



**OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK
LECZENIA SZPITALNEGO SPOWODOWANEGO
NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM**



W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków LSKP32 (OWU), które wskazują podstawowe warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 pkt 4–16 pkt 20–23 pkt 49–59 pkt 77
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 pkt 4–19 pkt 43–48 pkt 59 pkt 77

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

Zanim zawrzesz umowę, przeczytaj dokładnie OWU.

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

- zakresu ubezpieczenia (co obejmuje i czego nie obejmuje nasze ubezpieczenie),
- zasad wypłaty świadczenia z ubezpieczenia,
- czasu trwania ubezpieczenia.



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Kod warunków: LSKP32

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem uchwałą nr UZ/160/2025 z 30 września 2025 roku (zwane dalej OWU).
OWU mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych z datą początku odpowiedzialności od 1 grudnia 2025 roku.

Stroną umowy jesteś **Ty** – osoba, która zawiera umowę – i **my** – PZU Życie.
Umowę zawierasz jako ubezpieczający i jesteś jednocześnie ubezpieczonym.
Ubezpieczamy Twoje zdrowie.
Umowa jest dodatkowym ubezpieczeniem do umowy podstawowej, którą wskazujemy w polisie.

Spis treści

Słowniczek	.1
Przedmiot umowy	.2
Zakres ochrony i wysokość świadczenia	.2
Wyłączenia ochrony	.4
Suma ubezpieczenia	.5
Zawarcie umowy	.5
Czas trwania umowy	.5
Przedłużenie umowy	.5
Odstąpienie od umowy	.5
Wypowiedzenie umowy	.5
Składka	.6
Początek naszej ochrony	.6
Koniec naszej ochrony	.6
Wznowienie naszej ochrony	.6
Uprawnieni do świadczenia	.6
Realizacja świadczenia	.6
Karta apteczna po pobycie w szpitalu	.7
Reklamacje, skargi i zażalenia	.7
Postanowienia końcowe	.7
Regulamin Karty aptecznej	.8

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
 - 1) **akty terroru** – działania indywidualne lub grupowe przeciwko ludności lub mieniu, aby osiągnąć skutki ekonomiczne, polityczne lub społeczne poprzez wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności, dezorganizację życia publicznego, funkcjonowania transportu publicznego, zakładów usługowych lub wytwórczych;
 - 2) **apteka** – każda ogólnodostępna apteka lub punkt apteczny, które działają w Polsce zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne;
 - 3) **czynnik zewnętrzny** – każdy czynnik, który pochodzi spoza organizmu ubezpieczonego i w danych warunkach może wywołać szkodliwe dla niego skutki;
 - 4) **dokumentacja medyczna** – dokumentacja, która zawiera opis stanu zdrowia ubezpieczonego lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, sporządzona przez:
 - a) podmioty, które udzielają świadczeń zdrowotnych,
 - b) osoby, które wykonują zawód medyczny,
 - c) inne osoby, które uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
 - 5) **działania wojenne** – działania sił zbrojnych, które dążą do rozbicia sił zbrojnych przeciwnika na lądzie, w powietrzu lub na morzu;
 - 6) **Karta apteczna** – karta, która uprawnia do odbioru produktów aptecznych. Zasady jej działania opisaliśmy w Regulaminie Karty aptecznej, który jest załącznikiem do tych OWU;
 - 7) **masowe rozruchy społeczne** – wystąpienia grupy społecznej przeciw strukturom, które sprawują władzę na mocy prawa, spowodowane niezadowoleniem w sytuacji politycznej, ekonomicznej lub społecznej. Masowym rozruchom społecznym zwykle towarzyszą akty przemocy fizycznej;
 - 8) **my/PZU Życie** – Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
 - 9) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie, które:
 - a) nie zależy od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, oraz
 - b) jest wywołane czynnikiem zewnętrznym, oraz
 - c) jest wyłączną przyczyną zdarzenia, które obejmuje nasza ochrona;

- 10) **oddział intensywnej terapii** – oddział szpitalny, który jest wyodrębniony w strukturach szpitala w celu leczenia pacjentów wymagających intensywnej terapii i jest wyposażony w sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie podstawowych funkcji życiowych lub podjęcie czynności zastępczych niewydolnych narządów lub układów oraz zapewnia stały i bezpośredni nadzór lekarza i pielęgniarki. Za oddział intensywnej terapii rozumie się także salę intensywnej terapii, która jest wyodrębniona na oddziale szpitalnym w celu leczenia pacjentów wymagających intensywnej terapii i jest wyposażona w sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie podstawowych funkcji życiowych lub podjęcie czynności zastępczych niewydolnych narządów lub układów oraz zapewnia stały i bezpośredni nadzór lekarza i pielęgniarki;
 - 11) **oddział rehabilitacyjny** – oddział szpitalny wyodrębniony w strukturach szpitala, przeznaczony dla pacjentów, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają świadczeń rehabilitacyjnych. Odpowiadamy wyłącznie za pobyt na oddziale rehabilitacji stacjonarnej, który zapewnia całodobowy nadzór lekarza i pielęgniarki podczas procesu rehabilitacyjnego;
 - 12) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec Ciebie jako ubezpieczonego. Rozpoczyna się on w dniu początku ochrony, a kończy w dniu końca ochrony. Nie obejmuje czasu pomiędzy końcem ochrony a jej wznowieniem. Początek, koniec, wznowienie ochrony nazywamy również: początkiem, końcem, wznowieniem odpowiedzialności;
 - 13) **operacja chirurgiczna** – wykonana przez lekarza w znieczuleniu, w warunkach bloku operacyjnego, podczas pobytu w szpitalu;
 - 14) **polisa** – dokument, który potwierdza zawarcie umowy i jej warunki;
 - 15) **produkty apteczne/produkty** – produkty oferowane i dostępne w aptece;
 - 16) **rocznica polisy** – dzień i miesiąc, który wskazaliśmy w polisie;
 - 17) **szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, w którym przez całą dobę wykonywane są kompleksowe świadczenia zdrowotne – diagnozowanie, leczenie, pielęgnacja i rehabilitacja, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;
 - 18) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł z PZU Życie umowę o współpracy w zakresie Kart aptecznych, dotyczącą organizacji odbioru produktów w aptece za pomocą Karty aptecznej;
 - 19) **Ty/ubezpieczający** – osoba fizyczna, która zawarła umowę. W umowie jesteś zarówno ubezpieczającym, jak i ubezpieczonym;
 - 20) **umowa** – umowa dodatkowa, którą zawarłeś na podstawie tych OWU. Zawarcie umowy i jej warunki potwierdza polisa;
 - 21) **umowa podstawowa** – ubezpieczenie indywidualnie kontynuowane, do którego zawierasz umowę. Umowę podstawową wskazujemy w polisie;
 - 22) **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych przez:
 - a) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te 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;
 - 23) **wypadek komunikacyjny** – tylko taki wypadek komunikacyjny, który jest nieszczęśliwym wypadkiem wywołanym:
 - a) ruchem pojazdu na drodze (pojazdem jest również tramwaj) – jeśli brałeś w nim udział jako uczestnik ruchu (zgodnie z ustawą Prawo o ruchu drogowym),
 - b) ruchem pojazdu kolejowego ciągniętego przez pojazd trakcyjny (pojazd z własnym napędem) oraz ruchem metra – jeśli byłeś pasażerem albo członkiem załogi tego pojazdu. Wypadkiem komunikacyjnym nie jest wypadek, który dotyczy kolejowego transportu wewnątrzszlakowego 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.
2. W OWU używamy również terminów, które zdefiniowaliśmy w umowie podstawowej.

PRZEDMIOT UMOWY

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES OCHRONY I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie i w jakiej wysokości otrzymasz świadczenie

4. Jeśli w okresie ochrony wystąpi u Ciebie:
 - 1) pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który będzie trwał nieprzerwanie co najmniej 3 dni – za każdy dzień tego pobytu wypłacimy Ci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia;



PRZYKŁAD

Zostałeś przyjęty do szpitala 5 maja i wypisany 6 maja. Doręczyłeś nam dokumentację medyczną, która potwierdza Twój pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem w tym okresie. Ponieważ pobyt w szpitalu trwał 2 dni, nie wypłacimy świadczenia.



PRZYKŁAD

Zostałeś przyjęty do szpitala 5 maja i wypisany 7 maja. Doręczyłeś nam dokumentację medyczną, która potwierdza Twój pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem w tym okresie. Za każdy dzień Twojego pobytu w szpitalu wypłacimy Ci 1% sumy ubezpieczenia, czyli łącznie 3% sumy ubezpieczenia (za 3 dni pobytu w szpitalu).

- 2) pobyt w szpitalu na oddziale intensywnej terapii spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który będzie trwał nieprzerwanie co najmniej 24 godziny – wypłacimy Ci jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia. Odpowiadamy wyłącznie za jeden pobyt na oddziale intensywnej terapii w trakcie jednego pobytu w szpitalu;



PRZYKŁAD

Zostałeś przyjęty do szpitala 5 maja i wypisany 19 maja. W trakcie tego pobytu od 5 maja do 8 maja oraz od 10 maja do 12 maja przebywałeś na oddziale intensywnej terapii. Doręczyłeś nam dokumentację medyczną, która potwierdza Twój pobyt w szpitalu oraz pobyty w szpitalu na oddziale intensywnej terapii spowodowane tym samym nieszczęśliwym wypadkiem. Za każdy dzień Twojego pobytu w szpitalu wypłacimy Ci 1% sumy ubezpieczenia, czyli łącznie 15% sumy ubezpieczenia (za 15 dni pobytu w szpitalu). Wypłacimy Ci również 10% sumy ubezpieczenia za jeden pobyt w szpitalu na oddziale intensywnej terapii.

- 3) pobyt w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który:
- a) rozpocznie się po pobycie w szpitalu, o którym mowa w pkt 1, za który należy Ci się świadczenie,
 - b) będzie miał na celu leczenie następstw tego samego nieszczęśliwego wypadku,
 - c) będzie trwał nieprzerwanie co najmniej 3 dni
- za każdy dzień tego pobytu wypłacimy Ci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia.



PRZYKŁAD

Po pobycie w szpitalu od 5 maja do 19 maja zostałeś przyjęty do szpitala na oddział rehabilitacyjny 1 września i wypisany 30 września. Doręczyłeś nam dokumentację medyczną, która potwierdza Twój pobyt w szpitalu oraz pobyt w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym spowodowane tym samym nieszczęśliwym wypadkiem. Za każdy dzień Twojego pobytu w szpitalu wypłacimy Ci 1% sumy ubezpieczenia, czyli łącznie 15% sumy ubezpieczenia (za 15 dni pobytu w szpitalu). Za każdy dzień Twojego pobytu w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym wypłacimy Ci 1% sumy ubezpieczenia, czyli łącznie 21% sumy ubezpieczenia (za 21 dni pobytu na oddziale rehabilitacyjnym).

5. Jeśli w okresie ochrony przejdziesz operację chirurgiczną, która:
- 1) zostanie wykonana w trakcie pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt 4 pkt 1, za który należy Ci się świadczenie;
 - 2) będzie miała na celu leczenie następstw tego samego nieszczęśliwego wypadku
- wypłacimy Ci świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia. Odpowiadamy wyłącznie za jedną operację chirurgiczną spowodowaną jednym nieszczęśliwym wypadkiem.



PRZYKŁAD

Zostałeś przyjęty do szpitala 5 maja i wypisany 19 maja. W trakcie tego pobytu przeszedłeś 3 operacje chirurgiczne. Doręczyłeś nam dokumentację medyczną, która potwierdza Twój pobyt w szpitalu oraz wykonanie 3 operacji chirurgicznych spowodowanych tym samym nieszczęśliwym wypadkiem. Za każdy dzień Twojego pobytu w szpitalu wypłacimy Ci 1% sumy ubezpieczenia, czyli łącznie 15% sumy ubezpieczenia (za 15 dni pobytu w szpitalu). Wypłacimy Ci również 10% sumy ubezpieczenia za jedną operację chirurgiczną.

6. Jeśli należy Ci się świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, o którym mowa w pkt 4 pkt 1, a Ty w okresie ochrony poniesiesz koszty leczenia spowodowane tym samym nieszczęśliwym wypadkiem – wypłacimy Ci świadczenie refundacji poniesionych kosztów do 10% sumy ubezpieczenia. Odpowiadamy do 10% sumy ubezpieczenia w zakresie refundacji poniesionych kosztów leczenia spowodowanych jednym nieszczęśliwym wypadkiem.
7. Do kosztów leczenia, o których mowa w pkt. 6, należą:
- 1) koszty konsultacji lekarskich – stacjonarnych i telemedycznych;
 - 2) koszty badań diagnostycznych zaleconych przez lekarza;
 - 3) koszty leczenia ambulatoryjnego zaleconego przez lekarza;
 - 4) koszty zabiegów rehabilitacyjnych zaleconych przez lekarza lub fizjoterapeutę;
 - 5) koszty zakupu produktów leczniczych zaleconych przez lekarza;
 - 6) koszty transportu medycznego;
 - 7) koszty zakupu lub wypożyczenia wyrobów medycznych, zaleconych przez lekarza.



PRZYKŁAD

Zostałeś przyjęty do szpitala 5 maja i wypisany 19 maja. Po pobycie w szpitalu poniosłeś następujące koszty leczenia:

- zostałeś odwieziony do domu transportem medycznym, za który zapłaciłeś,
- wykupiłeś leki zalecone przez lekarza,
- zrobiłeś dodatkowe badania zalecone przez lekarza, za które zapłaciłeś,
- kupiłeś ortezę i balkonik, zalecone przez lekarza,
- wykupiłeś zalecone przez lekarza zabiegi rehabilitacyjne wykonywane w domu.

Doręczyłeś nam dokumentację medyczną, która potwierdza Twój pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem oraz faktury wystawione na Ciebie lub rachunki imienne wystawione na Ciebie, które potwierdzają poniesione przez Ciebie koszty spowodowane tym samym nieszczęśliwym wypadkiem wraz z zaleceniem lekarza. Za każdy dzień Twojego pobytu w szpitalu wypłacimy Ci 1% sumy ubezpieczenia, czyli łącznie 15% sumy ubezpieczenia (za 15 dni pobytu w szpitalu). Zwrócimy Ci również koszty leczenia udokumentowane fakturami lub rachunkami imiennymi, które poniosłeś do 10% sumy ubezpieczenia.

8. Jeśli należy Ci się świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, o którym mowa w pkt 4 ppkt 1 – przyznamy Ci Kartę apteczną, która umożliwi odbiór produktów w aptece o wartości 1% sumy ubezpieczenia. Przyznamy wyłącznie jedną Kartę apteczną z powodu jednego tego samego nieszczęśliwego wypadku.



PRZYKŁAD

Zostałeś przyjęty do szpitala 5 maja i wypisany 15 maja. Zostałeś ponownie przyjęty do szpitala 20 maja i wypisany 22 maja. Doręczyłeś nam dokumentację medyczną, która potwierdza Twoje pobyty w szpitalu spowodowane tym samym nieszczęśliwym wypadkiem. Za każdy dzień Twojego pobytu w szpitalu wypłacimy Ci 1% sumy ubezpieczenia, czyli łącznie 14% sumy ubezpieczenia (za 14 dni pobytu w szpitalu). Przyznamy Ci również jedną Kartę apteczną o wartości 1% sumy ubezpieczenia.

9. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt 4, przyjmuje się dzień przyjęcia do szpitala, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala.
10. Wypłacimy świadczenie maksymalnie za 180 dni pobyty w szpitalu, o których mowa w pkt 4 ppkt 1 i 3, w okresie od dnia początku ochrony do rocznicy polisy, a także w każdym okresie pomiędzy rocznicami polisy, z zastrzeżeniem pkt 11.
11. Wypłacimy świadczenie maksymalnie za 21 dni pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt 4 ppkt 3, spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem.
12. Ponosimy odpowiedzialność za pobyt w szpitalu, o którym mowa w pkt 4 ppkt 1 i 2, jeżeli rozpocznie się nie później niż w ciągu 12 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.
13. Ponosimy odpowiedzialność za pobyt w szpitalu, o którym mowa w pkt 4 ppkt 3, jeżeli pierwszy pobyt w szpitalu, o którym mowa w pkt 4 ppkt 1 lub 2, rozpocznie się w ciągu 12 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.
14. Odpowiadamy za zdarzenia wymienione w pkt 4–6, jeśli nieszczęśliwy wypadek, który je spowodował, zdarzył się w okresie ochrony.
15. Świadczenie przysługuje, o ile między zdarzeniami określonymi w pkt 4–6, a nieszczęśliwym wypadkiem istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy.
16. Wysokość świadczenia ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu nieszczęśliwego wypadku.



PRZYKŁAD

Ochrona w umowie rozpoczęła się 1 lutego 2026 roku z sumą ubezpieczenia 20.000 zł. 15 maja 2026 roku zaakceptowaliśmy Twój wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia do 25.000 zł. Nowa (wyższa) suma ubezpieczenia obowiązuje od 1 czerwca 2026 roku.

28 maja 2026 roku miałeś nieszczęśliwy wypadek i trafiłeś do szpitala. Twój pobyt w szpitalu trwał od 28 maja do 15 czerwca 2026 roku, czyli 19 dni. Za każdy dzień Twojego pobytu w szpitalu wypłacimy Ci 1% sumy ubezpieczenia, czyli łącznie 19% sumy ubezpieczenia za 19 dni pobytu w szpitalu. Ponieważ nieszczęśliwy wypadek wydarzył się przed 1 czerwca 2026 roku, to wypłacimy Ci 3.800 zł (19% od sumy ubezpieczenia 20.000 zł).

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

17. Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu zdarzeń określonych w pkt 4–6, które nastąpiły:
- 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w następstwie promieniowania radioaktywnego lub jonizującego w wyniku reakcji termojądrowych lub wybuchu nuklearnego;
 - 3) w wyniku Twojego czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 4) w wyniku popełnienia przez Ciebie czynu lub usiłowania popełnienia przez Ciebie czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 5) w wyniku samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 6) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli prowadziłeś pojazd:
 - a) bez uprawnień do prowadzenia pojazdu, które są określone w przepisach prawa lub
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości – w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, lub
 - c) po użyciu: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii– o ile którakolwiek z tych okoliczności miała wpływ na zajście wypadku komunikacyjnego;
 - 7) ponieważ byłeś w stanie nietrzeźwości w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, lub po użyciu: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile którakolwiek z tych okoliczności miała wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 8) wskutek wyczynowego uprawiania przez Ciebie sportu lub uprawiania przez Ciebie rekreacyjnie: sportów walki, sportów motorowych lub motorowodnych, sportów lotniczych, wspinaczki górskiej lub skałkowej (w obu przypadkach przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego lub wymagającej użycia takiego sprzętu), speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoków do wody, skoków na linie (ang. bungee jumping).
18. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje pobytu:
- 1) w hospicjach, placówkach leczenia odwykowego, placówkach dla przewlekłe chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych ani zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
 - 2) w zakładach leczenia uzdrowiskowego – takich jak sanatoria uzdrowiskowe, sanatoria w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych;
 - 3) w zakładach rehabilitacji leczniczej;
 - 4) na oddziałach dziennych.
19. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje operacji chirurgicznej, która nie była konieczna ze wskazań medycznych, aby wyleczyć lub zmniejszyć skutki nieszczęśliwego wypadku.

SUMA UBEZPIECZENIA

– czym jest i jak ją zmienić

- 20. Suma ubezpieczenia to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość świadczenia.
- 21. Wysokość sumy ubezpieczenia znajdziesz w polisie.
- 22. W trakcie trwania umowy suma ubezpieczenia może się zmienić. Zmiana ta wymaga Twojej i naszej zgody.
- 23. Jeśli suma ubezpieczenia się zmieni, w takiej samej proporcji zmieni się też składka – odpowiednio zwiększy się albo zmniejszy.

ZAWARCIE UMOWY

– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

- 24. Umowę możesz zawrzeć wraz z zawarciem umowy podstawowej albo w trakcie jej trwania.
- 25. Możemy odmówić zawarcia umowy.
- 26. Zawarcie umowy potwierdzamy polisą.

CZAS TRWANIA UMOWY

– czyli jak długo trwa umowa

- 27. Umowę zawierasz na czas określony – do najbliższej rocznicy polisy.

PRZEDŁUŻENIE UMOWY

– czyli jak umowa się przedłuża

- 28. Umowa przedłuża się na tych samych warunkach do najbliższej rocznicy polisy, jeżeli:
 - 1) nadal obowiązuje umowa podstawowa;
 - 2) żadna ze stron, czyli Ty ani my, nie postanowi inaczej.
- 29. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia umowy, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed rocznicą polisy.



PRZYKŁAD

Masz już umowę podstawową, w której rocznica polisy przypada 1 stycznia. 1 czerwca 2026 roku zawarłeś umowę dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem. Ponieważ ani Ty, ani my, nie wyraziliśmy woli nieprzedłużania umowy przed 1 stycznia 2027 roku, to umowa przedłuży się do kolejnej rocznicy polisy, tj. do 1 stycznia 2028 roku. Warunki umowy pozostają bez zmian.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

– czyli do kiedy możesz się wycofać

- 30. Możesz odstąpić od umowy, gdy złożysz nam oświadczenie o odstąpieniu. Możesz to zrobić w ciągu 30 dni od zawarcia umowy. Oświadczenie składasz:
 - 1) na piśmie albo
 - 2) ustnie – osobiście w jednostce, w której obsługujemy klientów.
- 31. Jeśli najpóźniej w chwili zawarcia umowy nie poinformowaliśmy Cię o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
- 32. Jeżeli odstąpisz od umowy, nie zwalnia Cię to z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.
- 33. Jeśli odstąpisz od umowy, nie skutkuje to odstąpieniem od umowy podstawowej.
- 34. Jeśli odstąpisz od umowy podstawowej, skutkuje to odstąpieniem od umowy.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

– czyli jak możesz zrezygnować z umowy

- 35. W każdym czasie możesz wypowiedzieć umowę. Umowę wypowiadasz na piśmie.
- 36. Możesz wypowiedzieć umowę z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca następującego po miesiącu, w którym otrzymaliśmy Twoje wypowiedzenie.



PRZYKŁAD

Jeżeli wypowiedzenie umowy otrzymamy 25 kwietnia, okres wypowiedzenia zakończy się 31 maja i umowa zostanie rozwiązana z dniem 31 maja.

- 37. Jeżeli wypowiesz umowę, nie zwalnia Cię to z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.
- 38. Jeśli wypowiesz umowę, nie skutkuje to wypowiedzeniem umowy podstawowej.
- 39. Jeśli wypowiesz umowę podstawową, skutkuje to wypowiedzeniem umowy.

SKŁADKA

– od czego zależy i kiedy ją opłacać

- 40. Wysokość składki ustalamy na podstawie częstotliwości jej opłacania i sumy ubezpieczenia.
- 41. Wysokość składki znajdziesz w polisie.
- 42. Składkę opłacasz:
 - 1) w pełnej kwocie oraz
 - 2) razem ze składką za umowę podstawową, oraz
 - 3) za ten sam okres ochrony, co w umowie podstawowej.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

- 43. Datę początku ochrony znajdziesz w polisie.
- 44. Ochrona w umowie rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w umowie podstawowej.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się to ubezpieczenie

- 45. Okres ochrony w umowie kończy się w dniu, w którym:
 - 1) skończy się ochrona w umowie podstawowej;
 - 2) otrzymamy od Ciebie oświadczenie o odstąpieniu od umowy;
 - 3) skończy się okres wypowiedzenia umowy;
 - 4) skończy się czas trwania umowy – jeśli nie będzie przedłużona;
 - 5) umowa rozwiąże się za porozumieniem stron;
- 46. Zakończenie okresu ochrony w umowie nie powoduje zakończenia ochrony w umowie podstawowej.

WZNOWIENIE NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy można przywrócić ubezpieczenie

- 47. Wznowimy ochronę, jeśli pozwala na to umowa podstawowa.
- 48. Warunki wznowienia ochrony są takie same jak w umowie podstawowej.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

– czyli komu należy się wypłata

- 49. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA

– czyli jakich dokumentów potrzebujemy i kiedy wypłacimy świadczenie

- 50. Aby otrzymać świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu, dostarcz nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego – gdy pobyt w szpitalu się zakończył;
 - 3) dokument, który potwierdza pobyt w szpitalu, wydany przez lekarza prowadzącego – gdy pobyt w szpitalu się nie zakończył;
 - 4) dokumentację, która potwierdza okoliczności nieszczęśliwego wypadku.
- 51. Aby otrzymać świadczenie z tytułu operacji chirurgicznej, dostarcz nam dodatkowo dokumentację medyczną, która potwierdza wykonanie operacji chirurgicznej.
- 52. Aby otrzymać świadczenie refundacji poniesionych kosztów leczenia, dostarcz nam dodatkowo fakturę imienną lub rachunek imienny wystawione na Ciebie, które potwierdzają poniesione przez Ciebie koszty leczenia, wraz z zaleceniem lekarza.
- 53. Jeśli dostarczysz fakturę imienną lub rachunek imienny w walucie innej niż złoty polski (PLN), to kwota do wypłaty zostanie przeliczona na złote polskie (PLN) według średniego kursu Narodowego Banku Polskiego (NBP) z dnia wystawienia faktury imiennej lub rachunku imiennego.
- 54. Możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty, jeśli te już dostarczone do nas nie wystarczą, aby ustalić naszą odpowiedzialność.
- 55. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, dostarcz nam ich tłumaczenie na język polski – wykonane przez tłumacza przysięgłego.
- 56. Jeżeli nie otrzymamy dokumentów, o które prosiliśmy, a te które mamy, nie pozwalają ustalić naszej odpowiedzialności, możemy odmówić świadczenia.
- 57. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie całej dokumentacji, którą otrzymamy.
- 58. Świadczenie wypłacimy jednorazowo w terminie 30 dni od dnia, w którym otrzymamy Twój wniosek o wypłatę świadczenia.
- 59. Mamy prawo przesunąć termin wypłaty świadczenia, jeśli – z obiektywnych powodów – nie możemy w ciągu 30 dni ustalić prawa do świadczenia lub jego wysokości. Wówczas wypłacimy świadczenie do 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnimy te wątpliwości. Jednak bezsporną część świadczenia wypłacimy w terminie określonym w pkt 58.

KARTA APTECZNA PO POBYCIE W SZPITALU

– czyli komu i kiedy ją wydajemy

- 60. Prawo do otrzymania Karty aptecznej przysługuje Tobie.
- 61. Wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu jest jednocześnie wnioskiem do otrzymania Karty aptecznej.
- 62. W przypadku:
 - 1) rozwiązania umowy o współpracy ze świadczeniodawcą w zakresie Kart aptecznych;
 - 2) braku możliwości odbioru produktów w aptece z winy świadczeniodawcy – jego likwidacji lub upadłości
 - wypłacimy świadczenie jednorazowo w kwocie równej wysokości niewykorzystanego limitu na Karcie aptecznej.
- 63. Zasady aktywacji oraz korzystania z Karty aptecznej określamy w Regulaminie Karty aptecznej, który jest załącznikiem do tych OWU.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA

– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

- 64. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.
- 65. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć:
 - 1) na piśmie – osobiście albo wysłane pocztą w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe albo nadane w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej;
 - 2) na piśmie – wysłane na adres do doręczeń elektronicznych PZU Życie SA w rozumieniu Ustawy o doręczeniach elektronicznych: AE:PL-50066-37983-FBWRA-37, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o których mowa w ustawie o doręczeniach 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 lub na www.moje.pzu.pl.
- 66. 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.
- 67. 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 ppkt 1 – na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji.
- 68. 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.
- 69. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
- 70. Więcej o reklamacjach można dowiedzieć się z Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej oraz z Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.
- 71. Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
- 72. 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 to: www.rf.gov.pl.
- 73. Jeżeli Ty lub Twój spadkobierca jesteście konsumentami, możecie zwrócić się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
- 74. Językiem stosowanym przez nas w relacjach z konsumentem jest język polski.
- 75. W PZU Życie podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– co jeszcze jest ważne

- 76. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu umowy regulują w szczególności Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz Ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.
- 77. Jeśli zgodnie z prawem będziemy musieli potrącić ze świadczenia jakiegokolwiek kwoty, zwłaszcza podatek dochodowy, świadczenie zmniejszymy o te kwoty.
- 78. Prawem właściwym dla umowy jest prawo polskie.
- 79. W sprawach, których nie reguluje umowa, stosuje się ogólne warunki umowy podstawowej, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.
- 80. Wszystkie nasze powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą umowy, będziemy składać w formie pisemnej lub w innej formie, którą uzgodnimy z Tobą. Mają one skutek prawny z dniem, w którym je doręczymy.
- 81. Wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą umowy – oprócz reklamacji, skarg i zażeń – muszą być złożone w formie pisemnej lub w innej formie, którą uzgodniłeś z nami. Mają one skutek prawny z dniem, w którym zostaną nam doręczone.
- 82. Informować o każdej zmianie adresu musisz Ty oraz my.
- 83. Pózw w sprawach, które wynikają z umowy, można złożyć według przepisów o właściwości ogólnej zgodnie z Kodeksem postępowania cywilnego albo:
 - 1) przed sąd właściwy dla miejsca Twojego zamieszkania lub
 - 2) przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania Twojego spadkobiercy.
- 84. W ubezpieczeniu nie stosujemy stopy technicznej.
- 85. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej publikujemy na pzu.pl w części o relacjach inwestorskich.

REGULAMIN KARTY APTECZNEJ

Załącznik do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków LSKP32

Regulamin przedstawia zasady:

- aktywacji Karty aptecznej,
- korzystania z Karty aptecznej.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W regulaminie Karty aptecznej używamy terminów:
 - 1) **data ważności** – ostatni dzień miesiąca, który przypada po upływie trzech lat, licząc od końca miesiąca, w którym wydaliśmy decyzję o przyznaniu Ci Karty aptecznej;
 - 2) **dowód zakupu** – potwierdzenie zakupu produktów w aptece w okresie ważności Karty aptecznej (np. paragon, faktura);
 - 3) **duplikat Karty aptecznej** – karta, która została 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 przez Ciebie 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 zawiera:
 - 1) numer identyfikacyjny;
 - 2) kod paskowy;
 - 3) datę ważności;
 - 4) limit.
5. Kartę apteczną aktywujemy po złożeniu przez Ciebie dyspozycji aktywacji karty. Aktywacja nastąpi na podstawie Twoich danych osobowych oraz numeru identyfikacyjnego Karty aptecznej. Karta będzie aktywna najpóźniej następnego dnia. Informacje – jak aktywować Kartę apteczną znajdziesz w korespondencji dotyczącej Karty aptecznej.
6. 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 16, 17.

ZASADY UŻYWANIA KARTY APTECZNEJ

– czyli jak z niej skorzystać

7. Kartę apteczną trzeba aktywować przed odbiorem produktów w aptece.
8. Aby odebrać produkty z użyciem Karty aptecznej, pokaż aktywną Kartę apteczną w aptece, która akceptuje Karty apteczne.
9. Aby otrzymać zwrot pieniędzy za produkty zakupione w aptece bez użycia Karty aptecznej, zgłaszasz to do nas oraz przedstawiasz dowód zakupu produktów w aptece. Zwracamy pieniądze w ciągu 21 dni od daty zgłoszenia, do wysokości limitu pozostałego na Karcie aptecznej.
10. Karta apteczna nie podlega wymianie na gotówkę.
11. 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.
12. Jeśli wartość Twoich zakupów w aptece przekroczy limit na Karcie aptecznej, to za resztę zakupów płacisz z własnych środków.
13. Nie można zwrócić produktów odebranych za pomocą Karty aptecznej – z uwzględnieniem pkt. 23. i 24.
14. Wyplacimy Ci równowartość niewykorzystanego limitu na Karcie aptecznej w razie likwidacji lub upadłości świadczeniodawcy.
15. Jeśli utracisz, zniszczysz lub uszkodzisz Kartę apteczną, zgłoś to od razu na naszą infolinię.

BLOKADA KARTY APTECZNEJ

– czyli co się dzieje w takiej sytuacji

16. Kartę apteczną blokujemy, jeśli:
 - 1) nasza infolinia uzyska informację, że nie otrzymałeś Karty aptecznej po 30 dniach od jej wysłania – z przyczyn od nas niezależnych;
 - 2) zgłosisz na naszej infolinii utratę, zniszczenie lub uszkodzenie Karty aptecznej, które uniemożliwia jej użytkowanie.

- 17. Kartę apteczną blokujemy najpóźniej w następnym dniu po uzyskaniu przez naszą infolinię informacji z pkt. 16.
- 18. Blokada Karty aptecznej jest nieodwracalna.
- 19. 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

- 20. Duplikat Karty aptecznej wydajemy po jej zablokowaniu. Duplikat Karty aptecznej ma limit, który pozostał w momencie dokonania blokady.
- 21. Duplikat Karty aptecznej ma nowy, nieaktywny numer identyfikacyjny i jest nieaktywny. Kartę apteczną trzeba aktywować zgodnie z pkt 5.

REKLAMACJE ZWIĄZANE Z UŻYCIEM KARTY APTECZNEJ

– jak można ją zgłosić

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

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

- 25. W sprawach nie ustalonych w regulaminie, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.