



## **DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADK LECZENIA SZPITALNEGO UBEZPIECZONEGO PLUS**

Kod warunków: LPGP55

Wersja z dnia: 20.11.2021 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego Plus, kod warunków: LPGP55 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU. Użyte w OWU definicje mogą mieć znaczenie odbiegające od powszechnie przyjętego pojęcia, dlatego zwróć na nie szczególną uwagę. Zawarcie umowy jest dobrowolne.

### **INFORMACJA O PRODUKCIE**

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

### **PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA – CO UBEZPIECZAMY?**

Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje poniższe zdarzenia, które wystąpią w okresie ochrony:

- pobyt w szpitalu z powodu:
  - nieszczęśliwego wypadku,
  - wypadku komunikacyjnego,
  - wypadku w pracy,
  - zawału serca lub udaru mózgu;
- pobyt na na oddziale intensywnej terapii;
- rekonwalescencja – jeśli Twój pobyt w szpitalu trwał co najmniej 14 dni – pod warunkiem, że uznamy naszą ochronę z tytułu pobytu w szpitalu na podstawie dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego.

### **CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?**

W zależności od obowiązującego zakresu umowy:

- Wyplacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu, pod warunkiem, że pobyt ten:
  - jest Twoim pierwszym pobytom spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem i
  - rozpoczął się nie później niż 14 dni po nieszczęśliwym wypadku.
- Wyplacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu, pod warunkiem, że pobyt ten:
  - jest Twoim pierwszym pobytom spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym i
  - rozpoczął się nie później niż 14 dni po wypadku komunikacyjnym.
- Wyplacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku w pracy w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu, pod warunkiem, że pobyt ten:
  - jest Twoim pierwszym pobytom spowodowanym danym wypadkiem w pracy i
  - rozpoczął się nie później niż 14 dni po wypadku w pracy.
- Wyplacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu, pod warunkiem, że pobyt ten:
  - jest Twoim pierwszym pobytom spowodowanym danym zawałem serca lub udarem mózgu i
  - rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
- Jeśli przebywasz na oddziale intensywnej terapii, wyplacimy świadczenie jednorazowe w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia.
- Za każdy dzień rekonwalescencji wyplacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia.

Zapłacimy maksymalnie za:

- o 90 dni pobytu w szpitalu,
- o 90 dni rekonwalescencji  
– w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy.

Jeśli będziesz przebywać w szpitalu lub na oddziale intensywnej terapii w czasie rekonwalescencji, to wypłacimy świadczenie:

- o za pobyt w szpitalu i za pobyt na oddziale intensywnej terapii (jeśli przebywałeś na oddziale intensywnej terapii) albo
- o za rekonwalescencję  
– według Twojego wyboru.

Decydujesz o tym, składając wniosek o wypłatę:

- o za pobyt w szpitalu i pobyt na oddziale intensywnej terapii (jeśli przebywałeś na oddziale intensywnej terapii) albo
- o za rekonwalescencję.

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

Naszą ochroną obejmujemy pobyt w szpitalu oraz na oddziale intensywnej terapii w krajach Unii Europejskiej lub w Australii, Islandii, Japonii, Kanadzie, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanach Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanie, Wielkiej Brytanii, jeśli zakres ubezpieczenia wybrany przez ubezpieczającego obejmuje pobyt w szpitalu oraz na oddziale intensywnej terapii na terenie tych krajów.

Takie rozszerzenie obejmuje także pobyt w szpitalu w dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus albo w trakcie jego trwania, pod warunkiem jednoczesnego zawarcia albo obowiązywania u ubezpieczającego umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego.

## **KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ, KOGO UBEZPIECZAMY?**

Ubezpieczenie dodatkowe zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego.

## **JAK DŁUGO TRWA UMOWA?**

Ubezpieczający może zawrzeć z nami ubezpieczenie dodatkowe na czas określony. Czas trwania ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie. Jeśli ubezpieczenie dodatkowe zawierane jest pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona trwa do najbliższej rocznicy polisy.

## **GDZIE OBOWIĄZUJE UBEZPIECZENIE?**

Ochrona ubezpieczeniowa działa w Polsce, przez 24 godziny na dobę. Naszą ochroną obejmujemy pobyt w szpitalu oraz na oddziale intensywnej terapii w krajach Unii Europejskiej lub w Australii, Islandii, Japonii, Kanadzie, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanach Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanie, Wielkiej Brytanii, jeśli zakres ubezpieczenia wybrany przez ubezpieczającego obejmuje pobyt w szpitalu oraz na oddziale intensywnej terapii na terenie tych krajów.

## **JAK I KIEDY PŁAĆ SIĘ SKŁADKĘ?**

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

## **KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA?**

Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym i dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego.

Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego,
- z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego,

- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

## **GŁÓWNE WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ - CZEGO NIE OBEJMUJE UBEZPIECZENIE?**

Nie wypłacimy świadczenia w przypadku:

- pobytu w szpitalu który trwał krócej niż 4 dni,
- braku naszej ochrony w czasie pobytu w szpitalu,
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki oraz w innych przypadkach wskazanych w OWU).

## **JAK ROZWIĄZAĆ UMOWĘ?**

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Ubezpieczający może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego poprzez złożenie nam pisemnego oświadczenia o jego nieprzedłużaniu najpóźniej 30 dni przed jego zakończeniem.

## **WYNAGRODZENIE DYSTRYBUTORA UBEZPIECZENIA**

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

## **REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA**

1. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.
2. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć:
  - 1) na piśmie – osobiście 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.
3. 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.
4. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy osobie, która je złożyła:
  - 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.
5. 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.
6. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
7. Więcej o reklamacjach można dowiedzieć się z „Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i Rzeczniku Finansowym” oraz z „Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń”.
8. Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
9. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu „Ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich”, właściwym dla PZU Życie do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy. Adres jego strony internetowej to rf.gov.pl.
10. Jeśli ubezpieczony albo ubezpieczający, uposażony i uprawniony są konsumentami, mogą zwrócić się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
11. Językiem stosowanym przez nas w relacjach z konsumentem jest język polski.
12. W PZU Życie podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.