krtani • USG nadgarstka • USG palca • USG jąder (bez badania przepływów) • USG ciąży • USG serca (echokardiografia, ECHO) – badanie przezklatkowe osoby dorosłej • USG naczyń jamy brzusznej – badanie metodą Dopplera • USG tętnic i żył szyi – badanie metodą Dopplera • USG tętnic i żył kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera • USG dopplerowskie naczyń kończyn • USG tętnic nerkowych – badanie metodą Dopplera	1 badanie – łączny limit na wszystkie wymienione badania
Tomografia komputerowa (CT) Zakres nie obejmuje angiotomografii, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, kolonoskopii CT wirtualnej, HR-CT, tomografii 32-rzędowej i wyższej, HRT, OCT, SL-OCT, CT serca.	
• tomografia komputerowa całego kręgosłupa • tomografia komputerowa klatki piersiowej • tomografia komputerowa kości • tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego	

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
• tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego • tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego/tkanek miękkich szyi • tomografia komputerowa miednicy • tomografia komputerowa nadgarstka • tomografia komputerowa podudzia • tomografia komputerowa przedramienia • tomografia komputerowa ramienia • tomografia komputerowa ręki • tomografia komputerowa stawów • tomografia komputerowa stopy • tomografia komputerowa uda	
Rezonans magnetyczny (MRI) Zakres nie obejmuje angio-MRI, enterografii MRI, MRI serca. • rezonans magnetyczny całego kręgosłupa • rezonans magnetyczny klatki piersiowej • rezonans magnetyczny kości • rezonans magnetyczny kręgosłupa lędźwiowego • rezonans magnetyczny kręgosłupa piersiowego • rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego/tkanek miękkich szyi • rezonans magnetyczny miednicy • rezonans magnetyczny nadgarstka • rezonans magnetyczny podudzia • rezonans magnetyczny przedramienia • rezonans magnetyczny ramienia • rezonans magnetyczny ręki • rezonans magnetyczny stawów • rezonans magnetyczny stopy • rezonans magnetyczny uda	1 badanie – łączny limit na wszystkie wymienione badania
• kontrast do CT 100 ml • kontrast do CT 150 ml • kontrast do CT 50 ml • kontrast do CT doustny • kontrast do MRI 10 ml • kontrast do MRI 15 ml • kontrast do MRI 20 ml • kontrast do MRI 5 ml	1 kontrast – łączny limit na wszystkie wymienione kontrasty
REHABILITACJA AMBULATORYJNA Usługi medyczne są wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.	
Zabiegi kinezyterapii • ćwiczenia bierne • ćwiczenia czynne w odciążeniu • ćwiczenia czynne wolne • ćwiczenia czynne z oporem • ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane • ćwiczenia izometryczne • ćwiczenia ogólnousprawniające • ćwiczenia specjalne • masaż suchy częściowy • metody reedukacji nerwowo-mięśniowej Zabiegi fizykoterapii • balneologia • elektrostymulacja • fonoforeza • jonoforeza • laseroterapia punktowa • prądy interferencyjne • prądy TENS • ultradźwięki miejscowe • zabiegi w kriokomorze	40 zabiegów – łączny limit na wszystkie wymienione zabiegi rehabilitacji ambulatoryjnej

**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZŁAMANIA KOŚCI
PRZEZ UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO
NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM**



W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek złamania kości przez ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, o kodzie warunków ZKGP36 (OWU), 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 zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–5 OWU pkt 8–11 OWU pkt 12–17 OWU pkt 18 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 6–7 OWU pkt 8–11 OWU pkt 17 OWU pkt 18 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

www.na.pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZŁAMANIA KOŚCI PRZEZ UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM



Kod OWU: ZKGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek złamania kości przez ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem uchwałą nr nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 19 listopada 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
 - 1) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 2) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką;
 - 3) **złamanie kości** – całkowite przerwanie ciągłości tkanki kostnej, które spowodował nieszczęśliwy wypadek. Ochrona nie obejmuje pęknięcia kości, nadłamania kości ani odprysku kości.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje tylko takie złamanie kości, które:
 - 1) nastąpiły w wyniku nieszczęśliwego wypadku w okresie naszej ochrony i jednocześnie;
 - 2) są wymienione w pkt 5.
5. W razie złamania kości wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku dla określonego rodzaju złamania. Jeśli jednocześnie złamiesz kilka kości, które wymieniliśmy w tym samym wierszu w poniższej tabeli, pieniądze wypłacimy tylko raz.

Lp.	Rodzaj złamania	Procent sumy ubezpieczenia
1.	kości nadgarstka (jedna lub kilka)	10%
2.	kość strzałkowa (złamanie izolowane, bez złamania kości piszczelowej, w miejscu innym niż nasada dalsza)	10%
3.	kości śródreżca (jedna lub kilka)	10%
4.	kości śródstopia (jedna lub kilka)	10%
5.	mostek	10%
6.	rzepki (złamanie izolowane)	10%
7.	żebra (trzy lub więcej żeber)	10%

Lp.	Rodzaj złamania	Procent sumy ubezpieczenia
8.	kości nosa (jedna lub dwie)	15%
9.	kości stępu (jedna lub kilka, z wyłączeniem kości piętowej i skokowej)	15%
10.	łopatka	15%
11.	obojczyk	15%
12.	kości twarzoczaszki (z wyłączeniem kości nosa i zębów)	15%
13.	nasada dalsza kości ramiennej lub nasada bliższa kości promieniowej lub nasada bliższa kości łokciowej	20%
14.	nasada bliższa kości ramiennej	20%
15.	trzon kości łokciowej lub trzon kości promieniowej	20%
16.	kości sklepienia i podstawy czaszki	20%
17.	nasada dalsza kości łokciowej lub nasada dalsza kości promieniowej	20%
18.	nasada dalsza kości piszczelowej lub nasada dalsza kości strzałkowej	20%
19.	nasada dalsza kości udowej lub nasada bliższa kości piszczelowej lub rzepka (z wyłączeniem izolowanego złamania rzepki)	25%
20.	kość piętowa lub kość skokowa	25%
21.	kości tworzące miednicę (z wyłączeniem kości guzicznej)	25%
22.	kości paliczków kciuka (jedna lub dwie)	25%
23.	trzon kręgu w odcinku szyjnym lub piersiowym lub lędźwiowym kręgosłupa (jeden lub kilka kręgów)	30%
24.	trzon kości piszczelowej lub dwie kości podudzia	40%
25.	trzon kości ramiennej	40%
26.	nasada bliższa lub szyjka, lub trzon kości udowej	50%

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

6. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminu zawodowe uprawianie sportu – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
 - 1) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 2) osoby, które uprawiają sporty indywidualne i biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 3) osoby, które otrzymują wynagrodzenie, a także stypendium lub zwrot kosztów związanych z uprawianiem sportu indywidualnego lub gier zespołowych (diety, zasiłki) – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.
7. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się przed początkiem naszej ochrony lub wydarzył się:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii
 – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;

- 5) w przypadku, gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na złamanie kości;
- 6) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
- 7) w wyniku zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego.

OGRANICZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach i ile maksymalnie wypłacimy

8. Jeśli dojdzie u Ciebie do amputacji po złamaniu kości, wypłacimy świadczenie – jeśli leczyleś złamanie kości.
9. Wypłata świadczenia za złamanie kości w okresie naszej ochrony nie może przekroczyć łącznie 200% sumy ubezpieczenia.
10. Jeśli wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku dojdzie do kilku złamań kości, które wymieniliśmy w tabeli (zob. pkt 5) – wypłacimy świadczenie maksymalnie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia.
11. Jeśli wskutek kilku nieszczęśliwych wypadków dojdzie do złamania kości, które wymieniliśmy w tabeli (zob. pkt 5) – wypłacimy świadczenie maksymalnie w wysokości 200% sumy ubezpieczenia.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po złamaniu kości

12. Jeśli złamiesz kość, dostarcz nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza złamanie kości oraz okoliczności, w jakich do niego doszło.
13. Możemy dodatkowo:
 - 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
 - 2) zlecić badania medyczne– jeśli będzie to potrzebne.
14. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
15. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
16. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 12, 13 i 15 dokumentacji.
17. Należy Ci się prawo do wypłaty świadczenia jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a złamaniem kości.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

18. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA
ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO SPOWODOWANEJ
NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM**



W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, o kodzie warunków ZMGP36 (OWU), 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 zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–6 OWU pkt 8–12 OWU pkt 13 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 6 OWU pkt 7 OWU pkt 8 OWU pkt 12 OWU pkt 13 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

WWW na pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102



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

Kod OWU: ZMGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 19 listopada 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 2) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką.

2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć małżonka albo partnera życiowego.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć Twojego małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie naszej ochrony.
5. W razie śmierci Twojego małżonka albo partnera życiowego wypłacimy świadczenie równe 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci.
6. Zarówno zdarzenie, jak i nieszczęśliwy wypadek, które je spowoduje, muszą wystąpić w okresie naszej ochrony.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

7. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje śmierci małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek nastąpił:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału małżonka albo partnera życiowego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez małżonka albo partnera życiowego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli małżonek albo partner życiowy prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii– jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;
 - 5) w przypadku gdy małżonek albo partner życiowy był w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii– jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;

- 6) w wyniku samookaleczenia się małżonka albo partnera życiowego lub usiłowania popełnienia samobójstwa albo popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera życiowego;
- 7) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia;
- 8) w wyniku użycia przez małżonka albo partnera życiowego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
- 9) w wyniku uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba, że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po śmierci Twojego małżonka albo partnera życiowego

8. Nie otrzymasz wypłaty świadczenia, jeśli umyślnie przyczynisz się do śmierci Twojego małżonka albo partnera życiowego.
9. Po śmierci małżonka albo partnera życiowego dostarcz nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) akt zgonu;
 - 3) kartę zgonu albo – jeżeli nie możesz jej uzyskać – dokumentację medyczną, która stwierdza przyczynę śmierci;
 - 4) akt małżeństwa – w razie śmierci małżonka.
10. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
11. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 9 i 10 dokumentacji.
12. Prawo do wypłaty świadczenia przysługuje, jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Twojego małżonka albo partnera życiowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

13. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.



**OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA
ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO**

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego, o kodzie warunków SMGP36 (OWU), 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 zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–5 OWU pkt 8–11 OWU pkt 12 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 6 OWU pkt 7 OWU pkt 8 OWU pkt 12 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

www.na.pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO

Kod OWU: SMGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 19 listopada 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
 - 1) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 2) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć małżonka albo partnera życiowego.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć Twojego małżonka albo partnera życiowego w okresie naszej ochrony.
5. W razie śmierci Twojego małżonka albo partnera życiowego wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

6. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje śmierci małżonka albo partnera życiowego, jeśli nastąpiła:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału małżonka albo partnera życiowego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych.

KARENCAJA

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

7. Nasza ochrona nie działa w takich samych sytuacjach i na takich samych zasadach jak w ubezpieczeniu podstawowym.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po śmierci Twojego małżonka albo partnera życiowego

8. Nie otrzymasz wypłaty świadczenia, jeśli umyślnie przyczynisz się do śmierci Twojego małżonka albo partnera życiowego.
9. Po śmierci małżonka albo partnera życiowego dostarcz nam:

- 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) akt zgonu;
 - 3) kartę zgonu albo – jeżeli nie możesz jej uzyskać – dokumentację medyczną, która stwierdza przyczynę śmierci, jeśli spowodował ją nieszczęśliwy wypadek w okresie karencji;
 - 4) akt małżeństwa – w razie śmierci małżonka.
- 10.** Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
- 11.** O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 9 i 10 dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

- 12.** W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

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



W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia prawa do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, o kodzie warunków PKGP36 (OWU), 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 zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 3 OWU pkt 7 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 7 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

www.na.pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA PRAWA DO INDYWIDUALNEGO KONTYNUOWANIA UBEZPIECZENIA

Kod OWU: PKGP36



Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia prawa do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 19 listopada 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
 - 1) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 2) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

– czyli do czego masz prawo

3. Masz prawo do kontynuowania ubezpieczenia grupowego zawierając nową umowę ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego. Kontynuacja jest możliwa, gdy spełnisz warunki ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

– czyli co musi ubezpieczający

4. Ubezpieczający musi poinformować Ciebie o przysługującym Ci prawie do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia.

SKŁADKA W UBEZPIECZENIU INDYWIDUALNIE KONTYNUOWANYM

– czyli gdzie wskazujemy jej wysokość

5. Wysokość składki w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym jest określona we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podstawowego i w polisie. Składkę ustalamy dla każdego 1000 zł początkowej sumy ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego.



Przykład

W polisie jest zapis, że dla sumy ubezpieczenia równej 1000 zł składka wynosi 6 zł. Jeśli chcesz zwiększyć sumę ubezpieczenia do 3000 zł, to Twoja składka będzie wynosiła 18 zł.

UBEZPIECZENIE INDYWIDUALNIE KONTYNUOWANE

– czyli jak można je zawrzeć

6. Możesz zawrzeć odrębną umowę ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, jeśli:
 - 1) spełnisz warunki ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego oraz
 - 2) złożysz wniosek o zawarcie umowy w terminie określonym w tych warunkach.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

7. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.