801 102 102 pzu.pl
Opłata zgodna z taryfą operatora

m: kontakt@pzu.pl, t: +48 22 566 55 55
adres korespondencyjny: ul. Postępu 18a,
02-676 Warszawa

Szanowni Państwo,

przekazujemy następujące ogólne warunki ubezpieczenia:

- Grupowe ubezpieczenie PZU Na Życie Plus
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci spowodowanej wypadkiem w pracy
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek osierocenia dziecka
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci dziecka
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci dziecka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek urodzenia dziecka
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek wystąpienia u ubezpieczonego nowotworu złośliwego we wczesnym stadium
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek wystąpienia u małżonka albo partnera życiowego nowotworu złośliwego we wczesnym stadium
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby dziecka
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek specjalistycznego leczenia ubezpieczonego
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznych ubezpieczonego
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznych ubezpieczonego Plus
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie wypadek utraty sprawności w życiu codziennym
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek uszczerbku na zdrowiu dziecka spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiego uszkodzenia ciała spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek złamania kości przez ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie następstw wypadku na drodze lub wypadku w pracy - usługi medyczne
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie Zagraniczna konsultacja medyczna i usługi assistance
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie Asystent w czasie utraty zdrowia
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie W Razie Wypadku
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie Twoje zdrowie - usługi medyczne
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie z Kartą lekową
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego Plus
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego Plus
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego dziecka
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego dziecka Plus
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenia z Kartą apteczną
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego - usługi medyczne
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek choroby zakaźnej ubezpieczonego
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA PZU NA ŻYCIE PLUS

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

GRUPOWE UBEZPIECZENIE PZU NA ŻYCIE PLUS

Kod warunków: TWGP55

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 grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, kod warunków: TWGP55 (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 materiałem informacyjnym,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna być wyłączną podstawą do tego, aby podjąć decyzję o zawarciu umowy.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA – CO UBEZPIECZAMY?

Ubezpieczamy życie ubezpieczonego.
Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie naszej ochrony.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku śmierci ubezpieczonego wypłacamy uposażonemu świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci. W przypadku, gdy ubezpieczony wskazał kilku uposażonych, a niektórzy spośród nich zmarli przed śmiercią ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, wówczas przypadająca im część świadczenia zostanie rozdzielona proporcjonalnie pomiędzy pozostałych uposażonych. W przypadku, gdy ubezpieczony nie wskazał uposażonego albo gdy wszyscy uposażeni zmarli przed śmiercią ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, wówczas świadczenie przysługuje niżej wymienionym członkom rodziny ubezpieczonego według kolejności pierwszeństwa:
- małżonek w całości,
- dzieci w częściach równych,
- rodzice w częściach równych,
- inni ustawowi spadkobiercy ubezpieczonego w częściach równych.

Jest to umowa ubezpieczenia podstawowego. Istnieje możliwość rozszerzenia ochrony o dodatkowe ryzyka wypadkowe i chorobowe poprzez zawarcie odpowiednich umów dodatkowych.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ, KOGO UBEZPIECZAMY?

Umowę zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.
Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę obejmującą kilka wariantów ubezpieczenia. Umowa określa, kto może przystąpić do poszczególnych wariantów ubezpieczenia.

Do ubezpieczenia możesz przystąpić zgodnie z obowiązującymi w umowie wariantami ubezpieczenia, jeśli w dniu, w którym podpisujesz deklarację przystąpienia:
- łączy Cię z ubezpieczającym stosunek prawny oraz masz ukończone 16 lat i nie masz ukończonych 69 lat albo
- jesteś małżonkiem ubezpieczonego podstawowego oraz masz ukończone 16 lat i nie masz ukończonych 69 lat albo jesteś partnerem życiowym ubezpieczonego podstawowego oraz masz ukończone 18 lat i nie masz ukończonych 69 lat, albo
- jesteś pełnoletnim dzieckiem ubezpieczonego podstawowego i nie masz ukończonych 69 lat

oraz
- oświadczysz, że nie przebywasz na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych, na świadczeniu rehabilitacyjnym oraz 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.

Możesz przystąpić do ubezpieczenia, 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:

- łączy Cię z ubezpieczającym stosunek prawny i jesteś dopuszczony do pracy przez lekarza medycyny pracy, albo
- jesteś osobą fizyczną, która prowadzi działalność gospodarczą.

Jako ubezpieczony bliski, który bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia:
- nie był objęty innym naszym grupowym ubezpieczeniem na życie lub
- był objęty innymi naszymi grupowymi ubezpieczeniami na życie krócej niż 12 miesięcy bez względu na zachowanie ciągłości ochrony lub
- był objęty innymi naszymi grupowymi ubezpieczeniami na życie co najmniej 12 miesięcy, ale bez zachowania ciągłości ochrony,

możesz przystąpić do ubezpieczenia, jeśli w dniu podpisania deklaracji przystąpienia złożysz dodatkowo wymagane przez nas oświadczenie dotyczące zdrowia.

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia przekazujesz ubezpieczającemu podpisaną deklarację przystąpienia. Jeśli umowa obejmuje kilka wariantów ubezpieczenia, możesz przystąpić tylko do jednego wariantu ubezpieczenia.

JAK DŁUGO TRWA UMOWA?

Umowa zawierana jest pomiędzy PZU Życie SA a ubezpieczającym na czas określony. Czas trwania umowy potwierdzamy w polisie. Umowa przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać deklaracji przystąpienia.

GDZIE OBOWIĄZUJE UBEZPIECZENIE?

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

JAK I KIEDY PŁACI SIĘ SKŁADKĘ?

Ubezpieczający opłaca nam składki za wszystkich ubezpieczonych z częstotliwością miesięczną.
Termin opłacenia składki określany jest we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.

KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA?

O ile spełnisz warunki przystąpienia do ubezpieczenia określone w OWU, nasza ochrona względem Ciebie rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym:
- otrzymaliśmy podpisaną przez Ciebie deklarację przystąpienia, w której zgadzasz się na objęcie ochroną zgodnie z warunkami umowy, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia,
- otrzymaliśmy od ubezpieczającego wykaz ubezpieczonych, którzy podpisali deklaracje przystąpienia i jesteś wymieniony w tym wykazie,

nie wcześniej jednak niż w dniu zawarcia przez nas z ubezpieczającym umowy. Data początku ochrony wskazana jest w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

Jeżeli jesteś ubezpieczonym podstawowym, nasza ochrona kończy się względem Ciebie:
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy,
- z chwilą Twojej śmierci,
- z końcem miesiąca, w którym ustał stosunek prawny, jaki łączył Ciebie z ubezpieczającym (np. zakończyła się Twoja umowa o pracę); jeśli otrzymamy składkę za kolejny miesiąc, nasza ochrona kończy się z upływem tego kolejnego miesiąca,
- z końcem miesiąca poprzedzającego rocznicę polisy przypadającą w roku kalendarzowym, w którym kończysz 70 lat,
- z końcem miesiąca, w którym rezygnujesz z ochrony,
- z końcem miesiąca obowiązywania umowy na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś zgody na zmianę umowy,
- z upływem czasu trwania umowy w przypadku jej nieprzedłużenia,
- z dniem, w którym upłynie okres wypowiedzenia umowy określony w OWU,
- z końcem pierwszego miesiąca, za który nie otrzymaliśmy wszystkich składek – jeśli ubezpieczający nie przekaże zaległej składki w terminie w sytuacji, o której mowa w OWU,
- w dotychczasowym wariancie ubezpieczenia – z dniem rozpoczęcia ochrony względem Ciebie w innym wariancie ubezpieczenia.

Jeżeli jesteś ubezpieczonym bliskim, nasza ochrona kończy się względem Ciebie:
- z dniem zakończenia naszej ochrony względem ubezpieczonego podstawowego, którego jesteś małżonkiem albo partnerem życiowym lub pełnoletnim dzieckiem,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy,
- z chwilą Twojej śmierci,
- z dniem śmierci ubezpieczonego podstawowego, którego jesteś małżonkiem albo partnerem życiowym lub pełnoletnim dzieckiem,
- z końcem miesiąca, w którym ustał stosunek prawny, jaki łączył ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym; jeśli otrzymamy składkę za kolejny miesiąc, nasza ochrona kończy się z upływem tego kolejnego miesiąca,
- z końcem miesiąca poprzedzającego rocznicę polisy przypadającą w roku kalendarzowym, w którym kończysz 70 lat,
- z końcem miesiąca, w którym rezygnujesz z ochrony,

- z końcem miesiąca obowiązywania umowy na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś zgody na zmianę umowy,
- z upływem czasu trwania umowy w przypadku jej nieprzedłużenia,
- z dniem, w którym upłynie okres wypowiedzenia umowy określony w OWU,
- z końcem pierwszego miesiąca, za który nie otrzymaliśmy wszystkich składek – jeśli ubezpieczający nie przekaże zaległej składki w terminie w sytuacji, o której mowa w OWU,
- w dotychczasowym wariancie ubezpieczenia – z dniem rozpoczęcia ochrony względem Ciebie w innym wariancie ubezpieczenia,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym otrzymaliśmy powiadomienie o rozwiązaniu małżeństwa z ubezpieczonym podstawowym,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym ubezpieczony podstawowy wskazał nowego partnera życiowego lub zrezygnował ze wskazania Ciebie jako partnera życiowego.

GŁÓWNE WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA OCHRONY – CZEGO NIE OBEJMUJE UBEZPIECZENIE?

Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, których nie podałeś do naszej wiadomości. Jeżeli nie podałeś umyślnie do naszej wiadomości wszystkich znanych Tobie okoliczności, o które pytaliśmy w deklaracji przystąpienia lub w innym piśmie, przed przystąpieniem do ubezpieczenia, 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 ubezpieczenia, to nie możemy podnieść zarzutu, że przy przystępowaniu do ubezpieczenia podałeś nieprawdziwe informacje.

Nie wypłacimy świadczenia w przypadku:
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia o ile nie jesteśmy w stanie ustalić swojej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia na podstawie innych dowodów,
- śmierci ubezpieczonego, jeśli nastąpiła w wyniku samobójstwa ubezpieczonego – popełnionego w ciągu 2 lat od początku okresu ochrony.

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 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 umowy poprzez złożenie nam pisemnego oświadczenia o jej nieprzedłużaniu najpóźniej 30 dni przed jej 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 ppkt 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 o 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, kod warunków TWGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.
Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1 pkt 3-4 pkt 13-15 pkt 62-65 pkt 66-71
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1 pkt 5-10 pkt 11-12 pkt 26 pkt 28-29 pkt 37 pkt 38-39 pkt 63

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA PZU NA ŻYCIE PLUS

Kod OWU: TWGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte w OWU terminy

1. W OWU używamy terminów:

1) **ciągłość ochrony** – brak przerwy pomiędzy okresem, za który przekazano ostatnią składkę za ubezpieczonego w dotychczasowym ubezpieczeniu grupowym na życie w PZU Życie a okresem, za który przekazano za tego ubezpieczonego pierwszą składkę na tę umowę, a w przypadku zmiany wariantu ubezpieczenia – brak przerwy pomiędzy okresem, za który przekazano ostatnią składkę za ubezpieczonego w dotychczasowym wariancie ubezpieczenia a okresem, za który przekazano za tego ubezpieczonego pierwszą składkę w nowym wariancie ubezpieczenia. Brak przerwy oznacza, że w dotychczasowym ubezpieczeniu grupowym na życie w PZU Życie lub wariancie ubezpieczenia kończy się ochrona w odniesieniu do ubezpieczonego z ostatnim dniem miesiąca i od pierwszego dnia kolejnego miesiąca rozpoczyna się ochrona w tej umowie lub w nowym wariancie ubezpieczenia;
2) **czynnik zewnętrzny** – każdy czynnik, który pochodzi spoza organizmu osoby, która uległa nieszczęśliwemu wypadkowi i w danych warunkach może wywołać szkodliwe dla niej skutki;
3) **deklaracja** – formularz w formie papierowej albo formularz internetowy dostępny w Serwisie mojePZU, w którym oświadczasz, że chcesz:
   a) przystąpić do ubezpieczenia (deklaracja przystąpienia) albo,
   b) zmienić wariant ubezpieczenia lub zmienić dane podane wcześniej PZU Życie (deklaracja zmiany);
4) **dokumentacja medyczna** – dokumentacja, która zawiera opis stanu zdrowia lub udzielonych świadczeń zdrowotnych, sporządzona przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, osoby wykonujące zawód medyczny oraz inne osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
5) **dzień przystąpienia do ubezpieczenia** – dzień, w którym rozpoczyna się nasza ochrona względem Ciebie (z zastrzeżeniem postanowień dotyczących karencji);
6) **indywidualne potwierdzenie ubezpieczenia** – dokument, który potwierdza warunki Twojego ubezpieczenia;
7) **karencja** – okres, w którym nie ponosimy odpowiedzialności za zdarzenie objęte ubezpieczeniem;
8) **my/PZU Życie/ubezpieczyciel** – Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
9) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie, które:
   a) jest gwałtowne i niespodziewane oraz
   b) jest wywołane czynnikiem zewnętrznym, oraz
   c) jest wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia, które obejmuje ubezpieczenie, oraz
   d) nie zależy od woli i stanu zdrowia osoby, która uległa nieszczęśliwemu wypadkowi;
10) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec Ciebie (z zastrzeżeniem postanowień dotyczących karencji);
11) **partner życiowy** – osoba, która pozostaje z ubezpieczonym we wspólnym pożyciu oraz:
   a) nie jest krewnym ubezpieczonego oraz
   b) nie pozostaje w związku małżeńskim oraz
   c) ubezpieczony wskazał ją w swojej deklaracji.

   Partner życiowy, który jest wskazany w deklaracji ubezpieczonego podstawowego lub ubezpieczonego pełnoletniego dziecka i nie składa własnej deklaracji przystąpienia – nie jest ubezpieczonym.

   Partner życiowy, który jest wskazany w deklaracji ubezpieczonego podstawowego i składa odrębną deklarację przystąpienia – jest ubezpieczonym bliskim.

   Wskazanie partnera życiowego obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym ubezpieczony wskazał partnera życiowego. Ubezpieczony może wskazać partnera życiowego tylko wtedy, gdy sam nie pozostaje w związku małżeńskim. Ubezpieczony może zmienić wskazanego w deklaracji partnera życiowego raz w każdym roku polisowym.
12) **pełnoletnie dziecko** – dziecko:
   a) ubezpieczonego podstawowego,

b) małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego podstawowego,
– które ukończyło 18 lat;

13) **placówka dla przewlekle 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;
14) **podpisanie deklaracji** – złożenie odręcznego podpisu pod treścią deklaracji albo złożenie oświadczenia woli w zakresie objętym treścią deklaracji w innej formie, na którą strony wyrażą zgodę, przez osobę do tego uprawnioną;
15) **polisa** – dokument, który potwierdza zawarcie umowy i jej warunki;
16) **realizacja świadczenia** – wypłata ubezpieczonemu albo uprawnionemu świadczenia pieniężnego albo realizacja usługi na rzecz ubezpieczonego w razie zajścia zdarzenia objętego naszą ochroną;
17) **rocznica polisy** – każda rocznica dnia, w którym została zawarta umowa;
18) **rok polisowy** – każdy okres kolejnych 12 miesięcy obowiązywania umowy rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy albo w każdą rocznicę polisy i kończący się ostatniego dnia dwunastego miesiąca liczonego od dnia zawarcia umowy albo od rocznicy polisy;
19) **Serwis mojePZU** – internetowy serwis dostępny za pośrednictwem strony moje.pzu lub aplikacji mobilnej, który umożliwia dostęp do informacji o ubezpieczeniu, kontakt z PZU Życie oraz korzystanie z usług wymienionych w Regulaminie świadczenia usług drogą elektroniczną Serwisu mojePZU;
20) **stosunek prawny** – umowa o pracę, umowa zlecenia, umowa o dzieło, umowa agencyjna, kontrakt, powołanie, lub inny stosunek prawny łączący ubezpieczającego z ubezpieczonym podstawowym, który zaakceptujemy;
21) **strona umowy** – PZU Życie, ubezpieczający;
22) **Ty/ubezpieczony** – osoba fizyczna, która przystąpiła do ubezpieczenia oraz:
    a) łączy ją stosunek prawny z ubezpieczającym (ubezpieczony podstawowy),
    b) jest małżonkiem albo partnerem życiowym, albo pełnoletnim dzieckiem ubezpieczonego podstawowego (ubezpieczony bliski);
23) **ubezpieczający** – podmiot, który zawarł umowę z PZU Życie;
24) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
25) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, o którą można rozszerzyć ubezpieczenie podstawowe;
26) **umowa** – umowa grupowego ubezpieczenia zawarta przez strony umowy na wniosek ubezpieczającego, na którą składa się ubezpieczenie podstawowe albo ubezpieczenie podstawowe i ubezpieczenia dodatkowe;
27) **uposażony** – osoba fizyczna lub inny podmiot prawa wskazani przez ubezpieczonego jako uprawnieni do otrzymania świadczenia w razie śmierci tego ubezpieczonego;
28) **uprawniony** – osoba, która w określonych sytuacjach może ubiegać się o wypłatę świadczenia pieniężnego, czyli: uposażony, spadkobierca ubezpieczonego, osoba wymieniona w pkt 65 OWU, spadkobierca tych osób;
29) **wariant/warianty ubezpieczenia** – wybrany przez ubezpieczającego zakres ochrony ubezpieczeniowej potwierdzony polisą.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA
– czyli co ubezpieczamy

2. Ubezpieczamy Twoje życie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA
– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

3. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie ochrony.
4. W razie śmierci ubezpieczonego w okresie ochrony, wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

KARENCJA
– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia nie ponosimy odpowiedzialności lub ponosimy ją w ograniczonym zakresie

5. W przypadkach opisanych w pkt 6–9 OWU w okresie pierwszych 6 miesięcy liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia obowiązuje karencja. Ponosimy jednak odpowiedzialność, jeżeli w okresie karencji śmierć nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
6. Jeśli jesteś ubezpieczonym podstawowym, karencja ma względem Ciebie zastosowanie, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:
    1) zawarcia umowy – 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.
7. Jeśli jesteś małżonkiem ubezpieczonego podstawowego (ubezpieczonym bliskim), karencja ma względem Ciebie zastosowanie, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia 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.

8. Jeśli jesteś partnerem życiowym ubezpieczonego podstawowego (ubezpieczonym bliskim), karencja ma względem Ciebie zastosowanie, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia 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.

9. Jeśli jesteś pełnoletnim dzieckiem ubezpieczonego podstawowego (ubezpieczonym bliskim), karencja ma względem Ciebie zastosowanie, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia 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 przez Ciebie 18 lat, jeśli miało to miejsce po zawarciu umowy.

10. W przypadku zmiany wariantu ubezpieczenia u tego samego ubezpieczającego, z zachowaniem ciągłości ochrony, karencja ma zastosowanie na kwotę różnicy pomiędzy obecną a poprzednią wysokością świadczenia oraz na różnicę w zakresie ubezpieczenia. Okres karencji określony jest w ubezpieczeniu podstawowym (pkt 5 OWU) i ubezpieczeniach dodatkowych. Karencja nie ma zastosowania, jeśli zdarzenie było spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

11. Dla celów określenia wyłączeń ochrony używamy terminów:
1) **akty terroru** – są to 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) **działania wojenne** – są to działania sił zbrojnych, które dążą do rozbicia sił zbrojnych przeciwnika na lądzie, w powietrzu lub na morzu;
3) **masowe rozruchy społeczne** – są to wystąpienia grupy społecznej przeciw strukturom, które sprawują władzę na mocy prawa, spowodowane niezadowoleniem z sytuacji politycznej, ekonomicznej lub społecznej; masowym rozruchom społecznym zwykle towarzyszą akty przemocy fizycznej.

12. Nie ponosimy odpowiedzialności za śmierć 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 wyniku samobójstwa ubezpieczonego – popełnionego w ciągu 2 lat od początku okresu ochrony;
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 zajście wypadku komunikacyjnego.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

13. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.

14. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

15. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może ulec zmianie za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy, kiedy ją opłacać i skutki jej nieopłacenia

16. Wysokość składki za ubezpieczonego:
1) określamy we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzamy w polisie;
2) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu podstawowym;
3) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
4) zależy od:
   a) sumy ubezpieczenia,
   b) zakresu ubezpieczenia,
   c) wysokości świadczenia,
   d) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

17. Ubezpieczający opłaca nam składki za wszystkich ubezpieczonych z częstotliwością miesięczną.
Termin opłacenia składki określany jest we wniosku o zawarcie umowy i polisie.

18. Składkę uważamy za opłaconą, gdy wpłynie na rachunek bankowy, który wskazaliśmy.
19. W razie zaległości w opłacaniu składki, każdą wpłatę przeznaczymy w pierwszej kolejności na pokrycie tych zaległości.
20. Jeśli składka nie zostanie zapłacona w terminie:
1) wezwiemy ubezpieczającego do jej zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania. W wezwaniu podamy do wiadomości ubezpieczającego skutek braku terminowej zapłaty składki, tj. zawieszenie ochrony wobec wszystkich ubezpieczonych oraz maksymalny okres zawieszenia. Możemy zawiesić ochronę na okres maksymalnie dwóch miesięcy liczony:
   a) od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym została zawarta umowa – w razie zaległości w zapłacie pierwszej składki albo
   b) od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, za który nie otrzymaliśmy kolejnej składki – w razie braku wpłaty kolejnej składki;
2) po bezskutecznym upływie terminu na zapłatę składki wskazanego w wezwaniu, o którym mowa w ppkt 1, ponownie wezwiemy ubezpieczającego do zapłaty składki w terminie 7 dni od otrzymania przez ubezpieczającego naszego wezwania. W wezwaniu podamy do wiadomości ubezpieczającego skutek niezapłacenia składki we wskazanym terminie, tj. uznanie umowy za wypowiedzianą przez ubezpieczającego ze skutkiem na dzień, w którym upływa drugi miesiąc braku wpłaty zaległej składki, z tym że nie później niż z końcem okresu na jaki umowa została zawarta.
   Skutek w postaci uznania umowy za wypowiedzianą przez ubezpieczającego nie nastąpi, jeśli przed upływem terminu jego nastąpienia, ubezpieczający zapłaci całą zaległą składkę.

ZAWIERANIE UMOWY
– co będzie do tego potrzebne

21. Ubezpieczający, zanim zawrze z nami umowę, otrzyma od nas OWU oraz potrzebne formularze.
22. Aby zawrzeć z nami umowę, ubezpieczający składa:
1) wniosek o zawarcie umowy;
2) deklaracje przystąpienia podpisane przez osoby, które chcą przystąpić do ubezpieczenia;
3) wykaz osób, które podpisały deklaracje przystąpienia;
4) inne dokumenty, o ile są niezbędne do zawarcia umowy na podstawie przepisów prawa.
23. Mamy prawo odmówić zawarcia umowy.
24. Zawarcie umowy potwierdzamy polisą.
25. Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę obejmującą kilka wariantów ubezpieczenia. Umowa określa, kto może przystąpić do poszczególnych wariantów ubezpieczenia.

PRZYSTĄPIENIE DO UBEZPIECZENIA
– czyli kogo i w jaki sposób ubezpieczamy

26. Do ubezpieczenia możesz przystąpić zgodnie z obowiązującymi w umowie wariantami ubezpieczenia, jeśli w dniu, w którym podpisujesz deklarację przystąpienia:
1) łączy Cię z ubezpieczającym stosunek prawny oraz masz ukończone 16 lat i nie masz ukończonych 69 lat albo
2) jesteś małżonkiem ubezpieczonego podstawowego oraz masz ukończone 16 lat i nie masz ukończonych 69 lat albo jesteś partnerem życiowym ubezpieczonego podstawowego oraz masz ukończone 18 lat i nie masz ukończonych 69 lat, albo
3) jesteś pełnoletnim dzieckiem ubezpieczonego podstawowego i nie masz ukończonych 69 lat

oraz

4) oświadczysz, że nie przebywasz na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych, na świadczeniu rehabilitacyjnym oraz 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 27–31 OWU.

27. Możesz przystąpić do ubezpieczenia, 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, albo
2) jesteś osobą fizyczną, która prowadzi działalność gospodarczą.

28. Jako ubezpieczony bliski, który bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia:
1) nie był objęty innym naszym grupowym ubezpieczeniem na życie lub
2) był objęty innymi naszymi grupowymi ubezpieczeniami na życie krócej niż 12 miesięcy bez względu na zachowanie ciągłości ochrony lub;
3) był objęty innymi naszymi grupowymi ubezpieczeniami na życie co najmniej 12 miesięcy, ale bez zachowania ciągłości ochrony,

możesz przystąpić do ubezpieczenia, jeśli w dniu podpisania deklaracji przystąpienia złożysz dodatkowo wymagane przez nas oświadczenie dotyczące zdrowia.

29. Przed przystąpieniem do ubezpieczenia przekazujesz ubezpieczającemu podpisaną deklarację przystąpienia. Jeśli umowa obejmuje kilka wariantów ubezpieczenia, możesz przystąpić tylko do jednego wariantu ubezpieczenia.
30. Jeśli nie spełnisz warunków przystąpienia do ubezpieczenia wskazanych w OWU – nie obejmiemy Cię ochroną.
31. Niezależnie od spełnienia warunków przystąpienia do ubezpieczenia określonych w OWU możemy odmówić objęcia Cię ochroną. Odmowę przekazujemy ubezpieczającemu.

32. Jeśli otrzymamy kwotę na poczet składki za osobę, która nie spełniła warunków przystąpienia do ubezpieczenia określonych w OWU lub za osobę, której odmówimy objęcia ochroną, jesteśmy zobowiązani do jej zwrotu ubezpieczającemu.

33. Zobowiązany jesteś podać do naszej wiadomości wszystkie znane Tobie okoliczności, o które pytamy w deklaracji przystąpienia albo w innym piśmie przed przystąpieniem przez Ciebie do ubezpieczenia.

34. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, których z naruszeniem pkt 33 OWU nie podałeś do naszej wiadomości. Jeżeli nie podałeś umyślnie do naszej wiadomości wszystkich znanych Tobie okoliczności, o które pytaliśmy w deklaracji przystąpienia lub w innym piśmie, przed przystąpieniem do ubezpieczenia, 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 ubezpieczenia, to nie możemy podnieść zarzutu, że przy przystępowaniu do ubezpieczenia podałeś nieprawdziwe informacje.

35. Jeśli umowa obejmuje kilka wariantów ubezpieczenia, możesz złożyć nam oświadczenie woli zmiany wariantu ubezpieczenia w dowolnym momencie trwania umowy (z tym, że ochrona w nowym wariancie ubezpieczenia rozpocznie się względem Ciebie od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie dotyczące zmiany wariantu ubezpieczenia), chyba że postanowienia w ogólnych warunkach ubezpieczeń dodatkowych stanowią inaczej.

36. PZU Życie, aby umożliwić ubezpieczonemu zdalne wykonywanie czynności związanych z umową ubezpieczenia udostępnia Serwis mojePZU. Po przystąpieniu do (umowy) grupowego ubezpieczenia ubezpieczony otrzyma jednorazowe hasło oraz login do mojePZU. Korzystanie z mojePZU jest możliwe po zalogowaniu się oraz zaakceptowaniu przez ubezpieczonego Regulaminu mojePZU. Jednorazowe hasło wygasa po 3 dniach od jego otrzymania. Po wygaśnięciu jednorazowego hasła założenie konta na mojePZU jest możliwe na zasadach opisanych na stronie https://moje.pzu.pl. Korzystanie z mojePZU jest dobrowolne i nieodpłatne.

POCZĄTEK OKRESU OCHRONY

– czyli od kiedy Ciebie ubezpieczamy

37. Z zastrzeżeniem pkt 5–10 OWU i o ile spełnisz warunki przystąpienia do ubezpieczenia określone w OWU, nasza ochrona względem Ciebie rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym:

1) otrzymaliśmy podpisaną przez Ciebie deklarację przystąpienia, w której zgadzasz się na objęcie ochroną zgodnie z warunkami umowy, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia;
2) otrzymaliśmy od ubezpieczającego wykaz ubezpieczonych, którzy podpisali deklaracje przystąpienia i jesteś wymieniony w tym wykazie,

nie wcześniej jednak niż w dniu zawarcia przez nas z ubezpieczającym umowy. Data początku ochrony wskazana jest w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

KONIEC OKRESU OCHRONY

– czyli kiedy kończy się nasza ochrona

38. 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 otrzymamy składkę za kolejny miesiąc, nasza ochrona kończy się z upływem tego kolejnego miesiąca;
4) z końcem miesiąca poprzedzającego rocznicę polisy przypadającą w roku kalendarzowym, w którym kończysz 70 lat;
5) z końcem miesiąca, w którym rezygnujesz z ochrony;
6) z końcem miesiąca obowiązywania umowy na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś zgody na zmianę umowy, w sytuacji, o której mowa w pkt 41 OWU;
7) z upływem czasu trwania umowy w przypadku jej nieprzedłużenia;
8) z dniem, w którym upłynie okres wypowiedzenia umowy określony w pkt 55 OWU;
9) z końcem pierwszego miesiąca, za który nie otrzymaliśmy wszystkich składek – jeśli ubezpieczający nie przekaże zaległej składki w terminie w sytuacji, o której mowa w pkt 57 w związku z pkt 20 ppkt 2 OWU;
10) w dotychczasowym wariancie ubezpieczenia – z dniem rozpoczęcia ochrony względem Ciebie w innym wariancie ubezpieczenia.

39. Jeżeli jesteś ubezpieczonym bliskim, nasza ochrona kończy się względem Ciebie:

1) z dniem zakończenia naszej ochrony względem ubezpieczonego podstawowego, którego jesteś małżonkiem albo partnerem życiowym lub pełnoletnim dzieckiem;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy;
3) z chwilą Twojej śmierci;
4) z dniem śmierci ubezpieczonego podstawowego, którego jesteś małżonkiem albo partnerem życiowym lub pełnoletnim dzieckiem;
5) z końcem miesiąca, w którym ustał stosunek prawny, jaki łączył ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym; jeśli otrzymamy składkę za kolejny miesiąc, nasza ochrona kończy się z upływem tego kolejnego miesiąca;
6) z końcem miesiąca poprzedzającego rocznicę polisy przypadającą w roku kalendarzowym, w którym kończysz 70 lat;
7) z końcem miesiąca, w którym rezygnujesz z ochrony;
8) z końcem miesiąca obowiązywania umowy na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś zgody na zmianę umowy, w sytuacji, o której mowa w pkt 41 OWU;

9) z upływem czasu trwania umowy w przypadku jej nieprzedłużenia;
10) z dniem, w którym upłynie okres wypowiedzenia umowy określony w pkt 55 OWU;
11) z końcem pierwszego miesiąca, za który nie otrzymaliśmy wszystkich składek – jeśli ubezpieczający nie przekaże zaległej składki w terminie w sytuacji, o której mowa w pkt 57 w związku z pkt 20 ppkt 2 OWU;
12) w dotychczasowym wariancie ubezpieczenia – z dniem rozpoczęcia ochrony względem Ciebie w innym wariancie ubezpieczenia;
13) z ostatnim dniem miesiąca, w którym otrzymaliśmy powiadomienie o rozwiązaniu małżeństwa z ubezpieczonym podstawowym;
14) z ostatnim dniem miesiąca, w którym ubezpieczony podstawowy wskazał nowego partnera życiowego lub zrezygnował ze wskazania Ciebie jako partnera życiowego.

ZMIANY W UMOWIE
– jak można je wprowadzić

40. Wszelkie zmiany umowy wymagają zachowania formy pisemnej albo dokumentowej.
41. Potrzebna jest Twoja zgoda na zmianę umowy na niekorzyść Twoją lub uprawnionego. Oświadczenie obejmujące Twoją zgodę składasz ubezpieczającemu.

ZAWIESZENIE UMOWY NA WNIOSEK UBEZPIECZAJĄCEGO
– kiedy następuje i co oznacza

42. Na wniosek ubezpieczającego możemy zawiesić obowiązywanie umowy na określony czas, w którym nie ponosimy odpowiedzialności. Okres zawieszenia umowy obejmuje zawsze pełne miesiące kalendarzowe.
43. Zawieszenie umowy jest możliwe, jeżeli na dzień składania wniosku ubezpieczający ma opłacone wszystkie wymagalne na podstawie umowy składki.
44. Ubezpieczający zwolniony jest z obowiązku opłacania składek z tytułu umowy za okres zawieszenia umowy. Po zakończeniu zawieszenia umowy ubezpieczający opłaca składki w terminie w jakim są wymagalne.
45. Ubezpieczający ma obowiązek poinformować ubezpieczonych o zamiarze zawieszenia umowy oraz uzyskać ich zgodę na zawieszenie umowy.
46. Nie ponosimy odpowiedzialności za zdarzenia objęte zakresem ubezpieczenia w umowie, które wystąpiły w okresie zawieszenia umowy.
47. W okresie zawieszenia umowy nie zawiesza się biegu okresów karencji, mających zastosowanie w stosunku do ubezpieczonych na podstawie umowy.
48. Wznowienie umowy odbywa się pierwszego dnia kalendarzowego, następującego po zakończeniu okresu zawieszenia umowy, bez zastosowania dodatkowych (nowych) okresów karencji, z zastrzeżeniem konieczności odbycia przez ubezpieczonych okresów karencji, które nie zakończyły się w trakcie zawieszenia umowy.

CZAS TRWANIA UMOWY
– czyli na jaki okres zawieramy umowę

49. Ubezpieczający zawiera z nami umowę na czas określony. Czas trwania umowy potwierdzamy w polisie.

PRZEDŁUŻENIE UMOWY
– czyli jakie są zasady przedłużenia umowy

50. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej, umowa przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać deklaracji przystąpienia.
51. 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.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z umowy

52. Ubezpieczający może odstąpić od umowy, 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.

53. Odstąpienie od umowy nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
54. Jeśli ubezpieczający odstąpi od umowy po opłaceniu składki, zwrócimy mu składkę zmniejszoną o kwotę składki za okres udzielanej ochrony.

WYPOWIEDZENIE UMOWY
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z umowy

55. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie bez podania przyczyny, z zachowaniem trzymiesięcznego terminu wypowiedzenia. Oświadczenie o wypowiedzeniu powinno zostać złożone na piśmie.
56. W przypadku określonym w pkt 55 umowa rozwiązuje się z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym upływa trzymiesięczny termin wypowiedzenia.

PRZYKŁAD

Jeżeli wypowiedzenie umowy otrzymamy 25 sierpnia, to umowa rozwiązuje się z dniem 30 listopada. W okresie wypowiedzenia ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty składki.

57. Umowę uważa się za wypowiedzianą przez ubezpieczającego w przypadku opisanym w pkt 20 ppkt 2 OWU.

TWOJE PRAWA I OBOWIĄZKI
– czyli o czym ubezpieczony powinien pamiętać

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

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO
– czyli jakie zobowiązania bierze na siebie ubezpieczający

60. Ubezpieczający musi:
1) doręczyć warunki umowy, w tym OWU, osobom przystępującym do ubezpieczenia. Ubezpieczający może doręczyć warunki umowy, w tym OWU, na piśmie albo na innym trwałym nośniku jeżeli osoba przystępująca do ubezpieczenia wyrazi na to zgodę. Powinien to zrobić, zanim osoby te podpiszą deklaracje przystąpienia;
2) terminowo przekazać nam podpisane deklaracje przystąpienia;
3) niezwłocznie informować nas o zmianie danych osobowych i teleadresowych: ubezpieczającego, a także ubezpieczonych, uposażonych – jeśli wcześniej ubezpieczony nie zgłosił nam tych zmian;
4) niezwłocznie informować nas o wystąpieniu w odniesieniu do ubezpieczonego przesłanki powodującej zakończenie ochrony zgodnie z OWU;
5) opłacać nam składki za okres udzielanej ochrony w terminie określonym we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonym w polisie;
6) dostarczać nam rozliczenie składek do końca miesiąca, którego dotyczy rozliczenie i wykaz ubezpieczonych w terminie wskazanym w pkt 37 OWU;
7) 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;
8) przekazywać nam wykaz osób, które wyraziły względem niego zgodę na zmianę umowy w sytuacji, o której mowa w pkt 41 OWU oraz na nasze żądanie przekazywać nam oświadczenia, o których mowa w pkt 41 zdanie 2 OWU;
9) na naszą prośbę przekazywać ubezpieczonym inne dokumenty lub informacje, które są niezbędne do właściwej realizacji umowy, w tym przekazywać informację o odmowie objęcia ochroną, zawieszeniu ochrony, w sytuacji określonej w pkt 20 OWU oraz informacje o zawieszeniu umowy;
10) wyznaczyć osobę, która będzie odpowiadała za wykonywanie przez niego umowy oraz poinformować ubezpieczonych i nas o tym, że wyznaczył taką osobę.

NASZE OBOWIĄZKI
– czyli jakie zobowiązania bierze na siebie PZU Życie

61. 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 61 ppkt 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 – 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 lub
   b) ubezpieczającemu, lub
   c) uprawnionemu, lub
   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 ubezpieczenia,
   c) kopie dokumentów, które wtedy powstały.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

62. Wypłata świadczenia przysługuje uposażonym. Możesz ich dowolnie wskazać, zmienić lub odwołać.
63. Wypłaty świadczenia nie otrzyma osoba, która umyślnie przyczyniła się do Twojej śmierci.
64. Jeśli wskażesz kilku uposażonych, a niektórzy z nich umrą przed Tobą lub utracą prawo do wypłaty świadczenia, wtedy należne im świadczenie rozdzielimy proporcjonalnie pomiędzy pozostałych uposażonych.
65. Jeżeli nie wskażesz 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.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

66. 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.

67. Możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty, jeśli te już dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata świadczenia jest należna.
68. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, osoba, która składa wniosek, musi dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
69. O wypłacie świadczenia decydujemy w oparciu o wyżej wymienioną dokumentację.
70. Świadczenie wypłacimy jednorazowo, najpóźniej w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym ubezpieczeniem.
71. 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 70 OWU.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA
– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

72. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.
73. 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.

74. 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.

75. 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.

76. 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.

77. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.

78. Więcej o reklamacjach można dowiedzieć się z „Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym" oraz z „Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń".

79. Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.

80. 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.

81. Jeśli ubezpieczony albo ubezpieczający, uposażony i uprawniony są konsumentami, mogą zwrócić się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.

82. Językiem stosowanym przez nas w relacjach z konsumentem jest język polski.

83. W PZU Życie podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

84. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu umowy ubezpieczenia regulują „Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych" oraz „Ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych".

85. Jeśli zgodnie z prawem będziemy musieli potrącić z wypłaty świadczenia jakiekolwiek kwoty, zwłaszcza podatek dochodowy, wypłatę świadczenia zmniejszymy o te kwoty.

86. Prawem właściwym dla tej umowy jest prawo polskie.

87. W sprawach, których nie reguluje ta umowa, stosuje się: przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej" oraz inne przepisy prawa.

88. Wszystkie nasze powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą umowy, będziemy składać w formie pisemnej lub w innej formie, którą uzgodniliśmy z ubezpieczającym. Mają one skutek prawny z dniem, w którym je doręczymy.

89. 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 zostaną nam doręczone.

90. Ubezpieczony, ubezpieczający oraz PZU Życie są zobowiązani przekazywać sobie informacje o każdej zmianie adresu.

91. Pozew w sprawach, które wynikają z niniejszej umowy, można złożyć według przepisów o właściwości ogólnej zgodnie z Kodeksem postępowania cywilnego albo:
1) do sądu właściwego dla siedziby ubezpieczającego lub miejsca zamieszkania ubezpieczonego lub
2) do sądu właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego.

92. W umowie nie stosujemy stopy technicznej.

93. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej publikujemy na pzu.pl w części o relacjach inwestorskich.tera

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Kod warunków: NWGP55

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 śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków: NWGP55 (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 życie ubezpieczonego.
Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
Zarówno śmierć, jak i nieszczęśliwy wypadek, który ją spowoduje, muszą wystąpić w okresie ochrony.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem wypłacamy uposażonemu świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci. W stosunku do uposażonego, w tym w zakresie trybu i sposobu jego wskazywania, zmiany i odwoływania, stosuje się zasady przyjęte w ubezpieczeniu podstawowym – Grupowym ubezpieczeniu PZU Na Życie Plus.

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.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.

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.

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 na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

JAK I KIEDY PŁACI 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.

Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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 – CZYLI CZEGO NIE OBEJMUJE UBEZPIECZENIE?

Nie wypłacimy świadczenia w przypadku:
- gdy ubezpieczony był 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 zajście nieszczęśliwego wypadku,
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia o ile nie jesteśmy w stanie ustalić swojej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia na podstawie innych dowodów.

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 ppkt 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków NWGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika 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 pkt 4-7 pkt 9-11 pkt 29-30 pkt 31-35 pkt 36
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 6-7 pkt 8 pkt 26-27 pkt 28 pkt 31 pkt 36

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

Kod OWU: NWGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
1) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
2) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
3) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe.

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 dodatkowego obejmuje śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

5. W razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

6. Zarówno śmierć, jak i nieszczęśliwy wypadek, który ją spowoduje, muszą wystąpić w okresie ochrony.

7. 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.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

8. Nasza odpowiedzialność 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) nie mając uprawnień do prowadzenia pojazdu, które są określone w przepisach prawa lub
   b) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo 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 zajście wypadku komunikacyjnego;

5) gdy ubezpieczony był 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 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;
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.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

9. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.
10. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
11. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może ulec zmianie za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

12. Wysokość składki za ubezpieczonego:
1) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
2) zależy od:
a) sumy ubezpieczenia,
b) wysokości świadczenia,
c) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.
13. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
14. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

15. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.
16. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

17. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

18. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
19. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

20. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
21. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.

22. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

23. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
24. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
25. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

26. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
27. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

28. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

29. Prawo do świadczenia przysługuje uposażonemu.
30. Uposażonego możesz wskazać, zmienić lub odwołać na takich samych zasadach jak w ubezpieczeniu podstawowym.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

31. Wypłaty świadczenia nie otrzyma osoba, która umyślnie przyczyniła się do Twojej śmierci.
32. 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;
4) dokument, który potwierdza okoliczności nieszczęśliwego wypadku.

33. Możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty, jeśli te już dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata świadczenia jest należna.
34. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, osoba, która składa wniosek, musi dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
35. O wypłacie świadczenia decydujemy w oparciu o wyżej wymienioną dokumentację.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

36. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ WYPADKIEM KOMUNIKACYJNYM

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ WYPADKIEM KOMUNIKACYJNYM

Kod warunków: WKGP55

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 śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym, kod warunków: WKGP55 (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 życie ubezpieczonego.
Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje śmierć ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego.
Zarówno śmierć, jak i wypadek komunikacyjny, który ją spowoduje, muszą wystąpić w okresie ochrony.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym wypłacamy uposażonemu świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci. W stosunku do uposażonego, w tym w zakresie trybu i sposobu jego wskazywania, zmiany i odwoływania, stosuje się zasady przyjęte w ubezpieczeniu podstawowym – Grupowym ubezpieczeniu PZU Na Życie Plus.

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.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.

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.

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 na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

JAK I KIEDY PŁACI 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.

Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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 – CZEGO NIE OBEJMUJE UBEZPIECZENIE?

Nie wypłacimy świadczenia w przypadku:
- gdy ubezpieczony prowadził pojazd będąc w stanie po użyciu alkoholu albo 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 zajście wypadku komunikacyjnego,
- jeśli ubezpieczony prowadził pojazd nie mając uprawnień do prowadzenia pojazdu, które są określone w przepisach prawa.

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 ppkt 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym, kod warunków WKGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika 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 pkt 4-7 pkt 9-11 pkt 29-30 pkt 31-35 pkt 36
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 6-7 pkt 8 pkt 26-27 pkt 28 pkt 31 pkt 36

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

Kod OWU: WKGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
1) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
2) **statek** – pasażerski albo towarowy statek morski, albo statek śródlądowy, który ma napęd silnikowy lub żaglowy – statkiem nie są okręty wojenne;
3) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
4) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
5) **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 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.

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 dodatkowego obejmuje śmierć ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego.
5. W razie śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
6. Zarówno śmierć, jak i wypadek komunikacyjny, który ją spowoduje, muszą wystąpić w okresie ochrony.
7. 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.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

8. Nasza odpowiedzialność 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) jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
   a) nie mając uprawnień do prowadzenia pojazdu, które są określone w przepisach prawa lub
   b) bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów, które są wymagane, aby pojazd został dopuszczony do ruchu, lub
   c) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo 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 zajście wypadku komunikacyjnego;
5) gdy ubezpieczony był 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 zajście wypadku komunikacyjnego;
6) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa albo popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

9. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.
10. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
11. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może ulec zmianie za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

12. Wysokość składki za ubezpieczonego:
1) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
2) zależy od:
   a) sumy ubezpieczenia,
   b) wysokości świadczenia,
   c) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

13. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
14. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

15. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.
16. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

17. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

18. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.

19. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

20. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
21. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
22. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

23. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
24. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
25. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

26. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
27. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

28. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

29. Prawo do świadczenia przysługuje uposażonemu.
30. Uposażonego możesz wskazać, zmienić lub odwołać na takich samych zasadach jak w ubezpieczeniu podstawowym.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

31. Wypłaty świadczenia nie otrzyma osoba, która umyślnie przyczyniła się do Twojej śmierci.
32. 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;
4) dokument, który potwierdza okoliczności wypadku komunikacyjnego.
33. Możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty, jeśli te już dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata świadczenia jest należna.
34. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, osoba, która składa wniosek, musi dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
35. O wypłacie świadczenia decydujemy w oparciu o wyżej wymienioną dokumentację.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

36. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ WYPADKIEM W PRACY

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ WYPADKIEM W PRACY

Kod warunków: WPGP55

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 śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem w pracy, kod warunków: WPGP55 (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 życie ubezpieczonego.
Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje śmierć ubezpieczonego wskutek wypadku w pracy.
Zarówno śmierć, jak i wypadek w pracy, który ją spowoduje, muszą wystąpić w okresie ochrony.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem w pracy wypłacamy uposażonemu świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci. W stosunku do uposażonego, w tym w zakresie trybu i sposobu jego wskazywania, zmiany i odwoływania, stosuje się zasady przyjęte w ubezpieczeniu podstawowym – Grupowym ubezpieczeniu PZU Na Życie Plus.

Prawo do wypłaty świadczenia po śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku w pracy przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między wypadkiem w pracy a śmiercią ubezpieczonego.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.

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.

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 przez 24 godziny na dobę na całym świecie.

JAK I KIEDY PŁACI 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.

Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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:
- gdy ubezpieczony był 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 obowiązujących przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile którakolwiek z tych okoliczności miała wpływ na zajście wypadku w pracy,
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia o ile nie jesteśmy w stanie ustalić swojej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia na podstawie innych dowodów.

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 ppkt 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem w pracy, kod warunków WPGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.
Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika 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 pkt 4-7 pkt 10-12 pkt 30-31 pkt 32-36 pkt 37
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 6-7 pkt 8-9 pkt 27-28 pkt 29 pkt 32 pkt 37

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ WYPADKIEM W PRACY

Kod OWU: WPGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem w pracy uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
1) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
2) **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;
3) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
4) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
5) **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 pozostawałeś w chwili wystąpienia wypadku w pracy. Wypadkiem w pracy nie jest wypadek w drodze do pracy lub z pracy.

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 dodatkowego obejmuje śmierć ubezpieczonego wskutek wypadku w pracy.
5. W razie śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku w pracy wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
6. Zarówno śmierć, jak i wypadek w pracy, który ją spowoduje, muszą wystąpić w okresie ochrony.
7. Prawo do wypłaty świadczenia po śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku w pracy przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między wypadkiem w pracy a śmiercią ubezpieczonego.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku w pracy, jeśli wypadek w pracy 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) jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
   a) nie mając uprawnień do prowadzenia pojazdu, które są określone w przepisach prawa lub
   b) bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów, które są wymagane, aby pojazd został dopuszczony do ruchu, lub
   c) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo 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 zajście wypadku w pracy;
5) gdy ubezpieczony był 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 – jeśli miało to wpływ na zajście wypadku w pracy;
6) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa albo popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
7) w wyniku wykonywania zwykłych czynności lub poleceń przełożonych, gdy ubezpieczony nie miał wymaganych kwalifikacji lub uprawnień.

9. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku w pracy, jeśli ubezpieczony nie przestrzegał przepisów Bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP).

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

10. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.
11. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
12. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może ulec zmianie za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

13. Wysokość składki za ubezpieczonego:
1) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
2) zależy od:
   a) sumy ubezpieczenia,
   b) wysokości świadczenia,
   c) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

14. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
15. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

16. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.
17. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

18. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

19. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
20. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

21. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
22. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
23. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

24. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
25. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
26. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

27. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
28. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

29. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

30. Prawo do świadczenia przysługuje uposażonemu.
31. Uposażonego możesz wskazać, zmienić lub odwołać na takich samych zasadach jak w ubezpieczeniu podstawowym.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

32. Wypłaty świadczenia nie otrzyma osoba, która umyślnie przyczyniła się do Twojej śmierci.
33. 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;
4) dokument, który potwierdza okoliczności wypadku w pracy.
34. Możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty, jeśli te już dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata świadczenia jest należna.
35. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, osoba, która składa wniosek, musi dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
36. O wypłacie świadczenia decydujemy w oparciu o wyżej wymienioną dokumentację.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

37. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU

Kod warunków: ZZGP55

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 śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu, kod warunków: ZZGP55 (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 życie ubezpieczonego.
Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje śmierć ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu.
Zarówno śmierć, jak i zawał serca lub udar mózgu, który ją spowoduje, muszą wystąpić w okresie ochrony.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu wypłacamy uposażonemu świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci. W stosunku do uposażonego, w tym w zakresie trybu i sposobu jego wskazywania, zmiany i odwoływania, stosuje się zasady przyjęte w ubezpieczeniu podstawowym – Grupowym ubezpieczeniu PZU Na Życie Plus.

Prawo do wypłaty świadczenia po śmierci ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między zawałem serca albo udarem mózgu a śmiercią ubezpieczonego.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.

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.

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 na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

JAK I KIEDY PŁACI 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.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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:

- braku związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy zawałem serca albo udarem mózgu a śmiercią ubezpieczonego,
- 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 ppkt 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu, kod warunków ZZGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika 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 pkt 4-7 pkt 9-11 pkt 29-30 pkt 31-35 pkt 36
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 6-7 pkt 8 pkt 26-27 pkt 28 pkt 31 pkt 36

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU

Kod OWU: ZZGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
1) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
2) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
3) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
4) **udar mózgu** – taki udar mózgu, który jest nagłym ogniskowym lub uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu spowodowanym wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany. Nasza ochrona w tym ubezpieczeniu nie obejmuje przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA) oraz takiego udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu;
5) **zawał serca** – taki zawał serca, który jest martwicą części mięśnia sercowego spowodowaną nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego.

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 dodatkowego obejmuje śmierć ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu.

5. W razie śmierci ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

6. Zarówno śmierć, jak i zawał serca lub udar mózgu, który ją spowoduje, muszą wystąpić w okresie ochrony.

7. Prawo do wypłaty świadczenia po śmierci ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między zawałem serca albo udarem mózgu a śmiercią ubezpieczonego.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje śmierci ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, jeśli zawał serca lub udar mózgu nastąpił:
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 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 zajście wypadku komunikacyjnego.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

9. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.
10. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
11. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może ulec zmianie za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

12. Wysokość składki za ubezpieczonego:
1) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
2) zależy od:
a) sumy ubezpieczenia,
b) wysokości świadczenia,
c) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

13. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
14. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

15. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.
16. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

17. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

18. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
19. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

20. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
21. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
22. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

23. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
24. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
25. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

26. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
27. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

28. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

29. Prawo do świadczenia przysługuje uposażonemu.
30. Uposażonego możesz wskazać, zmienić lub odwołać na takich samych zasadach jak w ubezpieczeniu podstawowym.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

31. Wypłaty świadczenia nie otrzyma osoba, która umyślnie przyczyniła się do Twojej śmierci.
32. 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.
33. Możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty, jeśli te już dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata świadczenia jest należna.
34. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, osoba, która składa wniosek, musi dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
35. O wypłacie świadczenia decydujemy w oparciu o wyżej wymienioną dokumentację.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

36. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OSIEROCENIA DZIECKA

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK OSIEROCENIA DZIECKA

Kod warunków: ODGP55

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 osierocenia dziecka, kod warunków: ODGP55 (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 życie ubezpieczonego.
Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje osierocenie dziecka wskutek śmierci ubezpieczonego w okresie ochrony.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku osierocenia dziecka wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus albo w trakcie jego trwania.

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.

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 na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

JAK I KIEDY PŁACI 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.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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:

- podania nieprawdziwych informacji w oświadczeniu składanym przed objęciem odpowiedzialnością PZU Życie SA,
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia,
- popełnienia samobójstwa w ciągu 2 lat od początku ochrony.

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 ppkt 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka, kod warunków ODGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika 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 pkt 4-5 pkt 12-14 pkt 32 pkt 33-37 pkt 38
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 6-10 pkt 11 pkt 29-30 pkt 31 pkt 33 pkt 38

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OSIEROCENIA DZIECKA

Kod OWU: ODGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
1) **dziecko** – dziecko, które w dniu zajścia zdarzenia nie ukończyło 18 lat, a w razie gdy uczęszcza do szkoły – nie ukończyło 25 lat lub bez względu na wiek, w razie jego całkowitej niezdolności do pracy. Może nim być:
   a) dziecko ubezpieczonego,
   b) dziecko małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego (jeśli nie żyje drugi rodzic dziecka małżonka albo partnera życiowego);
2) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
3) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
4) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
5) **uczęszczanie do szkoły** – kształcenie się w publicznej lub niepublicznej szkole oraz państwowej lub niepaństwowej szkole wyższej w trybie dziennym, wieczorowym lub zaocznym, w rozumieniu przepisów o oświacie i szkolnictwie wyższym, z wyłączeniem wszelkich kursów oraz kształcenia korespondencyjnego.

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 dodatkowego obejmuje osierocenie dziecka wskutek Twojej śmierci w okresie ochrony.

5. W razie osierocenia dziecka wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

KARENCJA
– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego nie ponosimy odpowiedzialności lub ponosimy ją w ograniczonym zakresie

6. W przypadkach opisanych w pkt 7–10 w okresie pierwszych 6 miesięcy liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego obowiązuje karencja. Ponosimy jednak odpowiedzialność, jeżeli w okresie karencji śmierć nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

7. Jeśli jesteś ubezpieczonym podstawowym, karencja ma względem Ciebie zastosowanie, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:
1) zawarcia ubezpieczenia dodatkowego – o ile pozostawałeś w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;

2) powstania stosunku prawnego z ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego.

8. Jeśli jesteś małżonkiem ubezpieczonego podstawowego (ubezpieczonym bliskim), karencja ma względem Ciebie zastosowanie, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:
1) zawarcia ubezpieczenia dodatkowego – o ile ubezpieczony podstawowy pozostawał w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;
2) powstania stosunku prawnego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;
3) zawarcia związku małżeńskiego z ubezpieczonym podstawowym po dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego.

9. Jeśli jesteś partnerem życiowym ubezpieczonego podstawowego (ubezpieczonym bliskim), karencja ma względem Ciebie zastosowanie, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:
1) zawarcia ubezpieczenia dodatkowego – o ile ubezpieczony podstawowy pozostawał w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;
2) powstania stosunku prawnego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu ubezpieczenia dodatkowego.

10. Jeśli jesteś pełnoletnim dzieckiem ubezpieczonego podstawowego (ubezpieczonym bliskim), karencja ma względem Ciebie zastosowanie, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:
1) zawarcia ubezpieczenia dodatkowego – o ile ubezpieczony podstawowy pozostawał w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;
2) powstania stosunku prawnego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;
3) ukończenia przez Ciebie 18 lat, jeśli miało to miejsce po zawarciu ubezpieczenia dodatkowego.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

11. Nasza odpowiedzialność 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 wyniku samobójstwa ubezpieczonego – popełnionego w ciągu 2 lat od początku okresu ochrony;
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 zajście wypadku komunikacyjnego.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

12. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.

13. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

14. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może ulec zmianie za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

15. Wysokość składki za ubezpieczonego:
1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu dodatkowym;
2) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
3) zależy od:
   a) sumy ubezpieczenia,
   b) wysokości świadczenia,
   c) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

16. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.

17. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

18. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.

19. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

20. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

21. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
22. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

23. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
24. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
25. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

26. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
27. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
28. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

29. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
30. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

31. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

32. Prawo do świadczenia przysługuje osieroconemu dziecku ubezpieczonego.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

33. Wypłaty świadczenia nie otrzyma dziecko, które umyślnie przyczyniło się do śmierci ubezpieczonego.

34. 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.

35. Możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty, jeśli te już dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata świadczenia jest należna.

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

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

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

38. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej" oraz inne przepisy prawa.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO

Kod warunków: SMGP55

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 śmierci małżonka albo partnera życiowego, kod warunków: SMGP55 (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 zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest śmierć małżonka albo partnera życiowego w okresie ochrony.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku śmierci małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego wypłacamy ubezpieczonemu świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus albo w trakcie jego trwania.

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.

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 na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

JAK I KIEDY PŁACI 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.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego,

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

- 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,
- dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

GŁÓWNE WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ – CZEGO NIE OBEJMUJE UBEZPIECZENIE?

Nie wypłacimy świadczenia w przypadku:
- obowiązywania karencji wobec ubezpieczonego,
- 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 ppkt 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego, kod warunków SMGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.
Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika 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 pkt 4-5 pkt 12-14 pkt 32 pkt 33-37 pkt 38
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 6-10 pkt 11 pkt 29-30 pkt 31 pkt 33 pkt 38

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

Kod OWU: SMGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
1) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
2) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
3) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe.

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 dodatkowego obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć małżonka albo partnera życiowego w okresie ochrony.

5. W razie śmierci małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

KARENCJA
– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego nie ponosimy odpowiedzialności lub ponosimy ją w ograniczonym zakresie

6. W przypadkach opisanych w pkt 7-10 w okresie pierwszych 6 miesięcy liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego obowiązuje karencja. Ponosimy jednak odpowiedzialność, jeżeli w okresie karencji śmierć nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

7. Jeśli jesteś ubezpieczonym podstawowym, karencja ma względem Ciebie zastosowanie, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:
1) zawarcia ubezpieczenia dodatkowego – o ile pozostawałeś w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;
2) powstania stosunku prawnego z ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego.

8. Jeśli jesteś małżonkiem ubezpieczonego podstawowego (ubezpieczonym bliskim), karencja ma względem Ciebie zastosowanie, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:
1) zawarcia ubezpieczenia dodatkowego – o ile ubezpieczony podstawowy pozostawał w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;

2) powstania stosunku prawnego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;
3) zawarcia związku małżeńskiego z ubezpieczonym podstawowym po dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego.

9. Jeśli jesteś partnerem życiowym ubezpieczonego podstawowego (ubezpieczonym bliskim), karencja ma względem Ciebie zastosowanie, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:
1) zawarcia ubezpieczenia dodatkowego – o ile ubezpieczony podstawowy pozostawał w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;
2) powstania stosunku prawnego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego.

10. Jeśli jesteś pełnoletnim dzieckiem ubezpieczonego podstawowego (ubezpieczonym bliskim), karencja ma względem Ciebie zastosowanie, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:
1) zawarcia ubezpieczenia dodatkowego – o ile ubezpieczony podstawowy pozostawał w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;
2) powstania stosunku prawnego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;
3) ukończenia przez Ciebie 18 lat, jeśli miało to miejsce po zawarciu ubezpieczenia dodatkowego.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

11. Nasza odpowiedzialność 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.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

12. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.
13. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
14. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może ulec zmianie za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

15. Wysokość składki za ubezpieczonego:
1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu dodatkowym;
2) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
3) zależy od:
   a) sumy ubezpieczenia,
   b) wysokości świadczenia,
   c) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

16. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
17. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

18. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.
19. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

20. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

21. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
22. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

23. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
24. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
25. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

26. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
27. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
28. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

29. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
30. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się to ubezpieczenie

31. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

32. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

33. Wypłaty świadczenia nie otrzyma ubezpieczony, który umyślnie przyczynił się do śmierci małżonka albo partnera życiowego.
34. Po śmierci małżonka albo partnera życiowego, dostarcz 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, jeśli spowodował ją nieszczęśliwy wypadek w okresie karencji;
4) akt małżeństwa – w razie śmierci małżonka.
35. Możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty, jeśli te już dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata świadczenia jest należna.

36. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
37. O wypłacie świadczenia decydujemy w oparciu o wyżej wymienioną dokumentację.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

38. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej" oraz inne przepisy prawa.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Kod warunków: ZMGP55

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 śmierci małżonka albo partnera życiowego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków: ZMGP55 (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 zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest śmierć małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
Zarówno śmierć, jak i nieszczęśliwy wypadek, który ją spowoduje, muszą wystąpić w okresie ochrony.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku śmierci małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci.

Prawo do wypłaty świadczenia po śmierci przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią małżonka albo partnera życiowego.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus albo w trakcie jego trwania.

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.

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 na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

JAK I KIEDY PŁACI 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.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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 – CZEGO NIE OBEJMUJE UBEZPIECZENIE?

Nie wypłacimy świadczenia w przypadku:

- gdy małżonek albo partner życiowy był 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 zajście nieszczęśliwego wypadku,
- braku związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią małżonka albo partnera życiowego,
- w wyniku samookaleczenia się małżonka albo partnera życiowego lub usiłowania popełnienia samobójstwa albo popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera życiowego.

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 ppkt 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków ZMGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.
Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika 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 pkt 6-7 pkt 9-11 pkt 29 pkt 30-34 pkt 35
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 6-7 pkt 8 pkt 26-27 pkt 28 pkt 30 pkt 35

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

Kod OWU: ZMGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
1) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
2) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
3) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe.

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 dodatkowego obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

5. W razie śmierci małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

6. Zarówno śmierć, jak i nieszczęśliwy wypadek, który ją spowoduje, muszą wystąpić w okresie ochrony.

7. Prawo do wypłaty świadczenia po śmierci przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią małżonka albo partnera życiowego.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje śmierci małżonka albo partnera życiowego, 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) nie mając uprawnień do prowadzenia pojazdu, które są określone w przepisach prawa lub
   b) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo 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

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

– o ile którakolwiek z tych okoliczności miała wpływ na zajście wypadku komunikacyjnego;
5) gdy małżonek albo partner życiowy był 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 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;
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.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

9. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.
10. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
11. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może ulec zmianie za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

12. Wysokość składki za ubezpieczonego:
1) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
2) zależy od:
a) sumy ubezpieczenia,
b) wysokości świadczenia,
c) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.
13. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
14. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

15. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.
16. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

17. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

18. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
19. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

20. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.

21. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
22. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

23. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
24. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
25. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

26. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
27. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

28. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

29. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

30. Wypłaty świadczenia nie otrzyma ubezpieczony, który umyślnie przyczynił się do śmierci małżonka albo partnera życiowego.
31. Po śmierci małżonka albo partnera życiowego, dostarcz 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;
4) dokument, który potwierdza okoliczności nieszczęśliwego wypadku;
5) akt małżeństwa – w razie śmierci małżonka.

32. Możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty, jeśli te już dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata świadczenia jest należna.
33. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
34. O wypłacie świadczenia decydujemy w oparciu o wyżej wymienioną dokumentację.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

35. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA

Kod warunków: ZDGP55

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 śmierci dziecka, kod warunków: ZDGP55 (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 zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest śmierć dziecka w okresie ochrony.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku śmierci dziecka wypłacamy ubezpieczonemu świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus albo w trakcie jego trwania.

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.

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 na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

JAK I KIEDY PŁACI 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.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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 – CZEGO NIE OBEJMUJE UBEZPIECZENIE?

Nie wypłacimy świadczenia w przypadku:
- obowiązywania karencji wobec ubezpieczonego,
- 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 ppkt 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka, kod warunków ZDGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.
Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika 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 pkt 4-5 pkt 12-14 pkt 32 pkt 33-37 pkt 38
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 6-10 pkt 11 pkt 29-30 pkt 31 pkt 33 pkt 38

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA

Kod OWU: ZDGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy:

1. W OWU używamy terminów:
1) **dziecko** – dziecko, które w dniu zajścia zdarzenia nie ukończyło 18 lat, a w razie gdy uczęszcza do szkoły – nie ukończyło 25 lat. Może nim być:
   a) dziecko ubezpieczonego,
   b) dziecko małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego (jeśli nie żyje drugi rodzic dziecka małżonka albo partnera życiowego);
2) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
3) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
4) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
5) **uczęszczanie do szkoły** – kształcenie się w publicznej lub niepublicznej szkole oraz państwowej lub niepaństwowej szkole wyższej w trybie dziennym, wieczorowym lub zaocznym, w rozumieniu przepisów o oświacie i szkolnictwie wyższym, z wyłączeniem wszelkich kursów oraz kształcenia korespondencyjnego.

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 dziecka.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA
– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć dziecka w okresie ochrony.

5. W razie śmierci dziecka wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

KARENCJA
– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego nie ponosimy odpowiedzialności lub ponosimy ją w ograniczonym zakresie

6. W przypadkach opisanych w pkt 7–10 w okresie pierwszych 6 miesięcy liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego obowiązuje karencja. Ponosimy jednak odpowiedzialność, jeżeli w okresie karencji śmierć nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

7. Jeśli jesteś ubezpieczonym podstawowym, karencja ma względem Ciebie zastosowanie, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:
1) zawarcia ubezpieczenia dodatkowego – o ile pozostawałeś w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;
2) powstania stosunku prawnego z ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

8. Jeśli jesteś małżonkiem ubezpieczonego podstawowego (ubezpieczonym bliskim), karencja ma względem Ciebie zastosowanie, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:
   1) zawarcia ubezpieczenia dodatkowego – o ile ubezpieczony podstawowy pozostawał w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;
   2) powstania stosunku prawnego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;
   3) zawarcia związku małżeńskiego z ubezpieczonym podstawowym po dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego.
9. Jeśli jesteś partnerem życiowym ubezpieczonego podstawowego (ubezpieczonym bliskim), karencja ma względem Ciebie zastosowanie, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:
   1) zawarcia ubezpieczenia dodatkowego – o ile ubezpieczony podstawowy pozostawał w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;
   2) powstania stosunku prawnego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego.
10. Jeśli jesteś pełnoletnim dzieckiem ubezpieczonego podstawowego (ubezpieczonym bliskim), karencja ma względem Ciebie zastosowanie, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:
   1) zawarcia ubezpieczenia dodatkowego – o ile ubezpieczony podstawowy pozostawał w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;
   2) powstania stosunku prawnego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;
   3) ukończenia przez Ciebie 18 lat, jeśli miało to miejsce po zawarciu ubezpieczenia dodatkowego.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

11. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje śmierci dziecka, jeśli nastąpiła:
   1) w wyniku działań wojennych;
   2) w wyniku czynnego udziału dziecka w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

12. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.
13. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
14. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może ulec zmianie za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

15. Wysokość składki za ubezpieczonego:
   1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu dodatkowym;
   2) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
   3) zależy od:
      a) sumy ubezpieczenia,
      b) wysokości świadczenia,
      c) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.
16. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
17. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

18. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.
19. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

20. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

21. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
22. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

23. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
24. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
25. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

26. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
27. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
28. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

29. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
30. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

31. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

32. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

33. Wypłaty świadczenia nie otrzyma ubezpieczony, który umyślnie przyczynił się do śmierci dziecka.
34. Po śmierci dziecka, dostarcz 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, jeśli spowodował ją nieszczęśliwy wypadek w okresie karencji.
35. Możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty, jeśli te już dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata świadczenia jest należna.

36. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
37. O wypłacie świadczenia decydujemy w oparciu o wyżej wymienioną dokumentację.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

38. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej" oraz inne przepisy prawa.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Kod warunków: NDGP55

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 śmierci dziecka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków: NDGP55 (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 zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest śmierć dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku. Zarówno śmierć, jak i nieszczęśliwy wypadek, który ją spowoduje, muszą wystąpić w okresie ochrony.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku śmierci dziecka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem wypłacamy ubezpieczonemu świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci.

Prawo do wypłaty świadczenia po śmierci dziecka przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią dziecka.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus albo w trakcie jego trwania.

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.

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 na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

JAK I KIEDY PŁACI SIĘ SKŁADKĘ?

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

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

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.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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:

- gdy dziecko było 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 zajście nieszczęśliwego wypadku,
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia,
- samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia przez dziecko samobójstwa.

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 ppkt 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków NDGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika 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 pkt 4-7 pkt 9-11 pkt 29 pkt 30-34 pkt 35
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 6-7 pkt 8 pkt 26-27 pkt 28 pkt 30 pkt 35

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

Kod OWU: NDGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
1) **dziecko** – dziecko, które w dniu zajścia zdarzenia nie ukończyło 18 lat, a w razie gdy uczęszcza do szkoły – nie ukończyło 25 lat. Może nim być:
   a) dziecko ubezpieczonego,
   b) dziecko małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego (jeśli nie żyje drugi rodzic dziecka małżonka albo partnera życiowego);
2) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
3) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
4) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
5) **uczęszczanie do szkoły** – kształcenie się w publicznej lub niepublicznej szkole oraz państwowej lub niepaństwowej szkole wyższej w trybie dziennym, wieczorowym lub zaocznym, w rozumieniu przepisów o oświacie i szkolnictwie wyższym, z wyłączeniem wszelkich kursów oraz kształcenia korespondencyjnego.

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 dziecka.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA
– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku.

5. W razie śmierci dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

6. Zarówno śmierć, jak i nieszczęśliwy wypadek, który ją spowoduje, muszą wystąpić w okresie ochrony.

7. Prawo do wypłaty świadczenia po śmierci dziecka przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią dziecka.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje śmierci dziecka, jeśli nieszczęśliwy wypadek nastąpił:
1) w wyniku działań wojennych;
2) w wyniku czynnego udziału dziecka w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;

3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez dziecko czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
4) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli dziecko prowadziło pojazd:
   a) nie mając uprawnień do prowadzenia pojazdu, które są określone w przepisach prawa lub,
   b) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo 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 zajście wypadku komunikacyjnego;
5) gdy dziecko było 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 zajście nieszczęśliwego wypadku;
6) w wyniku samookaleczenia się dziecka lub usiłowania popełnienia samobójstwa albo popełnienia samobójstwa przez dziecko;
7) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
8) w wyniku użycia przez dziecko 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.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

9. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.
10. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
11. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może ulec zmianie za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

12. Wysokość składki za ubezpieczonego:
1) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
2) zależy od:
   a) sumy ubezpieczenia,
   b) wysokości świadczenia,
   c) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

13. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
14. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

15. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.
16. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

17. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

18. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
19. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

20. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
21. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
22. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

23. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
24. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
25. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

26. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
27. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

28. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

29. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

30. Wypłaty świadczenia nie otrzyma ubezpieczony, który umyślnie przyczynił się do śmierci dziecka.
31. Po śmierci dziecka, dostarcz 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;
4) dokument, który potwierdza okoliczności nieszczęśliwego wypadku.

32. Możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty, jeśli te już dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata świadczenia jest należna.
33. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
34. O wypłacie świadczenia decydujemy w oparciu o wyżej wymienioną dokumentację.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

35. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA UBEZPIECZONEGO LUB RODZICA MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO UBEZPIECZONEGO

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego, kod warunków ZRGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.
Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika 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 pkt 4-5 pkt 12-14 pkt 32 pkt 33-37 pkt 38
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 6-10 pkt 11 pkt 29-30 pkt 31 pkt 33 pkt 38

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA UBEZPIECZONEGO LUB RODZICA MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO UBEZPIECZONEGO

Kod warunków: ZRGP55

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 śmierci rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego, kod warunków: ZRGP55 (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 zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest śmierć rodzica lub rodzica małżonka albo partnera życiowego w okresie ochrony.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku śmierci rodzica lub rodzica małżonka albo partnera życiowego wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus albo w trakcie jego trwania.

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.

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 na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

JAK I KIEDY PŁACI 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.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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 – CZEGO NIE OBEJMUJE UBEZPIECZENIE?

Nie wypłacimy świadczenia w przypadku:

- obowiązywania karencji wobec ubezpieczonego,
- gdy osobą występującą z roszczeniem jest osoba inna niż uprawniona do otrzymania roszczenia w świetle umowy.

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 ppkt 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.

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

Kod OWU: ZRGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
1) **macocha** – jest nią:
   a) aktualna żona Twojego ojca, która nie jest Twoją biologiczną matką lub
   b) aktualna żona ojca Twojego małżonka albo partnera życiowego, która nie jest biologiczną matką małżonka albo partnera życiowego, lub
   c) wdowa po Twoim ojcu, która nie jest Twoją biologiczną matką, o ile ponownie nie wyszła za mąż, lub
   d) wdowa po ojcu Twojego małżonka albo partnera życiowego, która nie jest biologiczną matką małżonka albo partnera życiowego, o ile ponownie nie wyszła za mąż;
2) **ojczym** – jest nim:
   a) aktualny mąż Twojej matki, który nie jest Twoim biologicznym ojcem lub
   b) aktualny mąż matki Twojego małżonka albo partnera życiowego, który nie jest biologicznym ojcem małżonka albo partnera życiowego, lub
   c) wdowiec po Twojej matce, który nie jest Twoim biologicznym ojcem, o ile ponownie się nie ożenił, lub
   d) wdowiec po matce Twojego małżonka albo partnera życiowego, który nie jest biologicznym ojcem małżonka albo partnera życiowego, o ile ponownie się nie ożenił;
3) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
4) **rodzic** – jest nim:
   a) Twój rodzic albo
   b) Twój ojczym lub macocha – jeśli nie żyje odpowiednio Twój ojciec lub Twoja matka;
5) **rodzic małżonka albo partnera życiowego** – jest nim:
   a) rodzic Twojego aktualnego małżonka albo partnera życiowego albo
   b) ojczym lub macocha Twojego aktualnego małżonka albo partnera życiowego – jeśli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Twojego małżonka albo partnera życiowego;
6) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
7) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe.

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 rodzica lub rodzica małżonka albo partnera życiowego.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA
– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć rodzica lub rodzica małżonka albo partnera życiowego w okresie ochrony.

5. W razie śmierci rodzica lub rodzica małżonka albo partnera życiowego wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

KARENCJA
– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego nie ponosimy odpowiedzialności lub ponosimy ją w ograniczonym zakresie

6. W przypadkach opisanych w pkt 7–10 w okresie pierwszych 6 miesięcy liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego obowiązuje karencja. Ponosimy jednak odpowiedzialność, jeżeli w okresie karencji śmierć nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
7. Jeśli jesteś ubezpieczonym podstawowym, karencja ma względem Ciebie zastosowanie, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:
   1) zawarcia ubezpieczenia dodatkowego – o ile pozostawałeś w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;
   2) powstania stosunku prawnego z ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego.
8. Jeśli jesteś małżonkiem ubezpieczonego podstawowego (ubezpieczonym bliskim), karencja ma względem Ciebie zastosowanie, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:
   1) zawarcia ubezpieczenia dodatkowego – o ile ubezpieczony podstawowy pozostawał w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;
   2) powstania stosunku prawnego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;
   3) zawarcia związku małżeńskiego z ubezpieczonym podstawowym po dniu zawarcia umowy.
9. Jeśli jesteś partnerem życiowym ubezpieczonego podstawowego (ubezpieczonym bliskim), karencja ma względem Ciebie zastosowanie, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:
   1) zawarcia ubezpieczenia dodatkowego – o ile ubezpieczony podstawowy pozostawał w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;
   2) powstania stosunku prawnego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego.
10. Jeśli jesteś pełnoletnim dzieckiem ubezpieczonego podstawowego (ubezpieczonym bliskim), karencja ma względem Ciebie zastosowanie, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:
   1) zawarcia ubezpieczenia dodatkowego – o ile ubezpieczony podstawowy pozostawał w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;
   2) powstania stosunku prawnego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;
   3) ukończenia przez Ciebie 18 lat, jeśli miało to miejsce po zawarciu ubezpieczenia dodatkowego.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

11. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje śmierci rodzica lub rodzica małżonka albo partnera życiowego, jeśli nastąpiła:
   1) w wyniku działań wojennych;
   2) w wyniku czynnego udziału rodzica lub rodzica małżonka albo partnera życiowego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

12. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.
13. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
14. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może ulec zmianie za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

15. Wysokość składki za ubezpieczonego:
   1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu dodatkowym;
   2) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
   3) zależy od:
      a) sumy ubezpieczenia,
      b) wysokości świadczenia,
      c) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

16. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
17. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

18. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.
19. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

20. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

21. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
22. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

23. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
24. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
25. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

26. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
27. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
28. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

29. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
30. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

31. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;

6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

32. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

33. Wypłaty świadczenia nie otrzyma ubezpieczony, który umyślnie przyczynił się do śmierci rodzica lub rodzica małżonka albo partnera życiowego.
34. Po śmierci rodzica lub rodzica małżonka albo partnera życiowego, dostarcz 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, jeśli spowodował ją nieszczęśliwy wypadek w okresie karencji;
4) akt małżeństwa – w razie śmierci rodzica małżonka albo jego ojczyma lub macochy.
35. Możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty, jeśli te już dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata świadczenia jest należna.
36. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
37. O wypłacie świadczenia decydujemy w oparciu o wyżej wymienioną dokumentację.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

38. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA UBEZPIECZONEGO LUB RODZICA MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA UBEZPIECZONEGO LUB RODZICA MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Kod warunków: NRGP55

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 śmierci rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków: NRGP55 (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 zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest śmierć rodzica lub rodzica małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Zarówno śmierć, jak i nieszczęśliwy wypadek, który ją spowoduje, muszą wystąpić w okresie ochrony.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku śmierci rodzica lub rodzica małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci.

Prawo do wypłaty świadczenia po śmierci przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią rodzica lub rodzica małżonka albo partnera życiowego.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus albo w trakcie jego trwania.

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.

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 na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

JAK I KIEDY PŁACI 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.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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:

- gdy rodzic lub rodzic małżonka albo partnera życiowego był 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 zajście nieszczęśliwego wypadku,
- gdy z medycznego punktu widzenia nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią rodzica lub rodzica małżonka albo partnera życiowego,
- w wyniku samookaleczenia się rodzica lub rodzica małżonka albo partnera życiowego lub usiłowania popełnienia samobójstwa albo popełnienia samobójstwa przez rodzica lub rodzica małżonka albo partnera życiowego.

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 ppkt 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków NRGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika 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 pkt 4-7 pkt 9-11 pkt 29 pkt 30-34 pkt 35
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 6-7 pkt 8 pkt 26-27 pkt 28 pkt 35

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

Kod OWU: NRGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
1) **macocha** – jest nią:
   a) aktualna żona Twojego ojca, która nie jest Twoją biologiczną matką lub
   b) aktualna żona ojca Twojego małżonka albo partnera życiowego, która nie jest biologiczną matką małżonka albo partnera życiowego, lub
   c) wdowa po Twoim ojcu, która nie jest Twoją biologiczną matką, o ile ponownie nie wyszła za mąż, lub
   d) wdowa po ojcu Twojego małżonka albo partnera życiowego, która nie jest biologiczną matką małżonka albo partnera życiowego, o ile ponownie nie wyszła za mąż;
2) **ojczym** – jest nim:
   a) aktualny mąż Twojej matki, który nie jest Twoim biologicznym ojcem lub
   b) aktualny mąż matki Twojego małżonka albo partnera życiowego, który nie jest biologicznym ojcem małżonka albo partnera życiowego, lub
   c) wdowiec po Twojej matce, który nie jest Twoim biologicznym ojcem, o ile ponownie się nie ożenił, lub
   d) wdowiec po matce Twojego małżonka albo partnera życiowego, który nie jest biologicznym ojcem małżonka albo partnera życiowego, o ile ponownie się nie ożenił;
3) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
4) **rodzic** – jest nim:
   a) Twój rodzic albo
   b) Twój ojczym lub macocha – jeśli nie żyje odpowiednio Twój ojciec lub Twoja matka;
5) **rodzic małżonka albo partnera życiowego** – jest nim:
   a) rodzic Twojego aktualnego małżonka albo partnera życiowego albo
   b) ojczym lub macocha Twojego aktualnego małżonka albo partnera życiowego – jeśli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Twojego małżonka albo partnera życiowego;
6) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
7) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe.

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 rodzica lub rodzica małżonka albo partnera życiowego.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA
– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć rodzica lub rodzica małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

5. W razie śmierci rodzica lub rodzica małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
6. Zarówno śmierć, jak i nieszczęśliwy wypadek, który ją spowoduje, muszą wystąpić w okresie ochrony.
7. Prawo do wypłaty świadczenia po śmierci przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią rodzica lub rodzica małżonka albo partnera życiowego.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje śmierci rodzica lub rodzica małżonka albo partnera życiowego, jeśli nieszczęśliwy wypadek nastąpił:
   1) w wyniku działań wojennych;
   2) w wyniku czynnego udziału rodzica lub rodzica małżonka albo partnera życiowego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
   3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez rodzica lub rodzica małżonka albo partnera życiowego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   4) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli rodzic lub rodzic małżonka albo partnera życiowego prowadził pojazd:
      a) nie mając uprawnień do prowadzenia pojazdu, które są określone w przepisach prawa lub
      b) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo 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 zajście wypadku komunikacyjnego;
   5) gdy rodzic lub rodzic małżonka albo partnera życiowego był 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 zajście nieszczęśliwego wypadku;
   6) w wyniku samookaleczenia się rodzica lub rodzica małżonka albo partnera życiowego lub usiłowania popełnienia samobójstwa albo popełnienia samobójstwa przez rodzica lub rodzica 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;
   8) w wyniku użycia przez rodzica lub rodzica 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.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

9. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.
10. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
11. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może ulec zmianie za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

12. Wysokość składki za ubezpieczonego:
   1) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
   2) zależy od:
      a) sumy ubezpieczenia,
      b) wysokości świadczenia,
      c) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.
13. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
14. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

15. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.
16. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

17. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

18. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
19. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

20. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
21. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
22. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

23. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
24. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
25. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

26. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
27. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

28. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

29. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

30. Wypłaty świadczenia nie otrzyma ubezpieczony, który umyślnie przyczynił się do śmierci rodzica lub rodzica małżonka albo partnera życiowego.

31. Po śmierci rodzica lub rodzica małżonka albo partnera życiowego, dostarcz 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;
4) dokument, który potwierdza okoliczności nieszczęśliwego wypadku;
5) akt małżeństwa – w razie śmierci rodzica małżonka albo jego ojczyma lub macochy.

32. Możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty, jeśli te już dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata świadczenia jest należna.

33. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.

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

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

35. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA DZIECKA

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK URODZENIA DZIECKA

Kod warunków: UDGP55

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 urodzenia dziecka, kod warunków: UDGP55 (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 zdarzenie w życiu ubezpieczonego w okresie ochrony, którym jest:
- urodzenie się dziecka żywego,
- urodzenie się martwego dziecka – jeśli urodzenie zostało zarejestrowane.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku urodzenia dziecka wypłacamy ubezpieczonemu świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu urodzenia.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus albo w trakcie jego trwania.

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.

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 na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

JAK I KIEDY PŁACI 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.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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:

- obowiązywania karencji wobec ubezpieczonego,
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia,
- gdy osobą występującą z roszczeniem jest osoba inna niż uprawniona do otrzymania roszczenia w świetle umowy.

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 ppkt 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia dziecka, kod warunków UDGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika 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 pkt 4-5 pkt 11-13 pkt 31 pkt 32-35 pkt 36
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 6-10 pkt 28-29 pkt 30 pkt 36

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA DZIECKA

Kod OWU: UDGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia dziecka uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
   1) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
   2) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
   3) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe.

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 urodzenie się dziecka.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA
– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje zdarzenie w Twoim życiu w okresie ochrony, którym jest:
   1) urodzenie się dziecka żywego;
   2) urodzenie się martwego dziecka – jeśli urodzenie zostało zarejestrowane.

5. W związku z urodzeniem się dziecka żywego albo urodzeniem się martwego dziecka wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu urodzenia, który jest określony w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

KARENCJA
– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego nie ponosimy odpowiedzialności lub ponosimy ją w ograniczonym zakresie

6. W przypadkach opisanych w pkt 7–10 obowiązuje karencja w okresie pierwszych:
   1) 9 miesięcy liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego – w razie urodzenia żywego dziecka;
   2) 6 miesięcy liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego – w razie urodzenia martwego dziecka.

7. Jeśli jesteś ubezpieczonym podstawowym, karencja ma względem Ciebie zastosowanie, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:
   1) zawarcia ubezpieczenia dodatkowego – o ile pozostawałeś w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;
   2) powstania stosunku prawnego z ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego.

8. Jeśli jesteś małżonkiem ubezpieczonego podstawowego (ubezpieczonym bliskim), karencja ma względem Ciebie zastosowanie, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:
   1) zawarcia ubezpieczenia dodatkowego – o ile ubezpieczony podstawowy pozostawał w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;
   2) powstania stosunku prawnego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;
   3) zawarcia związku małżeńskiego z ubezpieczonym podstawowym po dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego.

9. Jeśli jesteś partnerem życiowym ubezpieczonego podstawowego (ubezpieczonym bliskim), karencja ma względem Ciebie zastosowanie, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:
   1) zawarcia ubezpieczenia dodatkowego – o ile ubezpieczony podstawowy pozostawał w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;
   2) powstania stosunku prawnego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego.
10. Jeśli jesteś pełnoletnim dzieckiem ubezpieczonego podstawowego (ubezpieczonym bliskim), karencja ma względem Ciebie zastosowanie, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:
   1) zawarcia ubezpieczenia dodatkowego – o ile ubezpieczony podstawowy pozostawał w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;
   2) powstania stosunku prawnego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia ubezpieczenia dodatkowego;
   3) ukończenia przez Ciebie 18 lat, jeśli miało to miejsce po zawarciu ubezpieczenia dodatkowego.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

11. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.
12. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
13. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może ulec zmianie za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

14. Wysokość składki za ubezpieczonego:
   1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu dodatkowym;
   2) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
   3) zależy od:
      a) sumy ubezpieczenia,
      b) wysokości świadczenia,
      c) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.
15. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
16. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

17. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.
18. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

19. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

20. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
21. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

22. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.

23. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
24. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

25. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
26. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
27. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

28. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
29. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

30. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

31. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

32. Po urodzeniu się dziecka dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) akt urodzenia.
33. Możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty, jeśli te już dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata świadczenia jest należna.
34. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
35. O wypłacie świadczenia decydujemy w oparciu o wyżej wymienioną dokumentację.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

36. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK WYSTĄPIENIA U UBEZPIECZONEGO NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO WE WCZESNYM STADIUM

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK WYSTĄPIENIA U UBEZPIECZONEGO NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO WE WCZESNYM STADIUM

Kod warunków: RUGP55

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 wystąpienia u ubezpieczonego nowotworu złośliwego we wczesnym stadium, kod warunków: RUGP55 (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 wystąpienie u Ciebie w okresie ochrony:
- pierwszego przypadku zdiagnozowania nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ) w ramach każdej z ośmiu kategorii in situ, określonych w OWU lub
- pierwszego przypadku zdiagnozowania nowotworu złośliwego we wczesnej fazie inwazji wymienionego w OWU.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku wystąpienia u Ciebie nowotworu złośliwego we wczesnym stadium, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia nowotworu złośliwego we wczesnym stadium.

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 umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby 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 ciężkiej choroby 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 na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

JAK I KIEDY PŁACI 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 ciężkiej choroby ubezpieczonego.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby 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:

- ponownego wystąpienia nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym w danej kategorii,
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia o ile nie jesteśmy w stanie ustalić swojej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia na podstawie innych dowodów.

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 ppkt 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek wystąpienia u ubezpieczonego nowotworu złośliwego we wczesnym stadium, kod warunków RUGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika 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 pkt 4-6 pkt 14-16 pkt 38 pkt 39-44 pkt 45
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 7-11 pkt 12-13 pkt 35-36 pkt 37 pkt 45

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK WYSTĄPIENIA U UBEZPIECZONEGO NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO WE WCZESNYM STADIUM

Kod OWU: RUGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek wystąpienia u ubezpieczonego nowotworu złośliwego we wczesnym stadium uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

1) **dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego** – wskazane przez PZU Życie SA w umowie ubezpieczenie dodatkowe na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego;
2) **nowotwór złośliwy we wczesnym stadium** – oznacza nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ) lub nowotwór złośliwy we wczesnej fazie inwazji;
3) **nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ)** – nowotwór złośliwy rozpoznany w bardzo wczesnej fazie rozwoju, bez cech przekraczania błony podstawnej, która jest ograniczeniem dla szerzenia się komórek nowotworowych przez krew i układ chłonny.
   Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ), który jest umiejscowiony w jednej z poniższych kategorii Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10:
   a) D00 – rak in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka,
   b) D01 – rak in situ innych i nieokreślonych części narządów trawiennych,
   c) D02 – rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego,
   d) D03 – czerniak in situ,
   e) D05 – rak in situ sutka,
   f) D06 – rak in situ szyjki macicy,
   g) D07 – rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych,
   h) D09 – rak in situ innych i nieokreślonych umiejscowień,
   z zastrzeżeniem, że nasza ochrona w tym ubezpieczeniu nie obejmuje nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ), który jest umiejscowiony w kategorii D04 – rak skóry Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych.
   Stopień zaawansowania nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ) potwierdza badanie histopatologiczne lub cytologiczne;
4) **nowotwór złośliwy we wczesnej fazie inwazji** – nowotwór złośliwy rozpoznany we wczesnym okresie rozwoju, bez oznak przerzutów. Odpowiadamy wyłącznie za:
   a) brodawkowatego raka tarczycy – którego stopień zaawansowania opisano wg skali TNM jako T1aN0M0,
   b) czerniaka złośliwego skóry – którego stopień zaawansowania opisano wg skali TNM jako T1aN0M0,
   c) nowotwór złośliwy gruczołu krokowego (prostaty, stercza) – którego stopień zaawansowania opisano wg skali TNM jako T1aN0M0 lub T1bN0M0,
   d) nowotwór złośliwy szyjki macicy – którego stopień zaawansowania opisano wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3,
   e) ziarnicę złośliwą (choroba Hodgkina) – rozpoznaną w pierwszym stadium zaawansowania.
   Stopień zaawansowania nowotworu złośliwego we wczesnej fazie inwazji od a) do d) potwierdza badanie histopatologiczne lub cytologiczne.
   Stopień zaawansowania ziarnicy złośliwej potwierdza badanie histopatologiczne i lokalizacja węzłów chłonnych objętych procesem nowotworowym;
5) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
6) **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;
7) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
8) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do którego ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
9) **wystąpienie nowotworu złośliwego we wczesnym stadium** – zdiagnozowanie w okresie ochrony nowotworu złośliwego we wczesnym stadium potwierdzone badaniem histopatologicznym lub cytologicznym.

2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego – 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 zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje wystąpienie u Ciebie w okresie ochrony:
1) pierwszego przypadku zdiagnozowania nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ) w ramach każdej z ośmiu kategorii in situ, o których mowa w pkt 1 ppkt 3) lit. a)–h) lub
2) pierwszego przypadku zdiagnozowania nowotworu złośliwego we wczesnej fazie inwazji wymienionego w pkt 1 ppkt 4) lit. a)–e).

5. Ochroną obejmujemy również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego lub cytologicznego zostanie pobrany w okresie ochrony w odniesieniu do ubezpieczonego, a data badania histopatologicznego lub cytologicznego potwierdzająca rozpoznanie nowotworu złośliwego we wczesnym stadium wypadła po wygaśnięciu ochrony.

6. W razie wystąpienia u Ciebie nowotworu złośliwego we wczesnym stadium wypłacimy Ci świadczenie w wysokości równej wskazanemu w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia nowotworu złośliwego we wczesnym stadium.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

7. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje wystąpienia:
1) nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ), który powstał w bezpośrednim następstwie promieniowania radioaktywnego lub jonizującego w wyniku reakcji termojądrowych, wybuchu nuklearnego;
2) nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ), związanego zakażeniem wirusem HIV lub AIDS;
3) nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ) jamy ustnej – jeżeli przed początkiem ochrony zdiagnozowano leukoplakię błony śluzowej jamy ustnej;
4) nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ) przełyku – jeżeli przed początkiem ochrony zdiagnozowano tzw. przełyk Barretta;
5) nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ) żołądka – jeżeli przed początkiem ochrony zdiagnozowano metaplazję jelitową;
6) nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ) jelita grubego – jeżeli przed początkiem ochrony zdiagnozowano polipowatość rodzinną jelita grubego lub wrzodziejące zapalenie jelita grubego;
7) nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ) szyjki macicy – jeżeli przed początkiem ochrony zdiagnozowano dysplazję szyjki macicy lub zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV);
8) nowotworu złośliwego we wczesnej fazie inwazji szyjki macicy – jeżeli przed początkiem ochrony zdiagnozowano dysplazję szyjki macicy lub zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV).

8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje nowotworu złośliwego we wczesnym stadium, który wystąpił lub z powodu którego rozpoczęto u ubezpieczonego postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed początkiem okresu ochrony.

9. Wyłączenie z pkt 8 nie dotyczy:
1) sytuacji, w których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się i zakończyło przed ukończeniem przez ubezpieczonego 18 lat;
2) nowotworu złośliwego we wczesnym stadium, w przypadku którego nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiego samego nowotworu złośliwego we wczesnym stadium.

10. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia z każdej kategorii nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ) wymienionego w pkt 1 ppkt 3) lit. a)–h).

11. Po wystąpieniu nowotworu złośliwego:
1) w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ) wymienionego w pkt 1 ppkt 3) lit. a)–h) nasza ochrona wygasa w zakresie nowotworów umiejscowionych w danej kategorii;
2) we wczesnej fazie inwazji wymienionego w pkt 1 ppkt 4) lit. a)–e) nasza ochrona wygasa w zakresie tego nowotworu.

KARENCJA
– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego nie ponosimy odpowiedzialności lub ponosimy ją w ograniczonym zakresie

12. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 90 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.
13. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli nowotwór złośliwy we wczesnym stadium był wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu pierwszych 90 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

14. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.
15. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
16. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może ulec zmianie za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

17. Wysokość składki za ubezpieczonego:
1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu dodatkowym;
2) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
3) zależy od:
   a) sumy ubezpieczenia,
   b) wysokości świadczenia,
   c) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

18. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
19. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

20. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania, pod warunkiem jednoczesnego zawarcia albo obowiązywania u ubezpieczającego umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.
21. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

22. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

23. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
24. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

25. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.

26. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
27. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.
28. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
29. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

30. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
31. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
32. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.
33. Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
34. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

35. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
36. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym i dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

37. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

38. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

39. Jeśli wystąpi u Ciebie nowotwór złośliwy we wczesnym stadium, dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie nowotworu złośliwego we wczesnym stadium – w szczególności wyniki badania histopatologicznego lub cytologicznego.

40. Możemy dodatkowo:
1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
2) zlecić badania medyczne
– jeśli będzie to konieczne dla ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości należnego Ci świadczenia.

41. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
42. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
43. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.

44. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

45. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK WYSTĄPIENIA U MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO WE WCZESNYM STADIUM

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK WYSTĄPIENIA U MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO WE WCZESNYM STADIUM

Kod warunków: RMGP55

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 wystąpienia u małżonka albo partnera życiowego nowotworu złośliwego we wczesnym stadium, kod warunków: RMGP55 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU. Użyte w OWU definicje mogą odbiegać 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 zdarzenie w życiu ubezpieczonego w okresie ochrony, którym jest wystąpienie u małżonka albo partnera życiowego w okresie ochrony:

- pierwszego przypadku zdiagnozowania nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ) w ramach każdej z ośmiu kategorii in situ, określonych w OWU lub
- pierwszego przypadku zdiagnozowania nowotworu złośliwego we wczesnej fazie inwazji wymienionego w OWU – przed ukończeniem przez małżonka albo partnera życiowego 70 lat.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku wystąpienia u Twojego małżonka albo partnera życiowego nowotworu złośliwego we wczesnym stadium, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia nowotworu złośliwego we wczesnym stadium.

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 umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego.

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 ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego.

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 na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

JAK I KIEDY PŁACI 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 ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego,
- 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:

- ponownego wystąpienia u małżonka albo partnera życiowego nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym w danej kategorii,
- 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 ppkt 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek wystąpienia u małżonka albo partnera życiowego nowotworu złośliwego we wczesnym stadium, kod warunków RMGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.
Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika 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 pkt 4-6 pkt 14-16 pkt 38 pkt 39-44 pkt 45
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 7-11 pkt 12-13 pkt 35-36 pkt 37 pkt 45

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK WYSTĄPIENIA U MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO WE WCZESNYM STADIUM

Kod OWU: RMGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek wystąpienia u małżonka albo partnera życiowego nowotworu złośliwego we wczesnym stadium uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

1) **dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego** – wskazane przez PZU Życie SA w umowie ubezpieczenie dodatkowe na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego;
2) **nowotwór złośliwy we wczesnym stadium** – oznacza nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ) lub nowotwór złośliwy we wczesnej fazie inwazji;
3) **nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ)** – nowotwór złośliwy rozpoznany w bardzo wczesnej fazie rozwoju, bez cech przekraczania błony podstawnej, która jest ograniczeniem dla szerzenia się komórek nowotworowych przez krew i układ chłonny.
   Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ), który jest umiejscowiony w jednej z poniższych kategorii Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10:
   a) D00 – rak in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka,
   b) D01 – rak in situ innych i nieokreślonych części narządów trawiennych,
   c) D02 – rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego,
   d) D03 – czerniak in situ,
   e) D05 – rak in situ sutka,
   f) D06 – rak in situ szyjki macicy,
   g) D07 – rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych,
   h) D09 – rak in situ innych i nieokreślonych umiejscowień,
   z zastrzeżeniem, że nasza ochrona w tym ubezpieczeniu nie obejmuje nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ), który jest umiejscowiony w kategorii D04 – rak skóry Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych.
   Stopień zaawansowania nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ) potwierdza badanie histopatologiczne lub cytologiczne;
4) **nowotwór złośliwy we wczesnej fazie inwazji** – nowotwór złośliwy rozpoznany we wczesnym okresie rozwoju, bez oznak przerzutów. Odpowiadamy wyłącznie za:
   a) brodawkowatego raka tarczycy – którego stopień zaawansowania opisano wg skali TNM jako T1aN0M0,
   b) czerniaka złośliwego skóry – którego stopień zaawansowania opisano wg skali TNM jako T1aN0M0,
   c) nowotwór złośliwy gruczołu krokowego (prostaty, stercza) – którego stopień zaawansowania opisano wg skali TNM jako T1aN0M0 lub T1bN0M0,
   d) nowotwór złośliwy szyjki macicy – którego stopień zaawansowania opisano wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3,
   e) ziarnicę złośliwą (choroba Hodgkina) – rozpoznaną w pierwszym stadium zaawansowania.
   Stopień zaawansowania nowotworu złośliwego we wczesnej fazie inwazji od a) do d) potwierdza badanie histopatologiczne lub cytologiczne.
   Stopień zaawansowania ziarnicy złośliwej potwierdza badanie histopatologiczne i lokalizacja węzłów chłonnych objętych procesem nowotworowym;
5) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
6) **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;
7) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
8) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do którego ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
9) **wystąpienie nowotworu złośliwego we wczesnym stadium** – zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony nowotworu złośliwego we wczesnym stadium potwierdzone badaniem histopatologicznym lub cytologicznym.

2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA
– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy zdarzenie w Twoim życiu, którym jest wystąpienie nowotworu złośliwego we wczesnym stadium u małżonka albo partnera życiowego.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA
– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest wystąpienie u Twojego małżonka albo partnera życiowego w okresie ochrony:
1) pierwszego przypadku zdiagnozowania nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ) w ramach każdej z ośmiu kategorii in situ, o których mowa w pkt 1 ppkt 3) lit. a)–h) lub
2) pierwszego przypadku zdiagnozowania nowotworu złośliwego we wczesnej fazie inwazji wymienionego w pkt 1 ppkt 4) lit. a)–e)

– przed ukończeniem przez małżonka albo partnera życiowego 70 lat.

5. Ochroną obejmujemy również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego lub cytologicznego małżonka albo partnera życiowego zostanie pobrany w okresie ochrony w odniesieniu do ubezpieczonego, a data badania histopatologicznego lub cytologicznego potwierdzająca rozpoznanie nowotworu złośliwego we wczesnym stadium wypadła po wygaśnięciu ochrony.

6. W razie wystąpienia u małżonka albo partnera życiowego nowotworu złośliwego we wczesnym stadium wypłacimy Ci świadczenie w wysokości równej wskazanemu w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia nowotworu złośliwego we wczesnym stadium.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

7. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje wystąpienia u małżonka albo partnera życiowego:
1) nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ), który powstał w bezpośrednim następstwie promieniowania radioaktywnego lub jonizującego w wyniku reakcji termojądrowych, wybuchu nuklearnego;
2) nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ), związanego zakażeniem wirusem HIV lub AIDS;
3) nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ) jamy ustnej – jeżeli przed początkiem ochrony zdiagnozowano leukoplakię błony śluzowej jamy ustnej;
4) nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ) przełyku – jeżeli przed początkiem ochrony zdiagnozowano tzw. przełyk Barretta;
5) nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ) żołądka – jeżeli przed początkiem ochrony zdiagnozowano metaplazję jelitową;
6) nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ) jelita grubego – jeżeli przed początkiem ochrony zdiagnozowano polipowatość rodzinną jelita grubego lub wrzodziejące zapalenie jelita grubego;
7) nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ) szyjki macicy – jeżeli przed początkiem ochrony zdiagnozowano dysplazję szyjki macicy lub zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV);
8) nowotworu złośliwego we wczesnej fazie inwazji szyjki macicy – jeżeli przed początkiem ochrony zdiagnozowano dysplazję szyjki macicy lub zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV);
9) nowotworu złośliwego we wczesnym stadium – jeżeli w dniu wystąpienia nowotworu złośliwego we wczesnym stadium małżonek albo partner życiowy miał ukończone 70 lat.

8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje nowotworu złośliwego we wczesnym stadium, który wystąpił lub z powodu którego rozpoczęto u małżonka albo partnera życiowego postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed początkiem okresu ochrony.

9. Wyłączenie z pkt 8 nie dotyczy:
1) sytuacji, w których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się i zakończyło przed ukończeniem przez małżonka albo partnera życiowego 18 lat;
2) nowotworu złośliwego we wczesnym stadium, w przypadku którego nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiego samego nowotworu złośliwego we wczesnym stadium.

10. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia z każdej kategorii nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ) wymienionego w pkt 1 ppkt 3) lit. a)–h).

11. Po wystąpieniu nowotworu złośliwego:
1) w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ) wymienionego w pkt 1 ppkt 3) lit. a)–h) nasza ochrona wygasa w zakresie nowotworów umiejscowionych w danej kategorii;
2) we wczesnej fazie inwazji wymienionego w pkt 1 ppkt 4) lit. a)–e), nasza ochrona wygasa w zakresie tego nowotworu.

KARENCJA
– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego nie ponosimy odpowiedzialności lub ponosimy ją w ograniczonym zakresie

12. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 180 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.
13. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli nowotwór złośliwy we wczesnym stadium był wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu pierwszych 180 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

14. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.
15. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
16. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może ulec zmianie za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

17. Wysokość składki za ubezpieczonego:
1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu dodatkowym;
2) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
3) zależy od:
   a) sumy ubezpieczenia,
   b) wysokości świadczenia,
   c) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

18. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
19. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

20. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania, pod warunkiem jednoczesnego zawarcia albo obowiązywania u ubezpieczającego umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego.
21. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

22. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

23. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
24. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

25. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.

26. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
27. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.
28. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
29. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

30. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
31. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
32. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.
33. Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
34. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

35. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
36. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym i dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

37. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

38. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

39. Jeśli u Twojego małżonka albo partnera życiowego wystąpi nowotwór złośliwy we wczesnym stadium, dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) zgodę na przetwarzanie danych osobowych Twojego małżonka albo partnera życiowego;
3) taką dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie u małżonka albo partnera życiowego nowotworu złośliwego we wczesnym stadium – w szczególności wyniki badania histopatologicznego lub cytologicznego;
4) Twój akt małżeństwa – jeśli dotyczy wystąpienia u małżonka nowotworu złośliwego we wczesnym stadium.

40. Możemy dodatkowo poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy – jeśli będzie to konieczne dla ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości należnego Ci świadczenia.
41. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
42. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.

43. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
44. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

45. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej" oraz inne przepisy prawa.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY DZIECKA

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY DZIECKA

Kod warunków: DCGP55

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 ciężkiej choroby dziecka, kod warunków: DCGP55 (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 zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest wystąpienie u dziecka ciężkiej choroby zgodnej z naszą definicją wskazaną w Załączniku nr 1 do OWU (26 ciężkich chorób), w okresie ochrony.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku wystąpienia u dziecka ciężkiej choroby, w zależności od zakresu świadczeń, który posiadasz w dniu zajścia zdarzenia:
- wypłacimy Ci świadczenie pieniężne równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia ciężkiej choroby dziecka – jeśli w zakresie świadczeń masz wyłącznie świadczenie pieniężne,
- wypłacimy Ci świadczenie pieniężne równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia ciężkiej choroby dziecka i przyznamy Ci prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka – jeśli obydwa te świadczenia masz w zakresie świadczeń.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus albo w trakcie jego trwania.

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.

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 na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.
Usługi medyczne realizowane są we wskazanych placówkach medycznych na terenie Polski.

JAK I KIEDY PŁACI SIĘ SKŁADKĘ?

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

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

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.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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:

- wystąpienia ciężkiej choroby u dziecka przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej,
- ponownego wystąpienia danej ciężkiej choroby, która już wystąpiła u dziecka.

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 ppkt 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby dziecka, kod warunków DCGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika 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 pkt 4-8 pkt 17-19 pkt 37-38 pkt 39-46 pkt 47
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 7-8 pkt 9-14 pkt 15-16 pkt 34-35 pkt 36 pkt 47

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY DZIECKA

Kod OWU: DCGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby dziecka uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, 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. Definicje ciężkich chorób, które obejmujemy ochroną, znajdziesz w Załączniku nr 1 do tych OWU;
2) **dziecko** – dziecko, które w dniu wystąpienia u niego ciężkiej choroby nie ukończyło 18 lat, a w razie gdy uczęszcza do szkoły – nie ukończyło 25 lat. Może nim być:
   a) dziecko ubezpieczonego,
   b) dziecko małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego (jeżeli nie żyje drugi rodzic dziecka małżonka albo partnera życiowego);
3) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
4) **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;
5) **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;
6) **realizacja świadczenia** – wypłata ubezpieczonemu świadczenia pieniężnego lub przyznanie ubezpieczonemu prawa do korzystania z usług medycznych dla dziecka w razie zajścia zdarzenia objętego naszą ochroną;
7) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
8) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
9) **uczęszczanie do szkoły** – kształcenie się w publicznej lub niepublicznej szkole oraz państwowej lub niepaństwowej szkole wyższej w trybie dziennym, wieczorowym lub zaocznym, w rozumieniu przepisów o oświacie i szkolnictwie wyższym, z wyłączeniem wszelkich kursów oraz kształcenia korespondencyjnego;
10) **usługi medyczne** – świadczenia, których listę znajdziesz w Załączniku nr 2 do tych OWU;
11) **wystąpienie ciężkiej choroby** – zaistnienie w okresie ochrony następujących okoliczności:
   a) zdiagnozowania – w przypadku: bakteryjnego zapalenia wsierdzia, całkowitej utraty słuchu w co najmniej jednym uchu, całkowitej utraty wzroku w co najmniej jednym oku, ciężkiego oparzenia, cukrzycy typu 1, choroby Leśniowskiego-Crohna, dystrofii mięśniowej, nagminnego porażenia dziecięcego (choroba Heinego-Medina), neuroboreliozy, niedokrwistości hemolitycznej, niezłośliwego guza mózgu, nowotworu złośliwego, paraliżu kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego, schyłkowej niewydolności wątroby, sepsy(posocznicy), tężca, tocznia rumieniowatego układowego, utraty kończyny, wścieklizny, zapalenia mózgu, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych,
   b) specjalistycznego leczenia – w przypadku: niedokrwistości aplastycznej, przewlekłej niewydolności nerek, transplantacji,
   c) zakażenia – w przypadku: zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji,
   d) zapadnięcia w śpiączkę – w przypadku: śpiączki.

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 wystąpienie u dziecka ciężkiej choroby.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I ZAKRES ŚWIADCZEŃ
– czyli za jakie zdarzenie odpowiadamy i jakie świadczenia możesz otrzymać

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest wystąpienie u dziecka ciężkiej choroby, zgodnej z naszą definicją wskazaną w Załączniku nr 1 do tych OWU w okresie ochrony.

5. W razie zajścia zdarzenia w Twoim życiu, którym jest wystąpienie u dziecka ciężkiej choroby, w zależności od zakresu świadczeń, który posiadasz w dniu zajścia zdarzenia:
1) wypłacimy Ci świadczenie pieniężne równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia ciężkiej choroby dziecka, który jest określony w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia - jeśli w zakresie świadczeń masz wyłącznie świadczenie pieniężne;
2) wypłacimy Ci świadczenie pieniężne równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia ciężkiej choroby dziecka, który jest określony w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia i przyznamy Ci prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka – jeśli obydwa te świadczenia masz w zakresie świadczeń.

6. Zakres ubezpieczenia i zakres świadczeń potwierdzamy w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

7. Z usług medycznych możesz korzystać do wyczerpania się ich limitu (który znajdziesz w Załączniku nr 2 do tych OWU) i nie dłużej niż przez 12 miesięcy licząc od dnia wydania decyzji potwierdzającej prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka.

8. Prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka zostanie przyznane, jeśli masz to świadczenie w zakresie świadczeń dla każdej z ciężkich chorób dziecka, za którą należne jest świadczenie pieniężne.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

9. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminów:
1) **wrodzona wada rozwojowa** – odstępstwo od normy budowy anatomicznej, umiejscowione w klasyfikacji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 w rozdziale XVII „Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe (od Q00 do Q99)";
2) **wyczynowe uprawianie sportu** – jest to 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.

10. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje ciężkiej choroby dziecka, jeśli powstała u dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił:
1) w wyniku działań wojennych;
2) w wyniku czynnego udziału dziecka w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez dziecko czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
4) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli dziecko prowadziło pojazd:
   a) nie mając uprawnień do prowadzenia pojazdu, które są określone w przepisach prawa lub
   b) niedopuszczony do ruchu w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, lub
   c) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo 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 zajście wypadku komunikacyjnego;
5) gdy dziecko było 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 zajście nieszczęśliwego wypadku;
6) ponieważ dziecko uprawiało sport wyczynowo.

11. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje także:
1) ciężkiej choroby, będącej skutkiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się przed początkiem okresu ochrony;
2) ciężkiej choroby w przypadku której istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wystąpieniem ciężkiej choroby, a wrodzoną wadą rozwojową dziecka;
3) ciężkiej choroby, która wystąpiła bezpośrednio w wyniku zatrucia alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
4) ciężkiej choroby, która wystąpiła w wyniku użycia przez dziecko produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
5) ciężkiej choroby, która wystąpiła w wyniku umyślnego samookaleczenia się dziecka, umyślnego wywołania choroby lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez dziecko;

6) niedokrwistości hemolitycznej wrodzonej oraz takiej, która jest skutkiem działania leków lub substancji toksycznych lub objawem nocnej napadowej hemoglobinurii;
7) śpiączki, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u dziecka nowotwór, cukrzycę, niewydolność nerek, niewydolność wątroby, które były przyczyną śpiączki;
8) transplantacji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej dziecko zostało wpisane na listę oczekujących na przeszczep;
9) zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u dziecka hemofilię.

12. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje ciężkich chorób, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto u dziecka postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed początkiem okresu ochrony, oprócz ciężkich chorób, w przypadku których nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiej samej choroby, w przypadku której ponosimy odpowiedzialność.

13. Po wystąpieniu danej ciężkiej choroby nasza odpowiedzialność wygasa w zakresie tej choroby u tego samego dziecka. W przypadku nowotworu złośliwego należne jest tylko jedno świadczenie niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów.

14. Nie zrealizujemy świadczenia, jeżeli umyślnie przyczyniłeś się do wystąpienia ciężkiej choroby dziecka.

KARENCJA
– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego nie ponosimy odpowiedzialności lub ponosimy ją w ograniczonym zakresie

15. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 90 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.

16. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli zdarzenie w Twoim życiu, którym jest wystąpienie ciężkiej choroby dziecka było wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu tych 90 dni.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

17. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.

18. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

19. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może ulec zmianie za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

20. Wysokość składki za ubezpieczonego:
1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu dodatkowym;
2) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
3) zależy od:
   a) sumy ubezpieczenia,
   b) zakresu świadczeń,
   c) wysokości świadczenia,
   d) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

21. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.

22. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

23. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.

24. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

25. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

26. Jeśli żadna ze stron umowy, nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
27. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

28. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
29. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
30. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

31. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
32. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
33. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

34. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
35. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

36. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata i komu przyznajemy prawo do korzystania z usług medycznych

37. Prawo do świadczenia pieniężnego przysługuje Tobie.
38. Prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka przyznajemy Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie pieniężne i jak zacząć korzystać z usług medycznych

39. Jeśli wystąpi u dziecka ciężka choroba, dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) akt urodzenia dziecka;
3) dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie ciężkiej choroby, w przypadku oparzeń – ich stopień i powierzchnię;
4) kartę informacyjną leczenia szpitalnego, o ile dziecko przebywało w szpitalu;
5) dokumentację, która potwierdza okoliczności wypadku – w przypadku ciężkiej choroby w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
6) jeżeli składasz wniosek o wypłatę świadczenia dla dziecka:
   a) które nie ukończyło 18 lat – zgodę opiekuna prawnego dziecka, na przetwarzanie danych osobowych dziecka,
   b) które ukończyło 18 lat – zgodę dziecka na przetwarzanie jego danych osobowych.

40. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że świadczenie Ci się należy, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
41. Możemy dodatkowo poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy – jeśli będzie to potrzebne.
42. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
43. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
44. Na podstawie dostarczonej dokumentacji podejmiemy decyzję w sprawie wypłaty świadczenia pieniężnego lub przyznania Ci prawa do korzystania z usług medycznych dla dziecka (jeśli posiadasz je w zakresie świadczeń).
45. Po otrzymaniu decyzji o przyznaniu Ci prawa do korzystania z usług medycznych dla dziecka - będziesz mógł rozpocząć korzystanie z tych usług.
46. Aby korzystać z usług medycznych – za naszym pośrednictwem – umawiasz termin usługi medycznej. Możesz to zrobić za pośrednictwem dostępnych kanałów określonych w Załączniku nr 3 do tych OWU.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

47. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej" oraz inne przepisy prawa.

ZAŁĄCZNIK NR 1
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY DZIECKA

Za ciężkie choroby objęte naszą odpowiedzialnością uznaje się wyłącznie:

1) **bakteryjne zapalenie wsierdzia**, które jest zapaleniem wsierdzia spowodowanym przez zakażenie bakteryjne. Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie wsierdzia, 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 wsierdzia;
2) **całkowita utrata słuchu w co najmniej jednym uchu**, która jest trwałą i nieodwracalną utratą zdolności słyszenia. Odpowiadamy wyłącznie za utratę słuchu z powodu choroby, w której ubytek słuchu w uchu objętym chorobą wynosi co najmniej 90dB i jest obliczony jako uśredniona wartość dla dźwięków pasma mowy. Stopień utraty słuchu jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna z leczenia;
3) **całkowita utrata wzroku w co najmniej jednym oku**, która jest trwałą i nieodwracalną utratą zdolności widzenia. Odpowiadamy wyłącznie za utratę wzroku z powodu choroby, 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 z leczenia;
4) **choroba 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;
5) **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 40% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie II stopnia lub
   b) ponad 20% powierzchni ciała – dla oparzeń II i III stopnia łącznie lub
   c) ponad 10% powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia;
6) **cukrzyca typu 1**, która jest chorobą metaboliczną o podłożu autoimmunologicznym wymagającą stałego leczenia insuliną. Odpowiadamy wyłącznie za taką cukrzycę typu I, w której konieczność stałego stosowania insuliny potwierdza lekarz diabetolog;
7) **dystrofia mięśniowa**, która jest uwarunkowaną genetycznie grupą chorób, polegających na powolnym zaniku mięśni poprzecznie prążkowanych, bez zajęcia układu nerwowego. Odpowiadamy wyłącznie za taką dystrofię mięśniową, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała osłabienie lub zanik mięśni;
8) **nagminne porażenie dziecięce (choroba Heinego-Medina)**, które jest ostrą chorobą zakaźną wywołaną wirusem Polio. Odpowiadamy wyłącznie za porażenną postać nagminnego porażenia dziecięcego, które w co najmniej jednej grupie mięśni spowodowało brak ich skurczu lub skurcz o śladowej sile utrzymujący się co najmniej 3 miesiące. Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
9) **neuroborelioza**, 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 oraz czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
10) **niedokrwistość aplastyczna**, która jest przewlekłą i nieodwracalną niewydolnością szpiku, polegającą na zaniku wszystkich linii komórkowych układu granulocytowego, czerwonokrwinkowego i płytkotwórczego. Odpowiadamy wyłącznie za taką anemię aplastyczną, którą rozpoznano na podstawie oceny szpiku kostnego i w przebiegu której zastosowano leczenie immunosupresyjne,lub immunostymulacje lub wykonano transplantację szpiku;
11) **niedokrwistość hemolityczna**, która jest następstwem skróconego czasu przeżycia krwinek czerwonych i objawia się zmniejszeniem stężenia hemoglobiny poniżej normy dla wieku dziecka. Odpowiadamy wyłącznie za taką niedokrwistość hemolityczną, która wymagała hospitalizacji;
12) **niezłośliwy guz mózgu**, który jest łagodnym wewnątrzczaszkowym guzem mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych. Odpowiadamy wyłącznie za taki niezłośliwy guz mózgu, który został usunięty lub jeśli usunięcie guza nie było możliwe, spowodował on wystąpienie ubytków neurologicznych. Rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu. Nasza ochrona w tym ubezpieczeniu nie obejmuje torbieli, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, krwiaków mózgu, guzów przysadki mózgowej;
13) **nowotwór złośliwy**, który jest niekontrolowanym rozrostem komórek nowotworowych, cechujących 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 nowotwór złośliwy 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 w tym ubezpieczeniu nie obejmuje:
   a) nowotworu ocenionego w badaniu histopatologicznym jako łagodny, o granicznej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjny lub przedinwazyjny (tzw. in situ),
   b) zmiany 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) dysplazji szyjki macicy i nowotworu złośliwego szyjki macicy opisanego wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3,
g) wszystkich nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV;

14) **paraliż kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego**, który jest całkowitą utratą funkcji ruchowej kończyn. Odpowiadamy wyłącznie za taki paraliż kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego, który dotyczy co najmniej dwóch kończyn, jest nieodwracalny i utrzymuje się co najmniej 3 miesiące;
15) **przewlekła niewydolność nerek**, która jest trwałym upośledzeniem czynności obu nerek lub jedynej nerki. Odpowiadamy wyłącznie za taką przewlekłą niewydolność nerek, która jest nieodwracalna i w przebiegu której zastosowano stałą dializoterapię lub wykonano przeszczep nerki. Nasza ochrona w tym ubezpieczeniu nie obejmuje ostrej niewydolności nerek, która jest odwracalna i wymaga jedynie czasowej dializoterapii;
16) **schyłkowa niewydolność wątroby**, która jest końcowym stadium upośledzenia funkcji wątroby.
Odpowiadamy wyłącznie za taką schyłkową niewydolność wątroby, która doprowadziła do wystąpienia co najmniej jednego z poniższych objawów:
a) wodobrzusza,
b) żylaków przełyku,
c) encefalopatii wątrobowej.
Nasza ochrona w tym ubezpieczeniu nie obejmuje schyłkowej niewydolności wątroby spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla wątroby;
17) **sepsa (posocznica)**, która jest ogólnoustrojową, nieswoistą reakcją organizmu na obecne we krwi drobnoustroje oraz ich toksyny. Odpowiadamy wyłącznie za taką sepsę, która doprowadziła do niewydolności co najmniej dwóch z poniższych narządów lub układów:
a) ośrodkowy układ nerwowy,
b) układ krążenia,
c) układ oddechowy,
d) układ krwiotwórczy,
e) nerki,
f) wątroba.
Rozpoznanie sepsy jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
18) **śpiączka**, 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: trwające 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 w tym ubezpieczeniu nie obejmuje śpiączki spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla mózgu;
19) **tężec**, 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 jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
20) **toczeń rumieniowaty układowy**, który jest chorobą autoimmunologiczną, przebiegającą z zajęciem skóry i narządów wewnętrznych. Odpowiadamy wyłącznie za taki toczeń rumieniowaty układowy, który został ostatecznie rozpoznany przez lekarza reumatologa i w którego w przebiegu doszło do zajęcia jednego z poniższych narządów lub układów:
a) nerki,
b) serce,
c) układ nerwowy;
21) **transplantacja**, która jest operacją chirurgiczną przeszczepienia narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego. Odpowiadamy wyłącznie za wykonaną u biorcy transplantację serca, płuca, wątroby lub jej części lub wykonaną u biorcy allogeniczną transplantację szpiku kostnego;
22) **utrata kończyny**, która jest utratą całej kończyny lub jej części. Odpowiadamy wyłącznie za utratę kończyny górnej powyżej nadgarstka lub utratę kończyny dolnej powyżej stawu skokowego;
23) **wścieklizna**, która jest chorobą zakaźną wywołaną wirusem wścieklizny lub wirusami pokrewnymi. Odpowiadamy wyłącznie za taką wściekliznę, w przebiegu której wystąpiły objawy zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego, i która wymagała hospitalizacji, a rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
24) **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności, powstałym w związku z transfuzją krwi lub preparatów krwiopochodnych. Odpowiadamy wyłącznie za zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji wykonanej na terytorium Polski, i które jest potwierdzone złożonymi dowodami;
25) **zapalenie mózgu**, które jest chorobą zakaźną spowodowaną przez bakterie, wirusy lub grzyby i przebiega z neurologicznymi objawami zajęcia procesem zapalnym mózgu. Odpowiadamy wyłącznie za takie zapalenie mózgu, które spowodowało wystąpienie ubytków neurologicznych, utrzymujących się co najmniej 3 miesiące. Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
26) **zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych**, które jest chorobą zakaźną spowodowaną przez bakterie, wirusy lub grzyby i przebiega z neurologicznymi objawami zajęcia procesem zapalnym opon mózgowo-rdzeniowych. Odpowiadamy wyłącznie za takie zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, które spowodowało wystąpienie ubytków neurologicznych, utrzymujących się co najmniej 3 miesiące. Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.

ZAŁĄCZNIK NR 2
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY DZIECKA

ZAKRES USŁUG MEDYCZNYCH

	USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT	OPIS
Konsultacje ambulatoryjne z zakresu	andrologii	4 konsultacje – łączny limit na wszystkie konsultacje	**1.** Konsultacje ambulatoryjne odbywają się w placówce medycznej i obejmują zgodnie z profilem danej specjalności: fizykalne badanie pacjenta, zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia, wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. **2.** Z konsultacji ambulatoryjnych możesz korzystać bez skierowania we wskazanej przez nas placówce medycznej. **3.** Konsultacje telemedyczne odbywają się telefonicznie, przez czat lub video czat i obejmują zgodnie z profilem danej specjalności: zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. **4.** Z konsultacji telemedycznej możesz korzystać bez skierowania za pośrednictwem łączy telekomunikacyjnych. **5.** W celu wykonania konsultacji telemedycznej utworzymy dla Ciebie indywidulane konto w serwisie internetowym. Podamy Ci dane niezbędne do rejestracji na koncie. **6.** W ramach konsultacji ambulatoryjnych i telemedycznych nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.
	audiologii		
	chirurgii dziecięcej		
	chirurgii ogólnej		
	chirurgii onkologicznej		
	chorób wewnętrznych (interny)		
	chorób zakaźnych		
	dermatologii		
	dermatologii dziecięcej		
	diabetologii		
	diabetologii dziecięcej		
	dietetyki		
	endokrynologii		
	endokrynologii dziecięcej		
	gastroenterologii		
	gastroenterologii dziecięcej		
	ginekologii i położnictwa		
	ginekologii dziecięcej		
	hematologii		
	hematologii dziecięcej		
	hepatologii		
	hepatologii dziecięcej		
	kardiochirurgii		
	kardiochirurgii dziecięcej		
	kardiologii		
	kardiologii dziecięcej		
	laryngologii		
	laryngologii dziecięcej		
	medycyny rodzinnej		
	nefrologii		
	nefrologii dziecięcej		
	neurochirurgii		
	neurochirurgii dziecięcej		
	neurologii		
	neurologii dziecięcej		
	okulistyki		
	okulistyki dziecięcej		
	onkologii		
	onkologii dziecięcej		
	ortopedii i traumatologii narządu ruchu		

	USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT	OPIS
	ortopedii dziecięcej		
	pediatrii		
	proktologii		
	psychologii		
	pulmonologii		
	pulmonologii dziecięcej		
	rehabilitacji medycznej		
	reumatologii		
	reumatologii dziecięcej		
	transplantologii		
	urologii		
	urologii dziecięcej		
	wenerologii		
Konsultacje telemedyczne z zakresu	chorób wewnętrznych (interny)		
	dermatologii		
	dermatologii dziecięcej		
	diabetologii		
	dietetyki		
	endokrynologii		
	endokrynologii dziecięcej		
	ginekologii i położnictwa		
	kardiologii		
	kardiologii dziecięcej		
	onkologii		
	ortopedii i traumatologii narządu ruchu		
	ortopedii dziecięcej		
	pediatrii		
	pielęgniarstwa		
	pielęgniarstwa diabetologicznego		
	psychologii		
	psychologii dziecięcej		
	pulmonologii		
	pulmonologii dziecięcej		
Morfologia krwi	hematokryt	5 badań – łączny limit na wszystkie wymienione badania	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	hemoglobina		
	leukocyty		
	morfologia krwi z płytkami krwi bez rozmazu		
	morfologia z płytkami krwi i rozmazem automatycznym		
	morfologia z płytkami krwi i z rozmazem automatycznym z rozmazem ręcznym		
	odczyn biernackiego (OB.)		
	płytki krwi		
	retikulocyty		

	USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT	OPIS
Badania układu krzepnięcia	czas częściowej tromboplastyny po aktywacji/czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	5 badań – łączny limit na wszystkie wymienione badania	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	czas krwawienia		
	czas krzepnięcia		
	czas protrombinowy (PT/INR)		
	czas trombinowy (TT)		
	D-dimery		
	fibrynogen (FIBR)		
Badania biochemiczne krwi	albuminy	10 badań – łączny limit na wszystkie wymienione badania	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	alfa-globuliny		
	białko całkowite		
	bilirubina bezpośrednia		
	bilirubina całkowita		
	bilirubina pośrednia		
	chlorki (Cl)		
	białko C-reaktywne (CRP)		
	dehydrogenaza mleczanowa (LDH)		
	ferrytyna		
	fosfataza zasadowa (alkaliczna/ALP)		
	fosfataza zasadowa (AP - frakcja kostna)		
	fosfor/fosforany		
	gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP)		
	glukoza		
	hemoglobina glikowana (HbA1C)		
	klirens kreatyniny		
	kreatynina		
	kwas moczowy		
	magnez (Mg)		
	mocznik - azot mocznika (BUN)		
	potas (K)		
	proteinogram		
	sód (Na)		
	całkowita zdolność wiązania żelaza (TIBC)		
	transaminaza asparaginianowa (GPT/AST/ASPAT)		
	transaminaza alaninowa (GOT/ALT/ALAT)		
	transferyna		
	wapń całkowity (Ca)		
	wapń zjonizowany		
	żelazo (Fe)		
	żelazo - krzywa wchłaniania		

	USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT	OPIS
Badania moczu	białko całkowite (próbka z domowej zbiórki moczu)	5 badań – łączny limit na wszystkie wymienione badania	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej
	moczu		
	bilirubina		
	ciała ketonowe		
	fosforany (próbka z domowej zbiórki moczu)		
	glukoza		
	glukoza (próbka z domowej zbiórki moczu)		
	kreatynina		
	kreatynina (próbka z domowej zbiórki moczu)		
	kwas moczowy		
	kwas moczowy (próbka z domowej zbiórki moczu)		
	magnez		
	magnez (próbka z domowej zbiórki moczu)		
	mocz - badanie ogólne		
	mocznik - azot mocznika (BUN)		
	mocznik - azot mocznika (BUN) (próbka z domowej zbiórki moczu)		
	potas		
	potas (próbka z domowej zbiórki moczu)		
	sód		
	sód (próbka z domowej zbiórki moczu)		
	wapń		
	wapń (próbka z domowej zbiórki moczu)		
	wskaźnik albumina - kreatynina (ACR)		
Badania serologiczne	odczyn Coombsa – pośredni	1 badanie – łączny limit na wszystkie wymienione badania)	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	odczyn Coombsa bezpośredni (bezpośredni test antyglobulinowy, BTA)		
	przeciwciała przeciwjądrowe (ANA) – test ANA1		
	przeciwciała przeciwjądrowe (ANA)- test ANA2		
	przeciwciała przeciwjądrowe (ANA) – jakościowe		
Badania kału	krew utajona w kale/ F.O.B	1 badanie – łączny limit na wszystkie wymienione badania)	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	badanie ogólne kału		
Markery nowotworowe	antygen CA 125	1 badanie – łączny limit na wszystkie wymienione badania)	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	antygen CEA – carcinoembrionalny		
	antygen CA 19-9 - antygen raka przewodu pokarmowego		
	alfa - fetoproteina (AFP)		
	antygen CA 15-3 (CA 15-3)		

	USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT	OPIS
Badania bakteriologiczne	posiew moczu (identyfikacja i antybiogram)	2 badania – łączny limit na wszystkie wymienione badania)	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	posiew wymazu z rany (identyfikacja i antybiogram)		
Badania radiologiczne (RTG) i ultrasonograficzne (USG)	RTG czaszki	2 badania – łączny limit na wszystkie wymienione badania	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	RTG klatki piersiowej – AP		
	RTG klatki piersiowej – bok		
	RTG klatki piersiowej - AP + bok		
	RTG kręgosłupa całego – bok		
	RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – AP		
	RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – bok		
	RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego - AP + bok		
	RTG kręgosłupa piersiowego - AP		
	RTG kręgosłupa piersiowego - bok		
	RTG kręgosłupa piersiowego – AP + bok		
	RTG kręgosłupa szyjnego - AP		
	RTG kręgosłupa szyjnego – bok		
	RTG kręgosłupa szyjnego – AP + bok		
	mammografia		
	urografia		
	wlew doodbytniczy		
	USG ginekologiczne - przez powłoki brzuszne		
	USG ginekologiczne - przezpochwowe (transwaginalne)		
	USG gruczołu krokowego - przez powłoki brzuszne		
	USG gruczołu krokowego – przezodbytnicze (transrektalne)		
	USG jamy brzusznej		
	USG jąder (bez badania przepływów)		
	USG miednicy małej – przez powłoki brzuszne		
	USG miednicy małej – przezodbytnicze (transrektalne, TRUS)		
	USG miednicy małej – przezpochwowe (transwaginalne, TV)		
	USG piersi		
	USG przezciemiączkowe u dzieci		
	USG ślinianek		
	USG tarczycy		
	USG układu moczowego (nerek, moczowodów, pęcherza moczowego)		
	USG węzłów chłonnych		
	USG serca (echokardiografia, ECHO) - badanie przezklatkowe osoby dorosłej		

	USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT	OPIS
	USG serca (echokardiografia, ECHO) - badanie przezklatkowe dziecka		
	USG serca (echokardiografia, ECHO) - przezprzełykowe		
	USG serca (echokardiografia ECHO) - z Dopplerem		
Tomografia komputerowa	kolonoskopia wirtualna (CT)	1 badanie – łączny limit na wszystkie wymienione badania)	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej z wyłączeniem angio-CT, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, HRCT, tomografii 32-rzędowej i wyższej, HRT, OCT, SL-OCT), angio-MRI, enterografii-MRI). Tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny nie obejmują kosztu kontrastu.
	tomografia komputerowa głowy		
	tomografia komputerowa jamy brzusznej		
	tomografia komputerowa klatki piersiowej		
	tomografia komputerowa kości miednicy		
	tomografia komputerowa kręgo-słupa lędźwiowego		
	tomografia komputerowa kręgo-słupa szyjnego		
	tomografia komputerowa mied-nicy małej		
	tomografia komputerowa oczodołów		
	tomografia komputerowa przy-sadki mózgowej		
	tomografia komputerowa szyi		
	tomografia komputerowa układu moczowego (urografia CT)		
Rezonans magnetyczny	rezonans magnetyczny głowy		
	rezonans magnetyczny jamy brzusznej		
	rezonans magnetyczny klatki piersiowej		
	rezonans magnetyczny kości miednicy		
	rezonans magnetyczny kręgosłupa lędźwiowego		
	rezonans magnetyczny kręgosłupa piersiowego		
	rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego		
	rezonans magnetyczny miednicy małej		
	rezonans magnetyczny oczodołów		
Badania endoskopowe	anoskopia z pobraniem wycinków do badań histopatologicznych (nie obejmuje kosztu badania histopatologicznego)	1 badanie – łączny limit na wszystkie wymienione badania	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	kolonoskopia z pobraniem wycinków do badań histopato-logicznych (nie obejmuje kosztu badania histopatologicznego)		
	sigmoidoskopia z pobraniem wycinków do badań histopato-logicznych (nie obejmuje kosztu badania histopatologicznego)		

	USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT	OPIS
Badania kardiologiczne, neurologiczne i dermatologiczne	dermatoskopia	1 badanie – łączny limit na wszystkie wymienione badania	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	EEG (elektroencefalografia) - zapis w czuwaniu (z wyłączeniem EEG we śnie, EEG biofeedback, EEG video)		
	EKG – badanie spoczynkowe bez opisu		
	EKG – badanie spoczynkowe z opisem		
	ENG (elektroneurografia) - badanie przewodnictwa w obwodowych nerwach ruchowych i czuciowych		
	ENG (elektroneurografia) – badanie w obwodowych nerwach ruchowych i czuciowych + fala F		
Badania audiologiczne	audiometria impedancyjna (tympanogram)	1 badanie – łączny limit na wszystkie wymienione badania	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	audiometria impedancyjna z oceną funkcji trąbki słuchowej		
	audiometria nadprogowa SISI		
	audiometria tonalna		
Biopsje	biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG (z badaniem cytologicznym)		
	biopsja guzka piersi pod kontrolą USG (z badaniem cytologicznym)		
	biopsja węzłów chłonnych pod kontrolą USG (z badaniem cytologicznym i oceną histopatologiczną)		
Zabiegi chirurgiczne	leczenie odmrożeń skóry	5 zabiegów – łączny limit na wszystkie wymienione zabiegi	Z zabiegów możesz korzystać bez skierowania we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	leczenie oparzeń skóry		
	leczenie owrzodzeń skóry		
	założenie prostego opatrunku		
	zmiana prostego opatrunku		
	zdjęcie szwów		
Zabiegi i badania okulistyczne	badanie dna oka		
	badanie ciśnienia śródgałkowego komputerowe (nie obejmuje tonometrii dynamicznej, tonometrii indukcyjnej)		
	badanie ostrości widzenia do dali i do bliży – badanie komputerowe		
	badanie ostrości widzenia do dali i do bliży – na tablicach Snellena		
	badanie pola widzenia komputerowe (nie obejmuje perymetrii zdwojonej częstotliwości, mikroperymetrię)		
	dobór szkieł korekcyjnych		
Zabiegi urologiczne	zakładanie cewników do pęcherza moczowego (bez kosztu cewnika)		
Zabiegi pielęgniarskie	iniekcja - domięśniowa (bez kosztu produktu leczniczego)	10 zabiegów – łączny limit na wszystkie wymienione zabiegi	Z zabiegów pielęgniarskich możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	iniekcja - podskórna (bez kosztu produktu leczniczego)		
	iniekcja dożylna (bez kosztu produktu leczniczego)		
	opatrunki związane z oparzeniami		
	podłączenie wlewu kroplowego (bez kosztu produktu leczniczego)		

ZAŁĄCZNIK NR 3
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY DZIECKA

– JAK ZGŁOSIĆ ZDARZENIE I ZREALIZOWAĆ ŚWIADCZENIE

JAK MOŻESZ ZGŁOSIĆ ZDARZENIE?

przez infolinię 801 102 102 lub 22 566 55 55 (opłata zgodna z taryfą operatora)

osobiście w Oddziale PZU

na piśmie pocztą tradycyjną, pocztą elektroniczną

przez stronę pzu.pl

przez Serwis mojePZU

Jeżeli świadczenie jest należne, wypłacimy świadczenie pieniężne albo wypłacimy świadczenie pieniężne i wydamy decyzję o przyznaniu Ci prawa do korzystania z usług medycznych dla dziecka.
W decyzji otrzymasz numer infolinii medycznej.

JAK ZREALIZOWAĆ USŁUGI MEDYCZNE?

Usługi medyczne możesz zrealizować, gdy otrzymasz decyzję o prawie do korzystania z usług medycznych dla dziecka. W tym celu:

zadzwoń na całodobową infolinię medyczną (numer infolinii otrzymasz w decyzji)

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK SPECJALISTYCZNEGO LECZENIA UBEZPIECZONEGO

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK SPECJALISTYCZNEGO LECZENIA UBEZPIECZONEGO

Kod warunków: LCGP55

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 specjalistycznego leczenia ubezpieczonego, kod warunków: LCGP55 (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 specjalistyczne leczenie, które rozpoczęło się w okresie ochrony tj.:

- ablację,
- chemioterapię,
- dializoterapię,
- radioterapię choroby nowotworowej,
- radioterapię Gamma Knife lub Cyber Knife choroby nowotworowej,
- terapię interferonową,
- terapię radiojodem nienowotworowych chorób tarczycy,
- wszczepienie kardiowertera-defibrylatora,
- wszczepienie stymulatora resynchronizującego,
- wszczepienie stymulatora serca (rozrusznika).

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W razie wystąpienia u ubezpieczonego specjalistycznego leczenia, które rozpoczęło się w okresie naszej ochrony, wypłacimy procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu:

- podania pierwszej dawki leku – w przypadku chemioterapii lub terapii interferonowej,
- podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego – w przypadku radioterapii choroby nowotworowej,
- wykonania pierwszej terapii radiojodem nienowotworowych chorób tarczycy,
- pierwszego wszczepienia kardiowertera-defibrylatora,
- pierwszego wszczepienia stymulatora serca (rozrusznika),
- pierwszego wszczepienia stymulatora resynchronizującego,
- wykonania pierwszej radioterapii Gamma Knife lub Cyber Knife,
- wykonania pierwszej ablacji,
- wykonania pierwszej dializoterapii.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus albo w trakcie jego trwania.

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.

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 na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

JAK I KIEDY PŁACI 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.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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:

- braku naszej ochrony w dacie leczenia specjalistycznego,
- podania ubezpieczonemu każdej kolejnej dawki leku w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej,
- podania ubezpieczonemu każdej kolejnej dawki w przypadku radioterapii choroby nowotworowej.

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 ppkt 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek specjalistycznego leczenia ubezpieczonego, kod warunków LCGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika 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 pkt 4-5 pkt 12-14 pkt 32 pkt 33-36 pkt 37
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 6-9 pkt 10-11 pkt 29-30 pkt 31 pkt 37

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK SPECJALISTYCZNEGO LECZENIA UBEZPIECZONEGO

Kod OWU: LCGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek specjalistycznego leczenia ubezpieczonego uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
1) **ablacja** – zabieg polegający na zniszczeniu lub odizolowaniu obszaru w sercu, który jest źródłem zaburzeń rytmu serca. Odpowiadamy wyłącznie za taką ablację zaburzeń rytmu serca, w której wykorzystano generator prądu lub niską temperaturę;
2) **chemioterapia** – metoda leczenia nowotworu złośliwego z zastosowaniem przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego należącego do grupy L01 klasyfikacji ATC. Nasza ochrona w tym ubezpieczeniu nie obejmuje zastosowania leków hormonalnych grupy L02, immunostymulujących grupy L03 lub immunosupresyjnych grupy L04 klasyfikacji ATC jako metody leczenia nowotworu złośliwego;
3) **dializoterapia** – metoda leczenia niewydolności nerek poprzez hemodializę lub dializę otrzewnową. Odpowiadamy wyłącznie za taką dializoterapię, którą zastosowano w leczeniu przewlekłej niewydolności nerek. Nasza ochrona w tym ubezpieczeniu nie obejmuje dializoterapii czasowej stosowanej w odwracalnej niewydolności nerek;
4) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
5) **radioterapia choroby nowotworowej** – metoda leczenia za pomocą promieniowania jonizującego, stosowana w leczeniu nowotworu złośliwego lub nowotworu łagodnego;
6) **radioterapia Gamma Knife lub Cyber Knife choroby nowotworowej** – metoda leczenia za pomocą radioterapii stereotaktycznej tzw. Gamma Knife lub Cyber Knife, stosowana w leczeniu nowotworu złośliwego lub nowotworu łagodnego;
7) **terapia interferonowa** – metoda leczenia z zastosowaniem interferonu. Odpowiadamy wyłącznie za leczenie interferonem stwardnienia rozsianego oraz przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C;
8) **terapia radiojodem nienowotworowych chorób tarczycy** – metoda leczenia nienowotworowych chorób tarczycy, poprzez zastosowanie radioizotopu jodu, polegająca na nieodwracalnym zniszczeniu tkanki tarczycowej;
9) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
10) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
11) **wszczepienie kardiowertera-defibrylatora** – zabieg implantacji do ciała chorego na stałe urządzenia stymulującego serce z funkcją defibrylacji lub kardiowersji. Nasza ochrona w tym ubezpieczeniu nie obejmuje zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego;
12) **wszczepienie stymulatora resynchronizującego** – zabieg implantacji do ciała chorego na stałe urządzenia stymulującego serce z funkcją synchronizacji skurczu serca. Nasza ochrona w tym ubezpieczeniu nie obejmuje zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego;
13) **wszczepienie stymulatora serca (rozrusznika)** – zabieg implantacji do ciała chorego na stałe urządzenia stymulującego serce tzw. rozrusznika, bez funkcji defibrylacji, kardiowersji i synchronizacji skurczu serca. Nasza ochrona w tym ubezpieczeniu nie obejmuje zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego.

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 zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje specjalistyczne leczenie, które rozpoczęło się w okresie ochrony tj.:
1) ablację;
2) chemioterapię;
3) dializoterapię;
4) radioterapię choroby nowotworowej;
5) radioterapię Gamma Knife lub Cyber Knife choroby nowotworowej;
6) terapię interferonową;
7) terapię radiojodem nienowotworowych chorób tarczycy;
8) wszczepienie kardiowertera-defibrylatora;
9) wszczepienie stymulatora resynchronizującego;
10) wszczepienie stymulatora serca (rozrusznika).

5. W razie wystąpienia u Ciebie specjalistycznego leczenia, które rozpoczęło się w okresie ochrony, wypłacimy określony w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu:
1) wykonania pierwszej ablacji;
2) podania pierwszej dawki leku – w przypadku chemioterapii lub terapii interferonowej;
3) wykonania pierwszej dializoterapii;
4) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego – w przypadku radioterapii choroby nowotworowej;
5) wykonania pierwszej radioterapii Gamma Knife lub Cyber Knife choroby nowotworowej;
6) wykonania pierwszej terapii radiojodem nienowotworowych chorób tarczycy;
7) pierwszego wszczepienia kardiowertera-defibrylatora;
8) pierwszego wszczepienia stymulatora resynchronizującego;
9) pierwszego wszczepienia stymulatora serca (rozrusznika).

OGRANICZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach i ile maksymalnie wypłacimy z ubezpieczenia

6. Nasza odpowiedzialność obejmuje pierwsze zastosowanie danego specjalistycznego leczenia wskazanego w OWU w okresie ochrony, z uwzględnieniem pkt 7-9.

7. Jeśli wypłacimy świadczenie po:
1) ablacji;
2) chemioterapii albo radioterapii choroby nowotworowej bądź radioterapii Gamma Knife lub Cyber Knife choroby nowotworowej;
3) dializoterapii;
4) terapii interferonowej;
5) terapii radiojodem nienowotworowych chorób tarczycy;
6) wszczepieniu kardiowertera-defibrylatora;
7) wszczepieniu stymulatora resynchronizującego;
8) wszczepieniu stymulatora serca (rozrusznika)

– to nasza ochrona dla tego specjalistycznego leczenia, za które otrzymałeś już świadczenie, kończy się.

8. Jeżeli przed początkiem naszej ochrony przeszedłeś leczenie specjalistyczne wymienione w pkt 4 i w okresie ochrony ponownie zostanie przeprowadzone takie samo leczenie, to wypłacimy świadczenie jeśli pomiędzy obecnym a poprzednim leczeniem nie zachodzi związek przyczynowo - skutkowy. Nie zastosujemy tego wyłączenia, jeśli poprzednie leczenie specjalistyczne zakończyło się przed ukończeniem przez Ciebie 18 lat.

9. W razie przeprowadzenia radioterapii choroby nowotworowej, radioterapii Gamma Knife lub Cyber Knife choroby nowotworowej lub chemioterapii świadczenie wypłacamy tylko za jedno wymienione leczenie specjalistyczne.

KARENCJA
– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego nie ponosimy odpowiedzialności lub ponosimy ją w ograniczonym zakresie

10. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 90 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.

11. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli specjalistyczne leczenie było wynikiem nieszczęśliwego wypadku.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

12. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.

13. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

14. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może ulec zmianie za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

15. Wysokość składki za ubezpieczonego:
1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu dodatkowym;
2) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
3) zależy od:
a) sumy ubezpieczenia,
b) wysokości świadczenia,
c) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

16. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.

17. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

18. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.

19. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

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

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

21. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.

22. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

23. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.

24. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.

25. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

26. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.

27. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.

28. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

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

30. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

31. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

32. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

33. Po specjalistycznym leczeniu dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza specjalistyczne leczenie.

34. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy , możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.

35. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.

36. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

37. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH UBEZPIECZONEGO

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH UBEZPIECZONEGO

Kod warunków: OPGP55

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 operacji chirurgicznych ubezpieczonego, kod warunków: OPGP55 (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 wykonanie tylko takich operacji chirurgicznych, które spełniają poniższe warunki:
- są przeprowadzone w okresie ochrony,
- są wymienione w Wykazie operacji chirurgicznych, będącym załącznikiem do OWU – z podziałem na klasy.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku wykonania operacji chirurgicznej, zgodnie z Wykazem operacji chirurgicznych wypłacimy:
- 100% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdziesz operację I klasy,
- 50% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdziesz operację II klasy,
- 30% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdziesz operację III klasy,
- 10% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdziesz operację IV klasy,
- 5% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdziesz operację V klasy.

Wysokość świadczenia ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu wykonania operacji.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus albo w trakcie jego trwania.

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.

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.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

JAK I KIEDY PŁACI 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.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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:

- operacji, która nie była konieczna ze wskazań medycznych, aby wyleczyć lub zmniejszyć objawy choroby albo zmniejszyć skutki nieszczęśliwego wypadku,
- operacji wykonanej w celu kosmetycznym lub estetycznym – z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw:
  - nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie naszej ochrony lub
  - nowotworu złośliwego zdiagnozowanego w okresie naszej ochrony,
- jeśli przejdziesz więcej niż jedną operację chirurgiczną w okresie 60 dni – rozpoczynającym się od daty wykonania pierwszej operacji chirurgicznej w tym okresie – wypłacimy świadczenie tylko za jedną operację chirurgiczną – za którą przysługuje najwyższa wypłata.

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 ppkt 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych ubezpieczonego, kod warunków OPGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.
Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika 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 pkt 4-6 pkt 13-15 pkt 33 pkt 34-36 pkt 37
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	pkt 1-2 pkt 7-9 pkt 10 pkt 11-12 pkt 30-31 pkt 32 pkt 37

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH UBEZPIECZONEGO

Kod OWU: OPGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych ubezpieczonego uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, 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;
2) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
3) **operacja chirurgiczna** – zabieg, wykonany w placówce medycznej w Polsce przez lekarza medycyny, w znieczuleniu, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub zmniejszenia skutków nieszczęśliwego wypadku lub w celu profilaktycznego całkowitego usunięcia narządu u nosiciela mutacji genowej zwiększającej ryzyko wystąpienia nowotworu złośliwego;
4) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
5) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
6) **zmiana** – patologiczny rozrost komórek danej tkanki, narządu lub układu.

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 zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje wykonanie tylko takich operacji chirurgicznych, które spełniają poniższe warunki:
1) są przeprowadzone w okresie ochrony;
2) są wymienione w Wykazie operacji chirurgicznych, będącym załącznikiem do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego – z podziałem na klasy.

5. Jeśli przejdziesz operację, wypłacimy:
1) 100% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdziesz operację I klasy;
2) 50% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdziesz operację II klasy;
3) 30% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdziesz operację III klasy;
4) 10% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdziesz operację IV klasy;
5) 5% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdziesz operację V klasy.

6. Wysokość świadczenia ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu wykonania operacji.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

7. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminu **wyczynowe uprawianie sportu** – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
1) 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
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.

8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje operacji chirurgicznej, której konieczność wykonania nastąpiła:
1) w wyniku działań wojennych;
2) w wyniku katastrof, które powodują skażenie promieniotwórcze, chemiczne bądź 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) nie mając uprawnień do prowadzenia pojazdu, które są określone w przepisach prawa lub
   b) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo 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 zajście wypadku komunikacyjnego;
6) ponieważ ubezpieczony był 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 konieczność wykonania operacji chirurgicznej;
7) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
8) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
9) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
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) ponieważ ubezpieczony uprawiał sport wyczynowo lub uprawiał rekreacyjnie sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczkę skałkową albo wysokogórską (rozumianą jako każdą wspinaczkę uprawianą na wysokości powyżej 2000 metrów nad poziomem morza), speleologię, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoki do wody, skoki na linie (ang. bungee jumping).

9. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje operacji chirurgicznej:
1) która nie była konieczna ze wskazań medycznych, aby wyleczyć lub zmniejszyć objawy choroby albo zmniejszyć skutki nieszczęśliwego wypadku;
2) w której ubezpieczony był dawcą organów lub narządów;
3) wykonanej w celu kosmetycznym lub estetycznym – z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw:
   a) nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie naszej ochrony lub
   b) nowotworu złośliwego zdiagnozowanego w okresie naszej ochrony;
4) wykonanej w celu antykoncepcyjnym;
5) wykonanej, aby zmniejszyć lub powiększyć piersi lub zmienić płeć;
6) z zakresu chirurgii szczękowej – z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw:
   a) nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie naszej ochrony,
   b) nowotworu złośliwego zdiagnozowanego w okresie naszej ochrony;
7) wykonanej w celu diagnostycznym;
8) usunięcia ciała obcego metodą endoskopową;
9) wymiany wszczepionego na stałe urządzenia, sztucznego narządu lub części sztucznego narządu;
10) jeśli była to kolejna operacja chirurgiczna tego samego narządu, i pozostawała w związku przyczynowo-skutkowym z pierwszą operacją wykonaną, aby leczyć ten sam stan chorobowy lub skutki tego samego nieszczęśliwego wypadku (reoperacja).

OGRANICZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach ograniczymy wypłatę świadczenia

10. Jeśli przejdziesz więcej niż jedną operację chirurgiczną w okresie 60 dni – rozpoczynającym się od daty wykonania pierwszej operacji chirurgicznej w tym okresie – wypłacimy świadczenie tylko za jedną operację chirurgiczną – za którą przysługuje najwyższa wypłata.

KARENCJA
– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego nie ponosimy odpowiedzialności lub ponosimy ją w ograniczonym zakresie

11. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 180 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.
12. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli operacja chirurgiczna była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w ciągu pierwszych 180 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

13. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.
14. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
15. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może ulec zmianie za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

16. Wysokość składki za ubezpieczonego:
1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu dodatkowym;
2) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
3) zależy od:
   a) sumy ubezpieczenia,
   b) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

17. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
18. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

19. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.
20. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

21. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

22. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
23. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

24. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
25. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
26. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

27. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
28. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
29. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

30. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
31. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

32. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

33. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

34. Jeśli przejdziesz operację chirurgiczną, dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) kartę informacyjną z placówki medycznej, która potwierdza wykonanie operacji chirurgicznej.
35. 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.
36. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

37. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

ZAŁĄCZNIK
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH UBEZPIECZONEGO

Lp.	Operacja chirurgiczna	Klasa
Układ nerwowy		
1.	Kraniotomia z usunięciem ropnia nadtwardówkowego	IV
2.	Kraniotomia z usunięciem krwiaka nadtwardówkowego	IV
3.	Kraniotomia z usunięciem obcego ciała z czaszki	III
4.	Kraniotomia z usunięciem krwiaka podtwardówkowego	IV
5.	Kraniotomia z usunięciem krwiaka śródmózgowego	III
6.	Drenaż krwiaka śródmózgowego	III
7.	Lobotomia/traktotomia	II
8.	Wycięcie zmiany opony mózgu	III
9.	Wycięcie tkanki mózgu	III
10.	Wycięcie guza móżdżku	III
11.	Usunięcie ropnia móżdżku	III
12.	Wycięcie guza pnia mózgu	III
13.	Rekonstrukcja opon mózgowych	III
14.	Zamknięcie przetoki płynowej opon mózgowo-rdzeniowych	III
15.	Wentrykulostomia	III
16.	Pozaczaszkowy drenaż mózgu	III
17.	Wszczepienie stymulatora mózgu	III
18.	Operacja tętniaka lub naczyniaka mózgu	III
19.	Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego	IV
20.	Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego ze stabilizacją	IV
21.	Wycięcie zmiany rdzenia kręgowego	III
22.	Wycięcie zmiany opon mózgowo-rdzeniowych	III
23.	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	V
24.	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	III
25.	Rekonstrukcja nerwu obwodowego	V
26.	Odbarczenie nerwu czaszkowego	III
27.	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	III
28.	Operacje naprawcze nerwu obwodowego	V
29.	Operacje naprawcze nerwu współczulnego	V
30.	Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego	III
31.	Rekonstrukcja nerwu czaszkowego	III
32.	Przeszczep nerwu czaszkowego	III
33.	Drenaż przestrzeni podpajęczynówkowej	IV
34.	Wycięcie lub zniszczenie splotu naczyniówkowego opon mózgowych	IV
35.	Drenaż ropnia przestrzeni podpajęczynówkowej	IV
36.	Podwiązanie tętnicy oponowej środkowej	IV
37.	Kauteryzacja splotu naczyniówkowego opon mózgowych	IV
38.	Podwiązanie naczyń przestrzeni podtwardówkowej	IV
39.	Drenaż przestrzeni podtwardówkowej	IV
40.	Drenaż wodniaka śródczaszkowego	IV
41.	Dekortykacja opon mózgu	IV
42.	Wycięcie zmiany tkanki mózgu	II
43.	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	I
44.	Usunięcie ropnia pnia mózgu	II

Lp.	Operacja chirurgiczna	Klasa
45.	Wycięcie tkanki rdzenia kręgowego	III
46.	Przecięcie dróg rdzenia kręgowego	III
47.	Operacja przepukliny oponowej lub rdzeniowej	III
48.	Drenaż przestrzeni podoponowej rdzenia	IV
49.	Wycięcie nerwiaka nerwu słuchowego	IV
50.	Sympatektomia szyjna	III
51.	Sympatektomia lędźwiowa	III
52.	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	III
53.	Wycięcie rdzenia kręgowego	III
54.	Wycięcie opon mózgowo-rdzeniowych	III
55.	Przeszczep opony twardej mózgu	III
Układ endokrynologiczny oraz gruczoł sutkowy		
56.	Częściowe wycięcie tarczycy	IV
57.	Całkowite wycięcie tarczycy	III
58.	Wycięcie przewodu tarczowo-językowego	III
59.	Częściowe wycięcie przytarczyc	IV
60.	Całkowite wycięcie przytarczyc	III
61.	Częściowe wycięcie nadnerczy	IV
62.	Obustronne wycięcie nadnerczy	III
63.	Operacja szyszynki	II
64.	Wycięcie przysadki mózgowej	I
65.	Częściowe wycięcie grasicy	IV
66.	Całkowite wycięcie grasicy	III
67.	Torakoskopowe wycięcie grasicy	IV
68.	Transplantacja grasicy	III
69.	Wycięcie zmiany piersi	IV
70.	Subtotalna mammektomia	III
71.	Wycięcie brodawki sutkowej	V
72.	Rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej	V
73.	Jednostronne całkowite wycięcie piersi	III
74.	Obustronne całkowite wycięcie piersi	II
75.	Całkowita jednoczasowa rekonstrukcja piersi	III
76.	Jednostronny wszczep do piersi	IV
77.	Przeszczep skóry na pierś	IV
78.	Przeszczep uszypułowany na pierś	IV
79.	Rekonstrukcja piersi płatem mięśniowym	IV
80.	Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym	IV
81.	Całkowita obustronna jednoczasowa rekonstrukcja piersi	II
Oko		
82.	Wycięcie gruczołu łzowego	V
83.	Wycięcie zmiany gruczołu łzowego	V
84.	Wycięcie woreczka łzowego lub dróg łzowych	V
85.	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	V
86.	Wycięcie zmiany ze spojówki	V
87.	Operacja naprawcza skaleczenia spojówki	V
88.	Usunięcie zrostów spojówki lub powieki	V
89.	Rekonstrukcja spojówki z przeszczepem	V
90.	Wycięcie skrzydlika rogówki	V
91.	Przeszczep rogówki	V

Lp.	Operacja chirurgiczna	Klasa
92.	Nacięcie tęczówki	V
93.	Usunięcie zrostów tęczówki	V
94.	Wycięcie tęczówki	V
95.	Wycięcie zmiany tęczówki	V
96.	Trepanacja twardówki z całkowitym usunięciem tęczówki	V
97.	Wytworzenie przetoki twardówki	V
98.	Usunięcie zmiany twardówki	V
99.	Naprawa garbiaka twardówki	V
100.	Wzmocnienie twardówki	V
101.	Usunięcie ciała szklistego	V
102.	Całkowite usunięcie mięśnia okoruchowego	IV
103.	Wycięcie gałki ocznej	III
104.	Zabieg naprawczy pourazowych uszkodzeń struktur oka	III
105.	Operacyjne zaopatrzenie pękniętej gałki ocznej	III
106.	Wycięcie zmiany oczodołu	III
107.	Osteoplastyka oczodołu	III
108.	Usunięcie lub wycięcie zmiany ciałka rzęskowego	V
Ucho		
109.	Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego	IV
110.	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	III
111.	Operacja naprawcza błony bębenkowej	V
112.	Operacja naprawcza wyrostka sutkowatego	IV
113.	Wycięcie zmiany ucha środkowego	IV
114.	Wycięcie zmiany ucha wewnętrznego	III
115.	Drenaż ucha wewnętrznego	IV
116.	Ablacja struktur ucha wewnętrznego	III
117.	Rekonstrukcja ucha wewnętrznego	III
118.	Operacja przetoki ucha wewnętrznego	IV
119.	Wszczepienie protezy ślimaka	III
120.	Wytworzenie przetoki limfatycznej	IV
121.	Odbarczenie błędnika	III
Układ oddechowy		
122.	Operacyjne tamowanie krwotoku z nosa z podwiązaniem tętnic	V
123.	Wycięcie małżowiny wewnętrznej nosa (nie obejmuje wycięcia za pomocą diatermii, krioterapii, laserochirurgii)	V
124.	Wycięcie nosa	III
125.	Otwarcie zatoki szczękowej	V
126.	Wycięcie zmiany zatoki szczękowej	V
127.	Otwarcie zatoki czołowej	V
128.	Wycięcie zmiany zatoki czołowej	V
129.	Obliteracja zatoki czołowej	V
130.	Wycięcie zatoki czołowej	V
131.	Otwarcie komórek sitowych	V
132.	Wycięcie komórek sitowych	V
133.	Otwarcie zatoki klinowej	V
134.	Usunięcie zatoki klinowej	V
135.	Otwarcie wielu zatok nosa	V
136.	Wycięcie gardła	III
137.	Wycięcie zmiany gardła	V
138.	Rozszerzanie gardła	V

Lp.	Operacja chirurgiczna	Klasa
139.	Operacje naprawcze nozdrzy tylnych	V
140.	Operacje naprawcze gardła po usunięciu nowotworu	V
141.	Zamknięcie przetoki gardła	V
142.	Wycięcie częściowe krtani	IV
143.	Wycięcie całkowite krtani	III
144.	Wycięcie zmiany krtani	V
145.	Rozszerzenie krtani	V
146.	Operacja przetoki krtani	V
147.	Wycięcie chrząstki krtani	IV
148.	Operacja naprawcza krtani	IV
149.	Wycięcie strun głosowych	IV
150.	Wszczepienie protezy głosowej	III
151.	Jednoczasowe wycięcie krtani i gardła	II
152.	Przeszczep krtani	I
153.	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	V
154.	Operacja naprawcza tchawicy	IV
155.	Operacja przetoki tchawicy	IV
156.	Całkowita jednoczasowa rekonstrukcja krtani i tchawicy	I
157.	Częściowe wycięcie tchawicy	III
158.	Operacja naprawcza oskrzela	IV
159.	Operacja przetoki oskrzelowej	IV
160.	Wycięcie zmiany oskrzela	IV
161.	Wycięcie oskrzela	III
162.	Wycięcie zmiany płuca	III
163.	Wycięcie płuca	II
164.	Przeszczep płuca	I
165.	Jednoczasowy przeszczep płuca i serca	I
166.	Wycięcie zmiany śródpiersia	III
167.	Rekonstrukcja przewodu zatokowo-nosowego	V
Jama ustna		
168.	Wycięcie zmiany języka	V
169.	Częściowe wycięcie języka	V
170.	Całkowite usunięcie języka	IV
171.	Wycięcie zmiany ślinianki	V
172.	Częściowe wycięcie ślinianki	V
173.	Całkowite usunięcie ślinianki	V
174.	Operacje naprawcze ślinianki lub przewodu ślinowego	V
175.	Zamknięcie przetoki ślinowej	V
176.	Wycięcie zmiany podniebienia twardego	V
177.	Wycięcie zmiany podniebienia miękkiego	V
178.	Korekcja rozszczepu podniebienia	III
179.	Wycięcie zmiany wargi	V
180.	Wycięcie zmiany śluzówki jamy ustnej	V
181.	Rekonstrukcja struktur jamy ustnej z przeszczepem (nie obejmuje rekonstrukcji zębów i dziąseł)	IV
182.	Wycięcie języczka	V
183.	Wycięcie zmiany migdałka	V
Przewód pokarmowy		
184.	Częściowe wycięcie przełyku	III
185.	Całkowite wycięcie przełyku	III

Lp.	Operacja chirurgiczna	Klasa
186.	Śródpiersiowe zespolenie omijające przełyku	II
187.	Wytworzenie sztucznego przełyku	II
188.	Zamostkowe wytworzenie przełyku	II
189.	Przedmostkowe zespolenie omijające przełyku	II
190.	Wprowadzenie endoprotezy przełyku	III
191.	Szycie rozerwania przełyku	IV
192.	Usunięcie zwężenia przełyku	IV
193.	Podwiązanie żylaków przełyku	IV
194.	Jednoczasowe całkowite usunięcie przełyku i żołądka	I
195.	Wytworzenie przetoki przełykowej	IV
196.	Operacja przetoki żołądkowej	IV
197.	Podwiązanie żylaków wpustu żołądka	IV
198.	Pyloromyotomia	IV
199.	Pyloroplastyka	IV
200.	Częściowe wycięcie żołądka	III
201.	Całkowite wycięcie żołądka	II
202.	Wagotomia w chorobie wrzodowej żołądka	IV
203.	Zaszycie wrzodu żołądka	IV
204.	Zatamowanie krwotoku w żołądku	IV
205.	Zatamowanie krwotoku w dwunastnicy	IV
206.	Zespolenie omijające żołądka	III
207.	Operacja antyrefluksowa	IV
208.	Szycie rozerwania żołądka	IV
209.	Inwersja uchyłka żołądka	IV
210.	Wycięcie dwunastnicy	III
211.	Zaszycie wrzodu dwunastnicy	IV
212.	Wagotomia w chorobie wrzodowej dwunastnicy	IV
213.	Zespolenie omijające dwunastnicy	III
214.	Operacja przetoki dwunastniczej	IV
215.	Szycie rozerwanej dwunastnicy	IV
216.	Częściowe wycięcie jelita cienkiego	III
217.	Całkowite wycięcie jelita cienkiego	II
218.	Zespolenie omijające jelita cienkiego	III
229.	Zamknięcie przetoki jelita cienkiego	IV
220.	Wyłonienie jelita cienkiego	IV
221.	Rekonstrukcja przetoki jelitowej	IV
222.	Szycie rozerwanego jelita cienkiego	IV
223.	Odprowadzenie skrętu jelita	IV
224.	Odprowadzenie wgłobienia jelita	IV
225.	Ufiksowanie jelita cienkiego	IV
226.	Plikacja jelita cienkiego	IV
227.	Wycięcie cysty lub zatoki pilonidalnej	V
228.	Wycięcie kątnicy	III
229.	Operacja przepukliny przeponowej	III
230.	Wycięcie poprzecznicy	III
231.	Hemikolektomia prawostronna	II
232.	Hemikolektomia lewostronna	II
233.	Wycięcie esicy	III
234.	Totalna śródbrzuszna kolektomia	I

Lp.	Operacja chirurgiczna	Klasa
235.	Zespolenie omijające jelita grubego	III
236.	Operacja przetoki jelita grubego	IV
237.	Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego	II
238.	Wyłonienie jelita grubego	IV
239.	Plikacja jelita grubego	IV
240.	Ufiksowanie jelita grubego	IV
241.	Szycie rozerwania jelita grubego	IV
242.	Opierścienienie odbytu	IV
243.	Operacja przetoki odbytu	IV
244.	Wszczepienie sztucznego zwieracza odbytu	IV
245.	Operacja wypadającego odbytu	IV
246.	Wycięcie odbytu	III
247.	Szycie rozerwania odbytnicy	IV
248.	Wycięcie odbytnicy	III
249.	Ufiksowanie odbytnicy	IV
250.	Przeszczep mięśnia smukłego	IV
251.	Wycięcie wyrostka robaczkowego	V
Narządy jamy brzusznej		
252.	Częściowe wycięcie śledziony	IV
253.	Całkowite wycięcie śledziony	III
254.	Wycięcie zmiany śledziony	IV
255.	Przeszczep śledziony	III
256.	Częściowe wycięcie wątroby	III
257.	Całkowite wycięcie wątroby	II
258.	Wycięcie zmiany wątroby	IV
259.	Przeszczep wątroby	I
260.	Wewnątrznaczyniowa operacja na naczyniach wątrobowych	IV
261.	Ufiksowanie wątroby	III
262.	Zespolenie przewodu wątrobowego	III
263.	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	V
264.	Wycięcie zmiany trzustki	III
265.	Cholecystostomia (wytworzenie przetoki pęcherzyka żółciowego)	V
266.	Szycie przewodu żółciowego	V
267.	Wycięcie dróg żółciowych	III
268.	Zespolenie przewodu żółciowego	III
269.	Wycięcie zmiany dróg żółciowych	IV
270.	Plastyka przewodu żółciowego wspólnego	III
271.	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	III
272.	Wycięcie brodawki Vatera	IV
273.	Wycięcie przewodu pęcherzykowego	V
274.	Wytworzenie przetoki torbieli trzustki	IV
275.	Częściowe wycięcie trzustki	III
276.	Całkowite wycięcie trzustki	II
277.	Jednoczasowe całkowite wycięcie trzustki i dwunastnicy	I
278.	Operacja Whipple'a	I
279.	Zespolenie trzustki	III
280.	Zespolenie przewodu trzustkowego	III
Serce		
281.	Zamknięta walwulotomia	IV

Lp.	Operacja chirurgiczna	Klasa
282.	Otwarta walwuloplastyka	III
283.	Wszczepienie zastawki aortalnej	II
284.	Wszczepienie zastawki mitralnej	II
285.	Wszczepienie zastawki płucnej	II
286.	Wszczepienie zastawki trójdzielnej	II
287.	Operacja naprawcza pierścienia zastawki	III
288.	Przezskórna walwuloplastyka	III
289.	Zamknięcie przewodu tętniczego Botalla	IV
290.	Zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego	III
291.	Zamknięcie ubytku międzykomorowego	III
292.	Zamknięcie ubytku przegrody serca	III
293.	Całkowita korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych	I
294.	Przezskórna angioplastyka wieńcowa	V
295.	Pomostowanie tętnic wieńcowych	III
296.	Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej	III
297.	Operacje mięśni brodawkowatych serca	IV
298.	Operacje nici ścięgnistych serca	IV
299.	Wycięcie osierdzia	III
300.	Operacja naprawcza tętniaka serca	III
301.	Wycięcie tętniaka serca	III
302.	Przebudowanie komory serca	III
303.	Chirurgicznie zmniejszenie komory serca	III
304.	Przeszczep serca	I
305.	Wszczepienie sztucznego serca	I
306.	Wszczepienie systemu mechanicznego wspomagania serca	IV
307.	Wszczepienie systemu stymulującego serce	V
308.	Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora	V
309.	Wszczepienie układu resynchronizującego serce CRT	V
310.	Otwarta koronaroplastyka	III
311.	Operacje beleczek mięśniowych serca	III
312.	Pomosty dla rewaskularyzacji serca	III
313.	Przezskórna operacja tętnicy płucnej	IV
314.	Przezskórne zamknięcie uszka przedsionka	IV
Naczynia tętnicze oraz żylne		
315.	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	IV
316.	Pomostowanie tętnicy szyjnej	IV
317.	Rekonstrukcja tętnic brzusznych	IV
318.	Endarterektomia tętnic kończyny dolnej	IV
329.	Wycięcie lub zespolenie tętnic kończyny dolnej	IV
320.	Pomostowanie aorty brzusznej lub tętnic kończyn dolnych	III
321.	Operacja tętniaka tętnicy mózgowej	III
322.	Operacja naprawcza aorty	III
323.	Pomost aorty brzusznej lub tętnic brzusznych	III
324.	Rekonstrukcja innej tętnicy	IV
325.	Szycie tętnicy	IV
326.	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	IV
327.	Pomostowanie tętnicy podobojczykowej	IV
328.	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza aorty	III
329.	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza tętnic kończyn dolnych	IV

Lp.	Operacja chirurgiczna	Klasa
330.	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza gałęzi trzewnych aorty	IV
331.	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza tętnicy mózgowej	III
332.	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza innej tętnicy	V
333.	Wycięcie tętniaka z zespoleniem żył: brzusznych, biodrowych, wrotnych, nerkowych, śledzionowych, żyły głównej dolnej	III
334.	Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego z zespoleniem	IV
335.	Wewnątrznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej	IV
336.	Rekonstrukcja tętnicy mózgowej	III
337.	Rekonstrukcja tętnicy płucnej	III
338.	Wycięcie tętniaka naczyń klatki piersiowej	III
339.	Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego ze wstawką	IV
340.	Wycięcie tętniaka naczyń kończyny górnej	IV
341.	Endarterektomia naczyń kończyny górnej	IV
342.	Zespolenie żył jamy brzusznej	III
Układ moczowy		
343.	Operacja torbieli nerki	V
344.	Ewakuacja kamienia z nerki	V
345.	Pielostomia	V
346.	Wycięcie lub zniszczenie zmiany układu kielichowo-miedniczkowego	IV
347.	Wycięcie lub zniszczenie zmiany nerki	IV
348.	Ablacja termiczna zmiany nerki	IV
349.	Wycięcie kielicha nerkowego	IV
350.	Częściowe wycięcie nerki	IV
351.	Całkowite wycięcie nerki	III
352.	Obustronne jednoczasowe wycięcie nerek	I
353.	Przeszczep nerki	I
354.	Umocowanie lub podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej	III
355.	Zaopatrzenie uszkodzenia urazowego nerki	IV
356.	Operacja przetoki nerkowej (nie obejmuje przezskórnego wytworzenia przetoki)	IV
357.	Zespolenie układu moczowego	IV
358.	Plastyka układu moczowego	IV
359.	Usunięcie skrzepu z układu moczowego	V
360.	Ewakuacja kamienia z układu moczowego	V
361.	Całkowite usunięcie zmiany z moczowodu	V
362.	Korekcja zwężenia moczowodu	V
363.	Nacięcie moczowodu	V
364.	Częściowe wycięcie moczowodu	V
365.	Całkowite wycięcie moczowodu	IV
366.	Operacja przetoki moczowodowej	IV
367.	Reimplantacja moczowodu do pęcherza moczowego	IV
368.	Wszczepienie moczowodu do jelita	IV
369.	Wytworzenie końcowej przetoki kałowej z wszczepieniem moczowodów	III
370.	Reimplantacja moczowodu	IV
371.	Zeszycie rany moczowodu	V
372.	Umocowanie moczowodu	V
373.	Operacja moczowodu objętego zwłóknieniem zaotrzewnowym	IV
374.	Operacja przeciwodpływowa zewnątrzpęcherzowa	IV
375.	Uzupełnienie moczowodu wszczepem	V
376.	Protezowanie moczowodu	IV

Lp.	Operacja chirurgiczna	Klasa
377.	Sfałdowanie moczowodu	V
378.	Uwolnienie moczowodu ze zrostów	V
379.	Wszczepienie elektronicznego stymulatora moczowodu	IV
380.	Ewakuacja kamienia z pęcherza moczowego	V
381.	Operacja naprawcza ujścia pęcherza moczowego	IV
382.	Plastyka pęcherza i cewki moczowej	III
383.	Operacja naprawcza uchyłka pęcherza moczowego	IV
384.	Plastyka ujścia pęcherza moczowego	IV
385.	Sfałdowanie ujścia pęcherza moczowego	IV
386.	Korekcja zwężenia cewki moczowej	V
387.	Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza	V
388.	Operacja przetoki pęcherza moczowego	IV
389.	Wycięcie lub zniszczenie zmiany pęcherza moczowego	V
390.	Wycięcie uchyłka pęcherza moczowego	IV
391.	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	IV
392.	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	III
393.	Operacja przetoki pochwowej	IV
394.	Wytworzenie zastępczego pęcherza moczowego	III
395.	Operacja naprawcza cewki moczowej	V
396.	Operacja przetoki cewki moczowej	IV
397.	Sfałdowanie cewki moczowej	V
398.	Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej	V
399.	Wszczepienie protezy cewki moczowej	V
400.	Operacja spodziectwa	V
401.	Operacyjne leczenie nietrzymania moczu	IV
402.	Wycięcie lub zniszczenie tkanki stercza	V
403.	Wycięcie lub zniszczenie zmiany stercza	V
404.	Całkowite wycięcie stercza	IV
405.	Wycięcie zmiany cewki moczowej	V
406.	Wycięcie uchyłka cewki moczowej	V
407.	Operacja przetoki macicznej	IV
408.	Rekonstrukcja pęcherza moczowego	III
409.	Operacja naprawcza pęcherza moczowego	III
410.	Wytworzenie zespolenia pęcherza moczowego	IV
411.	Wszczepienie elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego	V
412.	Częściowe wycięcie cewki moczowej	V
413.	Całkowite wycięcie cewki moczowej	IV
Narządy płciowe męskie		
414.	Operacja wodniaka jądra	V
415.	Wycięcie zmiany jądra	V
416.	Jednostronne wycięcie jądra	V
417.	Wycięcie jedynego jądra	V
418.	Wycięcie obu jąder jednoczasowe	IV
419.	Sprowadzenie jąder	V
420.	Protezowanie jądra	V
421.	Operacja żylaków powrózka nasiennego	V
422.	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	V
423.	Przeszczep powrózka nasiennego	V
424.	Operacja pęcherzyków nasiennych	V

Lp.	Operacja chirurgiczna	Klasa
425.	Operacja najądrza	V
426.	Wycięcie najądrza	V
427.	Wycięcie nasieniowodu	V
428.	Wycięcie lub zniszczenie zmiany prącia	V
429.	Całkowite wycięcie prącia	IV
430.	Częściowe wycięcie prącia	V
431.	Protezowanie prącia	IV
432.	Reimplantacja prącia	IV
433.	Operacja naprawcza prącia	V
434.	Operacja naprawcza napletka	V
435.	Wycięcie moszny	IV
Żeński układ rozrodczy		
436.	Operacja gruczołu Bartholina	V
437.	Wycięcie lub zniszczenie zmiany w zatoce Douglasa	V
438.	Zamknięcie zatoki Douglasa	V
439.	Wycięcie zmiany pochwy	V
440.	Wycięcie pochwy	IV
441.	Operacja naprawcza pochwy	IV
442.	Operacja przetoki pochwowej	IV
443.	Rekonstrukcja sklepienia pochwy	IV
444.	Wycięcie zmiany sromu	V
445.	Wycięcie sromu	IV
446.	Uwolnienie zrostów sromu	V
447.	Operacja łechtaczki	V
448.	Operacja jajnika lub jajowodu	V
449.	Obustronne wycięcie jajników lub jajowodów	IV
450.	Wycięcie zmiany szyjki macicy	V
451.	Usunięcie mięśniaków macicy	V
452.	Całkowite lub częściowe wycięcie zmiany trzonu macicy	V
453.	Operacja naprawcza przegrody macicy	V
454.	Usunięcie zrostów macicy	V
455.	Zniszczenie zmiany trzonu macicy	V
456.	Przyszycie macicy do powłok brzusznych	V
457.	Szycie rozdarcia macicy	V
458.	Zamknięcie przetoki macicy	V
459.	Zabieg naprawczy poporodowego rozdarcia macicy	V
460.	Zabieg naprawczy wrodzonej wady macicy	V
461.	Całkowite lub częściowe wycięcie macicy	IV
462.	Operacje aparatu zawieszającego macicę	IV
Skóra		
463.	Przeszczep wolny skóry	V
464.	Przeszczep płata skóry owłosionej	V
465.	Przeszczep innej niż własna tkanki do skóry	V
466.	Uszypułowany lub płatowy przeszczep skóry	V
467.	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry	V
468.	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórnego	V
460.	Przeszczep płata skórno-powięziowego	IV
470.	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	V
471.	Przeszczep śluzówki	V

Lp.	Operacja chirurgiczna	Klasa
Tkanki miękkie		
472.	Uwolnienie ścięgna	V
473.	Wycięcie torbieli bocznej szyi	V
474.	Wycięcie pozostałości szczeliny skrzelowej	V
475.	Wycięcie zmiany ściany klatki piersiowej z usunięciem żebra lub żeber	IV
476.	Dekortykacja płuca	IV
477.	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	III
478.	Torakoplastyka	III
479.	Operacja naprawcza przepony	III
480.	Zamknięcie przetoki przepony	III
481.	Szycie rany przepony	III
482.	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	IV
483.	Operacja przepukliny pachwinowej obustronna	IV
484.	Operacja przepukliny pachwinowej jednostronna	V
485.	Operacja przepukliny pępkowej	V
486.	Operacja przepukliny udowej jednostronna	V
487.	Operacja przepukliny udowej obustronna	IV
488.	Operacja przepukliny ściany jamy brzusznej o nieokreślonym umiejscowieniu	V
489.	Operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	V
490.	Plikacja przepony	IV
491.	Operacja moczownika	V
492.	Wycięcie tkanek otrzewnowej	V
493.	Operacja naprawcza dotycząca sieci	V
494.	Wycięcie zmiany sieci	V
495.	Operacja naprawcza dotycząca krezki jelita	V
496.	Wycięcie zmiany krezki jelita	V
497.	Wycięcie zmiany otrzewnej	V
498.	Uwolnienie zrostów otrzewnowych	V
499.	Operacja przewodu limfatycznego	IV
500.	Wycięcie ścięgna	V
501.	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	V
502.	Operacja kaletki	V
503.	Wycięcie powięzi	V
504.	Wycięcie mięśnia	V
505.	Uwolnienie przykurczu mięśnia	V
506.	Operacja naprawcza ścięgna	V
507.	Operacja naprawcza mięśnia	V
508.	Przeszczepienie mięśnia	IV
509.	Uwolnienie mięśnia	V
510.	Wycięcie zmiany lub tkanki przepony	IV
511.	Zabieg naprawczy opłucnej	IV
512.	Operacja naprawcza przepukliny kulszowej	V
513.	Operacja naprawcza przepukliny kulszowo odbytniczej	V
514.	Operacja naprawcza przepukliny lędźwiowej	V
515.	Operacja naprawcza przepukliny zasłonowej	V
516.	Operacja naprawcza przepukliny sieciowej	V
517.	Operacja naprawcza przepukliny zaotrzewnowej	V
518.	Operacja naprawcza otrzewnej	V
519.	Wycięcie pochewki ścięgna	V

Lp.	Operacja chirurgiczna	Klasa
520.	Operacja naprawcza dotycząca powięzi	V
521.	Operacja przetoki powięzi	V
522.	Wycięcie powięzi	V
Kości i stawy szkieletu i kręgosłupa		
523.	Podniesienie złamanego fragmentu czaszki	III
524.	Uzupełnienie ubytku kości czaszki	IV
525.	Otwarte nastawienie złamania kości nosa	IV
526.	Wycięcie zmiany kości twarzoczaszki	V
527.	Wycięcie kości twarzoczaszki	IV
528.	Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej	IV
529.	Otwarte nastawienie złamania szczęki	IV
530.	Otwarte nastawienie złamania żuchwy	IV
531.	Otwarte nastawienie kości twarzy	IV
532.	Otwarte nastawienie złamania oczodołu	IV
533.	Przeszczep kostny kości twarzy	IV
534.	Otwarte nastawienie zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego	IV
535.	Częściowe wycięcie żuchwy	IV
536.	Całkowite wycięcie żuchwy	III
537.	Wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa	IV
538.	Usunięcie przepukliny jądra miażdżystego	IV
539.	Usztywnienie (artrodeza) stawów kręgosłupa	IV
540.	Operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	IV
541.	Operacja złamania kręgu	IV
542.	Rekonstrukcja wielu kości twarzoczaszki	III
543.	Rekonstrukcja jednej kości twarzoczaszki	IV
544.	Wycięcie zmiany kości	V
545.	Wycięcie martwaka kości	V
546.	Osteotomia bez rozdzielenia (nie obejmuje osteotomii w obrębie stóp i rąk)	IV
547.	Osteotomia klinowa (nie obejmuje osteotomii w obrębie stóp i rąk)	IV
548.	Inna osteotomia (nie obejmuje osteotomii w obrębie stóp i rąk)	IV
549.	Resekcja kości (nie obejmuje resekcji w obrębie stóp i rąk)	IV
550.	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	V
551.	Otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	IV
552.	Zamknięta stabilizacja oddzielonej nasady kości	V
553.	Otwarta stabilizacja oddzielonej nasady kości	IV
554.	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu złamania kości	IV
555.	Uwolnienie torebki stawowej	V
556.	Uwolnienie stawu	V
557.	Uwolnienie więzadła	V
558.	Otwarte nastawienie zwichnięcia	IV
559.	Wycięcie łąkotki kolana	V
560.	Usztywnienie (artrodeza) stawu biodrowego	IV
561.	Usztywnienie (artrodeza) stawu kolanowego	IV
562.	Usztywnienie (artrodeza) stawu barkowego	IV
563.	Usztywnienie (artrodeza) stawu łokciowego	IV
564.	Operacja stabilizująca więzadła stawu kolanowego	V
565.	Operacja stabilizująca staw barkowy	IV
566.	Szycie torebki stawowej lub więzadeł kończyny górnej	V
567.	Operacja stabilizująca rzepkę stawu kolanowego	V

Lp.	Operacja chirurgiczna	Klasa
568.	Szycie torebki stawowej lub więzadeł kończyny dolnej	V
569.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego	III
570.	Częściowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego	IV
571.	Artroplastyka nadgarstka lub śródręcza	IV
572.	Artroplastyka śródręczno-paliczkowa i międzypaliczkowa	IV
573.	Całkowita endoproteza nadgarstka	III
574.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu stopy lub stawu palca stopy	IV
575.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu skokowego	IV
576.	Rekonstrukcja mikrochirurgiczna naczyń lub nerwów stopy	IV
577.	Policyzacja palca	IV
578.	Całkowita rekonstrukcja kciuka	IV
570.	Częściowa endoprotezoplastyka stawu barkowego	IV
580.	Częściowa endoprotezoplastyka stawu łokciowego	IV
581.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu barkowego	III
582.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu łokciowego	III
583.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego	III
584.	Całkowite wycięcie kości ektopowej	IV
585.	Częściowe wycięcie kości ektopowej	V
Pozostałe		
586.	Amputacja kciuka	IV
587.	Amputacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	IV
588.	Wyłuszczenie nadgarstka	III
589.	Amputacja kończyny górnej na wysokości przedramienia	III
590.	Wyłuszczenie w stawie łokciowym	III
591.	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	III
592.	Wyłuszczenie w stawie barkowym	III
593.	Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki	II
594.	Amputacja palucha	IV
595.	Amputacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	IV
596.	Wyłuszczenie w stawie skokowym	III
597.	Amputacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	III
598.	Amputacja kończyny dolnej na wysokości kolana	III
599.	Wyłuszczenie w stawie kolanowym	III
600.	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	III
601.	Wyłuszczenie w stawie biodrowym	II
602.	Amputacja kończyny dolnej z częścią miednicy	II
603.	Replantacja kciuka	IV
604.	Replantacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	III
605.	Replantacja kończyny górnej na wysokości ramienia	II
606.	Replantacja palucha	IV
607.	Replantacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	III
608.	Replantacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	III
609.	Replantacja kończyny dolnej na wysokości uda	II
610.	Przeszczep całej twarzy	I

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH UBEZPIECZONEGO PLUS

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH UBEZPIECZONEGO PLUS

Kod warunków: OLGP55

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 operacji chirurgicznych ubezpieczonego Plus, kod warunków: OLGP55 (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 wykonanie tylko takich operacji chirurgicznych, które spełniają poniższe warunki:

- są przeprowadzone w okresie ochrony,
- są wymienione w Wykazie operacji chirurgicznych, będącym załącznikiem do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego,
- są:
  - operacjami chirurgicznymi w znieczuleniu ogólnym lub
  - operacjami chirurgicznymi podczas pobytu w szpitalu lub
  - operacjami chirurgicznymi związanymi z zawałem serca lub tętniakiem mózgu lub nowotworem złośliwym.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

Jeśli przejdziesz operację chirurgiczną, która spełnia warunki określone OWU, wypłacimy procent sumy ubezpieczenia określony w polisie.

Nasza ochrona obejmuje wykonanie operacji chirurgicznych 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 wykonanie operacji chirurgicznych na terenie tych krajów.
Takie rozszerzenie obejmuje także przeprowadzenie operacji w dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek operacji chirurgicznych 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 dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych 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 operacji chirurgicznych 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.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

GDZIE OBOWIĄZUJE UBEZPIECZENIE?

Ochrona ubezpieczeniowa działa w Polsce, przez 24 godziny na dobę. Nasza ochrona obejmuje wykonanie operacji chirurgicznych 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 wykonanie operacji chirurgicznych na terenie tych krajów.

JAK I KIEDY PŁACI 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 operacji chirurgicznych ubezpieczonego.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek operacji chirurgicznych 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:

- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia o ile nie jesteśmy w stanie ustalić swojej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia na podstawie innych dowodów,
- jeśli przejdziesz więcej niż jedną operację chirurgiczną w znieczuleniu ogólnym w okresie 60 dni – rozpoczynającym się od daty wykonania pierwszej operacji chirurgicznej w tym okresie – wypłacimy świadczenie tylko za jedną taką operację chirurgiczną,
- jeśli przejdziesz więcej niż jedną operację chirurgiczną związaną z zawałem serca lub tętniakiem mózgu lub nowotworem złośliwym w okresie 60 dni – rozpoczynającym się od daty wykonania pierwszej operacji chirurgicznej w tym okresie – wypłacimy świadczenie tylko za jedną taką operację chirurgiczną.

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 ppkt 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych ubezpieczonego Plus, kod warunków OLGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.
Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika 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 pkt 4-9 pkt 18-20 pkt 42 pkt 43-46 pkt 47
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 10-12 pkt 13-15 pkt 16-17 pkt 39-40 pkt 41 pkt 47

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH UBEZPIECZONEGO PLUS

Kod OWU: OLGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych ubezpieczonego Plus uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

1) **dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznych ubezpieczonego** – wskazane przez PZU Życie SA w umowie ubezpieczenie dodatkowe na wypadek operacji chirurgicznych ubezpieczonego;
2) **nowotwór złośliwy** – taki nowotwór złośliwy, który jest niekontrolowanym rozrostem komórek nowotworowych, cechujących 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 w tym ubezpieczeniu nie obejmuje:
   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) nowotworu złośliwego gruczołu krokowego (prostaty, stercza) opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 lub T1bN0M0,
   g) dysplazji szyjki macicy i nowotworu złośliwego szyjki macicy opisanego wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3,
   h) wszystkich nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV;
3) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
4) **operacja chirurgiczna podczas pobytu w szpitalu** – operacja chirurgiczna wykonana podczas pobytu w szpitalu, który trwał nieprzerwanie dłużej niż 14 dni;
5) **operacja chirurgiczna w znieczuleniu ogólnym** – operacja chirurgiczna wykonana w znieczuleniu ogólnym rozumianym jako rodzaj znieczulenia, w którym wpływowi anestetyku zostają poddane wszystkie narządy i tkanki, z odwracalnym całkowitym zniesieniem świadomości oraz koniecznością intubacji tchawicy w celu mechanicznej wentylacji płuc;
6) **operacja chirurgiczna związana z zawałem serca lub tętniakiem mózgu lub nowotworem złośliwym** – operacja chirurgiczna, której konieczność przeprowadzenia związana jest z zawałem serca lub tętniakiem mózgu lub nowotworem złośliwym, i która została wykonana w ciągu 6 miesięcy od daty diagnozy odpowiednio zawału serca lub tętniaka mózgu lub nowotworu złośliwego;
7) **szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych;
8) **tętniak mózgu** – taki tętniak mózgu, który jest patologicznym wewnątrzczaszkowym poszerzeniem naczyń mózgowych;
9) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
10) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
11) **zawał serca** – taki 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;

12) **zmiana** – patologiczny rozrost komórek danej tkanki, narządu lub układu.

2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych ubezpieczonego – 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 zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje wykonanie tylko takich operacji chirurgicznych, które spełniają poniższe warunki:
1) są przeprowadzone w okresie ochrony;
2) są wymienione w Wykazie operacji chirurgicznych, będącym załącznikiem do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego;
3) są:
   a) operacjami chirurgicznymi w znieczuleniu ogólnym lub
   b) operacjami chirurgicznymi podczas pobytu w szpitalu lub
   c) operacjami chirurgicznymi związanymi z zawałem serca lub tętniakiem mózgu lub nowotworem złośliwym
   – w zależności od wyboru ubezpieczającego.

5. Nasza ochrona obejmuje wykonanie operacji chirurgicznych, o których mowa w pkt 4, 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 wykonanie operacji chirurgicznych na terenie tych krajów.

6. Zakres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

7. Jeśli zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje wykonanie operacji chirurgicznych na terenie krajów wymienionych w pkt 5, to rozszerzamy również ochronę w dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek operacji chirurgicznych ubezpieczonego o operacje przeprowadzone w tych krajach.

8. Jeśli przejdziesz operację chirurgiczną, która spełnia warunki określone w pkt 4, wypłacimy procent sumy ubezpieczenia. Podajemy go w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

9. Wysokość świadczenia ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu wykonania operacji chirurgicznej.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

10. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminu – **wyczynowe uprawianie sportu** – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
1) 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
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.

11. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje operacji chirurgicznej, której konieczność wykonania nastąpiła:
1) w wyniku działań wojennych;
2) w wyniku katastrof, które powodują skażenie promieniotwórcze, chemiczne bądź 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) nie mając uprawnień do prowadzenia pojazdu, które są określone w przepisach prawa lub
   b) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo 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 zajście wypadku komunikacyjnego;
6) ponieważ ubezpieczony był 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 konieczność wykonania operacji chirurgicznej;
7) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;

8) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
9) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
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) ponieważ ubezpieczony uprawiał sport wyczynowo lub uprawiał rekreacyjnie sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczkę skałkową albo wysokogórską (rozumianą jako każdą wspinaczkę uprawianą na wysokości powyżej 2000 metrów nad poziomem morza), speleologię, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoki do wody, skoki na linie (ang. bungee jumping).

12. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje operacji chirurgicznej:
1) która nie była konieczna ze wskazań medycznych, aby wyleczyć lub zmniejszyć objawy choroby albo zmniejszyć skutki nieszczęśliwego wypadku;
2) w której ubezpieczony był dawcą organów lub narządów;
3) wykonanej w celu kosmetycznym lub estetycznym – z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw:
a) nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie naszej ochrony lub
b) nowotworu złośliwego zdiagnozowanego w okresie naszej ochrony;
4) wykonanej w celu antykoncepcyjnym;
5) wykonanej, aby zmniejszyć lub powiększyć piersi lub zmienić płeć;
6) z zakresu chirurgii szczękowej – z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw:
a) nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie naszej ochrony,
b) nowotworu złośliwego zdiagnozowanego w okresie naszej ochrony;
7) wykonanej w celu diagnostycznym;
8) usunięcia ciała obcego metodą endoskopową;
9) wymiany wszczepionego na stałe urządzenia, sztucznego narządu lub części sztucznego narządu;
10) jeśli była to kolejna operacja chirurgiczna tego samego narządu, i pozostawała w związku przyczynowo-skutkowym z pierwszą operacją wykonaną, aby leczyć ten sam stan chorobowy lub skutki tego samego nieszczęśliwego wypadku (reoperacja).

OGRANICZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach ograniczymy wypłatę świadczenia

13. Jeśli przejdziesz więcej niż jedną operację chirurgiczną w znieczuleniu ogólnym w okresie 60 dni – rozpoczynającym się od daty wykonania pierwszej operacji chirurgicznej w tym okresie – wypłacimy świadczenie tylko za jedną taką operację chirurgiczną.
14. Jeśli przejdziesz więcej niż jedną operację chirurgiczną podczas pobytu w szpitalu w okresie 60 dni – rozpoczynającym się od daty wykonania pierwszej operacji chirurgicznej w tym okresie – wypłacimy świadczenie tylko za jedną taką operację chirurgiczną.
15. Jeśli przejdziesz więcej niż jedną operację chirurgiczną związaną z zawałem serca lub tętniakiem mózgu lub nowotworem złośliwym w okresie 60 dni – rozpoczynającym się od daty wykonania pierwszej operacji chirurgicznej w tym okresie – wypłacimy świadczenie tylko za jedną taką operację chirurgiczną.

KARENCJA
– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego nie ponosimy odpowiedzialności lub ponosimy ją w ograniczonym zakresie

16. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 180 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.
17. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli operacja chirurgiczna była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w ciągu pierwszych 180 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

18. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.
19. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
20. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może ulec zmianie za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

21. Wysokość składki za ubezpieczonego:
1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu dodatkowym;
2) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
3) zależy od:

a) sumy ubezpieczenia,
b) zakresu ubezpieczenia,
c) wysokości świadczenia,
d) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

22. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.

23. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO

– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

24. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania, pod warunkiem jednoczesnego zawarcia albo obowiązywania u ubezpieczającego umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych ubezpieczonego.

25. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych ubezpieczonego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

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

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

27. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych ubezpieczonego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.

28. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

29. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.

30. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.

31. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

32. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych ubezpieczonego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.

33. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych ubezpieczonego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

34. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.

35. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.

36. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

37. Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznych ubezpieczonego, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.

38. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych ubezpieczonego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

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

40. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym i dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek operacji chirurgicznych ubezpieczonego.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

41. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek operacji chirurgicznych ubezpieczonego;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

42. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

43. Jeśli przejdziesz operację chirurgiczną, dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) kartę informacyjną z placówki medycznej, która potwierdza wykonanie operacji chirurgicznej;
3) dokumentację, która potwierdza wykonanie operacji chirurgicznej w znieczuleniu ogólnym – w razie wykonania takiej operacji;
4) dokumentację, która dotyczy zawału serca lub tętniaka mózgu lub nowotworu złośliwego – jeśli operacja chirurgiczna była związana z daną chorobą.

44. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.

45. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.

46. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

47. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

ZAŁĄCZNIK
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH UBEZPIECZONEGO PLUS

Lp.	Operacja chirurgiczna
Układ nerwowy	
1.	Kraniotomia z usunięciem ropnia nadtwardówkowego
2.	Kraniotomia z usunięciem krwiaka nadtwardówkowego
3.	Kraniotomia z usunięciem obcego ciała z czaszki
4.	Kraniotomia z usunięciem krwiaka podtwardówkowego
5.	Kraniotomia z usunięciem krwiaka śródmózgowego
6.	Drenaż krwiaka śródmózgowego
7.	Lobotomia/traktotomia
8.	Wycięcie zmiany opony mózgu
9.	Wycięcie tkanki mózgu
10.	Wycięcie guza móżdżku
11.	Usunięcie ropnia móżdżku
12.	Wycięcie guza pnia mózgu
13.	Rekonstrukcja opon mózgowych
14.	Zamknięcie przetoki płynowej opon mózgowo-rdzeniowych
15.	Wentrykulostomia
16.	Pozaczaszkowy drenaż mózgu
17.	Wszczepienie stymulatora mózgu
18.	Operacja tętniaka lub naczyniaka mózgu
19.	Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego
20.	Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego ze stabilizacją
21.	Wycięcie zmiany rdzenia kręgowego
22.	Wycięcie zmiany opon mózgowo-rdzeniowych
23.	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego
24.	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego
25.	Rekonstrukcja nerwu obwodowego
26.	Odbarczenie nerwu czaszkowego
27.	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego
28.	Operacje naprawcze nerwu obwodowego
29.	Operacje naprawcze nerwu współczulnego
30.	Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego
31.	Rekonstrukcja nerwu czaszkowego
32.	Przeszczep nerwu czaszkowego
33.	Drenaż przestrzeni podpajęczynówkowej
34.	Wycięcie lub zniszczenie splotu naczyniówkowego opon mózgowych
35.	Drenaż ropnia przestrzeni podpajęczynówkowej
36.	Podwiązanie tętnicy oponowej środkowej
37.	Kauteryzacja splotu naczyniówkowego opon mózgowych
38.	Podwiązanie naczyń przestrzeni podtwardówkowej
39.	Drenaż przestrzeni podtwardówkowej
40.	Drenaż wodniaka śródczaszkowego
41.	Dekortykacja opon mózgu
42.	Wycięcie zmiany tkanki mózgu
43.	Rozległa resekcja tkanki mózgowej
44.	Usunięcie ropnia pnia mózgu

Lp.	Operacja chirurgiczna
45.	Wycięcie tkanki rdzenia kręgowego
46.	Przecięcie dróg rdzenia kręgowego
47.	Operacja przepukliny oponowej lub rdzeniowej
48.	Drenaż przestrzeni podoponowej rdzenia
49.	Wycięcie nerwiaka nerwu słuchowego
50.	Sympatektomia szyjna
51.	Sympatektomia lędźwiowa
52.	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej
53.	Wycięcie rdzenia kręgowego
54.	Wycięcie opon mózgowo-rdzeniowych
55.	Przeszczep opony twardej mózgu
Układ endokrynologiczny oraz gruczoł sutkowy	
56.	Częściowe wycięcie tarczycy
57.	Całkowite wycięcie tarczycy
58.	Wycięcie przewodu tarczowo-językowego
59.	Częściowe wycięcie przytarczyc
60.	Całkowite wycięcie przytarczyc
61.	Częściowe wycięcie nadnerczy
62.	Obustronne wycięcie nadnerczy
63.	Operacja szyszynki
64.	Wycięcie przysadki mózgowej
65.	Częściowe wycięcie grasicy
66.	Całkowite wycięcie grasicy
67.	Torakoskopowe wycięcie grasicy
68.	Transplantacja grasicy
69.	Wycięcie zmiany piersi
70.	Subtotalna mammektomia
71.	Wycięcie brodawki sutkowej
72.	Rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej
73.	Jednostronne całkowite wycięcie piersi
74.	Obustronne całkowite wycięcie piersi
75.	Całkowita jednoczasowa rekonstrukcja piersi
76.	Jednostronny wszczep do piersi
77.	Przeszczep skóry na pierś
78.	Przeszczep uszypułowany na pierś
79.	Rekonstrukcja piersi płatem mięśniowym
80.	Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym
81.	Całkowita obustronna jednoczasowa rekonstrukcja piersi
Oko	
82.	Wycięcie gruczołu łzowego
83.	Wycięcie zmiany gruczołu łzowego
84.	Wycięcie woreczka łzowego lub dróg łzowych
85.	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową
86.	Wycięcie zmiany ze spojówki
87.	Operacja naprawcza skaleczenia spojówki
88.	Usunięcie zrostów spojówki lub powieki
89.	Rekonstrukcja spojówki z przeszczepem
90.	Wycięcie skrzydlika rogówki
91.	Przeszczep rogówki

Lp.	Operacja chirurgiczna
92.	Nacięcie tęczówki
93.	Usunięcie zrostów tęczówki
94.	Wycięcie tęczówki
95.	Wycięcie zmiany tęczówki
96.	Trepanacja twardówki z całkowitym usunięciem tęczówki
97.	Wytworzenie przetoki twardówki
98.	Usunięcie zmiany twardówki
99.	Naprawa garbiaka twardówki
100.	Wzmocnienie twardówki
101.	Usunięcie ciała szklistego
102.	Całkowite usunięcie mięśnia okoruchowego
103.	Wycięcie gałki ocznej
104.	Zabieg naprawczy pourazowych uszkodzeń struktur oka
105.	Operacyjne zaopatrzenie pękniętej gałki ocznej
106.	Wycięcie zmiany oczodołu
107.	Osteoplastyka oczodołu
108.	Usunięcie lub wycięcie zmiany ciałka rzęskowego
Ucho	
109.	Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego
110.	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych
111.	Operacja naprawcza błony bębenkowej
112.	Operacja naprawcza wyrostka sutkowatego
113.	Wycięcie zmiany ucha środkowego
114.	Wycięcie zmiany ucha wewnętrznego
115.	Drenaż ucha wewnętrznego
116.	Ablacja struktur ucha wewnętrznego
117.	Rekonstrukcja ucha wewnętrznego
118.	Operacja przetoki ucha wewnętrznego
119.	Wszczepienie protezy ślimaka
120.	Wytworzenie przetoki limfatycznej
121.	Odbarczenie błędnika
Układ oddechowy	
122.	Operacyjne tamowanie krwotoku z nosa z podwiązaniem tętnic
123.	Wycięcie małżowiny wewnętrznej nosa (nie obejmuje wycięcia za pomocą diatermii, krioterapii, laserochirurgii)
124.	Wycięcie nosa
125.	Otwarcie zatoki szczękowej
126.	Wycięcie zmiany zatoki szczękowej
127.	Otwarcie zatoki czołowej
128.	Wycięcie zmiany zatoki czołowej
129.	Obliteracja zatoki czołowej
130.	Wycięcie zatoki czołowej
131.	Otwarcie komórek sitowych
132.	Wycięcie komórek sitowych
133.	Otwarcie zatoki klinowej
134.	Usunięcie zatoki klinowej
135.	Otwarcie wielu zatok nosa
136.	Wycięcie gardła
137.	Wycięcie zmiany gardła
138.	Rozszerzanie gardła

Lp.	Operacja chirurgiczna
139.	Operacje naprawcze nozdrzy tylnych
140.	Operacje naprawcze gardła po usunięciu nowotworu
141.	Zamknięcie przetoki gardła
142.	Wycięcie częściowe krtani
143.	Wycięcie całkowite krtani
144.	Wycięcie zmiany krtani
145.	Rozszerzenie krtani
146.	Operacja przetoki krtani
147.	Wycięcie chrząstki krtani
148.	Operacja naprawcza krtani
149.	Wycięcie strun głosowych
150.	Wszczepienie protezy głosowej
151.	Jednoczasowe wycięcie krtani i gardła
152.	Przeszczep krtani
153.	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)
154.	Operacja naprawcza tchawicy
155.	Operacja przetoki tchawicy
156.	Całkowita jednoczasowa rekonstrukcja krtani i tchawicy
157.	Częściowe wycięcie tchawicy
158.	Operacja naprawcza oskrzela
159.	Operacja przetoki oskrzelowej
160.	Wycięcie zmiany oskrzela
161.	Wycięcie oskrzela
162.	Wycięcie zmiany płuca
163.	Wycięcie płuca
164.	Przeszczep płuca
165.	Jednoczasowy przeszczep płuca i serca
166.	Wycięcie zmiany śródpiersia
167.	Rekonstrukcja przewodu zatokowo-nosowego
Jama ustna	
168.	Wycięcie zmiany języka
169.	Częściowe wycięcie języka
170.	Całkowite usunięcie języka
171.	Wycięcie zmiany ślinianki
172.	Częściowe wycięcie ślinianki
173.	Całkowite usunięcie ślinianki
174.	Operacje naprawcze ślinianki lub przewodu ślinowego
175.	Zamknięcie przetoki ślinowej
176.	Wycięcie zmiany podniebienia twardego
177.	Wycięcie zmiany podniebienia miękkiego
178.	Korekcja rozszczepu podniebienia
179.	Wycięcie zmiany wargi
180.	Wycięcie zmiany śluzówki jamy ustnej
181.	Rekonstrukcja struktur jamy ustnej z przeszczepem (nie obejmuje rekonstrukcji zębów i dziąseł)
182.	Wycięcie języczka
183.	Wycięcie zmiany migdałka
Przewód pokarmowy	
184.	Częściowe wycięcie przełyku
185.	Całkowite wycięcie przełyku

Lp.	Operacja chirurgiczna
186.	Śródpiersiowe zespolenie omijające przełyku
187.	Wytworzenie sztucznego przełyku
188.	Zamostkowe wytworzenie przełyku
189.	Przedmostkowe zespolenie omijające przełyku
190.	Wprowadzenie endoprotezy przełyku
191.	Szycie rozerwania przełyku
192.	Usunięcie zwężenia przełyku
193.	Podwiązanie żylaków przełyku
194.	Jednoczasowe całkowite usunięcie przełyku i żołądka
195.	Wytworzenie przetoki przełykowej
196.	Operacja przetoki żołądkowej
197.	Podwiązanie żylaków wpustu żołądka
198.	Pyloromyotomia
199.	Pyloroplastyka
200.	Częściowe wycięcie żołądka
201.	Całkowite wycięcie żołądka
202.	Wagotomia w chorobie wrzodowej żołądka
203.	Zaszycie wrzodu żołądka
204.	Zatamowanie krwotoku w żołądku
205.	Zatamowanie krwotoku w dwunastnicy
206.	Zespolenie omijające żołądka
207.	Operacja antyrefluksowa
208.	Szycie rozerwania żołądka
209.	Inwersja uchyłka żołądka
210.	Wycięcie dwunastnicy
211.	Zaszycie wrzodu dwunastnicy
212.	Wagotomia w chorobie wrzodowej dwunastnicy
213.	Zespolenie omijające dwunastnicy
214.	Operacja przetoki dwunastniczej
215.	Szycie rozerwanej dwunastnicy
216.	Częściowe wycięcie jelita cienkiego
217.	Całkowite wycięcie jelita cienkiego
218.	Zespolenie omijające jelita cienkiego
229.	Zamknięcie przetoki jelita cienkiego
220.	Wyłonienie jelita cienkiego
221.	Rekonstrukcja przetoki jelitowej
222.	Szycie rozerwanego jelita cienkiego
223.	Odprowadzenie skrętu jelita
224.	Odprowadzenie wgłobienia jelita
225.	Ufiksowanie jelita cienkiego
226.	Plikacja jelita cienkiego
227.	Wycięcie cysty lub zatoki pilonidalnej
228.	Wycięcie kątnicy
229.	Operacja przepukliny przeponowej
230.	Wycięcie poprzecznicy
231.	Hemikolektomia prawostronna
232.	Hemikolektomia lewostronna
233.	Wycięcie esicy
234.	Totalna śródbrzuszna kolektomia

Lp.	Operacja chirurgiczna
235.	Zespolenie omijające jelita grubego
236.	Operacja przetoki jelita grubego
237.	Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego
238.	Wyłonienie jelita grubego
239.	Plikacja jelita grubego
240.	Ufiksowanie jelita grubego
241.	Szycie rozerwania jelita grubego
242.	Opierścienienie odbytu
243.	Operacja przetoki odbytu
244.	Wszczepienie sztucznego zwieracza odbytu
245.	Operacja wypadającego odbytu
246.	Wycięcie odbytu
247.	Szycie rozerwania odbytnicy
248.	Wycięcie odbytnicy
249.	Ufiksowanie odbytnicy
250.	Przeszczep mięśnia smukłego
251.	Wycięcie wyrostka robaczkowego
Narządy jamy brzusznej	
252.	Częściowe wycięcie śledziony
253.	Całkowite wycięcie śledziony
254.	Wycięcie zmiany śledziony
255.	Przeszczep śledziony
256.	Częściowe wycięcie wątroby
257.	Całkowite wycięcie wątroby
258.	Wycięcie zmiany wątroby
259.	Przeszczep wątroby
260.	Wewnątrznaczyniowa operacja na naczyniach wątrobowych
261.	Ufiksowanie wątroby
262.	Zespolenie przewodu wątrobowego
263.	Wycięcie pęcherzyka żółciowego
264.	Wycięcie zmiany trzustki
265.	Cholecystostomia (wytworzenie przetoki pęcherzyka żółciowego)
266.	Szycie przewodu żółciowego
267.	Wycięcie dróg żółciowych
268.	Zespolenie przewodu żółciowego
269.	Wycięcie zmiany dróg żółciowych
270.	Plastyka przewodu żółciowego wspólnego
271.	Zespolenie pęcherzyka żółciowego
272.	Wycięcie brodawki Vatera
273.	Wycięcie przewodu pęcherzykowego
274.	Wytworzenie przetoki torbieli trzustki
275.	Częściowe wycięcie trzustki
276.	Całkowite wycięcie trzustki
277.	Jednoczasowe całkowite wycięcie trzustki i dwunastnicy
278.	Operacja Whipple'a
279.	Zespolenie trzustki
280.	Zespolenie przewodu trzustkowego
Serce	
281.	Zamknięta walwulotomia

Lp.	Operacja chirurgiczna
282.	Otwarta walwuloplastyka
283.	Wszczepienie zastawki aortalnej
284.	Wszczepienie zastawki mitralnej
285.	Wszczepienie zastawki płucnej
286.	Wszczepienie zastawki trójdzielnej
287.	Operacja naprawcza pierścienia zastawki
288.	Przezskórna walwuloplastyka
289.	Zamknięcie przewodu tętniczego Botalla
290.	Zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego
291.	Zamknięcie ubytku międzykomorowego
292.	Zamknięcie ubytku przegrody serca
293.	Całkowita korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych
294.	Przezskórna angioplastyka wieńcowa
295.	Pomostowanie tętnic wieńcowych
296.	Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej
297.	Operacje mięśni brodawkowatych serca
298.	Operacje nici ścięgnistych serca
299.	Wycięcie osierdzia
300.	Operacja naprawcza tętniaka serca
301.	Wycięcie tętniaka serca
302.	Przebudowanie komory serca
303.	Chirurgicznie zmniejszenie komory serca
304.	Przeszczep serca
305.	Wszczepienie sztucznego serca
306.	Wszczepienie systemu mechanicznego wspomagania serca
307.	Wszczepienie systemu stymulującego serce
308.	Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora
309.	Wszczepienie układu resynchronizującego serce CRT
310.	Otwarta koronaroplastyka
311.	Operacje beleczek mięśniowych serca
312.	Pomosty dla rewaskularyzacji serca
313.	Przezskórna operacja tętnicy płucnej
314.	Przezskórne zamknięcie uszka przedsionka
Naczynia tętnicze oraz żylne	
315.	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej
316.	Pomostowanie tętnicy szyjnej
317.	Rekonstrukcja tętnic brzusznych
318.	Endarterektomia tętnic kończyny dolnej
329.	Wycięcie lub zespolenie tętnic kończyny dolnej
320.	Pomostowanie aorty brzusznej lub tętnic kończyn dolnych
321.	Operacja tętniaka tętnicy mózgowej
322.	Operacja naprawcza aorty
323.	Pomost aorty brzusznej lub tętnic brzusznych
324.	Rekonstrukcja innej tętnicy
325.	Szycie tętnicy
326.	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej
327.	Pomostowanie tętnicy podobojczykowej
328.	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza aorty
329.	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza tętnic kończyn dolnych

Lp.	Operacja chirurgiczna
330.	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza gałęzi trzewnych aorty
331.	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza tętnicy mózgowej
332.	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza innej tętnicy
333.	Wycięcie tętniaka z zespoleniem żył: brzusznych, biodrowych, wrotnych, nerkowych, śledzionowych, żyły głównej dolnej
334.	Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego z zespoleniem
335.	Wewnątrznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej
336.	Rekonstrukcja tętnicy mózgowej
337.	Rekonstrukcja tętnicy płucnej
338.	Wycięcie tętniaka naczyń klatki piersiowej
339.	Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego ze wstawką
340.	Wycięcie tętniaka naczyń kończyny górnej
341.	Endarterektomia naczyń kończyny górnej
342.	Zespolenie żył jamy brzusznej
Układ moczowy	
343.	Operacja torbieli nerki
344.	Ewakuacja kamienia z nerki
345.	Pielostomia
346.	Wycięcie lub zniszczenie zmiany układu kielichowo-miedniczkowego
347.	Wycięcie lub zniszczenie zmiany nerki
348.	Ablacja termiczna zmiany nerki
349.	Wycięcie kielicha nerkowego
350.	Częściowe wycięcie nerki
351.	Całkowite wycięcie nerki
352.	Obustronne jednoczasowe wycięcie nerek
353.	Przeszczep nerki
354.	Umocowanie lub podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej
355.	Zaopatrzenie uszkodzenia urazowego nerki
356.	Operacja przetoki nerkowej (nie obejmuje przezskórnego wytworzenia przetoki)
357.	Zespolenie układu moczowego
358.	Plastyka układu moczowego
359.	Usunięcie skrzepu z układu moczowego
360.	Ewakuacja kamienia z układu moczowego
361.	Całkowite usunięcie zmiany z moczowodu
362.	Korekcja zwężenia moczowodu
363.	Nacięcie moczowodu
364.	Częściowe wycięcie moczowodu
365.	Całkowite wycięcie moczowodu
366.	Operacja przetoki moczowodowej
367.	Reimplantacja moczowodu do pęcherza moczowego
368.	Wszczepienie moczowodu do jelita
369.	Wytworzenie końcowej przetoki kałowej z wszczepieniem moczowodów
370.	Reimplantacja moczowodu
371.	Zeszycie rany moczowodu
372.	Umocowanie moczowodu
373.	Operacja moczowodu objętego zwłóknieniem zaotrzewnowym
374.	Operacja przeciwodpływowa zewnątrzpęcherzowa
375.	Uzupełnienie moczowodu wszczepem
376.	Protezowanie moczowodu

Lp.	Operacja chirurgiczna
377.	Sfałdowanie moczowodu
378.	Uwolnienie moczowodu ze zrostów
379.	Wszczepienie elektronicznego stymulatora moczowodu
380.	Ewakuacja kamienia z pęcherza moczowego
381.	Operacja naprawcza ujścia pęcherza moczowego
382.	Plastyka pęcherza i cewki moczowej
383.	Operacja naprawcza uchyłka pęcherza moczowego
384.	Plastyka ujścia pęcherza moczowego
385.	Sfałdowanie ujścia pęcherza moczowego
386.	Korekcja zwężenia cewki moczowej
387.	Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza
388.	Operacja przetoki pęcherza moczowego
389.	Wycięcie lub zniszczenie zmiany pęcherza moczowego
390.	Wycięcie uchyłka pęcherza moczowego
391.	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego
392.	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego
393.	Operacja przetoki pochwowej
394.	Wytworzenie zastępczego pęcherza moczowego
395.	Operacja naprawcza cewki moczowej
396.	Operacja przetoki cewki moczowej
397.	Sfałdowanie cewki moczowej
398.	Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej
399.	Wszczepienie protezy cewki moczowej
400.	Operacja spodziectwa
401.	Operacyjne leczenie nietrzymania moczu
402.	Wycięcie lub zniszczenie tkanki stercza
403.	Wycięcie lub zniszczenie zmiany stercza
404.	Całkowite wycięcie stercza
405.	Wycięcie zmiany cewki moczowej
406.	Wycięcie uchyłka cewki moczowej
407.	Operacja przetoki macicznej
408.	Rekonstrukcja pęcherza moczowego
409.	Operacja naprawcza pęcherza moczowego
410.	Wytworzenie zespolenia pęcherza moczowego
411.	Wszczepienie elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego
412.	Częściowe wycięcie cewki moczowej
413.	Całkowite wycięcie cewki moczowej
Narządy płciowe męskie	
414.	Operacja wodniaka jądra
415.	Wycięcie zmiany jądra
416.	Jednostronne wycięcie jądra
417.	Wycięcie jedynego jądra
418.	Wycięcie obu jąder jednoczasowe
419.	Sprowadzenie jąder
420.	Protezowanie jądra
421.	Operacja żylaków powrózka nasiennego
422.	Operacja naprawcza powrózka nasiennego
423.	Przeszczep powrózka nasiennego
424.	Operacja pęcherzyków nasiennych

Lp.	Operacja chirurgiczna
425.	Operacja najądrza
426.	Wycięcie najądrza
427.	Wycięcie nasieniowodu
428.	Wycięcie lub zniszczenie zmiany prącia
429.	Całkowite wycięcie prącia
430.	Częściowe wycięcie prącia
431.	Protezowanie prącia
432.	Reimplantacja prącia
433.	Operacja naprawcza prącia
434.	Operacja naprawcza napletka
435.	Wycięcie moszny
Żeński układ rozrodczy	
436.	Operacja gruczołu Bartholina
437.	Wycięcie lub zniszczenie zmiany w zatoce Douglasa
438.	Zamknięcie zatoki Douglasa
439.	Wycięcie zmiany pochwy
440.	Wycięcie pochwy
441.	Operacja naprawcza pochwy
442.	Operacja przetoki pochwowej
443.	Rekonstrukcja sklepienia pochwy
444.	Wycięcie zmiany sromu
445.	Wycięcie sromu
446.	Uwolnienie zrostów sromu
447.	Operacja łechtaczki
448.	Operacja jajnika lub jajowodu
449.	Obustronne wycięcie jajników lub jajowodów
450.	Wycięcie zmiany szyjki macicy
451.	Usunięcie mięśniaków macicy
452.	Całkowite lub częściowe wycięcie zmiany trzonu macicy
453.	Operacja naprawcza przegrody macicy
454.	Usunięcie zrostów macicy
455.	Zniszczenie zmiany trzonu macicy
456.	Przyszycie macicy do powłok brzusznych
457.	Szycie rozdarcia macicy
458.	Zamknięcie przetoki macicy
459.	Zabieg naprawczy poporodowego rozdarcia macicy
460.	Zabieg naprawczy wrodzonej wady macicy
461.	Całkowite lub częściowe wycięcie macicy
462.	Operacje aparatu zawieszającego macicę
Skóra	
463.	Przeszczep wolny skóry
464.	Przeszczep płata skóry owłosionej
465.	Przeszczep innej niż własna tkanki do skóry
466.	Uszypułowany lub płatowy przeszczep skóry
467.	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry
468.	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórnego
460.	Przeszczep płata skórno-powięziowego
470.	Wprowadzenie ekspandera pod skórę
471.	Przeszczep śluzówki

Lp.	Operacja chirurgiczna
Tkanki miękkie	
472.	Uwolnienie ścięgna
473.	Wycięcie torbieli bocznej szyi
474.	Wycięcie pozostałości szczeliny skrzelowej
475.	Wycięcie zmiany ściany klatki piersiowej z usunięciem żebra lub żeber
476.	Dekortykacja płuca
477.	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej
478.	Torakoplastyka
479.	Operacja naprawcza przepony
480.	Zamknięcie przetoki przepony
481.	Szycie rany przepony
482.	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych
483.	Operacja przepukliny pachwinowej obustronna
484.	Operacja przepukliny pachwinowej jednostronna
485.	Operacja przepukliny pępkowej
486.	Operacja przepukliny udowej jednostronna
487.	Operacja przepukliny udowej obustronna
488.	Operacja przepukliny ściany jamy brzusznej o nieokreślonym umiejscowieniu
489.	Operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej
490.	Plikacja przepony
491.	Operacja moczownika
492.	Wycięcie tkanek otrzewnowej
493.	Operacja naprawcza dotycząca sieci
494.	Wycięcie zmiany sieci
495.	Operacja naprawcza dotycząca krezki jelita
496.	Wycięcie zmiany krezki jelita
497.	Wycięcie zmiany otrzewnej
498.	Uwolnienie zrostów otrzewnowych
499.	Operacja przewodu limfatycznego
500.	Wycięcie ścięgna
501.	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna
502.	Operacja kaletki
503.	Wycięcie powięzi
504.	Wycięcie mięśnia
505.	Uwolnienie przykurczu mięśnia
506.	Operacja naprawcza ścięgna
507.	Operacja naprawcza mięśnia
508.	Przeszczepienie mięśnia
509.	Uwolnienie mięśnia
510.	Wycięcie zmiany lub tkanki przepony
511.	Zabieg naprawczy opłucnej
512.	Operacja naprawcza przepukliny kulszowej
513.	Operacja naprawcza przepukliny kulszowo odbytniczej
514.	Operacja naprawcza przepukliny lędźwiowej
515.	Operacja naprawcza przepukliny zasłonowej
516.	Operacja naprawcza przepukliny sieciowej
517.	Operacja naprawcza przepukliny zaotrzewnowej
518.	Operacja naprawcza otrzewnej
519.	Wycięcie pochewki ścięgna

Lp.	Operacja chirurgiczna
520.	Operacja naprawcza dotycząca powięzi
521.	Operacja przetoki powięzi
522.	Wycięcie powięzi
Kości i stawy szkieletu i kręgosłupa	
523.	Podniesienie złamanego fragmentu czaszki
524.	Uzupełnienie ubytku kości czaszki
525.	Otwarte nastawienie złamania kości nosa
526.	Wycięcie zmiany kości twarzoczaszki
527.	Wycięcie kości twarzoczaszki
528.	Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej
529.	Otwarte nastawienie złamania szczęki
530.	Otwarte nastawienie złamania żuchwy
531.	Otwarte nastawienie kości twarzy
532.	Otwarte nastawienie złamania oczodołu
533.	Przeszczep kostny kości twarzy
534.	Otwarte nastawienie zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego
535.	Częściowe wycięcie żuchwy
536.	Całkowite wycięcie żuchwy
537.	Wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa
538.	Usunięcie przepukliny jądra miażdżystego
539.	Usztywnienie (artrodeza) stawów kręgosłupa
540.	Operacja odbarczająca kręgosłup szyjny
541.	Operacja złamania kręgu
542.	Rekonstrukcja wielu kości twarzoczaszki
543.	Rekonstrukcja jednej kości twarzoczaszki
544.	Wycięcie zmiany kości
545.	Wycięcie martwaka kości
546.	Osteotomia bez rozdzielenia (nie obejmuje osteotomii w obrębie stóp i rąk)
547.	Osteotomia klinowa (nie obejmuje osteotomii w obrębie stóp i rąk)
548.	Inna osteotomia (nie obejmuje osteotomii w obrębie stóp i rąk)
549.	Resekcja kości (nie obejmuje resekcji w obrębie stóp i rąk)
550.	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną
551.	Otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną
552.	Zamknięta stabilizacja oddzielonej nasady kości
553.	Otwarta stabilizacja oddzielonej nasady kości
554.	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu złamania kości
555.	Uwolnienie torebki stawowej
556.	Uwolnienie stawu
557.	Uwolnienie więzadła
558.	Otwarte nastawienie zwichnięcia
559.	Wycięcie łąkotki kolana
560.	Usztywnienie (artrodeza) stawu biodrowego
561.	Usztywnienie (artrodeza) stawu kolanowego
562.	Usztywnienie (artrodeza) stawu barkowego
563.	Usztywnienie (artrodeza) stawu łokciowego
564.	Operacja stabilizująca więzadła stawu kolanowego
565.	Operacja stabilizująca staw barkowy
566.	Szycie torebki stawowej lub więzadeł kończyny górnej
567.	Operacja stabilizująca rzepkę stawu kolanowego

Lp.	Operacja chirurgiczna
568.	Szycie torebki stawowej lub więzadeł kończyny dolnej
569.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego
570.	Częściowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego
571.	Artroplastyka nadgarstka lub śródręcza
572.	Artroplastyka śródręczno-paliczkowa i międzypaliczkowa
573.	Całkowita endoproteza nadgarstka
574.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu stopy lub stawu palca stopy
575.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu skokowego
576.	Rekonstrukcja mikrochirurgiczna naczyń lub nerwów stopy
577.	Policyzacja palca
578.	Całkowita rekonstrukcja kciuka
570.	Częściowa endoprotezoplastyka stawu barkowego
580.	Częściowa endoprotezoplastyka stawu łokciowego
581.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu barkowego
582.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu łokciowego
583.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego
584.	Całkowite wycięcie kości ektopowej
585.	Częściowe wycięcie kości ektopowej
Pozostałe	
586.	Amputacja kciuka
587.	Amputacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka
588.	Wyłuszczenie nadgarstka
589.	Amputacja kończyny górnej na wysokości przedramienia
590.	Wyłuszczenie w stawie łokciowym
591.	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia
592.	Wyłuszczenie w stawie barkowym
593.	Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki
594.	Amputacja palucha
595.	Amputacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego
596.	Wyłuszczenie w stawie skokowym
597.	Amputacja kończyny dolnej na wysokości podudzia
598.	Amputacja kończyny dolnej na wysokości kolana
599.	Wyłuszczenie w stawie kolanowym
600.	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda
601.	Wyłuszczenie w stawie biodrowym
602.	Amputacja kończyny dolnej z częścią miednicy
603.	Replantacja kciuka
604.	Replantacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka
605.	Replantacja kończyny górnej na wysokości ramienia
606.	Replantacja palucha
607.	Replantacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego
608.	Replantacja kończyny dolnej na wysokości podudzia
609.	Replantacja kończyny dolnej na wysokości uda
610.	Przeszczep całej twarzy

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

Kod warunków: TNGP55

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 całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, kod warunków: TNGP55 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU. Użyte w owu definicje mogą odbiegać 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 wystąpienie u ubezpieczonego całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą w okresie ochrony.
Jeśli ukończysz 55 lat, ochroną obejmujemy tylko taką całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji, która jest następstwem nieszczęśliwego wypadku.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji wypłacimy świadczenie w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zdarzenia.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus albo w trakcie jego trwania.

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.

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 na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

JAK I KIEDY PŁACI 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.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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,
- w dniu ukończenia przez ubezpieczonego 55 lat – w zakresie całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji spowodowanej chorobą – w stosunku do tego ubezpieczonego.

GŁÓWNE WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ – CZEGO NIE OBEJMUJE UBEZPIECZENIE?

Nie wypłacimy świadczenia w przypadku:

- całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji powstałej po ukończeniu 55 lat (po ukończeniu 55 lat ochroną obejmujemy tylko taką całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji, która jest następstwem nieszczęśliwego wypadku),
- braku naszej ochrony w dacie wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji,
- 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 ppkt 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, kod warunków TNGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.
Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika 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 pkt 4-6 pkt 12-14 pkt 32 pkt 33-37 pkt 38
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 6 pkt 7-10 pkt 11 pkt 29-30 pkt 31 pkt 38

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

Kod OWU: TNGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
1) **całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji** – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje łącznie:
   a) utratę zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz
   b) konieczność pomocy innej osoby w zaspokajaniu co najmniej dwóch spośród następujących podstawowych potrzeb życiowych: mycie, ubieranie, spożywanie posiłków, przemieszczanie w obrębie domu.

   Odpowiadamy wyłącznie za taką całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji, która ma charakter trwały, tj. zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania zdolności do pracy i zdolności do samodzielnej egzystencji;
2) **choroba** – stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego;
3) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
4) **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;
5) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
6) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
7) **wystąpienie całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji** – dzień, w którym zgodnie z dokumentacją ubezpieczony stał się całkowicie niezdolny do pracy i samodzielnej egzystencji.

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 zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje wystąpienie u Ciebie całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji będącej skutkiem nieszczęśliwego wypadku lub choroby.

5. W razie wystąpienia u Ciebie całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji wypłacimy Ci świadczenie równe określonemu w polisie i indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji.

6. Zarówno całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji jak i nieszczęśliwy wypadek lub choroba, w następstwie których wystąpiła całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji, muszą wystąpić w okresie ochrony.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

7. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminu **wyczynowe uprawianie sportu** – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
1) 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
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.

8. Nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji jest wynikiem choroby, która wystąpiła lub z powodu której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed początkiem okresu ochrony.

9. Wyłączenie ochrony z pkt 8 nie dotyczy:
1) sytuacji, w których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się i zakończyło przed ukończeniem przez ubezpieczonego 18 lat;
2) całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji spowodowanej chorobą, gdy nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiej samej choroby.

10. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji powstałej w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się przed początkiem naszej ochrony lub powstałej:
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) nie mając uprawnień do prowadzenia pojazdu, które są określone w przepisach prawa lub
   b) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo 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 zajście wypadku komunikacyjnego;
5) gdy ubezpieczony był 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 całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji;
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 – oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
8) 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;
9) w wyniku uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
10) w wyniku wyczynowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego.

OGRANICZENIA OCHRONY
– czyli kiedy zakres ochrony ulegnie zmniejszeniu

11. Jeśli ukończysz 55 lat, ochroną obejmujemy tylko taką całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji, która jest następstwem nieszczęśliwego wypadku.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

12. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.

13. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

14. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może ulec zmianie za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

15. Wysokość składki za ubezpieczonego:
1) uwzględnia zmianę zakresu ubezpieczenia związanego z ukończeniem przez ubezpieczonego 55 lat;

2) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
3) zależy od:
   a) sumy ubezpieczenia,
   b) wysokości świadczenia,
   c) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

16. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.

17. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO

– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

18. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.

19. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

20. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

21. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.

22. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

23. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.

24. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.

25. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

26. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.

27. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.

28. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

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

30. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

31. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;

5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu;
8) w dniu ukończenia przez ubezpieczonego 55 lat – w zakresie całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji spowodowanej chorobą – w stosunku do tego ubezpieczonego.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

32. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

33. Jeśli wystąpi u Ciebie całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji, dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) dokumentację medyczną z przebiegu leczenia, która potwierdza całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji i datę jej wystąpienia lub orzeczenie dotyczące niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji – jeśli posiadasz takie orzeczenie.

34. W przypadku, gdy dokumenty, o których mowa w pkt 33, nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy, możemy dodatkowo:
1) poprosić o inny dokument, który potwierdza całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji;
2) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
3) zlecić badania medyczne – jeśli będzie to potrzebne.

35. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.

36. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.

37. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

38. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK UTRATY SPRAWNOŚCI W ŻYCIU CODZIENNYM

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK UTRATY SPRAWNOŚCI W ŻYCIU CODZIENNYM

Kod warunków: USGP55

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 utraty sprawności w życiu codziennym, kod warunków: USGP55 (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 wystąpienie u ubezpieczonego utraty sprawności w życiu codziennym w wyniku choroby, która została zdiagnozowana lub co do której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie ochrony lub w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie ochrony.

Odpowiadamy wyłącznie za taką utratę sprawności, która trwa nieprzerwanie co najmniej 6 miesięcy i co do której, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, nie ma pozytywnych rokowań na jej odzyskanie lub bez względu na to jak długo trwa, jeżeli zgodnie z aktualną wiedzą medyczną jest ona niewątpliwie trwała.

Jeśli ukończysz 60 lat, ochroną obejmujemy tylko taką utratę sprawności, która jest następstwem nieszczęśliwego wypadku.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku wystąpienia utraty sprawności w życiu codziennym wypłacimy świadczenie w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zdarzenia.

Prawo do wypłaty przysługuje, jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między utratą sprawności a nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus albo w trakcie jego trwania.

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.

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 na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

JAK I KIEDY PŁACI 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.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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,
- w dniu ukończenia przez ubezpieczonego 60 lat – w zakresie utraty sprawności spowodowanej chorobą – w stosunku do tego ubezpieczonego.

GŁÓWNE WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ – CZEGO NIE OBEJMUJE UBEZPIECZENIE?

Nie wypłacimy świadczenia w przypadku:

- wystąpienia u ubezpieczonego utraty sprawności w życiu codziennym powstałej w wyniku choroby po ukończeniu 60 lat (po ukończeniu 60 lat ochroną obejmujemy tylko taką utratę sprawności, która jest następstwem nieszczęśliwego wypadku),
- utraty sprawności powstałej w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa.

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 ppkt 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek utraty sprawności w życiu codziennym, kod warunków USGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.
Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika 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 pkt 4-18 pkt 27-29 pkt 47 pkt 48-53 pkt 54
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 18 pkt 19-23 pkt 24-26 pkt 44-45 pkt 46 pkt 54

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK UTRATY SPRAWNOŚCI W ŻYCIU CODZIENNYM

Kod OWU: USGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek utraty sprawności w życiu codziennym uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, 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;
2) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
3) **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;
4) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
5) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
6) **utrata sprawności** – to utrata przez ubezpieczonego co najmniej jednej z następujących zdolności:
   a) widzenia,
   b) słyszenia,
   c) mówienia;
   lub co najmniej dwóch spośród następujących zdolności bądź sprawności:
   a) zdolności chodzenia,
   b) zdolności wchodzenia po schodach,
   c) zdolności stania,
   d) zdolności klękania lub schylania się,
   e) zdolności podnoszenia i przenoszenia przedmiotów,
   f) zdolności siedzenia,
   g) sprawności obu rąk,
   h) sprawności kończyny górnej;
   które definiujemy w pkt 5-15.
   Odpowiadamy wyłącznie za taką utratę sprawności, która trwa nieprzerwanie co najmniej 6 miesięcy i co do której, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, nie ma pozytywnych rokowań na jej odzyskanie lub bez względu na to jak długo trwa, jeżeli zgodnie z aktualną wiedzą medyczną jest ona niewątpliwie trwała;
7) **zatrucie** – działanie na organizm człowieka alkoholu, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, które zostało rozpoznane przez lekarza.

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 zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje utratę sprawności przez ubezpieczonego w okresie ochrony, w wyniku choroby, która została zdiagnozowana lub co do której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie ochrony, z zastrzeżeniem pkt 23 OWU lub w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie ochrony, rozumianą jako utrata:
   1) jednej z następujących zdolności:
      a) widzenia,
      b) słyszenia,
      c) mówienia;

   lub
   2) co najmniej dwóch spośród następujących zdolności bądź sprawności:
      a) zdolności chodzenia,
      b) zdolności wchodzenia po schodach,
      c) zdolności stania,
      d) zdolności klękania lub schylania się,
      e) zdolności podnoszenia i przenoszenia przedmiotów,
      f) zdolności siedzenia,
      g) sprawności obu rąk,
      h) sprawności kończyny górnej;

      zdefiniowanych w pkt 5-15.
5. **Utrata zdolności widzenia** to całkowita utrata wzroku w obu oczach. Odpowiadamy tylko za taką utratę zdolności widzenia, która jest nieodwracalna i w której w każdym oku ostrość widzenia jest mniejsza niż 0.1 (5/50) lub pole widzenia jest mniejsze niż 20 stopni. Utratę zdolności widzenia i problem zdrowotny, który jest jej przyczyną, jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
6. **Utrata zdolności słyszenia** to całkowita utrata słuchu w obu uszach. Odpowiadamy tylko za taką utratę zdolności słyszenia, która jest nieodwracalna i w której ubytek słuchu w każdym uchu zmierzony jest badaniem audiometrycznym lub badaniem słuchowych potencjałów wywołanych wynosi co najmniej 90dB. Utratę zdolności słyszenia i problem zdrowotny, który jest jej przyczyną, jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
7. **Utrata zdolności mówienia** to całkowita utrata zdolności porozumienia się z innymi osobami przy użyciu mowy, polegająca na niemożności formułowania lub wypowiadania zrozumiałych słów lub na wypowiadaniu słów pozbawionych sensu (afazja Wernickego). Odpowiadamy tylko za taką utratę zdolności mówienia, która jest nieodwracalna. Utratę zdolności mówienia i problem zdrowotny, który jest jej przyczyną, jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna. Testy diagnostyczne właściwe dla rozpoznania utraty zdolności mówienia muszą być przeprowadzone w języku ojczystym ubezpieczonego.
8. **Utrata zdolności chodzenia** to utrata możliwości samodzielnego chodzenia. Odpowiadamy tylko za taką utratę zdolności chodzenia, która jest nieodwracalna i która uniemożliwia przejście 400 metrów po twardej, płaskiej nawierzchni bez przerwy na odpoczynek. Nasza ochrona obejmuje także przypadki, w których chodzenie jest możliwe wyłącznie przy pomocy protez lub balkonika - bez względu na przebyty dystans. Utratę zdolności chodzenia i problem zdrowotny, który jest jej przyczyną, jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
9. **Utrata zdolności wchodzenia po schodach** to utrata możliwości samodzielnego wchodzenia po schodach. Odpowiadamy tylko za taką utratę zdolności wchodzenia po schodach, która jest nieodwracalna i uniemożliwia wejście na 12 schodów, każdy o wysokości 20 cm. Nasza ochrona nie obejmuje przypadków, w których wchodzenie po schodach:
   1) wymaga odpoczynku krótszego niż 1 minuta lub
   2) jest możliwe przy pomocy poręczy.

   Utratę zdolności wchodzenia po schodach oraz problem zdrowotny, który jest jej przyczyną, jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
10. **Utrata zdolności stania** to utrata możliwości samodzielnego utrzymania pozycji stojącej. Odpowiadamy tylko za taką utratę zdolności stania, która jest nieodwracalna i w której niemożliwe jest utrzymanie pozycji stojącej przez co najmniej 10 minut, bez względu na zmianę pozycji ciała. Utratę zdolności stania i problem zdrowotny, który jest jej przyczyną, jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
11. **Utrata zdolności klękania lub schylania się** to utrata możliwości samodzielnego klękania lub schylania się. Odpowiadamy tylko za taką utratę zdolności klękania lub schylania się, która jest nieodwracalna i w której niemożliwe jest:
   1) dotknięcie podłoża jednym lub dwoma kolanami, a następnie przyjęcie pozycji stojącej lub
   2) zgięcie kolan i dotknięcie podłoża opuszkami palców a następnie przyjęcie pozycji stojącej.

   Utratę zdolności klękania lub schylania się oraz problem zdrowotny, który jest jej przyczyną, jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
12. **Utrata zdolności podnoszenia i przenoszenia przedmiotów** to utrata możliwości samodzielnego podnoszenia i przenoszenia przedmiotów. Odpowiadamy tylko za taką utratę zdolności podnoszenia i przenoszenia przedmiotów, która jest nieodwracalna i w której niemożliwe jest podniesienie ze stołu przedmiotu o wadze 5 kilogramów obiema rękami i przeniesienie go na odległość 5 metrów po twardym, równym podłożu. Utratę zdolności podnoszenia i przenoszenia przedmiotów oraz problem zdrowotny, który jest jej przyczyną, jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
13. **Utrata zdolności siedzenia** to utrata możliwości samodzielnego utrzymania pozycji siedzącej. Odpowiadamy tylko za taką utratę zdolności siedzenia która jest nieodwracalna i w której niemożliwe jest utrzymanie pozycji siedzącej przez co najmniej 20 minut, nawet zmieniając pozycję ciała lub opierając ręce na oparciach krzesła lub fotela. Utratę zdolności siedzenia i problem zdrowotny, który jest jej przyczyną, jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.

14. **Utrata sprawności obu rąk** to utrata możliwości wykonywania precyzyjnych ruchów rąk. Odpowiadamy tylko za taką utratę sprawności obu rąk, która jest nieodwracalna i w której niemożliwe jest samodzielne:
    1) zapinanie guzików ubrania lub
    2) wiązanie sznurowadeł, lub
    3) odkręcanie i zakręcanie butelki, lub
    4) otwieranie zamka kluczem, lub
    5) używanie nożyczek lub śrubokrętu.

    Utratę sprawności obu rąk i problem zdrowotny, który jest jej przyczyną jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
15. **Utrata sprawności kończyny górnej** to utrata możliwości samodzielnego uniesienia kończyny górnej w stawie ramiennym. Odpowiadamy tylko za taką utratę sprawności kończyny górnej, która jest nieodwracalna i w której niemożliwe jest uniesienie kończyny do poziomu barku i utrzymanie w tej pozycji przez co najmniej 10 sekund. Utratę sprawności kończyny górnej i problem zdrowotny, który jest jej przyczyną, jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
16. Za dzień utraty sprawności uznaje się dzień w okresie ochrony, w którym sprawność została utracona i znajduje to potwierdzenie w dokumentacji medycznej.
17. W razie wystąpienia u Ciebie utraty sprawności wypłacimy Ci świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zdarzenia, który jest określony w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
18. Prawo do wypłaty przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między utratą sprawności a nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

19. Nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli utrata sprawności powstała:
    1) w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed początkiem naszej ochrony;
    2) w wyniku działań wojennych;
    3) w wyniku czynnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
    4) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
    5) w wyniku wypadku komunikacyjnego - jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
        a) nie mając uprawnień do prowadzenia pojazdu, które są określone w przepisach prawa lub
        b) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo 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 zajście wypadku komunikacyjnego;
    6) gdy ubezpieczony był 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 zajście nieszczęśliwego wypadku;
    7) bezpośrednio w wyniku zatrucia ubezpieczonego spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi - w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii - oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
    8) 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;
    9) w wyniku samookaleczenia się lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
    10) w wyniku uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
    11) wskutek udziału ubezpieczonego w następujących aktywnościach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, sporty powietrzne (baloniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo), wspinaczka górska lub skałkowa przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego lub wymagająca użycia takiego sprzętu, speleologia, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem, który umożliwia oddychanie pod wodą (z wyłączeniem fajki nurkowej), skoki do wody, skoki na linie (ang. bungee jumping), skoki z wysokich obiektów (ang. base jumping, wing diving), pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (ang. parkour, free-running, rooftopping) oraz udziału w wyścigach z wyjątkiem biegów i pływania;
    12) w wyniku chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99);
    13) w wyniku działania promieniowania radioaktywnego lub jonizującego w wyniku reakcji termojądrowych, wybuchu nuklearnego;
    14) w wyniku wypadku statku powietrznego, chyba, że ubezpieczony był członkiem załogi lub pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze.
20. Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku utraty sprawności możliwej do skorygowania postępowaniem leczniczym lub rehabilitacyjnym zaleconym w dokumentacji medycznej.

21. Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku utraty sprawności możliwej do skorygowania poprzez zastosowanie - zaleconych w dokumentacji medycznej:
1) w przypadku utraty zdolności widzenia – soczewek okularowych, soczewek kontaktowych;
2) w przypadku utraty zdolności słyszenia – aparatów słuchowych;
3) w przypadku utraty mowy – aparatów wspomagających mowę;
4) w przypadku utraty zdolności chodzenia – butów ortopedycznych, ortez kończyn dolnych, stabilizatorów kończyn dolnych, pojedynczej kuli, pojedynczej laski;
5) w przypadku utraty zdolności stania – gorsetów ortopedycznych, ortez ortopedycznych tułowia, ortez ortopedycznych szyi, butów ortopedycznych, ortez kończyn dolnych, stabilizatorów kończyn dolnych, pojedynczej kuli, pojedynczej laski.

22. Nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli utrata sprawności była wynikiem choroby, która została zdiagnozowana lub z powodu której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze, zanim nasza ochrona się rozpoczęła.

23. Wyłączenie z pkt 22 nie dotyczy:
1) sytuacji, w których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się i zakończyło przed ukończeniem przez ubezpieczonego 18 lat;
2) utraty sprawności spowodowanej chorobą, gdy nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiej samej choroby.

OGRANICZENIA OCHRONY
– czyli kiedy zakres ochrony ulegnie zmniejszeniu

24. Jeśli ukończysz 60 lat, ochroną obejmujemy tylko taką utratę sprawności, która jest następstwem nieszczęśliwego wypadku. Wysokość składki za ubezpieczonego jest stała i uwzględnia zmianę ryzyka ubezpieczeniowego po ukończeniu przez ubezpieczonego 60 lat.

25. Z tytułu utraty sprawności wymienionych w pkt 4 spowodowanych tą samą chorobą lub tym samym nieszczęśliwym wypadkiem wypłacimy jedno świadczenie.

26. Kolejne świadczenia wypłacimy tylko wtedy, gdy inna choroba lub kolejny nieszczęśliwy wypadek spowoduje utratę kolejnych innych sprawności wymienionych w pkt 4.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

27. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.

28. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

29. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może ulec zmianie za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

30. Wysokość składki za ubezpieczonego:
1) uwzględnia zmianę zakresu ubezpieczenia związanego z ukończeniem przez ubezpieczonego 60 lat;
2) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
3) zależy od:
   a) sumy ubezpieczenia,
   b) wysokości świadczenia,
   c) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

31. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.

32. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

33. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.

34. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

35. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

36. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
37. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

38. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
39. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
40. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

41. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
42. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
43. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

44. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
45. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

46. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu;
8) w dniu ukończenia przez ubezpieczonego 60 lat – w zakresie utraty sprawności spowodowanej chorobą – w stosunku do tego ubezpieczonego.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

47. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

48. Aby otrzymać wypłatę, osoba, która o nią wnioskuje, musi dostarczyć nam:
1) wniosek o wypłatę;
2) dokumentację medyczną potwierdzającą utratę sprawności;
3) w przypadku utraty sprawności będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku – dokumentację potwierdzającą okoliczności wypadku;
4) w przypadku utraty sprawności będącej następstwem choroby – dokumentację medyczną z przebiegu choroby.

49. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy , możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.

50. Możemy dodatkowo:
1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
2) zlecić badania medyczne
– jeśli będzie to konieczne dla ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości należnego Ci świadczenia.

51. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.

52. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.

53. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

54. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej" oraz inne przepisy prawa.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Kod warunków: DUGP55

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 uszczerbku na zdrowiu dziecka spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków: DUGP55 (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 zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest wystąpienie u jego dziecka, w okresie ochrony, uszczerbku na zdrowiu wskazanego w załączniku nr 1 do OWU, który powstał w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie ochrony.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku wystąpienia u dziecka uszczerbku na zdrowiu, w zależności od zakresu świadczeń, który posiadasz w dniu zajścia zdarzenia:
- wypłacimy Ci świadczenie pieniężne – stanowiące określony w załączniku nr 1 do OWU procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku – jeśli w zakresie świadczeń masz wyłącznie świadczenie pieniężne,
- wypłacimy Ci świadczenie pieniężne – stanowiące określony w nr załączniku 1 do OWU procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku i przyznamy Ci prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka – jeśli obydwa te świadczenia masz w zakresie świadczeń.

Prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka zostanie przyznane, jeśli masz to świadczenie w zakresie świadczeń oraz jeśli przysługuje Ci świadczenie pieniężne w wysokości powyżej 4% sumy ubezpieczenia z powodu jednego nieszczęśliwego wypadku, z tym że jeśli wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku dziecko dozna kilku uszczerbków na zdrowiu wskazanych w załączniku nr 1 to zrealizujemy jeden zakres i jeden limit usług medycznych.
Dla uznania naszej odpowiedzialności konieczne jest istnienie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a uszczerbkiem na zdrowiu dziecka.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus albo w trakcie jego trwania.

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.

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 na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.
Usługi medyczne realizowane są we wskazanych placówkach medycznych na terenie Polski.

JAK I KIEDY PŁACI 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.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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:

- uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek wydarzył się przed początkiem okresu ochrony,
- wystąpienia uszczerbku na zdrowiu dziecka, który nie występuje w Tabeli uszczerbków będącej załącznikiem nr 1 do OWU.

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 ppkt 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu dziecka spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków DUGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika 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 pkt 4-10 pkt 15-17 pkt 35-36 pkt 37-44 pkt 45
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 10 pkt 11-14 pkt 32-33 pkt 34 pkt 45

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

Kod OWU: DUGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu dziecka spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
1) **dziecko** – dziecko, które w dniu wystąpienia u niego uszczerbku na zdrowiu nie ukończyło 18 lat, a w razie gdy uczęszcza do szkoły – nie ukończyło 25 lat. Może nim być:
   a) dziecko ubezpieczonego,
   b) dziecko małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego (jeżeli nie żyje drugi rodzic dziecka małżonka albo partnera życiowego);
2) **leczenie szpitalne** – stacjonarne leczenie w szpitalu:
   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) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
4) **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;
5) **pobyt w szpitalu** – pobyt dziecka w szpitalu w celu leczenia szpitalnego; za pierwszy dzień pobytu w szpitalu przyjmuje się dzień rejestracji, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze szpitala;
6) **realizacja świadczenia** – wypłata ubezpieczonemu świadczenia pieniężnego lub przyznanie ubezpieczonemu prawa do korzystania z usług medycznych dla dziecka w razie zajścia zdarzenia objętego naszą ochroną;
7) **szpital** – zakład leczniczy, w którym przez całą dobę wykonywane są kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;
8) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
9) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
10) **uczęszczanie do szkoły** – kształcenie się w publicznej lub niepublicznej szkole oraz państwowej lub niepaństwowej szkole wyższej w trybie dziennym, wieczorowym lub zaocznym, w rozumieniu przepisów o oświacie i szkolnictwie wyższym, z wyłączeniem wszelkich kursów oraz kształcenia korespondencyjnego;
11) **usługi medyczne** – świadczenia, których listę znajdziesz w załączniku nr 2 do tych OWU;
12) **uszczerbek na zdrowiu** – uszkodzenie ciała dziecka wymienione w załączniku nr 1 do tych OWU, które powstało wskutek nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie naszej ochrony z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.

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 wystąpienie u dziecka uszczerbku na zdrowiu.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I ZAKRES ŚWIADCZEŃ
– czyli za jakie zdarzenie odpowiadamy i jakie świadczenia możesz otrzymać

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest wystąpienie u dziecka, w okresie ochrony, uszczerbku na zdrowiu wskazanego w załączniku nr 1 do tych OWU, który powstał w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie ochrony.
5. W razie zajścia zdarzenia w Twoim życiu, którym jest wystąpienie u dziecka uszczerbku na zdrowiu, w zależności od zakresu świadczeń, który posiadasz w dniu zajścia zdarzenia:
   1) wypłacimy Ci świadczenie pieniężne – stanowiące określony w załączniku nr 1 do tych OWU procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku – jeśli w zakresie świadczeń masz wyłącznie świadczenie pieniężne;
   2) wypłacimy Ci świadczenie pieniężne stanowiące określony w załączniku nr 1 do tych OWU procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku i przyznamy Ci prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka, z zastrzeżeniem pkt 8 – jeśli obydwa te świadczenia masz w zakresie świadczeń.
6. Zakres ubezpieczenia dodatkowego i zakres świadczeń potwierdzamy w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
7. Jeśli z powodu jednego nieszczęśliwego wypadku, dziecko dozna kilku uszczerbków na zdrowiu określonych w załączniku nr 1 do tych OWU, wypłacimy świadczenie pieniężne w wysokości maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia.
8. Z usług medycznych możesz korzystać do wyczerpania się ich limitu (który znajdziesz w załączniku nr 2 do tych OWU) i nie dłużej niż przez 12 miesięcy licząc od dnia wydania decyzji potwierdzającej prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka.
9. Prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka zostanie przyznane, jeśli masz to świadczenie w zakresie świadczeń oraz jeśli przysługuje Ci świadczenie pieniężne w wysokości powyżej 4% sumy ubezpieczenia z powodu jednego nieszczęśliwego wypadku, z tym że jeśli wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku dziecko dozna kilku uszczerbków na zdrowiu wskazanych w załączniku nr 1 to zrealizujemy jeden zakres i jeden limit usług medycznych.
10. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a uszczerbkiem na zdrowiu dziecka.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

11. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminu **wyczynowe uprawianie sportu** – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
    1) 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
    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.
12. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek wydarzył się przed początkiem okresu ochrony lub wydarzył się:
    1) w wyniku działań wojennych;
    2) w wyniku czynnego udziału dziecka w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
    3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez dziecko czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
    4) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli dziecko prowadziło pojazd:
       a) nie mając uprawnień do prowadzenia pojazdu, które są określone w przepisach prawa lub
       b) niedopuszczony do ruchu w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, lub
       c) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo 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 zajście wypadku komunikacyjnego;
    5) gdy dziecko było 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 zajście nieszczęśliwego wypadku;
    6) w wyniku samookaleczenia się dziecka lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez dziecko;
    7) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem lub użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
    8) w wyniku użycia przez dziecko produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
    9) ponieważ dziecko uprawiało sport wyczynowo.
13. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje wystąpienia uszczerbku na zdrowiu dziecka 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.

14. Nie zrealizujemy świadczenia, jeżeli umyślnie przyczyniłeś się do wystąpienia uszczerbku na zdrowiu dziecka.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

15. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.
16. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
17. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może ulec zmianie za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

18. Wysokość składki za ubezpieczonego:
1) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
2) zależy od:
   a) sumy ubezpieczenia,
   b) zakresu świadczeń,
   c) wysokości świadczenia,
   d) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

19. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
20. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

21. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.
22. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

23. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

24. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
25. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

26. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
27. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
28. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

29. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
30. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
31. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

32. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
33. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

34. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata i komu przyznajemy prawo do korzystania z usług medycznych

35. Prawo do świadczenia pieniężnego przysługuje Tobie.
36. Prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka przyznajemy Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie pieniężne i jak zacząć korzystać z usług medycznych

37. Jeśli wystąpi u dziecka uszczerbek na zdrowiu, dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) akt urodzenia dziecka;
3) dokumentację medyczną, która potwierdza uszczerbek na zdrowiu u dziecka oraz okoliczności, w jakich do niego doszło;
4) jeżeli składasz wniosek o wypłatę świadczenia dla dziecka:
   a) które nie ukończyło 18 lat – zgodę opiekuna prawnego dziecka, na przetwarzanie danych osobowych dziecka,
   b) które ukończyło 18 lat – zgodę dziecka na przetwarzanie jego danych osobowych.

38. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że świadczenie Ci się należy lub w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
39. Możemy dodatkowo:
1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
2) zlecić badania medyczne – jeśli będzie to potrzebne.

40. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
41. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
42. Na podstawie dostarczonej dokumentacji podejmiemy decyzję w sprawie wypłaty świadczenia pieniężnego lub przyznania Ci prawa do korzystania z usług medycznych dla dziecka (jeśli posiadasz je w zakresie ubezpieczenia).
43. Po otrzymaniu decyzji o przyznaniu Ci prawa do korzystania z usług medycznych dla dziecka – będziesz mógł rozpocząć korzystanie z tych usług.
44. Aby korzystać z usług medycznych – za naszym pośrednictwem – umawiasz termin usługi medycznej. Możesz to zrobić za pośrednictwem dostępnych kanałów określonych w załączniku nr 3 do tych OWU.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

45. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

ZAŁĄCZNIK NR 1
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Tabela uszczerbków na zdrowiu objętych ochroną ubezpieczeniową

Lp.	Rodzaj uszkodzenia ciała	Procent sumy ubezpieczenia
Złamania kości		
1.	Złamanie jednej lub więcej kości sklepienia lub podstawy czaszki	5
2.	Złamanie jednej lub więcej kości twarzoczaszki lub nosa	4
3.	Złamanie łopatki prawej	4,5
4.	Złamanie łopatki lewej	4,5
5.	Złamanie obojczyka prawego	4,5
6.	Złamanie obojczyka lewego	4,5
7.	Złamanie mostka	4,5
8.	Złamanie jednego żebra	1
9.	Złamanie dwóch żeber	2
10.	Złamanie trzech żeber	3
11.	Złamanie czterech żeber	4
12.	Złamanie pięciu żeber	5
13.	Złamanie sześciu żeber	6
14.	Złamanie siedmiu żeber	7
15.	Złamanie ośmiu żeber	8
16.	Złamanie dziewięciu żeber	9
17.	Złamanie co najmniej dziesięciu żeber	10
18.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu szyjnego C1	11
19.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu szyjnego C1	2,5
20.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu szyjnego C2	11
21.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu szyjnego C2	2,5
22.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu szyjnego C3	11
23.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu szyjnego C3	2,5
24.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu szyjnego C4	11
25.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu szyjnego C4	2,5
26.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu szyjnego C5	11
27.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu szyjnego C5	2,5
28.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu szyjnego C6	11
29.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu szyjnego C6	2,5
30.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu szyjnego C7	11
31.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu szyjnego C7	2,5
32.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu piersiowego Th1	11
33.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th1	2,5

Lp.	Rodzaj uszkodzenia ciała	Procent sumy ubezpieczenia
34.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu piersiowego Th2	11
35.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th2	2,5
36.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu piersiowego Th3	11
37.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th3	2,5
38.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu piersiowego Th4	11
39.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th4	2,5
40.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu piersiowego Th5	11
41.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th5	2,5
42.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu piersiowego Th6	11
43.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th6	2,5
44.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu piersiowego Th7	11
45.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th7	2,5
46.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu piersiowego Th8	11
47.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th8	2,5
48.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu piersiowego Th9	11
49.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th9	2,5
50.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu piersiowego Th10	11
51.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th10	2,5
52.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu piersiowego Th11	11
53.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th11	2,5
54.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu piersiowego Th12	11
55.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th12	2,5
56.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu lędźwiowego L1	11
57.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu lędźwiowego L1	2,5
58.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu lędźwiowego L2	11
59.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu lędźwiowego L2	2,5
60.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu lędźwiowego L3	11
61.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu lędźwiowego L3	2,5
62.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu lędźwiowego L4	11
63.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu lędźwiowego L4	2,5
64.	Złamanie trzonu lub łuku kręgu lędźwiowego L5	11
65.	Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu lędźwiowego L5	2,5
66.	Złamanie kości krzyżowej	11
67.	Złamanie kości guzicznej	3,5
68.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe niestabilne miednicy	10
69.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe stabilne miednicy	4,5
70.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte kości ramiennej prawej	7
71.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte kości ramiennej lewej	7
72.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte kości ramiennej prawej	5

Lp.	Rodzaj uszkodzenia ciała	Procent sumy ubezpieczenia
73.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte kości ramiennej lewej	5
74.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednej lub obydwu kości przedramienia prawego	4
75.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednej lub obydwu kości przedramienia lewego	4
76.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednej lub obydwu kości przedramienia prawego	2
77.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednej lub obydwu kości przedramienia lewego	2
78.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednej lub więcej kości nadgarstka lub śródręcza prawego	3
79.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednej lub więcej kości nadgarstka lub śródręcza lewego	3
80.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednej lub więcej kości nadgarstka lub śródręcza prawego	1
81.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednej lub więcej kości nadgarstka lub śródręcza lewego	1
82.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca I ręki prawej	3
83.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca I ręki lewej	3
84.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca I ręki prawej	1
85.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca I ręki lewej	1
86.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca II ręki prawej	2
87.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca II ręki lewej	2
88.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca II ręki prawej	1
89.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca II ręki lewej	1
90.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca III ręki prawej	2
91.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca III ręki lewej	2
92.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca III ręki prawej	1
93.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca III ręki lewej	1
94.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca IV ręki prawej	2
95.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca IV ręki lewej	2
96.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca IV ręki prawej	1
97.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca IV ręki lewej	1
98.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca V ręki prawej	2
99.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca V ręki lewej	2
100.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca V ręki prawej	1
101.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca V ręki lewej	1
102.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe kości udowej prawej	10
103.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe kości udowej lewej	10
104.	Złamanie rzepki prawej	4
105.	Złamanie rzepki lewej	4
106.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe jednej lub obydwu kości podudzia prawego	7
107.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe jednej lub obydwu kości podudzia lewego	7
108.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednej lub więcej kości stępu lub śródstopia prawego	4
109.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednej lub więcej kości stępu lub śródstopia lewego	4

Lp.	Rodzaj uszkodzenia ciała	Procent sumy ubezpieczenia
110.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednej lub więcej kości stępu lub śródstopia prawego	2
111.	Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednej lub więcej kości stępu lub śródstopia lewego	2
112.	Złamanie jednego lub więcej paliczków palca I stopy prawej	2,5
113.	Złamanie jednego lub więcej paliczków palca I stopy lewej	2,5
114.	Złamanie jednego lub więcej paliczków palca II stopy prawej	2
115.	Złamanie jednego lub więcej paliczków palca II stopy lewej	2
116.	Złamanie jednego lub więcej paliczków palca III stopy prawej	2
117.	Złamanie jednego lub więcej paliczków palca III stopy lewej	2
118.	Złamanie jednego lub więcej paliczków palca IV stopy prawej	2
119.	Złamanie jednego lub więcej paliczków palca IV stopy lewej	2
120.	Złamanie jednego lub więcej paliczków palca V stopy prawej	2
121.	Złamanie jednego lub więcej paliczków palca V stopy lewej	2
Skręcenia i zwichnięcia stawów		
122.	Zwichnięcie palca I ręki prawej	2
123.	Zwichnięcie palca I ręki lewej	2
124.	Zwichnięcie palca II ręki prawej	2
125.	Zwichnięcie palca II ręki lewej	2
126.	Zwichnięcie palca III ręki prawej	2
127.	Zwichnięcie palca III ręki lewej	2
128.	Zwichnięcie palca IV ręki prawej	2
129.	Zwichnięcie palca IV ręki lewej	2
130.	Zwichnięcie palca V ręki prawej	2
131.	Zwichnięcie palca V ręki lewej	2
132.	Zwichnięcie stawu łokciowego prawego	3
133.	Zwichnięcie stawu łokciowego lewego	3
134.	Zwichnięcie stawu ramienno-łopatkowego prawego	3
135.	Zwichnięcie stawu ramienno-łopatkowego lewego	3
136.	Zwichnięcie lub skręcenie stawu skokowego prawego	4
137.	Zwichnięcie lub skręcenie stawu skokowego lewego	4
138.	Zwichnięcie lub skręcenie stawu kolanowego prawego - z wyłączeniem zwichnięcia rzepki	5
139.	Zwichnięcie lub skręcenie stawu kolanowego lewego - z wyłączeniem zwichnięcia rzepki	5
140.	Zwichnięcie stawu biodrowego prawego	10
141.	Zwichnięcie stawu biodrowego lewego	10
Uszkodzenia zębów		
142.	Złamanie jednego zęba stałego	0,5
143.	Złamanie dwóch zębów stałych	1
144.	Złamanie trzech zębów stałych	1,5
145.	Złamanie czterech zębów stałych	2

Lp.	Rodzaj uszkodzenia ciała	Procent sumy ubezpieczenia
146.	Złamanie pięciu zębów stałych	2,5
147.	Złamanie sześciu zębów stałych	3
148.	Złamanie siedmiu zębów stałych	3,5
149.	Złamanie ośmiu zębów stałych	4
150.	Złamanie dziewięciu zębów stałych	4,5
151.	Złamanie co najmniej dziesięciu zębów stałych	5
152.	Całkowita utrata jednego zęba stałego	1
153.	Całkowita utrata dwóch zębów stałych	2
154.	Całkowita utrata trzech zębów stałych	3
155.	Całkowita utrata czterech zębów stałych	4
156.	Całkowita utrata pięciu zębów stałych	5
157.	Całkowita utrata sześciu zębów stałych	6
158.	Całkowita utrata siedmiu zębów stałych	7
159.	Całkowita utrata ośmiu zębów stałych	8
160.	Całkowita utrata dziewięciu zębów stałych	9
161.	Całkowita utrata co najmniej dziesięciu zębów stałych	10
Utrata części ciała		
162.	Całkowita utrata palca I ręki prawej (całych dwóch paliczków)	22
163.	Całkowita utrata palca I ręki lewej (całych dwóch paliczków)	22
164.	Całkowita utrata palca II ręki prawej (całych trzech paliczków)	8
165.	Całkowita utrata palca II ręki lewej (całych trzech paliczków)	8
166.	Całkowita utrata palca III ręki prawej (całych trzech paliczków)	8
167.	Całkowita utrata palca III ręki lewej (całych trzech paliczków)	8
168.	Całkowita utrata palca IV ręki prawej (całych trzech paliczków)	8
169.	Całkowita utrata palca IV ręki lewej (całych trzech paliczków)	8
170.	Całkowita utrata palca V ręki prawej (całych trzech paliczków)	8
171.	Całkowita utrata palca V ręki lewej (całych trzech paliczków)	8
172.	Całkowita utrata ręki prawej w nadgarstku lub na poziomie śródręcza ze wszystkimi palcami	50
173.	Całkowita utrata ręki lewej w nadgarstku lub na poziomie śródręcza ze wszystkimi palcami	50
174.	Całkowita utrata kończyny górnej prawej w stawie łokciowym lub na wysokości przedramienia	60
175.	Całkowita utrata kończyny górnej lewej w stawie łokciowym lub na wysokości przedramienia	60
176.	Całkowita utrata kończyny górnej prawej w stawie ramienno-łopatkowym lub na wysokości ramienia	80
177.	Całkowita utrata kończyny górnej prawej w stawie ramienno-łopatkowym lub na wysokości ramienia	80
178.	Całkowita utrata palca I stopy prawej (całych dwóch paliczków)	15
179.	Całkowita utrata palca I stopy lewej (całych dwóch paliczków)	15
180.	Całkowita utrata palca II stopy prawej (całych trzech paliczków)	3
181.	Całkowita utrata palca II stopy lewej (całych trzech paliczków)	3
182.	Całkowita utrata palca III stopy prawej (całych trzech paliczków)	3
183.	Całkowita utrata palca III stopy lewej (całych trzech paliczków)	3

Lp.	Rodzaj uszkodzenia ciała	Procent sumy ubezpieczenia
184.	Całkowita utrata palca IV stopy prawej (całych trzech paliczków)	3
185.	Całkowita utrata palca IV stopy lewej (całych trzech paliczków)	3
186.	Całkowita utrata palca V stopy prawej (całych trzech paliczków)	3
187.	Całkowita utrata palca V stopy lewej (całych trzech paliczków)	3
188.	Całkowita utrata stopy prawej na poziomie śródstopia ze wszystkimi palcami	40
189.	Całkowita utrata stopy lewej na poziomie śródstopia ze wszystkimi palcami	40
190.	Całkowita utrata kończyny dolnej prawej w stawie skokowym (górnym lub dolnym), lub na wysokości podudzia lub w stawie kolanowym	60
191.	Całkowita utrata kończyny dolnej lewej w stawie skokowym (górnym lub dolnym), lub na wysokości podudzia lub w stawie kolanowym	60
192.	Całkowita utrata kończyny dolnej prawej w stawie biodrowym lub na wysokości uda	75
193.	Całkowita utrata kończyny dolnej lewej w stawie biodrowym lub na wysokości uda	75
194.	Całkowita utrata wzroku w oku prawym	50
195.	Całkowita utrata wzroku w oku lewym	50
196.	Całkowita utrata słuchu w uchu prawym	30
197.	Całkowita utrata słuchu w uchu lewym	30
198.	Całkowita utrata małżowiny usznej prawej	15
199.	Całkowita utrata małżowiny usznej lewej	15
200.	Całkowita utrata nosa	20
201.	Całkowita utrata śledziony	20
202.	Całkowita utrata nerki prawej	35
203.	Całkowita utrata nerki lewej	35
204.	Całkowita utrata macicy	40
205.	Całkowita utrata jajnika prawego	20
206.	Całkowita utrata jajnika lewego	20
207.	Całkowita utrata jądra prawego	20
208.	Całkowita utrata jądra lewego	20
209.	Całkowita utrata mowy	100
Niedowłady i porażenia kończyn		
210.	Porażenie lub niedowład co najmniej dwóch kończyn o nasileniu w skali Lovetta od 0 do 2 stopni	100
Oparzenia i odmrożenia		
211.	Oparzenie II stopnia do 1% powierzchni ciała	1,5
212.	Oparzenie II stopnia powyżej 1% do 15% powierzchni ciała	4
213.	Oparzenie II stopnia powyżej 15% do 30% powierzchni ciała	7
214.	Oparzenie II stopnia powyżej 30% powierzchni ciała	20
215.	Oparzenie III stopnia do 5% powierzchni ciała	4
216.	Oparzenie III stopnia powyżej 5% do 10% powierzchni ciała	10
217.	Oparzenie III stopnia powyżej 10% powierzchni ciała	20
218.	Oparzenie dróg oddechowych leczone podczas pobytu w szpitalu	20
219.	Odmrożenie II lub III stopnia jednego palca ręki lub jednego palca stopy	1,5

Lp.	Rodzaj uszkodzenia ciała	Procent sumy ubezpieczenia
220.	Odmrożenie II lub III stopnia dwóch lub więcej palców ręki lub palców stopy, lub odmrożenie nosa, lub odmrożenie ucha	4
Inne uszkodzenia		
221.	Śpiączka, trwająca dłużej niż 30 dni	100
222.	Podejrzenie wstrząśnienia lub wstrząśnienie mózgu, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 2 dni pobytu w szpitalu	1
223.	Podejrzenie wstrząśnienia lub wstrząśnienie mózgu, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 3 dni pobytu w szpitalu	2
224.	Podejrzenie wstrząśnienia lub wstrząśnienie mózgu, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 4 dni i dłużej pobytu w szpitalu	3
225.	Nagłe zatrucie gazami, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 1 dzień pobytu w szpitalu	5
226.	Nagłe zatrucie substancjami lub produktami chemicznymi, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 1 dzień pobytu w szpitalu	5
227.	Porażenie prądem, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 1 dzień pobytu w szpitalu	5
228.	Porażenie piorunem, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 1 dzień pobytu w szpitalu	5
229.	Pogryzienie, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 1 dzień pobytu w szpitalu	10
230.	Pokąsanie, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 1 dzień pobytu w szpitalu	10
231.	Ukąszenie, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 1 dzień pobytu w szpitalu	10
232.	Uszkodzenie ciała, które nie jest wymienione w powyższych wierszach tabeli (bez względu na liczbę takich uszkodzeń należne raz w roku polisowym), o ile leczenie obejmowało co najmniej dwie wizyty lekarskie.	0,5

ZAŁĄCZNIK NR 2
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Zakres usług medycznych

Usługa medyczna		Limit	Opis
Konsultacje ambulatoryjne z zakresu	chirurgii dziecięcej	3 konsultacje – łączny limit na wszystkie konsultacje	**1.** Konsultacje ambulatoryjne odbywają się w placówce medycznej i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: fizykalne badanie pacjenta, zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia, wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. **2.** Z konsultacji ambulatoryjnych możesz korzystać bez skierowania, we wskazanej przez nas placówce medycznej. **3.** Konsultacje telemedyczne odbywają się telefonicznie, przez czat lub video czat i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. **4.** Z konsultacji telemedycznej możesz korzystać bez skierowania za pośrednictwem łączy telekomunikacyjnych. **5.** W celu wykonania konsultacji telemedycznej utworzymy dla Ciebie indywidulane konto w serwisie internetowym. Podamy Ci dane niezbędne do rejestracji na koncie. **6.** W ramach konsultacji ambulatoryjnych i telemedycznych nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.
	chirurgii ogólnej		
	chorób wewnętrznych (interny)		
	fizjoterapii		
	ginekologii i położnictwa		
	ginekologii dziecięcej		
	laryngologii		
	laryngologii dziecięcej		
	medycyny rodzinnej		
	nefrologii		
	nefrologii dziecięcej		
	neurochirurgii		
	neurochirurgii dziecięcej		
	neurologii		
	neurologii dziecięcej		
	okulistyki		
	okulistyki dziecięcej		
	ortopedii i traumatologii narządu ruchu		
	ortopedii dziecięcej		
	pediatrii		
	rehabilitacji medycznej		
	urologii		
	urologii dziecięcej		
	psychologii		
Konsultacje telemedyczne z zakresu	chorób wewnętrznych (interny)		
	ginekologii i położnictwa		
	ortopedii i traumatologii narządu ruchu		
	ortopedii dziecięcej		
	pediatrii		
	pielęgniarstwa		
	psychologii		
	psychologii dziecięcej		

Usługa medyczna		Limit	Opis
Rehabilitacja ambulatoryjna	ćwiczenia bierne	15 zabiegów – łączny limit na wszystkie wymienione zabiegi rehabilitacji ambulatoryjnej	Z rehabilitacji ambulatoryjnej możesz skorzystać na podstawie skierowania od lekarza lub fizjoterapeuty we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	ćwiczenia czynne w odciążeniu		
	ćwiczenia czynne wolne		
	ćwiczenia czynne z oporem		
	ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane		
	ćwiczenia instruktaż		
	ćwiczenia izometryczne		
	ćwiczenia ogólnousprawniające		
	ćwiczenia sensomotoryczne/ stabilizujące		
	ćwiczenia specjalne		
	diatermia krótkofalowa		
	diatermia mikrofalowa		
	drenaż limfatyczny		
	elektrostymulacja		
	galwanizacja		
	jonoforeza		
	kąpiel perełkowa/wirowa kończyn		
	krioterapia miejscowa		
	laseroterapia punktowa		
	magnetoterapia		
	masaż hydropowietrzny całkowity		
	masaż hydropowietrzny miejscowy		
	masaż podwodny		
	masaż suchy całkowity		
	masaż suchy częściowy		
	metody reedukacji nerwowo-mięśniowej		
	mobilizacje i manipulacje, neuromobilizacje		
	prądy diadynamiczne		
	prądy interferencyjne		
	prądy TENS		
	prądy Traberta		
	sollux		
	ultradźwięki miejscowe		
	ultrafonoreza / fonoforeza		
	wyciągi		
	zabiegi w kriokomorze		

ZAŁĄCZNIK NR 3
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

– JAK ZGŁOSIĆ ZDARZENIE I ZREALIZOWAĆ ŚWIADCZENIE

JAK MOŻESZ ZGŁOSIĆ ZDARZENIE?

przez infolinię 801 102 102 lub 22 566 55 55 (opłata zgodna z taryfą operatora)

osobiście w Oddziale PZU

na piśmie pocztą tradycyjną, pocztą elektroniczną

przez stronę pzu.pl

Jeżeli świadczenie jest należne, wypłacimy świadczenie pieniężne albo wypłacimy świadczenie pieniężne i wydamy decyzję o przyznaniu Ci prawa do korzystania z usług medycznych dla dziecka.
W decyzji otrzymasz numer infolinii medycznej.

JAK ZREALIZOWAĆ USŁUGI MEDYCZNE?

Usługi medyczne możesz zrealizować, gdy otrzymasz decyzję o prawie do korzystania z usług medycznych dla dziecka. W tym celu:

zadzwoń na całodobową infolinię medyczną (numer infolinii otrzymasz w decyzji)

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEGO USZKODZENIA CIAŁA SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK CIĘŻKIEGO USZKODZENIA CIAŁA SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Kod warunków: TIGP55

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 ciężkiego uszkodzenia ciała spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków: TIGP55 (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 Twoje zdrowie.
Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego ciężkiego uszkodzenia ciała, zaistniałego w okresie ochrony. Odpowiadamy tylko za takie ciężkie uszkodzenia ciała, które zostały spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie naszej ochrony i są wymienione w załączniku nr 1 do tych OWU.

W przypadku wystąpienia u Ciebie ciężkiego uszkodzenia ciała, w zależności od zakresu świadczeń, który posiadasz w dniu zajścia zdarzenia:
- wypłacimy Ci świadczenie pieniężne stanowiące określony w załączniku nr 1 do tych OWU procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku – jeśli w zakresie świadczeń masz wyłącznie świadczenie pieniężne;
- wypłacimy Ci świadczenie pieniężne stanowiące określony w załączniku nr 1 do tych OWU procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku i przyznamy Ci prawo do korzystania z usług medycznych – jeśli obydwa te świadczenia masz w zakresie świadczeń.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus albo w trakcie jego trwania.

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.

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 na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

JAK I KIEDY PŁACI 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.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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:

- braku naszej ochrony w czasie wystąpienia ciężkiego uszkodzenia ciała spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,
- 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 ppkt 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiego uszkodzenia ciała spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków TIGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika 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 pkt 4-13 pkt 15-17 pkt 35 pkt 36-43 pkt 44
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 11 pkt 14 pkt 32-33 pkt 34 pkt 44

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEGO USZKODZENIA CIAŁA SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Kod OWU: TIGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiego uszkodzenia ciała spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
1) **ciężkie uszkodzenia ciała** – uszkodzenie ciała, które polega na:
   a) trwałej utracie kończyny lub jej części lub,
   b) trwałej i całkowitej utracie funkcji kończyny (takiej, która nie ulegnie poprawie pod wpływem leczenia ani rehabilitacji), lub
   c) ciężkim oparzeniu.
   Odpowiadamy tylko za takie ciężkie uszkodzenia ciała, które zostały spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie naszej ochrony i są wymienione w załączniku nr 1 do tych OWU;
2) **leczenie szpitalne** – stacjonarne leczenie w szpitalu:
   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) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
4) **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;
5) **realizacja świadczenia** – wypłata ubezpieczonemu świadczenia pieniężnego lub przyznanie ubezpieczonemu prawa do korzystania z usług medycznych w razie zajścia zdarzenia objętego naszą ochroną;
6) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
7) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
8) **usługi medyczne** – świadczenia, które znajdziesz w załączniku nr 2 do tych OWU.

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 ZAKRES ŚWIADCZEŃ
– czyli za jakie zdarzenie odpowiadamy i jakie świadczenia możesz otrzymać

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje wystąpienie u Ciebie ciężkiego uszkodzenia ciała, zaistniałego w okresie ochrony.

5. W razie wystąpienia u Ciebie ciężkiego uszkodzenia ciała, w zależności od zakresu świadczeń, który posiadasz w dniu zajścia zdarzenia:
1) wypłacimy Ci świadczenie pieniężne stanowiące określony w załączniku nr 1 do tych OWU procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku – jeśli w zakresie świadczeń masz wyłącznie świadczenie pieniężne;
2) wypłacimy Ci świadczenie pieniężne stanowiące określony w załączniku nr 1 do tych OWU procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku i przyznamy Ci prawo do korzystania z usług medycznych – jeśli obydwa te świadczenia masz w zakresie świadczeń.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

6. Zakres ubezpieczenia i zakres świadczeń potwierdzamy w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
7. Jeśli jesteś osobą leworęczną, a utracisz lewą kończynę górną (pkt 2, 4, 6 załącznika nr 1), to wypłacimy Ci procent sumy ubezpieczenia, który należy się za utratę prawej kończyny górnej (odpowiednio pkt 1, 3, 5 załącznika nr 1).
8. Jeśli jesteś osobą leworęczną, a całkowicie i trwale utracisz funkcję lewej kończyny górnej (pkt 38, 40, 42 załącznika nr 1), to wypłacimy Ci procent sumy ubezpieczenia, który należy się za całkowitą i trwałą utratę funkcji w prawej kończynie górnej (odpowiednio pkt 37, 39, 41 załącznika nr 1).
9. Jeżeli ciężkie uszkodzenia ciała spowodowane zostały jednym nieszczęśliwym wypadkiem, wypłacimy świadczenie pieniężne w wysokości maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia.
10. Jeśli wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku doznasz jednego lub więcej ciężkich uszkodzeń ciała, zrealizujemy jeden zakres i limit usług medycznych.
11. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a ciężkim uszkodzeniem ciała.

PRZYKŁAD

Wskutek wypadku komunikacyjnego straciłeś wszystkie palce lewej ręki i lewą stopę ze wszystkimi palcami. Zrealizujemy następujące świadczenia:
1) wypłacimy Ci 50% sumy ubezpieczenia za utratę wszystkich palców ręki oraz
2) wypłacimy Ci 50% sumy ubezpieczenia za utratę stopy ze wszystkimi palcami, oraz
3) zrealizujemy usługi medyczne za ciężkie uszkodzenie ciała, czyli 6 ambulatoryjnych (z zakresu chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych - interny, fizjoterapii, medycyny rodzinnej, neurochirurgii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu) albo telemedycznych (z zakresu chorób wewnętrznych - interny, neurochirurgii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu) - limit łączny, 4 konsultacje ambulatoryjne (z zakresu psychiatrii), 4 konsultacje ambulatoryjne (z zakresu psychologii) albo telemedyczne (z zakresu psychologii) - limit łączny, 20 zabiegów i procedur, 30 zabiegów rehabilitacji ambulatoryjnej.

12. Jeśli nie możemy ustalić, czy utrata funkcji w kończynie lub w jej części jest całkowita i trwała, to ocenimy ją nie później niż w 12 miesiącu od daty nieszczęśliwego wypadku.

PRZYKŁAD

Po przystąpieniu do ubezpieczenia dodatkowego, miałeś wypadek komunikacyjny 16 lipca 2021 roku. Złożyłeś wniosek o świadczenie w związku z utratą funkcji palców stopy. Przy rozpatrywaniu wniosku nie byliśmy w stanie określić, czy utrata funkcji palców stopy jest całkowita i trwała. Nie zrealizowaliśmy świadczeń, wskazaliśmy termin ostatecznej weryfikacji na lipiec 2022 roku. W lipcu 2022 roku ponownie dokonaliśmy oceny. Twój stan zdrowia nie uległ poprawie. Uznaliśmy, że utrata funkcji palców stopy jest całkowita i trwała, i zrealizowaliśmy świadczenia.

13. Z usług medycznych możesz korzystać do wyczerpania się ich limitu (który znajdziesz w załączniku nr 2 do tych OWU) i nie dłużej niż przez 12 miesięcy licząc od dnia wydania decyzji potwierdzającej prawo do korzystania z usług medycznych.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

14. Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu ciężkiego uszkodzenia ciała, jeśli było wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który zdarzył się poza okresem ochrony lub 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) nie mając uprawnień do prowadzenia pojazdu, które są określone w przepisach prawa lub
        b) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo 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 zajście wypadku komunikacyjnego;
    5) gdy ubezpieczony był 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 zajście nieszczęśliwego wypadku;
    6) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

15. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.

16. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
17. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może ulec zmianie za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

18. Wysokość składki za ubezpieczonego:
1) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
2) zależy od:
   a) sumy ubezpieczenia,
   b) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

19. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
20. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

21. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.
22. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

23. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

24. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
25. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

26. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
27. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
28. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

29. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
30. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
31. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

32. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
33. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

34. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata i komu przyznajemy prawo do korzystania z usług medycznych

35. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie pieniężne i jak zacząć korzystać z usług medycznych

36. Jeśli wystąpi u Ciebie ciężkie uszkodzenie ciała, dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie ciężkiego uszkodzenia ciała oraz okoliczności, w jakich do niego doszło;
3) w razie ciężkiego oparzenia – dodatkowo taką dokumentację medyczną, która potwierdza stopień i powierzchnię oparzenia, oraz kartę informacyjną leczenia szpitalnego.

37. 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.

38. Możemy dodatkowo:
1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
2) zlecić badania medyczne
– jeśli będzie to potrzebne.

39. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.

40. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.

41. O wypłacie świadczenia lub przyznaniu Ci prawa do korzystania z usług medycznych (jeśli posiadasz je w zakresie świadczeń) decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.

42. Po otrzymaniu decyzji o przyznaniu Ci prawa do korzystania z usług medycznych – będziesz mógł rozpocząć korzystanie z tych usług.

43. Aby korzystać z usług medycznych – za naszym pośrednictwem – umawiasz termin usługi medycznej. Możesz to zrobić za pośrednictwem dostępnych kanałów określonych w załączniku nr 3 do tych OWU.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

44. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

ZAŁĄCZNIK NR 1
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEGO USZKODZENIA CIAŁA SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM – ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE

Lp.	Trwałe uszkodzenie ciała	Procent sumy ubezpieczenia
Utrata kończyny lub jej części		
Bark i ramię		
1.	Utrata kończyny w stawie ramienno-łopatkowym lub na poziomie między barkiem a łokciem (prawa kończyna)	70%
2.	Utrata kończyny w stawie ramienno-łopatkowym lub na poziomie między barkiem a łokciem (lewa kończyna)	60%
Przedramię		
3.	Utrata kończyny w stawie łokciowym lub na poziomie pomiędzy łokciem a nadgarstkiem (prawa kończyna)	65%
4.	Utrata kończyny w stawie łokciowym lub na poziomie pomiędzy łokciem a nadgarstkiem (lewa kończyna)	55%
Nadgarstek i ręka		
5.	Utrata kończyny w nadgarstku lub na poziomie śródręcza ze wszystkimi palcami (prawa kończyna)	60%
6.	Utrata kończyny w nadgarstku lub na poziomie śródręcza ze wszystkimi palcami (lewa kończyna)	50%
7.	Utrata palca I ręki (kciuka) – całych dwóch paliczków lub na poziomie paliczka podstawnego (prawa kończyna)	20%
8.	Utrata palca I ręki (kciuka) – całych dwóch paliczków lub na poziomie paliczka podstawnego (lewa kończyna)	20%
9.	Utrata palca II ręki – całych trzech paliczków lub na poziomie paliczka podstawnego (prawa kończyna)	7%
10.	Utrata palca II ręki – całych trzech paliczków lub na poziomie paliczka podstawnego (lewa kończyna)	7%
11.	Utrata palca III ręki – całych trzech paliczków lub na poziomie paliczka podstawnego (prawa kończyna)	7%
12.	Utrata palca III ręki – całych trzech paliczków lub na poziomie paliczka podstawnego (lewa kończyna)	7%
13.	Utrata palca IV ręki – całych trzech paliczków lub na poziomie paliczka podstawnego (prawa kończyna)	7%
14.	Utrata palca IV ręki – całych trzech paliczków lub na poziomie paliczka podstawnego (lewa kończyna)	7%
15.	Utrata palca V ręki – całych trzech paliczków lub na poziomie paliczka podstawnego (prawa kończyna)	7%
16.	Utrata palca V ręki – całych trzech paliczków lub na poziomie paliczka podstawnego (lewa kończyna)	7%
17.	Utrata wszystkich palców ręki – wszystkich paliczków lub na poziomie paliczków podstawnych (prawa kończyna)	50%
18.	Utrata wszystkich palców ręki – wszystkich paliczków lub na poziomie paliczków podstawnych (lewa kończyna)	50%
Biodro i udo		
19.	Utrata kończyny w stawie biodrowym lub na poziomie pomiędzy biodrem a kolanem (prawa kończyna)	75%
20.	Utrata kończyny w stawie biodrowym lub na poziomie pomiędzy biodrem a kolanem (lewa kończyna)	75%
Podudzie		
21.	Utrata kończyny w stawie kolanowym lub na poziomie pomiędzy kolanem a stopą (prawa kończyna)	60%
22.	Utrata kończyny w stawie kolanowym lub na poziomie pomiędzy kolanem a stopą (lewa kończyna)	60%
Stopa		
23.	Utrata stopy ze wszystkimi palcami (prawa kończyna)	50%
24.	Utrata stopy ze wszystkimi palcami (lewa kończyna)	50%
25.	Utrata palca I stopy (palucha) – całych dwóch paliczków lub na poziomie paliczka podstawnego (prawa kończyna)	10%
26.	Utrata palca I stopy (palucha) – całych dwóch paliczków lub na poziomie paliczka podstawnego (lewa kończyna)	10%
27.	Utrata palca II stopy – całych trzech paliczków lub na poziomie paliczka podstawnego (prawa kończyna)	3%
28.	Utrata palca II stopy – całych trzech paliczków lub na poziomie paliczka podstawnego (lewa kończyna)	3%
29.	Utrata palca III stopy – całych trzech paliczków lub na poziomie paliczka podstawnego (prawa kończyna)	3%

Lp.	Trwałe uszkodzenie ciała	Procent sumy ubezpieczenia
30.	Utrata palca III stopy – całych trzech paliczków lub na poziomie paliczka podstawnego (lewa kończyna)	3%
31.	Utrata palca IV stopy – całych trzech paliczków lub na poziomie paliczka podstawnego (prawa kończyna)	3%
32.	Utrata palca IV stopy – całych trzech paliczków lub na poziomie paliczka podstawnego (lewa kończyna)	3%
33.	Utrata palca V stopy – całych trzech paliczków lub na poziomie paliczka podstawnego (prawa kończyna)	3%
34.	Utrata palca V stopy – całych trzech paliczków lub na poziomie paliczka podstawnego (lewa kończyna)	3%
35.	Utrata wszystkich palców stopy – wszystkich paliczków lub na poziomie paliczków podstawnych (prawa kończyna)	25%
36.	Utrata wszystkich palców stopy – wszystkich paliczków lub na poziomie paliczków podstawnych (lewa kończyna)	25%
Utrata kończyny lub jej części		
Bark i ramię		
37.	Całkowita trwała utrata funkcji w stawie ramienno-łopatkowym (prawa kończyna)	70%
38.	Całkowita trwała utrata funkcji w stawie ramienno-łopatkowym (lewa kończyna)	60%
Przedramię		
39.	Całkowita trwała utrata funkcji w stawie łokciowym (prawa kończyna)	65%
40.	Całkowita trwała utrata funkcji w stawie łokciowym (lewa kończyna)	55%
Nadgarstek i ręka		
41.	Całkowita trwała utrata funkcji w nadgarstku (prawa kończyna)	60%
42.	Całkowita trwała utrata funkcji w nadgarstku (lewa kończyna)	50%
43.	Całkowita trwała utrata funkcji palca I ręki (kciuka) (prawa kończyna)	20%
44.	Całkowita trwała utrata funkcji palca I ręki (kciuka) (lewa kończyna)	20%
45.	Całkowita trwała utrata funkcji palca II ręki (prawa kończyna)	7%
46.	Całkowita trwała utrata funkcji palca II ręki (lewa kończyna)	7%
47.	Całkowita trwała utrata funkcji palca III ręki (prawa kończyna)	7%
48.	Całkowita trwała utrata funkcji palca III ręki (lewa kończyna)	7%
49.	Całkowita trwała utrata funkcji palca IV ręki (prawa kończyna)	7%
50.	Całkowita trwała utrata funkcji palca IV ręki (lewa kończyna)	7%
51.	Całkowita trwała utrata funkcji palca V ręki (prawa kończyna)	7%
52.	Całkowita trwała utrata funkcji palca V ręki (lewa kończyna)	7%
53.	Całkowita trwała utrata funkcji wszystkich palców ręki (prawa kończyna)	50%
54.	Całkowita trwała utrata funkcji wszystkich palców ręki (lewa kończyna)	50%
Biodro i udo		
55.	Całkowita trwała utrata funkcji w stawie biodrowym (prawa kończyna)	75%
56.	Całkowita trwała utrata funkcji w stawie biodrowym (lewa kończyna)	75%
Podudzie		
57.	Całkowita trwała utrata funkcji w stawie kolanowym (prawa kończyna)	60%
58.	Całkowita trwała utrata funkcji w stawie kolanowym (lewa kończyna)	60%
Stopa		
59.	Całkowita trwała utrata funkcji stopy wraz z palcami (prawa kończyna)	50%
60.	Całkowita trwała utrata funkcji stopy wraz z palcami (lewa kończyna)	50%
61.	Całkowita trwała utrata funkcji palca I stopy (palucha) (prawa kończyna)	10%
62.	Całkowita trwała utrata funkcji palca I stopy (palucha) (lewa kończyna)	10%
63.	Całkowita trwała utrata funkcji palca II stopy (prawa kończyna)	3%
64.	Całkowita trwała utrata funkcji palca II stopy (lewa kończyna)	3%
65.	Całkowita trwała utrata funkcji palca III stopy (prawa kończyna)	3%
66.	Całkowita trwała utrata funkcji palca III stopy (lewa kończyna)	3%
67.	Całkowita trwała utrata funkcji palca IV stopy (prawa kończyna)	3%

Lp.	Trwałe uszkodzenie ciała	Procent sumy ubezpieczenia
68.	Całkowita trwała utrata funkcji palca IV stopy (lewa kończyna)	3%
69.	Całkowita trwała utrata funkcji palca V stopy (prawa kończyna)	3%
70.	Całkowita trwała utrata funkcji palca V stopy (lewa kończyna)	3%
71.	Całkowita trwała utrata funkcji wszystkich palców stopy (prawa kończyna)	25%
72.	Całkowita trwała utrata funkcji wszystkich palców stopy (lewa kończyna)	25%
Ciężkie oparzenia		
73.	Oparzenie wyłącznie II stopnia, skóry i głębiej leżących tkanek, obejmujące ponad 60% powierzchni ciała i wymagające hospitalizacji	100%
74.	Oparzenie II i III stopnia, skóry i głębiej leżących tkanek, obejmujące łącznie ponad 60% powierzchni ciała i wymagające hospitalizacji	100%
75.	Oparzenie wyłącznie III stopnia, skóry i głębiej leżących tkanek, obejmujące ponad 15% powierzchni ciała i wymagające leczenia szpitalnego	100%

ZAŁĄCZNIK NR 2
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEGO USZKODZENIA CIAŁA SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM – USŁUGI MEDYCZNE

Usługa medyczna		Limit	Opis
Konsultacje ambulatoryjne z zakresu	chirurgii ogólnej	6 konsultacji – łączny limit na wszystkie konsultacje	1. Konsultacje ambulatoryjne odbywają się w placówce medycznej i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: fizykalne badanie pacjenta, zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia, wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. 2. Z konsultacji ambulatoryjnej możesz korzystać bez skierowania we wskazanej przez nas placówce medycznej. 3. Konsultacje telemedyczne odbywają się telefonicznie, przez czat lub video czat i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. 4. Z konsultacji telemedycznej możesz korzystać bez skierowania za pośrednictwem łączy telekomunikacyjnych. W celu wykonania konsultacji telemedycznej utworzymy dla Ciebie indywidulane konto w serwisie internetowym. Podamy Ci dane niezbędne do rejestracji na koncie. 5. W ramach konsultacji ambulatoryjnych i telemedycznych nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.
	chorób wewnętrznych (interny)		
	fizjoterapii		
	medycyny rodzinnej		
	neurochirurgii		
	neurologii		
	ortopedii i traumatologii narządu ruchu		
Konsultacje telemedyczne z zakresu	chorób wewnętrznych (interny)		
	neurochirurgii		
	neurologii		
	ortopedii i traumatologii narządu ruchu		
Konsultacje ambulatoryjne z zakresu	psychiatrii	4 konsultacje – łączny limit na wszystkie konsultacje	
	psychologii		
Konsultacje telemedyczne z zakresu	psychologii		
Zabiegi ambulatoryjne i diagnostyka laboratoryjna	antybiogram wymazu z rany	20 zabiegów i procedur – łączny limit na wszystkie wymienione zabiegi i procedury	1. Z zabiegów i procedur możesz korzystać na podstawie skierowania we wskazanej przez nas placówce medycznej. 2. Wyjazdową usługę pielęgniarską zrealizujemy bez skierowania we wskazanych przez nas lokalizacjach.
	iniekcja – domięśniowa, podskórna (bez kosztu produktu leczniczego)		
	iniekcja dożylna (bez kosztu produktu leczniczego)		
	podłączenie wlewu kroplowego (bez kosztu produktu leczniczego)		
	posiew wymazu z rany		
	wyjazdowa usługa pielęgniarska (iniekcja, pobranie, opatrunek)		
Rehabilitacja ambulatoryjna	ćwiczenia bierne	30 zabiegów – łączny limit na wszystkie wymienione zabiegi rehabilitacji ambulatoryjnej	Z rehabilitacji ambulatoryjnej możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza lub fizjoterapeuty we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	ćwiczenia czynne w odciążeniu		
	ćwiczenia czynne wolne		
	ćwiczenia czynne z oporem		

Usługa medyczna		Limit	Opis
Rehabilitacja ambulatoryjna	ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane	30 zabiegów – łączny limit na wszystkie wymienione zabiegi rehabilitacji ambulatoryjnej	Z rehabilitacji ambulatoryjnej możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza lub fizjoterapeuty we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	ćwiczenia izometryczne		
	ćwiczenia ogólnousprawniające		
	ćwiczenia specjalne		
	diatermia krótkofalowa		
	diatermia mikrofalowa		
	elektrostymulacja		
	galwanizacja		
	jonoforeza (bez kosztu produktu leczniczego)		
	laseroterapia punktowa		
	magnetoterapia		
	masaż suchy częściowy		
	prądy diadynamiczne		
	prądy interferencyjne		
	prądy TENS		
	prądy Traberta		
	Sollux		
	ultradźwięki miejscowe		
	ultrafonoreza/fonoforeza (bez kosztu produktu leczniczego)		

ZAŁĄCZNIK NR 3
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEGO USZKODZENIA CIAŁA SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM – USŁUGI MEDYCZNE

- JAK ZGŁOSIĆ ZDARZENIE I ZREALIZOWAĆ ŚWIADCZENIE

JAK MOŻESZ ZGŁOSIĆ ZDARZENIE?

przez infolinię 801 102 102 lub 22 566 55 55 (opłata zgodna z taryfą operatora)

osobiście w Oddziale PZU

na piśmie pocztą tradycyjną, pocztą elektroniczną

przez stronę pzu.pl

Jeżeli świadczenie jest należne, wypłacimy świadczenie pieniężne albo wypłacimy świadczenie pieniężne i wydamy decyzję o przyznaniu Ci prawa do korzystania z usług medycznych.
W decyzji otrzymasz numer infolinii medycznej.

JAK ZREALIZOWAĆ USŁUGI MEDYCZNE?

Usługi medyczne możesz zrealizować, gdy otrzymasz decyzję o prawie do korzystania z usług medycznych. W tym celu:

zadzwoń na całodobową infolinię medyczną (numer infolinii otrzymasz w decyzji)

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZŁAMANIA KOŚCI PRZEZ UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ZŁAMANIA KOŚCI PRZEZ UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Kod warunków: ZKGP55

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 złamania kości przez ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków: ZKGP55 (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 złamanie kości przez ubezpieczonego, które powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku w okresie ochrony.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

Jeśli wystąpi u Ciebie złamanie kości, wypłacimy Ci świadczenie stanowiące określony w załączniku do tych OWU procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku.

Prawo do wypłaty świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a złamaniem kości.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus albo w trakcie jego trwania.

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.

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 na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

JAK I KIEDY PŁACI 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.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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 - CZEGO NIE OBEJMUJE UBEZPIECZENIE?

Nie wypłacimy świadczenia w przypadku:

- braku naszej ochrony w wypadku wystąpienia ciężkiego uszkodzenia ciała spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,
- 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 ppkt 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek złamania kości przez ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków ZKGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.
Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika 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 pkt 4-7 pkt 10-12 pkt 30 pkt 31-36 pkt 37
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 7 pkt 8-9 pkt 27-28 pkt 29 pkt 37

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

Kod OWU: ZKGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek złamania kości przez ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
1) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
2) **złamanie kości** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej. Odpowiadamy wyłącznie za takie złamanie kości, które jest spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem.
Zakres ochrony obejmuje złamania kości, które wymieniamy w załączniku do tych OWU;
3) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
4) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe.

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 zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje złamanie kości przez ubezpieczonego, które powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku w okresie ochrony.

5. W razie złamania kości wypłacimy Ci świadczenie stanowiące określony w załączniku do tych OWU procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku.

6. Jeżeli złamania kości spowodowane zostały jednym nieszczęśliwym wypadkiem, PZU Życie SA wypłaca maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia.

7. Prawo do wypłaty świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a złamaniem kości.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

8. Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu złamania kości, jeśli było wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który zdarzył się poza okresem ochrony lub 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) nie mając uprawnień do prowadzenia pojazdu, które są określone w przepisach prawa lub
   b) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo 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 zajście wypadku komunikacyjnego;
5) gdy ubezpieczony był 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 zajście nieszczęśliwego wypadku;
6) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego.

9. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje złamań patologicznych powstałych wyłącznie wskutek osteoporozy lub choroby nowotworowej.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

10. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.
11. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
12. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może ulec zmianie za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

13. Wysokość składki za ubezpieczonego:
1) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
2) zależy od:
   a) sumy ubezpieczenia,
   b) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

14. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
15. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

16. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.
17. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

18. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

19. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
20. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

21. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
22. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.

23. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

24. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
25. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
26. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

27. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
28. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

29. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

30. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

31. Jeśli wystąpi u Ciebie złamanie kości, dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza złamanie kości oraz okoliczności, w jakich do niego doszło.
32. 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.
33. Możemy dodatkowo:
1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
2) zlecić badania medyczne
– jeśli będzie to potrzebne.
34. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
35. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
36. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

37. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

ZAŁĄCZNIK
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZŁAMANIA KOŚCI PRZEZ UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Lp.	Złamanie kości	Procent sumy ubezpieczenia
CZASZKA		
1.	Złamanie jednej lub wielu kości: kość czołowa, kość ciemieniowa	1,5%
2.	Złamanie jednej lub wielu kości: kość potyliczna, kość sitowa, kość klinowa, kość skroniowa, kości sklepienia oczodołu, kości dna oczodołu, kości zatoki czołowej	1,5%
3.	Złamanie jednej lub obu kości nosa	1%
4.	Złamanie jednej lub wielu kości: kość jarzmowa, szczęka	2%
5.	Złamanie żuchwy	1%
KRĘGOSŁUP		
6.	Złamanie I kręgu szyjnego	2%
7.	Złamanie II kręgu szyjnego	1%
8.	Złamanie jednego lub wielu kręgów szyjnych: III-VII kręg szyjny	1%
9.	Złamanie jednego lub wielu kręgów piersiowych	2%
10.	Złamanie jednego lub wielu kręgów lędźwiowych	2%
11.	Złamanie kości krzyżowej	1,5%
12.	Złamanie kości guzicznej	0,5%
ŻEBRA I MOSTEK		
13.	Złamanie mostka	1%
14.	Złamanie jednego żebra	0,5%
15.	Złamanie dwóch lub więcej żeber	2%
MIEDNICA		
16.	Złamanie panewki stawu biodrowego (prawa strona)	2%
17.	Złamanie panewki stawu biodrowego (lewa strona)	2%
18.	Złamanie kości biodrowej (prawa strona)	1%
19.	Złamanie kości biodrowej (lewa strona)	1%
20.	Złamanie kości łonowej (prawa strona)	1%
21.	Złamanie kości łonowej (lewa strona)	1%
22.	Złamanie kości kulszowej (prawa strona)	1%
23.	Złamanie kości kulszowej (lewa strona)	1%
BARK I RAMIĘ		
24.	Złamanie obojczyka (prawa strona)	2%
25.	Złamanie obojczyka (lewa strona)	2%
26.	Złamanie łopatki (prawa strona)	3%
27.	Złamanie łopatki (lewa strona)	3%
28.	Złamanie nasady bliższej kości ramiennej (prawa kończyna)	4%
29.	Złamanie nasady bliższej kości ramiennej (lewa kończyna)	4%
30.	Złamanie trzonu kości ramiennej (prawa kończyna)	6%
31.	Złamanie trzonu kości ramiennej (lewa kończyna)	6%

Lp.	Złamanie kości	Procent sumy ubezpieczenia
32.	Złamanie nasady dalszej kości ramiennej (prawa kończyna)	4%
33.	Złamanie nasady dalszej kości ramiennej (lewa kończyna)	4%
PRZEDRAMIĘ		
34.	Złamanie nasady bliższej kości łokciowej (prawa kończyna)	2%
35.	Złamanie nasady bliższej kości łokciowej (lewa kończyna)	2%
36.	Złamanie trzonu kości łokciowej (prawa kończyna)	2%
37.	Złamanie trzonu kości łokciowej (lewa kończyna)	2%
38.	Złamanie nasady dalszej kości łokciowej (prawa kończyna)	1%
39.	Złamanie nasady dalszej kości łokciowej (lewa kończyna)	1%
40.	Złamanie nasady bliższej kości promieniowej (prawa kończyna)	2%
41.	Złamanie nasady bliższej kości promieniowej (lewa kończyna)	2%
42.	Złamanie trzonu kości promieniowej (prawa kończyna)	2%
43.	Złamanie trzonu kości promieniowej (lewa kończyna)	2%
44.	Złamanie nasady dalszej kości promieniowej (prawa kończyna)	1%
45.	Złamanie nasady dalszej kości promieniowej (lewa kończyna)	1%
NADGARSTEK I RĘKA		
46.	Złamanie kości łódeczkowatej (prawa kończyna)	1%
47.	Złamanie kości łódeczkowatej (lewa kończyna)	1%
48.	Złamanie jednej lub wielu kości: kość główkowata, kość haczykowata, kość księżycowa, kość grochowata, kość czworoboczna większa, kość czworoboczna mniejsza, kość trójgraniasta (prawa kończyna)	1%
49.	Złamanie jednej lub wielu kości: kość główkowata, kość haczykowata, kość księżycowa, kość grochowata, kość czworoboczna większa, kość czworoboczna mniejsza, kość trójgraniasta (lewa kończyna)	1%
50.	Złamanie I kości śródręcza (prawa kończyna)	0,5%
51.	Złamanie I kości śródręcza (lewa kończyna)	0,5%
52.	Złamanie II kości śródręcza (prawa kończyna)	0,5%
53.	Złamanie II kości śródręcza (lewa kończyna)	0,5%
54.	Złamanie III kości śródręcza (prawa kończyna)	0,5%
55.	Złamanie III kości śródręcza (lewa kończyna)	0,5%
56.	Złamanie IV kości śródręcza (prawa kończyna)	0,5%
57.	Złamanie IV kości śródręcza (lewa kończyna)	0,5%
58.	Złamanie V kości śródręcza (prawa kończyna)	0,5%
59.	Złamanie V kości śródręcza (lewa kończyna)	0,5%
60.	Złamanie jednego lub więcej paliczków I palca ręki (kciuka) (prawa kończyna)	1%
61.	Złamanie jednego lub więcej paliczków I palca ręki (kciuka) (lewa kończyna)	1%
62.	Złamanie jednego lub więcej paliczków II palca ręki (prawa kończyna)	0,5%
63.	Złamanie jednego lub więcej paliczków II palca ręki (lewa kończyna)	0,5%
64.	Złamanie jednego lub więcej paliczków III palca ręki (prawa kończyna)	0,5%
65.	Złamanie jednego lub więcej paliczków III palca ręki (lewa kończyna)	0,5%
66.	Złamanie jednego lub więcej paliczków IV palca ręki (prawa kończyna)	0,5%
67.	Złamanie jednego lub więcej paliczków IV palca ręki (lewa kończyna)	0,5%
68.	Złamanie jednego lub więcej paliczków V palca ręki (prawa kończyna)	0,5%

Lp.	Złamanie kości	Procent sumy ubezpieczenia
69.	Złamanie jednego lub więcej paliczków V palca ręki (lewa kończyna)	0,5%
BIODRO I UDO		
70.	Złamanie nasady bliższej kości udowej (prawa kończyna)	4%
71.	Złamanie nasady bliższej kości udowej (lewa kończyna)	4%
72.	Złamanie trzonu kości udowej (prawa kończyna)	6%
73.	Złamanie trzonu kości udowej (lewa kończyna)	6%
74.	Złamanie nasady dalszej kości udowej (prawa kończyna)	2%
75.	Złamanie nasady dalszej kości udowej (lewa kończyna)	2%
PODUDZIE		
76.	Złamanie rzepki (prawa kończyna)	2%
77.	Złamanie rzepki (lewa kończyna)	2%
78.	Złamanie nasady bliższej piszczeli (prawa kończyna)	2%
79.	Złamanie nasady bliższej piszczeli (lewa kończyna)	2%
80.	Złamanie trzonu piszczeli (prawa kończyna)	6%
81.	Złamanie trzonu piszczeli (lewa kończyna)	6%
82.	Złamanie nasady dalszej piszczeli (prawa kończyna)	2%
83.	Złamanie nasady dalszej piszczeli (lewa kończyna)	2%
84.	Złamanie nasady bliższej lub trzonu strzałki (prawa kończyna)	0,5%
85.	Złamanie nasady bliższej lub trzonu strzałki (lewa kończyna)	0,5%
86.	Złamanie nasady dalszej strzałki (prawa kończyna)	2%
87.	Złamanie nasady dalszej strzałki (lewa kończyna)	2%
STOPA		
88.	Złamanie kości piętowej (prawa kończyna)	3%
89.	Złamanie kości piętowej (lewa kończyna)	3%
90.	Złamanie kości skokowej (prawa kończyna)	3%
91.	Złamanie kości skokowej (lewa kończyna)	3%
92.	Złamanie jednej lub wielu kości: kość sześcienna, kość klinowata, kość łódkowata (prawa kończyna)	1,5%
93.	Złamanie jednej lub wielu kości: kość sześcienna, kość klinowata, kość łódkowata (lewa kończyna)	1,5%
94.	Złamanie jednej lub wielu kości śródstopia (prawa kończyna)	1%
95.	Złamanie jednej lub wielu kości śródstopia (lewa kończyna)	1%
96.	Złamanie jednego lub więcej paliczków I palca stopy (palucha) (prawa kończyna)	1%
97.	Złamanie jednego lub więcej paliczków I palca stopy (palucha) (lewa kończyna)	1%
98.	Złamanie jednego lub więcej paliczków II palca stopy (prawa kończyna)	0,5%
99.	Złamanie jednego lub więcej paliczków II palca stopy (lewa kończyna)	0,5%
100.	Złamanie jednego lub więcej paliczków III palca stopy (prawa kończyna)	0,5%
101.	Złamanie jednego lub więcej paliczków III palca stopy (lewa kończyna)	0,5%
102.	Złamanie jednego lub więcej paliczków IV palca stopy (prawa kończyna)	0,5%
103.	Złamanie jednego lub więcej paliczków IV palca stopy (lewa kończyna)	0,5%
104.	Złamanie jednego lub więcej paliczków V palca stopy (prawa kończyna)	0,5%
105.	Złamanie jednego lub więcej paliczków V palca stopy (lewa kończyna)	0,5%

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA WYPADKU NA DRODZE LUB WYPADKU W PRACY – USŁUGI MEDYCZNE

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE WYPADKU NA DRODZE LUB WYPADKU W PRACY – USŁUGI MEDYCZNE

Kod warunków: NPGP55

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 wypadku na drodze lub wypadku w pracy – usługi medyczne, kod warunków: NPGP55 (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 materiałem informacyjnym,
- 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.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

Odpowiadamy za wypadki, które zaszły w okresie ochrony, przy czym zakres naszej ochrony zależny jest od wybranego przez ubezpieczającego zakresu ubezpieczenia. W zależności od wybranego przez ubezpieczającego zakresu ubezpieczenia, tj.:
- wypadek na drodze - usługi medyczne przysługują tylko w razie wystąpienia wypadku na drodze,
- wypadek w pracy - usługi medyczne przysługują tylko w razie wystąpienia wypadku w pracy,
- 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.

Jeśli wystąpi u ubezpieczonego wypadek na drodze i/lub w pracy, zapewniamy:
- Konsultacje ambulatoryjne i telemedyczne,
- Badania m.in. RTG, USG, Tomografia komputerowa, Rezonans magnetyczny,
- Rehabilitację ambulatoryjną.

Usługi medyczne przysługują do wyczerpania się ich limitu i nie dłużej niż przez 12 miesięcy licząc od dnia wydania decyzji potwierdzającej prawo do korzystania z usług medycznych.
Prawo do korzystania z usług medycznych będzie Ci przysługiwać jeśli między wypadkiem a naruszeniem czynności narządu ciała lub rozstrojem zdrowia - wymagającymi skorzystania przez Ciebie z usług medycznych zachodzi związek przyczynowo-skutkowy.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus albo w trakcie jego trwania.

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.

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.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

GDZIE OBOWIĄZUJE UBEZPIECZENIE?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.
W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku usługi medyczne realizowane są we wskazanych placówkach medycznych na terenie Polski.

JAK I KIEDY PŁACI 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.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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:

- gdy ubezpieczony był 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 zajście wypadku,
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia,
- braku związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a naruszeniem czynności narządu ciała lub rozstrojem zdrowia.

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 ppkt 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia wypadku na drodze lub wypadku w pracy – usługi medyczne, kod warunków NPGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.
Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika 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 pkt 4-7 pkt 27 pkt 28-33 pkt 34
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 7 pkt 8-9 pkt 24-25 pkt 26 pkt 34

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

Kod OWU: NPGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia wypadku na drodze lub wypadku w pracy – usługi medyczne uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
1) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
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 dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
5) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
6) **usługi medyczne** – świadczenia, które znajdziesz w załączniku do tych OWU;
7) **wypadek** – taki wypadek, który jest nieszczęśliwym wypadkiem będącym:
   a) wypadkiem na drodze lub
   b) wypadkiem w pracy,
   oraz którego następstwem jest naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia - wymagające skorzystania przez Ciebie z usług medycznych;
8) **wypadek na drodze** – taki wypadek na drodze, który jest nieszczęśliwym wypadkiem wywołanym:
   a) ruchem pojazdu na drodze – jeśli brałeś w nim udział jako uczestnik ruchu. Definicja „pojazdu", „drogi", „uczestnika ruchu" jest zgodna z ustawą Prawo o ruchu drogowym. Pojazdem jest również tramwaj,
   b) ruchem pojazdu kolejowego ciągniętego przez pojazd trakcyjny (pojazd z własnym napędem) oraz ruchem metra – jeśli byłeś pasażerem albo członkiem załogi tego pojazdu. Wypadkiem na drodze nie jest wypadek, który dotyczy kolejowego transportu wewnątrzzakładowego oraz transportu linowego i linowo-terenowego;
9) **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.

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 ZAKRES ŚWIADCZEŃ
– czyli za jakie zdarzenie odpowiadamy i jakie świadczenia możesz otrzymać

4. Odpowiadamy za wypadki, które zaszły w okresie ochrony, przy czym zakres naszej ochrony zależny jest od wybranego przez ubezpieczającego zakresu ubezpieczenia. W zależności od wybranego przez ubezpieczającego zakresu 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.

5. Wybrany przez ubezpieczającego zakres ubezpieczenia potwierdzamy w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

6. Usługi medyczne przysługują do wyczerpania się ich limitu (który znajdziesz w załączniku do tych OWU) i nie dłużej niż przez 12 miesięcy licząc od dnia wydania decyzji potwierdzającej prawo do korzystania z usług medycznych.

7. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między wypadkiem a naruszeniem czynności narządu ciała lub rozstrojem zdrowia - wymagającymi skorzystania przez Ciebie z usług medycznych.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje wypadku, który wydarzył się przed początkiem okresu 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) nie mając uprawnień do prowadzenia pojazdu, które są określone w przepisach prawa lub
      b) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo 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 zajście tego wypadku;
   5) gdy ubezpieczony był 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 zajście wypadku;
   6) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
   7) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego.

9. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje wypadku w pracy spowodowanego nieprzestrzeganiem przez ubezpieczonego przepisów Bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP).

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

10. Wysokość składki za ubezpieczonego:
   1) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
   2) zależy od:
      a) zakresu ubezpieczenia,
      b) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

11. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.

12. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

13. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.

14. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

15. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

16. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
17. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

18. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
19. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
20. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

21. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
22. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
23. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

24. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
25. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

26. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należą się usługi medyczne

27. Prawo do świadczenia – usług medycznych przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli jak zacząć korzystać z usług medycznych

28. Jeśli wystąpi wypadek objęty wybranym przez ubezpieczającego zakresem ubezpieczenia, dostarcz nam dokumentację potwierdzającą zajście:
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.
29. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że usługi medyczne Ci się należą, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.

30. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
31. O przyznaniu Ci prawa do korzystania z usług medycznych decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.
32. Po otrzymaniu decyzji o przyznaniu Ci prawa do korzystania z usług medycznych - będziesz mógł rozpocząć korzystanie z tych usług.
33. Aby korzystać z usług medycznych – za naszym pośrednictwem – umawiasz termin usługi medycznej. Możesz to zrobić za pośrednictwem dostępnych kanałów określonych w załączniku do tych OWU.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

34. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej" oraz inne przepisy prawa.

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

JAK UMÓWIĆ SIĘ NA USŁUGĘ MEDYCZNĄ?
Na usługi medyczne umawiamy za pośrednictwem:
- całodobowej infolinii pod nr 801 405 905 lub 22 505 15 48 (opłata zgodna z taryfą operatora),

SERWIS SMS
Potwierdzenie terminu i miejsca realizacji usługi medycznej za pośrednictwem SMS.

WYPADEK NA DRODZE
Zakres usług medycznych w razie wypadku na drodze

Usługa medyczna		Limit	Opis
Konsultacje ambulatoryjne z zakresu	anestezjologii	4 konsultacje – łączny limit na wszystkie konsultacje	**1.** Konsultacje ambulatoryjne odbywają się w placówce medycznej i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: fizykalne badanie pacjenta, zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia, wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. **2.** Z konsultacji ambulatoryjnych możesz korzystać bez skierowania, we wskazanej przez nas placówce medycznej. **3.** Konsultacje telemedyczne odbywają się telefonicznie, przez czat lub video czat i mogą obejmować: zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. **4.** Z konsultacji telemedycznej możesz korzystać bez skierowania za pośrednictwem łączy telekomunikacyjnych. **5.** W celu wykonania konsultacji telemedycznej utworzymy dla Ciebie indywidulane konto w serwisie internetowym. Podamy Ci dane niezbędne do rejestracji na koncie. **6.** W ramach konsultacji ambulatoryjnych i telemedycznych nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.
	chirurgii ogólnej		
	chirurgii naczyniowej		
	dermatologii		
	chorób wewnętrznych (interny)		
	diabetologii		
	endokrynologii		
	gastroenterologii		
	ginekologii i położnictwa		
	hematologii		
	hepatologii		
	kardiologii		
	nefrologii		
	neurochirurgii		
	neurologii		
	okulistyki		
	ortopedii i traumatologii narządu ruchu		
	otolaryngologii		
	proktologii		
	psychologii		
	pulmonologii		
	rehabilitacji medycznej		
	reumatologii		
	urologii		
Konsultacje telemedyczna z zakresu	chorób wewnętrznych (interny)		
	dermatologii		
	diabetologii		
	endokrynologii		
	ginekologii i położnictwa		
	hematologii		
	kardiologii		
	nefrologii		
	neurochirurgii		
	neurologii		
	ortopedii i traumatologii narządu ruchu		
	psychologii		

Usługa medyczna		Limit	Opis
	pulmonologii		
	urologii		
Badania radiologiczne (RTG)	RTG czaszki	4 badania – łączny limit na wszystkie wymienione badania	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	RTG gruczołów ślinowych		
	RTG języczka		
	RTG klatki piersiowej – AP		
	RTG kości podudzia – AP		
	RTG kości podudzia – bok		
	RTG kości podudzia – AP + bok		
	RTG kości przedramienia – AP		
	RTG kości przedramienia – bok		
	RTG kości przedramienia – AP + bok		
	RTG kości ramiennej – AP		
	RTG kości ramiennej – bok		
	RTG kości ramiennej – AP + bok		
	RTG kości udowej – AP		
	RTG kości udowej – bok		
	RTG kości udowej – AP + bok		
	RTG kręgosłupa całego – AP		
	RTG kręgosłupa całego – bok		
	RTG kręgosłupa całego – AP + bok		
	RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – AP		
	RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego - bok		
	RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego - AP + bok		
	RTG kręgosłupa piersiowego – AP		
	RTG kręgosłupa piersiowego – bok		
	RTG kręgosłupa piersiowego – AP + bok		
	RTG kręgosłupa szyjnego – AP		
	RTG kręgosłupa szyjnego - bok		
	RTG kręgosłupa szyjnego – AP + bok		
	RTG krtani		
	RTG łokcia		
	RTG miednicy małej		
	RTG mostka		
	RTG nadgarstka – AP		
	RTG nadgarstka – bok		
	RTG nadgarstka – skos		
	RTG nadgarstka – AP + bok		
	RTG nadgarstka – AP + bok + skos		
	RTG nosa		
	RTG nosogardzieli,		
	RTG obydwu stawów biodrowych – AP + osiowe		
	RTG obydwu stawów biodrowych – osiowe		

Usługa medyczna	Limit	Opis
RTG oczodołu		
RTG okolicy czołowej		
RTG palca/palców ręki – AP		
RTG palca/palców ręki – bok		
RTG palca/palców ręki – skos		
RTG palca/palców ręki – AP + bok		
RTG palca/palców ręki – AP + bok + skos		
RTG palca/palców stopy – AP		
RTG palca/palców stopy – bok		
RTG palca/palców stopy – skos		
RTG palca/palców stopy – AP + bok		
RTG palców stopy – AP + bok + skos		
RTG przeglądowe jamy brzusznej		
RTG przewodu nosowo-łzowego		
RTG ręki – AP		
RTG ręki – skos		
RTG ręki – AP + skos		
RTG rzepki – AP		
RTG rzepki – bok,		
RTG rzepki – osiowe,		
RTG rzepki – AP + bok,		
RTG rzepki – AP + bok + osiowe		
RTG stawów krzyżowo – biodrowych – skos		
RTG stawu biodrowego – osiowe		
RTG stawu kolanowego – AP		
RTG stawu kolanowego - bok		
RTG stawu kolanowego – AP + bok		
RTG stawu kolanowego – tunelowe		
RTG stawu ramiennego (bark) – AP		
RTG stawu ramiennego (bark) – osiowe		
RTG stawu ramiennego (bark) – skos		
RTG stawu ramiennego (bark)– AP + osiowe		
RTG stawu ramiennego (bark) – AP + osiowe + skos		
RTG stawu skokowego (kostki) – AP		
RTG stawu skokowego (kostki) – bok		
RTG stawu skokowego (kostki) – AP + bok		
RTG stopy – AP		
RTG stopy – bok		
RTG stopy – skos		
RTG stopy – AP + bok		
RTG stopy – AP + bok + skos,		
RTG szczęki		
RTG tarczycy		
RTG zatok obocznych nosa		

Usługa medyczna		Limit	Opis
	RTG żeber		
	RTG żuchwy		
Badania ultrasonograficzne (USG)	USG ciąży bez oceny anatomii płodu pod kątem występowania wad genetycznych lub wad wrodzonych	1 badanie – łączny limit na wszystkie wymienione badania	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	USG ginekologiczne – przezpochwowe (transwaginalne)		
	USG ginekologiczne przez – powłoki brzuszne		
	USG gruczołu krokowego – przezodbytnicze (transrektalne)		
	USG gruczołu krokowego – przez powłoki brzuszne		
	USG jamy brzusznej		
	USG jąder (bez badania przepływów)		
	USG krtani		
	USG miednicy małej – przez powłoki brzuszne		
	USG miednicy małej – przezodbytnicze (transrektalne, TRUS)		
	USG miednicy małej – przezpochwowe (transwaginalne, TV)		
	USG mięśni		
	USG nadgarstka		
	USG piersi		
	USG tkanki podskórnej		
	USG stawów i więzadeł		
	USG stawu biodrowego		
	USG stawu kolanowego		
	USG stawu łokciowego		
	USG stawu ramiennego		
	USG stawu skokowego		
	USG ścięgna		
	USG śródręcza i palców		
	USG tarczycy		
	USG układu moczowego (nerek, moczowodów, pęcherza moczowego)		
	USG węzłów chłonnych		
	USG serca (echokardiografia, ECHO) – badanie przezklatkowe osoby dorosłej		
	USG naczyń jamy brzusznej – badanie metodą Dopplera		
	USG tętnic jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera		
	USG tętnic obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera		
	USG tętnic nerkowych – badanie metodą Dopplera		

Usługa medyczna		Limit	Opis
	USG tętnic szyi – badanie metodą Dopplera	2 badania - łączny limit na wszystkie wymienione badania	Z badań możesz skorzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej z wyłączeniem angio-CT, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, HRCT, tomografii 32-rzędowej i wyższej, HRT, OCT, SL-OCT, angio-MRI, enterografii-MRI, MRI serca.
	USG tętnic i żył jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera		
	USG tętnic i żył obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera		
	USG tętnic i żył szyi – badanie metodą Dopplera		
	USG żył jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera		
	USG żył obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera		
	USG żył szyi – badanie metodą Dopplera		
Tomografia komputerowa (CT)	tomografia komputerowa całego kręgosłupa		
	tomografia komputerowa klatki piersiowej		
	tomografia komputerowa kości miednicy		
	tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego		
	tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego		
	tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego		
	tomografia komputerowa miednicy małej		
	tomografia komputerowa nadgarstka		
	tomografia komputerowa podudzia		
	tomografia komputerowa przedramienia		
	tomografia komputerowa ramienia		
	tomografia komputerowa ręki		
	tomografia komputerowa stawu biodrowego		
	tomografia komputerowa stawu kolanowego		
	tomografia komputerowa stawu łokciowego		
	tomografia komputerowa stawu ramiennego (bark)		
	tomografia komputerowa stawu skokowego		
	tomografia komputerowa stopy		
	tomografia komputerowa uda		
Rezonans magnetyczny (MRI)	rezonans magnetyczny całego kręgosłupa		
	rezonans magnetyczny klatki piersiowej		
	rezonans magnetyczny kości miednicy		
	rezonans magnetyczny kręgosłupa lędźwiowego		
	rezonans magnetyczny kręgosłupa piersiowego		
	rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego		

	Usługa medyczna	Limit	Opis
	rezonans magnetyczny miednicy małej		
	rezonans magnetyczny nadgarstka		
	rezonans magnetyczny podudzia		
	rezonans magnetyczny przedramienia		
	rezonans magnetyczny ramienia		
	rezonans magnetyczny ręki		
	rezonans magnetyczny stawu biodrowego		
	rezonans magnetyczny stawu kolanowego		
	rezonans magnetyczny stawu łokciowego		
	rezonans magnetyczny stawu ramiennego		
	rezonans magnetyczny stawu skokowego		
	rezonans magnetyczny stopy		
	rezonans magnetyczny uda		
Kontrasty	kontrast do CT 50 ml	2 kontrasty – łączny limit na wszystkie wymienione kontrasty	Z kontrastu możesz skorzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	kontrast do CT 100 ml		
	kontrast do CT 150 ml		
	kontrast do CT doustny		
	kontrast do MRI 5 ml		
	kontrast do MRI 10 ml		
	kontrast do MRI 15 ml		
	kontrast do MRI 20 ml		
Rehabilitacja ambulatoryjna	ćwiczenia bierne	100 zabiegów - łączny limit na wszystkie wymienione zabiegi rehabilitacji ambulatoryjnej	Z rehabilitacji ambulatoryjnej możesz skorzystać na podstawie skierowania od lekarza lub fizjoterapeuty we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	ćwiczenia czynne w odciążeniu		
	ćwiczenia czynne wolne		
	ćwiczenia czynne z oporem		
	ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane		
	ćwiczenia izometryczne		
	ćwiczenia ogólnousprawniające		
	ćwiczenia specjalne		
	elektrostymulacja		
	kąpiel perełkowa/wirowa częściowa		
	kąpiel perełkowa/wirowa kończyn		
	magnetoterapia		
	masaż podwodny		
	masaż suchy całkowity		
	masaż suchy częściowy		
	metody reedukacji nerwowo-mięśniowej		
	mobilizacje i manipulacje, neuromobilizacje		
	prądy Tens		
	prądy Traberta		

WYPADEK W PRACY

Zakres usług medycznych w razie wypadku w pracy

Usługa	Zakres	Limit	Opis
Konsultacje ambulatoryjne z zakresu	alergologii	2 konsultacje – łączny limit na wszystkie konsultacje	**1.** Konsultacje ambulatoryjne odbywają się w placówce medycznej i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: fizykalne badanie pacjenta, zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia, wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. **2.** Z konsultacji ambulatoryjnych możesz korzystać bez skierowania, we wskazanej przez nas placówce medycznej. **3.** Konsultacje telemedyczne odbywają się telefonicznie, przez czat lub video czat i mogą obejmować: zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. **4.** Z konsultacji telemedycznej możesz korzystać bez skierowania za pośrednictwem łączy telekomunikacyjnych. **5.** W celu wykonania konsultacji telemedycznej utworzymy dla Ciebie indywidulane konto w serwisie internetowym. Podamy Ci dane niezbędne do rejestracji na koncie. **6.** W ramach konsultacji ambulatoryjnych i telemedycznych nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.
	chirurgii ogólnej		
	chirurgii naczyniowej		
	chorób wewnętrznych (interny)		
	chorób zakaźnych		
	dermatologii		
	diabetologii		
	endokrynologii		
	ginekologii i położnictwa		
	hematologii		
	hepatologii		
	kardiologii		
	nefrologii		
	neurochirurgii		
	neurologii		
	okulistyki		
	ortopedii i traumatologii narządu ruchu		
	otolaryngologii		
	proktologii		
	pulmonologii		
	rehabilitacji medycznej		
	reumatologii		
	urologii		
Konsultacje telemedyczna z zakresu	alergologii		
	chorób wewnętrznych (interny)		
	dermatologii		
	diabetologii		
	endokrynologii		
	ginekologii i położnictwa		
	hematologii		
	kardiologii		
	nefrologii		
	neurochirurgii		
	neurologii		
	ortopedii i traumatologii narządu ruchu		
	pulmonologii		
	urologii		
Badania radiologiczne (RTG)	RTG czaszki	3 badania – łączny limit na wszystkie wymienione badania	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	RTG gruczołów ślinowych		
	RTG języczka		
	RTG klatki piersiowej – AP		
	RTG kości podudzia – AP		
	RTG kości podudzia – bok		

Usługa	Zakres	Limit	Opis
	RTG kości podudzia – AP + bok		
	RTG kości przedramienia – AP		
	RTG kości przedramienia – bok		
	RTG kości przedramienia AP + bok		
	RTG kości ramiennej – AP		
	RTG kości ramiennej – bok		
	RTG kości ramiennej – AP + bok		
	RTG kości udowej – AP		
	RTG kości udowej – bok		
	RTG kości udowej – AP + bok		
	RTG kręgosłupa całego – AP		
	RTG kręgosłupa całego – bok		
	RTG kręgosłupa całego – AP + bok		
	RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego - AP		
	RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – bok		
	RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – AP + bok		
	RTG kręgosłupa piersiowego – AP		
	RTG kręgosłupa piersiowego – bok		
	RTG kręgosłupa piersiowego – AP + bok		
	RTG kręgosłupa szyjnego – AP		
	RTG kręgosłupa szyjnego – bok,		
	RTG kręgosłupa szyjnego – AP + bok		
	RTG krtani		
	RTG łokcia		
	RTG łopatki		
	RTG miednicy małej		
	RTG mostka		
	RTG nadgarstka – AP		
	RTG nadgarstka – bok		
	RTG nadgarstka – skos		
	RTG nadgarstka – AP + bok		
	RTG nadgarstka – AP + bok + skos		
	RTG nosa		
	RTG nosogardzieli		
	RTG obydwu stawów biodrowych – AP + osiowe		
	RTG obydwu stawów biodrowych – osiowe		
	RTG oczodołu		
	RTG okolicy czołowej		
	RTG palca/palców ręki – AP		
	RTG palca/palców ręki – bok		
	RTG palca/palców ręki – skos		
	RTG palca/palców ręki – AP + bok		
	RTG palca/palców ręki – AP + bok + skos		

Usługa	Zakres	Limit	Opis
	RTG palca/palców stopy – AP		
	RTG palca/palców stopy – bok		
	RTG palca/palców stopy – skos		
	RTG palca/palców stopy – AP + bok		
	RTG palców stopy – AP + bok + skos		
	RTG przeglądowe jamy brzusznej		
	RTG przewodu nosowo-łzowego		
	RTG ręki – AP		
	RTG ręki – skos		
	RTG ręki – AP + skos		
	RTG rzepki – AP		
	RTG rzepki – bok,		
	RTG rzepki – osiowe,		
	RTG rzepki – AP + bok,		
	RTG rzepki – AP + bok + osiowe		
	RTG stawów krzyżowo-biodrowych – skos		
	RTG stawu biodrowego – osiowe		
	RTG stawu kolanowego – AP		
	RTG stawu kolanowego – bok		
	RTG stawu kolanowego – AP + bok		
	RTG stawu kolanowego – tunelowe		
	RTG stawu ramiennego (bark) – AP		
	RTG stawu ramiennego (bark) – osiowe		
	RTG stawu ramiennego (bark) – skos		
	RTG stawu ramiennego (bark) – AP + osiowe + skos		
	RTG stawu skokowego (kostki) – AP		
	RTG stawu skokowego (kostki) – bok		
	RTG stawu skokowego (kostki) – AP + bok		
	RTG stopy – AP		
	RTG stopy – bok		
	RTG stopy – skos		
	RTG stopy – AP + bok		
	RTG stopy – AP + bok + skos		
	RTG szczęki		
	RTG tarczycy		
	RTG zatok obocznych nosa		
	RTG żeber		
	RTG żuchwy		
Badania ultrasonograficzne (USG)	USG ciąży bez oceny anatomii płodu pod kątem występowania wad genetycznych lub wad wrodzonych	1 badanie – łączny limit na wszystkie wymienione badania	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	USG ginekologiczne – przezpochwowe (transwaginalne		
	USG ginekologiczne przez – powłoki brzuszne		

Usługa	Zakres	Limit	Opis
	USG gruczołu krokowego – przezodbytnicze (transrektalne)		
	USG gruczołu krokowego – przez powłoki brzuszne		
	USG jamy brzusznej		
	USG jąder (bez badania przepływów)		
	USG krtani		
	USG miednicy małej – przez powłoki brzuszne		
	USG miednicy małej – przezodbytnicze (transrektalne, TRUS)		
	USG miednicy małej – przezpochwowe (transwaginalne, TV)		
	USG mięśni		
	USG nadgarstka		
	USG piersi		
	USG tkanki podskórnej		
	USG stawów i więzadeł		
	USG stawu biodrowego		
	USG stawu kolanowego		
	USG stawu łokciowego		
	USG stawu ramiennego		
	USG stawu skokowego		
	USG ścięgna		
	USG śródręcza i palców		
	USG tarczycy		
	USG układu moczowego (nerek, moczowodów, pęcherza moczowego)		
	USG węzłów chłonnych		
	USG serca (echokardiografia, ECHO) – badanie przezklatkowe osoby dorosłej		
	USG naczyń jamy brzusznej – badanie metodą Dopplera		
	USG tętnic jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera		
	USG tętnic obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera		
	USG tętnic nerkowych – badanie metodą Dopplera		
	USG tętnic szyi – badanie metodą Dopplera		
	USG tętnic i żył jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera		
	USG tętnic i żył obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera		
	USG tętnic i żył szyi – badanie metodą Dopplera		
	USG żył jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera		
	USG żył obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera		
	USG żył szyi – badanie metodą Dopplera		

Usługa	Zakrs	Limit	Opis
Tomografia komputerowa (CT)	tomografia komputerowa całego kręgosłupa	1 badanie – łączny limit na wszystkie wymienione badania	Z badań możesz skorzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej z wyłączeniem angio-CT, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, HRCT, tomografii 32-rzędowej i wyższej, HRT, OCT, SL-OCT, angio-MRI, enterografii-MRI, MRI serca.
	tomografia komputerowa klatki piersiowej		
	tomografia komputerowa kości miednicy		
	tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego		
	tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego		
	tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego		
	tomografia komputerowa miednicy małej		
	tomografia komputerowa		
	nadgarstka		
	tomografia komputerowa podudzia		
	tomografia komputerowa przedramienia		
	tomografia komputerowa ramienia		
	tomografia komputerowa ręki		
	tomografia komputerowa stawu biodrowego		
	tomografia komputerowa stawu kolanowego		
	tomografia komputerowa stawu łokciowego		
	tomografia komputerowa stawu ramiennego (bark)		
	tomografia komputerowa stawu skokowego		
	tomografia komputerowa stopy		
	tomografia komputerowa uda		
Rezonans magnetyczny (MRI)	rezonans magnetyczny całego kręgosłupa		
	rezonans magnetyczny klatki piersiowej		
	rezonans magnetyczny kości miednicy		
	rezonans magnetyczny kręgosłupa lędźwiowego		
	rezonans magnetyczny kręgosłupa piersiowego		
	rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego		
	rezonans magnetyczny miednicy małej		
	rezonans magnetyczny nadgarstka		
	rezonans magnetyczny podudzia		
	rezonans magnetyczny przedramienia		
	rezonans magnetyczny ramienia		
	rezonans magnetyczny ręki		
	rezonans magnetyczny stawu biodrowego		
	rezonans magnetyczny stawu kolanowego		

Usługa	Zakres	Limit	Opis
	rezonans magnetyczny stawu łokciowego		
	rezonans magnetyczny stawu ramiennego		
	rezonans magnetyczny stawu skokowego		
	rezonans magnetyczny stopy		
	rezonans magnetyczny uda		
Kontrasty	kontrast do CT 50 ml	1 kontrast – łączny limit na wszystkie wymienione kontrasty	Z kontrastu możesz skorzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	kontrast do CT 100 ml		
	kontrast do CT 150 ml		
	kontrast do CT doustny		
	kontrast do MRI 5 ml		
	kontrast do MRI 10 ml		
	kontrast do MRI 15 ml		
	kontrast do MRI 20 ml		
Rehabilitacja ambulatoryjna	balneologia	40 zabiegów - łączny limit na wszystkie wymienione zabiegi rehabilitacji ambulatoryjnej	Z rehabilitacji ambulatoryjnej możesz skorzystać na podstawie skierowania od lekarza lub fizjoterapeuty we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	ćwiczenia bierne		
	ćwiczenia czynne w odciążeniu		
	ćwiczenia czynne wolne		
	ćwiczenia czynne z oporem		
	ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane		
	ćwiczenia izometryczne		
	ćwiczenia ogólnousprawniające		
	ćwiczenia specjalne		
	elektrostymulacja		
	fonoforeza		
	jonoforeza		
	laseroterapia punktowa		
	masaż suchy częściowy		
	metody reedukacji nerwowo-mięśniowej		
	prądy TENS		
	prądy interferencyjne		
	ultradźwięki miejscowe		
	zabiegi w kriokomorze		

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZAGRANICZNA KONSULTACJA MEDYCZNA I USŁUGI ASSISTANCE

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE ZAGRANICZNA KONSULTACJA MEDYCZNA I USŁUGI ASSISTANCE

Kod warunków: KZGP55

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 Zagraniczna konsultacja medyczna i usługi assistance, kod warunków: KZGP55 (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 – w zakresie podstawowym albo
- ubezpieczonego i współubezpieczonego – w zakresie rozszerzonym.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku wystąpienia zdarzenia medycznego umożliwiamy ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu realizację określonych usług w okresie naszej ochrony.
Ubezpieczenie dodatkowe w obu zakresach obejmuje wystąpienie w okresie naszej ochrony:
- zdarzenia medycznego skutkującego świadczeniem w ramach:
  - zagranicznej konsultacji medycznej,
  - Usług Assistance,
  - Pomocy w Planowaniu Leczenia,
  - Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego lub
- problemu zdrowotnego skutkującego świadczeniem w ramach Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus albo w trakcie jego trwania.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ, KOGO UBEZPIECZAMY?

Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.
Ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe:
- w jednym z dwóch zakresów, tj. podstawowym albo rozszerzonym, albo
- w dwóch zakresach jednocześnie, tj. podstawowym i rozszerzonym.

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.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

GDZIE OBOWIĄZUJE UBEZPIECZENIE?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.
Usługi assistance, Pomoc w planowaniu leczenia i Całodobowy Telefoniczny Serwis Medyczny realizowane są w Polsce.

JAK I KIEDY PŁACI 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.

Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym w stosunku do ubezpieczonego kończy się:
- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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.

Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym w stosunku do współubezpieczonego kończy się:
- z dniem zakończenia ochrony dla ubezpieczonego w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem zakończenia ochrony dla ubezpieczonego w ubezpieczeniu dodatkowym,
- z dniem rocznicy polisy przypadającym w roku w którym dziecko kończy 18 lat,
- z dniem rocznicy polisy przypadającym w roku w którym małżonek albo partner życiowy kończy 70 lat,
- śmierci współubezpieczonego,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym otrzymaliśmy powiadomienie o rozwiązaniu małżeństwa z ubezpieczonym podstawowym,
- z ostatnim dniem miesiąca w którym otrzymaliśmy powiadomienie o zmianie przez ubezpieczonego zakresu z rozszerzonego na podstawowy.

GŁÓWNE WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ – CZEGO NIE OBEJMUJE UBEZPIECZENIE?

Nie zrealizujemy świadczenia w przypadku:
- zdarzeń i skutków zdarzeń związanych z zagrożeniem życia,
- w przypadku gdy ubezpieczony lub współubezpieczony był 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 – jeśli miało to wpływ na zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego,
- świadczeń, które zorganizowało Centrum Pomocy, ponieważ ubezpieczony lub współubezpieczony podał nieprawdę – w takim przypadku koszty tych usług ponoszone są przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego.

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 ppkt 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia Zagraniczna konsultacja medyczna i usługi assistance KZGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1-5 pkt 7-70 pkt 98 pkt 99-108 pkt 109
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-5 pkt 11-70 pkt 71-74 pkt 75-76 pkt 94-95 pkt 96-97 pkt 109

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZAGRANICZNA KONSULTACJA MEDYCZNA I USŁUGI ASSISTANCE

Kod OWU: KZGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia Zagraniczna konsultacja medyczna i usługi assistance uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, 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 usługi wskazane w ubezpieczeniu dodatkowym; Centrum Pomocy czynne jest 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu;
2) **dom** – miejsce w Polsce, w którym aktualnie przebywa ubezpieczony lub współubezpieczony;
3) **dziecko** – dziecko, które nie ukończyło 18 lat. Może nim być:
   a) dziecko ubezpieczonego,
   b) dziecko małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego (jeżeli nie żyje drugi rodzic dziecka małżonka albo partnera życiowego);
4) **konsultant zagraniczny** – zagraniczna placówka medyczna, którą świadczeniodawca wyznaczył do konsultacji medycznych;
5) **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;
6) **lekarz Centrum Pomocy** – osoba, która zgodnie z polskim prawem może wykonywać zawód lekarza i która podpisała ze świadczeniodawcą umowę;
7) **lekarz konsultant** – praktykujący poza granicami Polski lekarz, o specjalności lekarskiej i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danego zdarzenia medycznego, który sporządza zagraniczną konsultację medyczną;
8) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego albo ubezpieczonego i współubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
9) **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;
10) **osoba niesamodzielna** – osoba, z którą mieszkasz, która wymaga stałej pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych;
11) **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;
12) **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;
13) **problem zdrowotny** – problem, w wyniku którego potrzebujesz naszego wsparcia medycznego, które może być realizowane jako informacja medyczna, pomoc w organizacji leczenia, czy codziennych czynności;
14) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł z nami umowę na organizowanie usług, które wskazaliśmy w OWU;
15) **współubezpieczony** – małżonek albo partner życiowy lub dziecko ubezpieczonego;
16) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
17) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do którego ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
18) **zagraniczna konsultacja medyczna** – opinia sporządzona przez konsultanta zagranicznego na podstawie dokumentacji medycznej ubezpieczonego lub współubezpieczonego zawierająca weryfikację dotychczasowej diagnozy, ocenę rokowań i możliwości leczenia oraz informacje o doświadczeniach zawodowych i osiągnięciach zawodowych lekarza konsultanta, który ją sporządził;
19) **zdarzenie medyczne** – zdarzenia w okresie ochrony wymienione w pkt 2 – zakres podstawowy oraz w pkt 3 – zakres rozszerzony;
20) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie medyczne albo problem zdrowotny, które wystąpiły w okresie ochrony.

2. Zdarzenia medyczne objęte ochroną w zakresie podstawowym:

1) **angioplastyka tętnic wieńcowych** – metoda przezskórnego poszerzenia zwężonego lub niedrożnego odcinka tętnicy wieńcowej;
2) **całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji** – niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie oraz konieczność pomocy innej osoby w zaspokajaniu co najmniej dwóch podstawowych potrzeb życiowych, do których zaliczamy mycie, ubieranie, spożywanie posiłków, przemieszczanie w obrębie domu. Odpowiadamy za taką całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji, która jest rezultatem nieszczęśliwego wypadku powstałego w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA, i która jest trwała, czyli zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań na jej odzyskanie;
3) **całkowita utrata mowy** – trwała i nieodwracalna utrata zdolności wytwarzania dźwięków mowy i artykułowania zrozumiałego języka;
4) **całkowita utrata słuchu w obu uszach** – nieodwracalna utrata zdolności słyszenia w obydwu uszach, powodująca obustronny ubytek słuchu o wartości co najmniej 90dB (obliczony jako uśredniona wartość dla dźwięków pasma mowy);
5) **chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)** – metoda polegająca na wszczepieniu pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej;
6) **chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca** – metoda leczenia uszkodzonej własnej zastawki serca. Odpowiadamy wyłącznie za takie chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca, które polega na jej wymianie naturalnej, chorobowo zmienionej zastawki serca na zastawkę sztuczną lub zastawkę biologiczną. Jako wadę serca rozumiemy nabytą nieprawidłowość anatomiczną w budowie funkcji zastawki serca;
7) **ciężka choroba narządu rodnego** – zmiany zapalne lub nowotworowe narządu rodnego, wymagające leczenia szpitalnego;
8) **ciężki uraz ręki** – uraz, który spowodował utratę możliwości wykonywania jakichkolwiek precyzyjnych ruchów ręki;
9) **choroba Alzheimera** – postępujące zaburzenia pamięci i innych funkcji poznawczych, które prowadzą 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 diagnostyki choroby Alzheimera. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje otępienia spowodowanego przez inne choroby oraz otępienia wtórnego do nadużywania alkoholu, leków lub AIDS;
10) **choroba Leśniowskiego-Crohna** – przewlekłe, nieswoiste zapalenie 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;
11) **choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)** – neurodegeneracyjna choroba obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana 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;
12) **choroba Parkinsona** – neurodegeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana zanikiem komórek nerwowych mających znaczenie dla funkcji ruchowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Parkinsona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała łączne wystąpienie trzech, poniższych objawów neurologicznych:
    a) drżenie spoczynkowe,
    b) spowolnienie ruchowe,
    c) zwiększone napięcie mięśni;
13) **choroby mielodysplastyczne** – choroby układu krwiotwórczego, charakteryzujące się nieprawidłowym różnicowaniem i dojrzewaniem komórek szpiku, zmniejszeniem liczby komórek krwi i dysplazją morfologiczną co najmniej jednej linii komórek krwiotwórczych;
14) **cukrzyca** – choroba metaboliczna, cechująca się podwyższonym poziomem glukozy we krwi, spowodowanym zaburzeniami w wydzielaniu lub działaniu insuliny. Odpowiadamy wyłącznie za taką cukrzycę, w przebiegu której wystąpiła nefropatia lub retinopatia cukrzycowa;
15) **endarteriektomia tętnicy szyjnej** – operacja chirurgiczna usunięcia blaszek miażdżycowych ze światła tętnicy szyjnej wspólnej lub tętnicy szyjnej wewnętrznej;
16) **guz mózgu** – każda zmiana patologiczna zlokalizowana w obrębie mózgowia. Odpowiadamy wyłącznie za taki guz mózgu, który zwiększa swoją wielkość i powoduje neurologiczne objawy wzrostu ciśnienia śródczaszkowego;
17) **guz rdzenia kręgowego** – każda zmiana patologiczna zlokalizowana w obrębie rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za taki guz rdzenia kręgowego, który powoduje deficyt neurologiczny i wymaga leczenia operacyjnego;
18) **kardiomiopatia** – choroba mięśnia sercowego spowodowana jego pierwotnym uszkodzeniem. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kardiomiopatii wtórnych w przebiegu choroby niedokrwiennej serca (choroby wieńcowej), nadciśnienia tętniczego, nadciśnienia płucnego lub wad serca;
19) **leczenie chirurgiczne padaczki** – operacja neurochirurgiczna w obrębie mózgowia, przeprowadzona w celu leczenia padaczki lekoopornej;
20) **niewydolność nerek** – ostra lub przewlekła niewydolność nerek. Odpowiadamy tylko za taką niewydolność nerek, która wymagała leczenia szpitalnego;
21) **nowotwór złośliwy** – niekontrolowany rozrost komórek nowotworowych, cechujących 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 nowotwór złośliwy ze zmianami przerzutowymi, gdy nie pobrano materiału do badania histopatologicznego, ale obraz kliniczny i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do złośliwości procesu nowotworowego;
22) **oparzenia obejmujące dużą powierzchnię ciała** – miejscowe uszkodzenie skóry i głębiej leżących tkanek, spowodowane czynnikiem termicznym, chemicznym lub elektrycznym. Odpowiadamy wyłącznie za takie ciężkie oparzenie, które wymagało hospitalizacji i obejmowało:
    a) ponad 70% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie II stopnia lub

b) ponad 70% powierzchni ciała – dla oparzeń II i III stopnia łącznie lub
c) ponad 15% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie III stopnia;

23) **operacja chirurgiczna narządu wzroku** – operacja struktur gałki ocznej, aparatu ochronnego lub ruchowego oka; Nasza odpowiedzialność nie obejmuje operacji zaćmy lub wady wzroku;
24) **operacja chirurgiczna wszczepienia sztucznego stawu (protezoplastyka)** – usunięcie stawu lub jego części i zastąpienie protezą. Nasza ochrona obejmuje operację chirurgiczną wszczepienia sztucznego stawu do kończyny górnej lub kończyny dolnej;
25) **schyłkowa niewydolność narządowa** – schyłkowa niewydolność co najmniej jednego z następujących narządów: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub szpiku kostnego, która bez podjęcia intensywnego leczenia doprowadza do całkowitej niewydolności tego narządu i zgonu ubezpieczonego;
26) **stwardnienie rozsiane** – choroba 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;
27) **śpiączka** – stan głębokiego zaburzenia świadomości, wyrażający się brakiem reakcji na zewnętrzne bodźce słuchowe lub bólowe, wynikający 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;
28) **transplantacja** – operacja chirurgiczna przeszczepienia narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego. Odpowiadamy wyłącznie za wykonaną u biorcy transplantację serca, nerki, wątroby, płuc, trzustki oraz wykonaną u biorcy allogeniczną transplantację szpiku kostnego;
29) **udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym** – nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu spowodowane wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany, które spowodowało trwały ubytek neurologiczny. Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu z ubytkiem neurologicznym, w którym:
a) badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub udar mózgu był leczony trombolitycznie oraz
b) badanie neurologiczne, przeprowadzone 3 miesiące po wystąpieniu udaru mózgu, potwierdziło utrzymywanie się w związku z tym udarem ubytku neurologicznego;
30) **uszkodzenie stożka rotatorów** – uszkodzenie grupy mięśni stabilizujących staw ramienno-łopatkowy. Odpowiadamy za takie uszkodzenie stożka rotatorów, które prowadzi do braku możliwości wykonania czynnych ruchów odwodzenia, rotacji wewnętrznej lub rotacji zewnętrznej stawu ramienno-łopatkowego;
31) **utrata kończyny** – utrata całej kończyny lub jej części. Odpowiadamy wyłącznie za utratę kończyny górnej powyżej stawu łokciowego lub utratę kończyny dolnej powyżej stawu kolanowego;
32) **wirusowe zapalenie wątroby** – choroba zakaźna wywołana wirusem zapalenia wątroby. Odpowiadamy wyłącznie za takie wirusowe zapalenie wątroby, którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna, i w przebiegu którego wystąpiła żółtaczka oraz podwyższenie enzymów wskaźnikowych uszkodzenia wątroby;
33) **wrodzona wada serca** – nieprawidłowość anatomicznej budowy serca, występująca od chwili urodzenia;
34) **wrzodziejące zapalenie jelita grubego** – przewlekłe nieswoiste zapalenie ściany jelita grubego. Odpowiadamy wyłącznie za takie wrzodziejące zapalenie jelita grubego, które zostało rozpoznane na podstawie badania histopatologicznego, i w przebiegu którego doszło do powstania pseudopolipowatości jelita lub rozstrzeni okrężnicy;
35) **zakażenie HIV** – zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności, potwierdzone wynikami badań serologicznych.

3. W zakresie rozszerzonym PZU Życie SA obejmuje odpowiedzialnością zdarzenia medyczne wymienione w pkt 2 oraz dodatkowo:
1) **nienowotworowa choroba ośrodkowego układu nerwowego u dziecka** – choroba mózgowia, rdzenia kręgowego lub opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznana u dziecka ubezpieczonego. Nasza ochrona obejmuje wyłącznie taką nienowotworową chorobę ośrodkowego układu nerwowego u dziecka, która wymaga wykonania operacji chirurgicznej;
2) **wrodzona wada rozwojowa u dziecka** – odstępstwo od normy budowy anatomicznej, umiejscowione w kategoriach Q00 do Q99 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, rozpoznana u dziecka ubezpieczonego;
3) **wrodzona wada serca u dziecka** – nieprawidłowość anatomicznej budowy serca, występująca od chwili urodzenia, rozpoznana u dziecka ubezpieczonego.

4. W zakresie podstawowym obejmujemy ochroną ubezpieczonego. W zakresie rozszerzonym obejmujemy ochroną ubezpieczonego i współubezpieczonego.

5. 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

6. Ubezpieczamy zdrowie:
1) ubezpieczonego – w zakresie podstawowym albo
2) ubezpieczonego i współubezpieczonego – w zakresie rozszerzonym.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY
– w jakich przypadkach i jakie usługi zapewniamy

7. Ubezpieczenie dodatkowe obejmuje wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego.
8. W razie wystąpienia zdarzenia medycznego umożliwiamy ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu (zgodnie z wybranym przez ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia zakresem) realizację usług określonych w pkt 9 ppkt 1 w okresie naszej ochrony.
9. Ubezpieczenie dodatkowe w obu zakresach obejmuje wystąpienie w okresie naszej ochrony:
   1) zdarzenia medycznego skutkującego świadczeniem w ramach:
      a) zagranicznej konsultacji medycznej,
      b) Usług Assistance,
      c) Pomocy w Planowaniu Leczenia,
      d) Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego lub
   2) problemu zdrowotnego skutkującego świadczeniem w ramach Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego.
10. Wykaz świadczeń wraz z ich opisami znajdziesz poniżej.

ZAGRANICZNA KONSULTACJA MEDYCZNA

11. W przypadku wystąpienia zdarzenia medycznego umożliwiamy ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu (zgodnie z wybranym przez ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia zakresem) skorzystanie – w okresie naszej odpowiedzialności – z zagranicznej konsultacji medycznej.
12. Poniższe usługi wykonujemy za pośrednictwem świadczeniodawcy – jeśli wystąpi zdarzenie medyczne:
   1) udzielamy ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu 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 ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu zagraniczną konsultację medyczną – w formie pisemnej opinii.
13. Ubezpieczony lub współubezpieczony może skorzystać z jednej zagranicznej konsultacji medycznej, która będzie dotyczyć jednego zdarzenia medycznego. Jeśli nowe badania pokażą zmiany w przebiegu tego zdarzenia medycznego, ubezpieczony lub współubezpieczony może wnioskować o kolejną zagraniczną konsultację medyczną.

USŁUGI ASSISTANCE

14. Poniższe usługi organizuje Centrum Pomocy– jeśli wystąpi u ubezpieczonego lub współubezpieczonego zdarzenie medyczne. Jeśli nie zaznaczyliśmy inaczej, są one dostępne od godziny 8.00 do najpóźniej godziny 22.00 – w domu lub innym miejscu w Polsce, które uzgodnimy z ubezpieczonym lub współubezpieczonym albo ze wskazaną przez ubezpieczonego osobą. Uzgodnione miejsce musi umożliwiać wykonanie usługi. Są to:
   1) dostarczenie niezbędnych leków – przez całą dobę (zob. pkt 17-21);
   2) dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego (zob. pkt 22-25);
   3) opieka domowa pielęgniarki (zob. pkt 26-29);
   4) opieka nad drobnymi zwierzętami domowymi (zob. pkt 30-35);
   5) opieka nad dziećmi (zob. pkt 36-41);
   6) pomoc w prowadzeniu domu (zob. pkt 42-47);
   7) przekazanie do naprawy przedmiotów użytku osobistego (zob. pkt 48-53).
   8) transport medyczny – przez całą dobę i w całej Polsce (zob. pkt 54-58);
   9) wizyta domowa psychologa (zob. pkt 59-61);
   10) wizyta domowa fizjoterapeuty lub masażysty (zob. pkt 62-64).
15. Do jednego zdarzenia medycznego przysługują ubezpieczonemu albo współubezpieczonemu w okresie naszej ochrony usługi, które wskazaliśmy powyżej – dana usługa może być zorganizowana wyłącznie raz, z uwzględnieniem zapisów dotyczących transportu medycznego wskazanego w pkt 54-58.
16. W stosunku do współubezpieczonego Centrum Pomocy organizuje świadczenia według wyboru ubezpieczonego.

Dostarczenie niezbędnych leków

17. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty usługi, jeśli w związku ze stanem zdrowia ubezpieczonego lub współubezpieczonego musi on przebywać w domu przez co najmniej 5 dni na zwolnieniu lekarskim, które wydał lekarz leczący ubezpieczonego lub współubezpieczonego.
18. Dostarczamy leki, według recept wystawionych ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu, o ile leki są dostępne w Polsce i ubezpieczony lub współubezpieczony udostępni receptę Centrum Pomocy. Jeżeli ubezpieczony potrzebuje leków dostępnych bez recepty, które jednocześnie są dostępne w miejscu realizacji recepty zrealizujemy także dostarczenie leków bez recepty wskazanych przez ubezpieczonego.
19. W okresie zwolnienia lekarskiego ta usługa przysługuje ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu jeden raz – ale tylko w przypadku, jeśli w domu nie ma osoby, która mogłaby taką usługę zapewnić.
20. Niezbędne leki będą kupione w miejscu, które wskaże ubezpieczony lub współubezpieczony, o ile odległość do niego nie będzie większa niż odległość do miejsca zakupu, które wybierze Centrum Pomocy, biorąc pod uwagę ich dostępność w danym miejscu.
21. Ubezpieczony lub współubezpieczony pokrywa koszty leków.

Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego

22. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty usługi, jeśli w związku ze stanem zdrowia ubezpieczonego lub współubezpieczonego musi on przebywać w domu przez co najmniej 5 dni na zwolnieniu lekarskim, które wydał lekarz leczący ubezpieczonego lub współubezpieczonego.

23. Centrum Pomocy dostarczy kupiony lub wypożyczony sprzęt na podstawie recept lub pisemnych zaleceń lekarza leczącego ubezpieczonego lub współubezpieczonego.

24. W okresie zwolnienia lekarskiego ta usługa przysługuje ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu jeden raz – ale tylko w przypadku, jeśli w domu nie ma osoby, która mogłaby taką usługę zapewnić.

25. Ubezpieczony lub współubezpieczony pokrywa koszty zakupu i wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego.

Opieka domowa pielęgniarki

26. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki.

27. Opieka pielęgniarki na rzecz ubezpieczonego lub współubezpieczonego polega na wykonywaniu czynności:
1) związanych z higieną i odżywianiem (bez przygotowywania posiłków);
2) zabiegów pielęgniarskich – zgodnie ze zleceniem lekarskim – takich jak wykonywanie okładów, opatrunków, rehabilitacji oddechowej, ćwiczeń terapeutycznych, pomiaru ciśnienia tętniczego i tętna, ważenia.

28. Ubezpieczony lub współubezpieczony pokrywa koszty wyrobów medycznych i produktów leczniczych używanych przy wymienionych czynnościach.

29. Opieka pielęgniarki przysługuje do ośmiu godzin dziennie przez dwa tygodnie albo do czterech godzin dziennie przez cztery tygodnie. Tryb opieki ubezpieczony zaznacza we wniosku o organizację usługi i nie może zmienić swojego wyboru. Może podzielić ośmiogodzinną opiekę na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy. Jeśli ubezpieczony wybierze opcję czterogodzinną, nie może podzielić tego okresu na krótszy.

Opieka nad drobnymi zwierzętami domowymi

30. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty usługi – 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) ubezpieczony lub współubezpieczony albo osoba, którą wskaże ubezpieczony, przedstawi dokument, który potwierdza, że wymagane szczepienia zwierząt zostały przeprowadzone.

31. Jeżeli ubezpieczonego lub współubezpieczonego nie ma w domu, usługa może być zrealizowana pod warunkiem udzielenia przez niego pisemnej zgody na realizację usługi oraz udostępnienia domu przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego i osoby w nim przebywające.

32. Opieka nad zwierzętami obejmuje:
1) dostarczenie żywności. Karma będzie kupiona w miejscu, które wskaże ubezpieczony lub współubezpieczony, 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.

33. Centrum Pomocy pokrywa koszty dojazdu i honorarium opiekuna. Ubezpieczony lub współubezpieczony pokrywa pozostałe koszty opieki, czyli np. karmy, opieki weterynaryjnej, szczepień.

34. Usługa trwa do ośmiu godzin dziennie przez dwa tygodnie albo do czterech godzin dziennie przez cztery tygodnie. Tryb opieki ubezpieczony zaznacza we wniosku o organizację usługi i nie może zmienić swojego wyboru. Może podzielić ośmiogodzinną opiekę na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy. Jeśli ubezpieczony wybierze opcję czterogodzinną, nie może podzielić tego okresu na krótszy.

35. Każda rozpoczęta godzina opieki nad drobnymi zwierzętami domowymi jest liczona jako jedna godzina.

Opieka nad dziećmi

36. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty – ale tylko, jeśli:
1) w miejscu pobytu dzieci nie ma osoby, która może się nimi zająć oraz
2) ubezpieczony wyrazi pisemną zgodę na tę opiekę i wskaże terminy jej sprawowania.

37. W usłudze opieki nad dziećmi konieczny jest kontakt z ubezpieczonym lub osobą, którą wskaże. Jeśli nie skontaktujemy się z ubezpieczonym lub osobą wskazaną i nie uzyskamy pisemnej zgody ubezpieczonego, to nie podejmujemy się realizacji usługi.

38. Musimy wiedzieć, czy dzieci wymagają specjalnej opieki – np. są przewlekle chore, wymagają rehabilitacji, przyjmują leki lub są na specjalnej diecie. Taką informację – na piśmie – musi nam przekazać osoba, która zgłasza wniosek o realizację usługi.

39. Centrum Pomocy pokrywa koszty dojazdu i honorarium opiekuna. Ubezpieczony lub współubezpieczony pokrywa pozostałe koszty opieki.

40. Usługa trwa do ośmiu godzin dziennie przez dwa tygodnie albo do czterech godzin dziennie przez cztery tygodnie. Tryb opieki ubezpieczony podaje we wniosku o organizację usługi i nie może zmienić swojego wyboru. Może podzielić ośmiogodzinną opiekę na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy. Jeśli ubezpieczony wybierze opcję czterogodzinną, nie może podzielić tego okresu na krótszy.

41. Każda rozpoczęta godzina opieki nad dziećmi jest liczona jako jedna godzina.

Pomoc w prowadzeniu domu

42. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty dojazdu i honorarium osoby pomagającej w prowadzeniu domu - jeśli w domu nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić, a ubezpieczony lub współubezpieczony jest obecny w domu.

Jeżeli ubezpieczonego lub współubezpieczonego nie ma w domu, usługa może być zrealizowana pod warunkiem udzielenia przez niego pisemnej zgody na realizację usługi oraz udostępnienia domu przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego i osoby w nim przebywające.

43. Pomoc domowa na rzecz ubezpieczonego lub współubezpieczonego obejmuje:
1) utrzymanie czystości w domu, tj.: sprzątanie podłóg na sucho, na mokro, ścieranie kurzy z mebli, parapetów, odkurzanie dywanów, wykładzin, czyszczenie ceramiki łazienkowej, wanny, kabiny prysznicowej, zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu, płyty kuchennej;
2) przygotowanie posiłków, również dla dzieci lub osób niesamodzielnych;
3) robienie zakupów niezbędnych do realizacji czynności wskazanych w ppkt 1 i 2;
4) podlewanie kwiatów;
5) wyrzucanie śmieci

- przy użyciu środków lub sprzętów, które są udostępnione przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego.

44. Ubezpieczony lub współubezpieczony pokrywa koszty zakupów.

45. Zakupy niezbędne do wykonania usługi realizowane są w miejscach wskazanych przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego, o ile odległość do nich nie będzie większa niż byłaby odległość do miejsca zakupu wybranego przez Centrum Pomocy.

46. Usługa pomocy w prowadzeniu domu przysługuje do ośmiu godzin dziennie przez dwa tygodnie albo do czterech godzin dziennie przez cztery tygodnie – jeśli ubezpieczony lub współubezpieczony nie mieszka w domu z osobą, która może w tym pomóc. Tryb opieki podaje ubezpieczony we wniosku o organizację usługi i nie może zmienić swojego wyboru. Może podzielić ośmiogodzinną opiekę na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy. Jeśli ubezpieczony wybierze opcję czterogodzinną, nie może podzielić tego okresu na krótszy.

47. Każda rozpoczęta godzina pomocy w prowadzeniu domu jest liczona jako jedna godzina.

Przekazanie do naprawy przedmiotów użytku osobistego

48. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty usługi, jeśli bezpośrednio w związku ze stanem zdrowia ubezpieczonego lub współubezpieczonego musi on przebywać w domu przez co najmniej 5 dni na zwolnieniu lekarskim, które wydał lekarz leczący ubezpieczonego.

49. 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 brajlowska;
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) pikflometr;
18) podnośnik;
19) pompa infuzyjna;
20) pompa insulinowa;
21) proteza;
22) respirator;
23) ssak;
24) syntezator mowy;
25) urządzenie do masażu;
26) wózek inwalidzki.

50. Centrum Pomocy dostarcza przedmioty z domu do punktu naprawy w Polsce, który wskaże ubezpieczony lub współubezpieczony oraz dostarcza je z powrotem do domu.

51. Przedmioty użytku osobistego zostaną dostarczone do punktu naprawczego w miejscu, które wskaże ubezpieczony lub współubezpieczony, o ile odległość do niego nie będzie większa niż odległość do miejsca naprawy, które wybierze Centrum Pomocy.

52. Ubezpieczony lub współubezpieczony pokrywa koszty naprawy przedmiotów użytku osobistego.

53. W okresie zwolnienia lekarskiego usługa dostarczenia przedmiotów do użytku osobistego przysługuje ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu jeden raz – ale tylko w przypadku, jeśli w domu nie ma osoby, która mogłaby taką usługę zapewnić.

Transport medyczny

54. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego ubezpieczonego lub współubezpieczonego. 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 ubezpieczonego lub współubezpieczonego, uwzględniając jego stan zdrowia, dostępne środki transportu oraz czas i cel transportu.

55. Transport medyczny przysługuje ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu:
1) do szpitala, który znajduje się najbliżej miejsca pobytu i który jest odpowiednio wyposażony do udzielenia pomocy lub
2) do innej placówki medycznej – o ile stan zdrowia ubezpieczonego lub współubezpieczonego umożliwia taki przewóz – oraz
3) do domu ubezpieczonego lub współubezpieczonego – po wypisaniu ze szpitala lub innej placówki medycznej.

56. Transport medyczny odbywa się na terenie Polski pod niezbędnym nadzorem medycznym i przy użyciu niezbędnych środków transportu.

57. Centrum Pomocy nie zrealizuje usługi, jeśli ubezpieczony lub współubezpieczony podejmie działania sprzeczne z zaleceniami lekarza Centrum Pomocy.

58. Do jednego zdarzenia medycznego przysługuje ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu usługa transportu medycznego maksymalnie dwa razy (łącznie dla usług wskazanych w pkt 55).

Wizyta domowa psychologa

59. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty wizyt – jeśli pogorszy się stan zdrowia psychicznego ubezpieczonego lub współubezpieczonego w związku ze stanem zdrowia, w jakim znajduje się ubezpieczony lub współubezpieczony.

60. Ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu przysługuje 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.

61. Każda rozpoczęta godzina wizyty psychologa jest liczona jako jedna godzina.

Wizyta domowa fizjoterapeuty lub masażysty

62. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty wizyt – jeśli w związku ze stanem zdrowia ubezpieczonego lub współubezpieczonego i na podstawie skierowania lekarskiego, będzie potrzebna rehabilitacja.

63. Ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu przysługuje 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.

64. Każda rozpoczęta godzina wizyty fizjoterapeuty lub masażysty jest liczona jako jedna godzina.

POMOC W PLANOWANIU LECZENIA

65. W czasie trwania ubezpieczenia dodatkowego ubezpieczony lub współubezpieczony może korzystać z następujących usług – jeśli wystąpi u niego zdarzenie medyczne:
1) pomoc w planowaniu leczenia;
2) pomoc w organizacji leczenia.

66. W ramach pomocy w planowaniu leczenia Centrum Pomocy:
1) wyszukuje w swojej bazie polską placówkę medyczną, w której ubezpieczony lub współubezpieczony może najszybciej skorzystać ze świadczeń zdrowotnych takich jak operacja chirurgiczna, badanie diagnostyczne lub wizyta u specjalisty – jeśli zlecił to lekarz leczący ubezpieczonego lub współubezpieczonego;
2) udziela przez telefon ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu informacji o nazwie, adresie, numerze telefonu polskiej placówki, w której ubezpieczony lub współubezpieczony może najszybciej uzyskać świadczenia zdrowotne oraz terminy tych świadczeń.

67. W ramach pomocy w organizacji leczenia Centrum Pomocy:
1) umawia świadczenia zdrowotne takie jak zabiegi pielęgniarskie, konsultacje lekarskie, zabiegi rehabilitacyjne – w polskich placówkach medycznych (ze swojej bazy) bądź w domu ubezpieczonego lub współubezpieczonego lub
2) udziela informacji o usługach, godzinach otwarcia i danych kontaktowych polskich placówek medycznych, zwłaszcza tych położonych najbliżej domu ubezpieczonego lub współubezpieczonego.

68. Aby Centrum Pomocy mogło zrealizować tę usługę, musi uzyskać od ubezpieczonego lub współubezpieczonego informację o rodzaju specjalistycznego świadczenia zdrowotnego, którego wymaga jego stan zdrowia.

CAŁODOBOWY TELEFONICZNY SERWIS MEDYCZNY

69. Jeżeli w czasie trwania ubezpieczenia wystąpi u ubezpieczonego lub współubezpieczonego zdarzenie ubezpieczeniowe, to może on korzystać z naszego Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego.

70. W ramach świadczenia Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego Centrum Pomocy udziela informacji o:
1) sposobie postępowania w razie nieszczęśliwego wypadku, organizacji pierwszej pomocy i planowania leczenia;
2) placówkach medycznych, w których ubezpieczony będzie miał możliwość najszybszego uzyskania świadczenia zdrowotnego takiego jak pierwsza pomoc, zabieg chirurgiczny, badanie diagnostyczne lub wizyta u specjalisty oraz przekazuje informacje teleadresowe takiej placówki;
3) usługach dostępnych w placówkach medycznych (szpitalach, klinikach, ambulatoriach, oddziałach specjalistycznych) na terenie Polski, w tym w szczególności położonych najbliżej domu, o zakresie ich specjalizacji, godzin otwarcia i danych teleadresowych;
4) zdrowiu, chorobie i jednostkach chorobowych;
5) zachowaniach prozdrowotnych;
6) szpitalach, aptekach, przychodniach – znajdujących się na terenie Polski;
7) pielęgnacji niemowląt;
8) lekach oraz objawach niepożądanych przy ich przyjmowaniu;
9) dietach, zdrowym żywieniu;
10) grupach wsparcia, telefonach zaufania – świadczących pomoc i dostępnych na terenie Polski;

11) transporcie medycznym na terenie Polski;
12) opiece nad osobami starszymi.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie zrealizujemy świadczenia

71. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje zdarzeń medycznych, które nastąpiły:
1) w wyniku działań wojennych;
2) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego lub współubezpieczonego w aktach terroru lub w masowych rozruchach społecznych;
3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
4) gdy ubezpieczony lub współubezpieczony był 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 – jeśli miało to wpływ na zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego;
5) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub współubezpieczonego bądź usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego;
6) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem lub użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi, środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
7) w wyniku użycia przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego.

72. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje:
1) świadczeń, które zorganizowało Centrum Pomocy, ponieważ ubezpieczony lub współubezpieczony podał nieprawdę – w takim przypadku koszty tych usług ponoszone są przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego;
2) zdarzeń i skutków zdarzeń związanych z zagrożeniem życia.

73. Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg ani skutki realizacji świadczeń w ramach Usług Assistance, które wymieniliśmy w pkt 14.

74. Nie ponosimy odpowiedzialności za treść zagranicznej konsultacji medycznej.

KARENCJA
– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego nie ponosimy odpowiedzialności lub ponosimy ją w ograniczonym zakresie

75. Nie ponosimy odpowiedzialności wobec ubezpieczonego lub współubezpieczonego przez okres pierwszych 30 dni liczonych od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do ubezpieczenia dodatkowego.

76. 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.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

77. Wysokość składki za ubezpieczonego:
1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu dodatkowym;
2) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
3) zależy od:
   a) zakresu ubezpieczenia,
   b) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

78. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.

79. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

80. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.

81. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

82. Ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe:
1) w jednym z dwóch zakresów, tj. podstawowym albo rozszerzonym, albo
2) w dwóch zakresach jednocześnie, tj. podstawowym i rozszerzonym.

83. W przypadku, o którym mowa w pkt 82 ppkt 1 – ubezpieczający może zmienić zakres na inny w dowolnym momencie. Aby zmienić zakres, ubezpieczający składa wniosek. Nowy zakres obowiązuje od 1 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym został złożony wniosek.
84. W przypadku, o którym mowa w pkt 82 ppkt 2 – ubezpieczony może wybrać i zmienić zakres na inny w dowolnym momencie. Jeśli zmieniasz zakres, okres ochrony dla poprzedniego zakresu kończy się z upływem ostatniego dnia miesiąca, po którym rozpocznie się okres ochrony dla nowego zakresu. Nowy zakres obowiązuje od 1 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym została zgłoszona zmiana.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

85. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

86. Jeśli żadna ze stron umowy, nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
87. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

88. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
89. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
90. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

91. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
92. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
93. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

94. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
95. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

96. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym w stosunku do ubezpieczonego kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

97. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym w stosunku do współubezpieczonego kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony dla ubezpieczonego w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem zakończenia ochrony dla ubezpieczonego w ubezpieczeniu dodatkowym;
3) z dniem rocznicy polisy przypadającym w roku w którym dziecko kończy 18 lat;

4) z dniem rocznicy polisy przypadającym w roku w którym małżonek albo partner życiowy kończy 70 lat;
5) śmierci współubezpieczonego;
6) z ostatnim dniem miesiąca, w którym otrzymaliśmy powiadomienie o rozwiązaniu małżeństwa z ubezpieczonym podstawowym;
7) z ostatnim dniem miesiąca, w którym otrzymaliśmy powiadomienie o zmianie przez ubezpieczonego zakresu z rozszerzonego na podstawowy.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należą się świadczenia

98. Świadczenia przysługują ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
- czyli jak zacząć korzystać ze świadczeń

Zagraniczna konsultacja medyczna

99. Ubezpieczony lub współubezpieczony aby skorzystać z tej usługi, składa świadczeniodawcy w okresie naszej ochrony:
1) wniosek o zagraniczną konsultację medyczną;
2) dokumentację medyczną z postępowania diagnostyczno-leczniczego, zdarzenia medycznego;
3) dodatkowo w przypadku współubezpieczonych:
   a) małżonka – akt małżeństwa,
   b) dziecka – akt urodzenia dziecka;
4) inne dokumenty, o które Cię poprosimy lub o które poprosi świadczeniodawca.

100. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, ubezpieczony lub współubezpieczony musi dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.

101. Aby współubezpieczony skorzystał z zagranicznej konsultacji medycznej zobowiązany jest do wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych. W przypadku braku zgody na przetwarzanie danych osobowych współubezpieczonego nie możemy zrealizować tej usługi.

102. Wykonujemy usługę za pośrednictwem świadczeniodawcy.

103. Usługę wykonamy najpóźniej w terminie 30 dni od dnia, w którym otrzymamy od ubezpieczonego lub współubezpieczonego wniosek i komplet dokumentów. Możemy wydłużyć ten czas, jeśli – z obiektywnych powodów – nie możemy w ciągu 30 dni ustalić, czy ubezpieczony lub współubezpieczony ma prawo do usługi. W takim przypadku wykonamy usługę do 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnimy te wątpliwości.

Usługi Assistance, Pomoc w Planowaniu Leczenia, Całodobowy Telefoniczny Serwis Medyczny

104. Centrum Pomocy wykonuje usługi w ramach Usług Assistance , Pomocy w Planowaniu Leczenia i Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego wyłącznie, gdy ubezpieczony lub współubezpieczony zgłosi przez telefon wniosek o ich wykonanie. Numer telefonu znajdziesz w deklaracji – serwis jest czynny całą dobę. Centrum Pomocy rozpocznie organizację usługi najszybciej, jak to możliwe, i nie później niż w czasie 48 godzin od spełnienia przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego niezbędnych warunków.

105. Przy składaniu wniosku przez telefon ubezpieczony lub współubezpieczony:
1) podaje imię, nazwisko, PESEL ubezpieczonego oraz nazwę i miejsce siedziby ubezpieczającego;
2) podaje wszystkie informacje, które są potrzebne do danej usługi, np.: numer telefonu, adres, dane osoby kontaktowej;
3) przesyła do Centrum Pomocy – faksem, drogą elektroniczną albo pocztą – dokumentację medyczną , która potwierdza, że zdarzenie medyczne wystąpiło lub że dana usługa jest potrzebna. Nie dotyczy to usług w ramach Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego;
4) postępuje zgodnie z dyspozycjami Centrum Pomocy.

106. Przedstawiciel Centrum Pomocy może – w miejscu realizowania usługi – poprosić o:
1) okazanie dokumentu potwierdzającego tożsamość ubezpieczonego lub współubezpieczonego;
2) podanie danych niezbędnych do wykonania usługi, w tym wszystkich informacji, które pozwolą ocenić stan zdrowia i zasadność transportu medycznego.

107. Centrum Pomocy ani my nie zwracamy kosztów poniesionych przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego, jeżeli zdarzenie nie zostało zgłoszone do Centrum Pomocy. Wyjątkiem jest sytuacja, w której ubezpieczony lub współubezpieczony nie mógł się skontaktować z Centrum Pomocy z niezależnych od niego przyczyn. W takim przypadku ubezpieczony lub współubezpieczony powinien koniecznie skontaktować się z Centrum Pomocy, gdy tylko będzie to możliwe – ma na to 7 dni. Ubezpieczony i współubezpieczony powinien powiadomić Centrum Pomocy o zdarzeniu medycznym i opisać przyczyny braku możliwości kontaktu. W takim przypadku ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu zwracamy koszty wykonanej usługi – ale maksymalnie do średniej wartości danej usługi w danej miejscowości. Aby uzyskać zwrot, ubezpieczony lub współubezpieczony składa odpowiednie dokumenty: dokumentację medyczną, która potwierdzi, że wystąpiło u ubezpieczonego lub współubezpieczonego dane zdarzenie medyczne, imienne rachunki i dowody wpłaty.

108. Swoje oświadczenia, zawiadomienia i inne zgłoszenia ubezpieczony lub współubezpieczony może wykonywać też przez telefon – nagrywamy wszystkie rozmowy telefoniczne, które prowadzisz z Centrum Pomocy. Wszystkie oświadczenia i zawiadomienia ubezpieczonego lub współubezpieczonego będziemy archiwizować w Centrum Pomocy.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

109. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ASYSTENT W CZASIE UTRATY ZDROWIA

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE ASYSTENT W CZASIE UTRATY ZDROWIA

Kod warunków: AUGP55

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 Asystent w czasie utraty zdrowia, kod warunków: AUGP55 (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 wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie naszej ochrony:
- pobyt w szpitalu spowodowany chorobą,
- pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem,
- wykonanie operacji chirurgicznych wymienionych w Wykazie Operacji Chirurgicznych do OWU,
- nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości co najmniej 30%, objęty odpowiedzialnością PZU Życie SA z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku wystąpienia operacji (wymienionej w Wykazie Operacji Chirurgicznych) lub pobytu w szpitalu po nieszczęśliwym wypadku lub w wyniku choroby na dłużej niż 3 dni albo wystąpienia nieszczęśliwego wypadku powodującego trwały uszczerbek na zdrowiu, ubezpieczony może skorzystać z:
- Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego,
- dostarczenia niezbędnych leków,
- dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego,
- drobnych napraw domowych,
- opieki domowej pielęgniarki,
- opieki nad drobnymi zwierzętami domowymi,
- opieki nad dzieckiem,
- opieki nad osobą niesamodzielną,
- pomocy w prowadzeniu domu,
- przekazania do naprawy przedmiotów użytku osobistego,
- transportu medycznego,
- transportu na rehabilitację,
- wizyty domowej psychologa,
- wizyty domowej fizjoterapeuty lub masażysty.

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 dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu.

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 trwałego uszczerbku na zdrowiu.

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?

W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony będzie mógł skorzystać na terenie Polski, 7 dni w tygodniu, całodobowo z:
- Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego,
- dostarczenia niezbędnych leków,
- opieki nad dzieckiem,
- opieki nad osobą niesamodzielną,
- transportu medycznego.

W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony będzie mógł skorzystać na terenie Polski, 7 dni w tygodniu, w godzinach 8:00-22:00 z:
- dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego,
- drobnych napraw domowych,
- opieki domowej pielęgniarki,
- opieki nad drobnymi zwierzętami domowymi,
- pomocy w prowadzeniu domu,
- przekazania do naprawy przedmiotów użytku osobistego,
- transportu na rehabilitację,
- wizyty domowej psychologa,
- wizyty domowej fizjoterapeuty lub masażysty.

JAK I KIEDY PŁACI 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 oraz w dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu,
- 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 ponosimy odpowiedzialności w przypadku:
- pobytu ubezpieczonego w szpitalu w związku z leczeniem i zabiegami stomatologicznymi – chyba że wynikają one z konieczności leczenia obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- pobytu w szpitalu w związku z rehabilitacją – 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,

- operacji chirurgicznej jeśli wykonano ją w celu kosmetycznym lub estetycznym – z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw:
  - nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie naszej ochrony lub
  - nowotworu złośliwego zdiagnozowanego w okresie naszej ochrony.

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 przesyłką pocztową 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 ppkt 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia Asystent w czasie utraty zdrowia, kod warunków AUGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika 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 pkt 4-86 pkt 116 pkt 117-133 pkt 134
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	pkt 1-2 pkt 5 pkt 10-86 pkt 87-92 pkt 93-94 pkt 113-114 pkt 115 pkt 134

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ASYSTENT W CZASIE UTRATY ZDROWIA

Kod OWU: AUGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia Asystent w czasie utraty zdrowia uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, 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 usługi wskazane w ubezpieczeniu dodatkowym; Centrum Pomocy czynne jest 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu;
2) **choroba** – stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego;
3) **dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu** – wskazane przez PZU Życie SA w umowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;
4) **dom** – miejsce w Polsce, w którym aktualnie przebywasz;
5) **dziecko** – dziecko, które nie ukończyło 15 lat. Może nim być:
   a) dziecko ubezpieczonego,
   b) dziecko małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego (jeżeli nie żyje drugi rodzic małżonka albo partnera życiowego);
6) **leczenie szpitalne** – stacjonarne leczenie w szpitalu:
   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;
7) **lek** - gotowy produkt leczniczy określony w zakresie leków, 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.
8) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
9) **operacja chirurgiczna** –zabieg, wykonany w placówce medycznej w Polsce przez lekarza medycyny, w znieczuleniu, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub zmniejszenia skutków nieszczęśliwego wypadku lub w celu profilaktycznego całkowitego usunięcia narządu u nosiciela mutacji genowej zwiększającej ryzyko wystąpienia nowotworu złośliwego;
10) **osoba niesamodzielna** – osoba, z którą mieszkasz, która wymaga stałej pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych;
11) **osoba wskazana** – pełnoletnia osoba wyznaczona przez ubezpieczonego do opieki nad dzieckiem i osobą niesamodzielną;
12) **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;
13) **pobyt w szpitalu** – pobyt w szpitalu w Polsce, który trwa nieprzerwanie dłużej niż 3 dni i ma na celu leczenie szpitalne; za pierwszy dzień pobytu w szpitalu przyjmuje się dzień rejestracji, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala;
14) **szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, w którym przez całą dobę wykonywane są kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;
15) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł z nami umowę na organizowanie usług, które wskazaliśmy w OWU;
16) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
17) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do którego ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
18) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia, które wystąpią w okresie ochrony:
   a) pobyt w szpitalu spowodowany chorobą,
   b) pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem,

c) wykonanie operacji chirurgicznych wymienionych w Wykazie Operacji Chirurgicznych stanowiącym załącznik do tych OWU,
d) nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości co najmniej 30%, objęty odpowiedzialnością PZU Życie SA z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu.

2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA
– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY
– w jakich przypadkach i jakie usługi zapewniamy

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie ochrony.

5. W każdym okresie kolejnych 12 miesięcy, które trwają między rocznicami polisy ponosimy odpowiedzialność maksymalnie za trzy zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły w tym okresie, z tym że w przypadku pobytu w szpitalu za wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego uznajemy rozpoczęcie pobytu.

6. Jeżeli ubezpieczony przebywał w szpitalu bądź kilku szpitalach w ciągłości – czyli nie ma przerwy między tymi pobytami – to uznajemy go za jeden rozpoczęty pobyt w szpitalu.

7. W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego będziesz mógł skorzystać na terenie Polski, 7 dni w tygodniu, całodobowo z:
1) Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego;
2) dostarczenia niezbędnych leków;
3) opieki nad dzieckiem;
4) opieki nad osobą niesamodzielną;
5) transportu medycznego.

8. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego będziesz mógł skorzystać na terenie Polski, 7 dni w tygodniu, w godzinach 8:00-22:00 z:
1) dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego;
2) drobnych napraw domowych;
3) opieki domowej pielęgniarki;
4) opieki nad drobnymi zwierzętami domowymi;
5) pomocy w prowadzeniu domu;
6) przekazania do naprawy przedmiotów użytku osobistego;
7) transportu na rehabilitację;
8) wizyty domowej psychologa;
9) wizyty domowej fizjoterapeuty lub masażysty;
10) pomocy osobie wskazanej przez ubezpieczonego.

9. Szczegółowy opis usług opisany jest poniżej.

Całodobowy Telefoniczny Serwis Medyczny

10. W ramach świadczenia Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego udzielamy informacji o:
1) sposobie postępowania w razie nieszczęśliwego wypadku, organizacji pierwszej pomocy i planowania leczenia;
2) placówkach medycznych, w których ubezpieczony będzie miał możliwość najszybszego uzyskania świadczenia medycznego takiego jak pierwsza pomoc, zabieg chirurgiczny, badanie diagnostyczne lub wizyta u specjalisty oraz przekazania przez Centrum Pomocy informacji teleadresowych takiej placówki;
3) usługach dostępnych w placówkach medycznych (szpitalach, klinikach, ambulatoriach, oddziałach specjalistycznych) na terenie Polski, w tym w szczególności położonych najbliżej domu, o zakresie ich specjalizacji, godzin otwarcia i danych teleadresowych;
4) zdrowiu, chorobie i jednostkach chorobowych;
5) zachowaniach prozdrowotnych;
6) szpitalach, aptekach, przychodniach, lekarzach ogólnych – znajdujących się na terenie Polski;
7) pielęgnacji niemowląt;
8) lekach oraz objawach niepożądanych przy ich przyjmowaniu;
9) dietach, zdrowym żywieniu;
10) grupach wsparcia, telefonach zaufania – świadczących pomoc i dostępnych na terenie Polski;
11) transporcie medycznym na terenie Polski;
12) opiece nad osobami starszymi.

Dostarczenie niezbędnych leków

11. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty usługi, jeśli w związku ze stanem zdrowia ubezpieczonego musi on przebywać w domu przez co najmniej 5 dni na zwolnieniu lekarskim, które wydał lekarz leczący ubezpieczonego.
12. Dostarczamy leki, według recept wystawionych ubezpieczonemu, o ile leki są dostępne w Polsce i ubezpieczony udostępni receptę Centrum Pomocy. Jeżeli ubezpieczony potrzebuje leków dostępnych bez recepty, które jednocześnie są dostępne w miejscu realizacji recepty zrealizujemy także dostarczenie leków bez recepty wskazanych przez ubezpieczonego.
13. W okresie zwolnienia lekarskiego ta usługa przysługuje ubezpieczonemu jeden raz - ale tylko w przypadku, jeśli w domu nie ma osoby, która mogłaby taką usługę zapewnić.
14. Niezbędne leki będą kupione w miejscu, które wskaże ubezpieczony, o ile odległość do niego nie będzie większa niż odległość do miejsca zakupu, które wybierze Centrum Pomocy, biorąc pod uwagę ich dostępność w danym miejscu.
15. Ubezpieczony pokrywa koszty zakupu leków.

Opieka nad dzieckiem

16. Organizujemy opiekę nad dzieckiem zgodnie z wyborem ubezpieczonego. Oznacza to, że pokrywamy koszty:
1) przewozu dziecka do osoby wskazanej albo
2) przewozu osoby wskazanej do domu.

17. Decyzję o wyborze środka transportu podejmujemy uwzględniając dostępność środków transportu oraz czas i miejsce docelowe przewozu, a także – w przypadku przewozu dziecka do domu osoby wskazanej – jego wiek i stan zdrowia.
18. Usługa przewozu dziecka do osoby wskazanej jest realizowana w towarzystwie osoby wyznaczonej przez Centrum Pomocy i pod warunkiem wyrażenia przez ubezpieczonego pisemnej zgody na przewóz dziecka.
19. Usługa przewozu dziecka do osoby wskazanej albo przewozu osoby wskazanej do domu przysługuje ubezpieczonemu, w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego maksymalnie raz (1 przejazd tam i 1 z powrotem) i maksymalnie do wysokości 1500 zł łącznie.
20. W przypadku braku kontaktu z osobą wskazaną albo, gdy osoba wskazana nie jest dostępna pod podanym przez ubezpieczonego adresem lub odmawia sprawowania opieki nad dzieckiem, zorganizujemy i pokryjemy koszty dojazdu i honorarium wyznaczonych przez Centrum Pomocy osób, które będą sprawować opiekę nad dzieckiem w domu pod warunkiem wyrażenia pisemnej zgody ubezpieczonego na opiekę nad dzieckiem udzielonej nam wraz z określeniem terminów sprawowania tej opieki.
21. Opieka, o której mowa w punkcie poprzednim, polega na zapewnieniu dziecku należytej egzystencji w zakresie podstawowych potrzeb i ochrony przed niebezpieczeństwami. Osoba zgłaszająca wniosek o świadczenie opieki nad dzieckiem zobowiązana jest do udzielenia pisemnej informacji jeśli dziecko cierpi na choroby przewlekłe, wymaga rehabilitacji oraz jeśli przyjmuje leki lub jest na diecie.
22. Centrum Pomocy pokrywa koszty dojazdu i honorarium opiekuna. Ubezpieczony pokrywa pozostałe koszty opieki.
23. Usługa przysługuje ubezpieczonemu w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego maksymalnie przez 30 godzin, z tym że jedna wizyta osób sprawujących opiekę nie może trwać krócej niż dwie godziny.
24. Każda rozpoczęta godzina opieki nad dzieckiem jest liczona jako jedna godzina.

Opieka nad osobą niesamodzielną

25. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty usługi wyłącznie w przypadku, gdy w domu nie ma osoby, która mogłaby taką usługę zapewnić.
26. Osoba, która zgłasza wniosek musi w formie pisemnej przekazać informacje, czy osoba niesamodzielna wymaga specjalnej opieki – np. jest przewlekle chora, wymaga rehabilitacji, przyjmuje leki lub jest na specjalnej diecie.
27. Opieka nad osobą niesamodzielną obejmuje:
1) przewoź osoby niesamodzielnej do osoby wskazanej albo
2) przewoź osoby wskazanej do domu.

28. Centrum Pomocy podejmuje decyzję o wyborze środka transportu uwzględniając dostępność środków transportu oraz czas i miejsce docelowe przewozu, a także – w przypadku przewozu osoby niesamodzielnej do osoby wskazanej – jej wiek i stan zdrowia.
29. Usługa polegająca na przewozie osoby niesamodzielnej do osoby wskazanej jest realizowana w towarzystwie osoby wyznaczonej przez Centrum Pomocy i pod warunkiem wyrażenia przez osobę niesamodzielną zgody na jej przewóz. Jeżeli osoba niesamodzielna jest całkowicie ubezwłasnowolniona, pisemną zgodę na jej przewóz do osoby wskazanej musi złożyć opiekun prawny.
30. Ubezpieczonemu przysługuje do jednego zdarzenia maksymalnie jeden przejazd (1 przejazd tam i 1 z powrotem) i maksymalnie do wysokości 1500 zł łącznie.
31. W przypadku braku kontaktu z osobą wskazaną albo, gdy osoba wskazana nie jest dostępna pod podanym przez ubezpieczonego adresem lub odmawia sprawowania opieki nad osobą niesamodzielną, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty dojazdu i honorarium wyznaczonych przez Centrum Pomocy osób, które będą sprawować opiekę nad osobą niesamodzielną w domu.
32. Opieka, o której mowa w punkcie poprzednim, polega na zapewnieniu osobie niesamodzielnej należytej egzystencji w zakresie podstawowych potrzeb i ochrony przed niebezpieczeństwami. Osoba zgłaszająca wniosek o świadczenie opieki nad osobą niesamodzielną zobowiązana jest do udzielenia pisemnej informacji jeśli osoba niesamodzielna cierpi na choroby przewlekłe, wymaga rehabilitacji oraz jeśli przyjmuje leki lub jest na diecie.
33. Usługa opieki nad osobą niesamodzielną jest organizowana i realizowana pod warunkiem wyrażenia zgody osoby niesamodzielnej na opiekę nad nią wraz z określeniem przez ubezpieczonego terminów sprawowania tej opieki. Jeżeli osoba niesamodzielna jest całkowicie ubezwłasnowolniona, pisemną zgodę na sprawowanie opieki nad nią musi złożyć opiekun prawny.

34. Centrum Pomocy pokrywa koszty dojazdu i honorarium opiekuna. Ubezpieczony pokrywa pozostałe koszty opieki, czyli na przykład koszty jedzenia, ubrań, środków higienicznych, lekarstw, opieki lekarskiej, szczepień.
35. Usługa przysługuje ubezpieczonemu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego maksymalnie przez 30 godzin, z tym że jedna wizyta osób sprawujących opiekę nie może trwać krócej niż dwie godziny.
36. Każda rozpoczęta godzina opieki nad osobą niesamodzielną jest liczona jako jedna godzina.

Transport medyczny

37. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego ubezpieczonego. Decyzję o wyborze czasu, celu i środka transportu podejmuje Centrum Pomocy po konsultacji (o ile jest to uzasadnione z medycznego punktu widzenia) z lekarzem ubezpieczonego, uwzględniając jego stan zdrowia, dostępne środki transportu oraz czas i cel transportu.
38. Transport medyczny przysługuje ubezpieczonemu na terenie Polski:
1) do szpitala albo innej placówki medycznej albo
2) do domu ze szpitala lub z innej placówki medycznej albo
3) pomiędzy szpitalem a innym szpitalem albo placówką medyczną.

39. Transport medyczny odbywa się na terenie Polski pod niezbędnym nadzorem medycznym i przy użyciu niezbędnych środków transportu.
40. Centrum Pomocy nie zrealizuje usługi, jeśli ubezpieczony podejmie działania sprzeczne z zaleceniami jego lekarza.
41. Do jednego zdarzenia medycznego przysługuje ubezpieczonemu usługa transportu medycznego maksymalnie dwa razy (łącznie dla usług wskazanych w pkt 38 i maksymalnie do wysokości 1500 zł łącznie).

Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego

42. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty usługi, jeśli w związku ze stanem zdrowia ubezpieczonego musi on przebywać w domu przez co najmniej 5 dni na zwolnieniu lekarskim, które wydał lekarz leczący ubezpieczonego.
43. Centrum Pomocy dostarczy kupiony lub wypożyczony sprzęt na podstawie recept lub pisemnych zaleceń lekarza leczącego ubezpieczonego.
44. W okresie zwolnienia lekarskiego ta usługa przysługuje ubezpieczonemu jeden raz – ale tylko w przypadku, jeśli w domu nie ma osoby, która mogłaby taką usługę zapewnić.
45. Ubezpieczony pokrywa koszty zakupu i wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego.

Drobne naprawy domowe

46. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty dojazdu do domu oraz koszty robocizny niżej wymienionych specjalistów:
1) elektryka - w przypadku uszkodzenia instalacji elektrycznej w domu;
2) hydraulika - w celu interwencji w domu mającej zapobiec jego zalaniu albo zwiększeniu już powstałego zalania;
3) szklarza - w przypadku uszkodzenia szyb w domu;
4) ślusarza - w przypadku konieczności wymiany zamków w drzwiach wejściowych do domu na skutek ich uszkodzenia lub utraty kluczy;
5) technika urządzeń grzewczych - w przypadku zapowietrzenia lub rozszczelnienia grzejników.

47. Centrum Pomocy zorganizuje tę usługę wyłącznie w przypadku, gdy w domu nie ma osoby, która mogłaby taką usługę zapewnić a ubezpieczony jest obecny w domu. Jeżeli ubezpieczony nie jest obecny w domu, usługa może być zrealizowana pod warunkiem udzielenia przez ubezpieczonego pisemnej zgody na jego realizację oraz udostępnienia domu przez ubezpieczonego i osoby w nim przebywające.
48. Usługa nie obejmuje kosztów materiałów użytych w czasie napraw dokonywanych przez wskazanych specjalistów. Koszty tych materiałów pokrywa w całości ubezpieczony.
49. Do jednego zdarzenia ubezpieczonemu przysługują maksymalnie 3 wizyty do wysokości maksymalnie 1000 zł łącznie.

Opieka domowa pielęgniarki

50. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki.
51. Opieka pielęgniarki na rzecz ubezpieczonego polega na wykonywaniu czynności:
1) związanych z higieną i odżywianiem (bez przygotowywania posiłków);
2) leczniczych zabiegów pielęgniarskich – zgodnie ze zleceniem lekarskim – takich jak wykonywanie okładów, opatrunków, rehabilitacji oddechowej, ćwiczeń terapeutycznych, pomiaru ciśnienia i tętna, ważenia, pomocy w odżywianiu się.

52. Ubezpieczony pokrywa koszty wyrobów medycznych i produktów leczniczych używanych przy wymienionych czynnościach.
53. Opieka pielęgniarki przysługuje do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, maksymalnie przez 30 godzin, do czterech godzin dziennie, z tym że jedna wizyta pielęgniarki nie może trwać krócej niż jedną godzinę.
54. Każda rozpoczęta godzina opieki domowej pielęgniarki jest liczona jako jedna godzina.

Opieka nad drobnymi zwierzętami domowymi

55. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty usługi – 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) ubezpieczony albo osoba, którą wskaże ubezpieczony, przedstawi dokument, który potwierdza, że wymagane szczepienia zwierząt zostały przeprowadzone.

56. Jeżeli ubezpieczonego nie ma w domu, usługa może być zrealizowana pod warunkiem udzielenia przez niego pisemnej zgody na realizację usługi oraz udostępnienia domu przez ubezpieczonego i osoby w nim przebywające.

57. Opieka nad zwierzętami obejmuje:
1) dostarczenie żywności. Karma będzie kupiona w miejscu, które wskaże ubezpieczony, 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.

58. Centrum Pomocy pokrywa koszty dojazdu i honorarium opiekuna. Ubezpieczony pokrywa pozostałe koszty, czyli np. karmy, opieki weterynaryjnej, szczepień.

59. Usługa przysługuje ubezpieczonemu w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, maksymalnie przez 28 godzin.

60. Każda rozpoczęta godzina opieki nad drobnymi zwierzętami domowymi jest liczona jako jedna godzina.

Pomoc w prowadzeniu domu

61. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty dojazdu i honorarium osoby pomagającej w prowadzeniu domu - jeśli w domu nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić, a ubezpieczony jest obecny w domu. Jeżeli ubezpieczonego nie ma w domu, usługa może być zrealizowana pod warunkiem udzielenia przez niego pisemnej zgody na realizację usługi oraz udostępnienia domu przez ubezpieczonego i osoby w nim przebywające.

62. Pomoc domowa na rzecz ubezpieczonego obejmuje:
1) utrzymanie czystości w domu, tj.: sprzątanie podłóg na sucho, na mokro, ścieranie kurzy z mebli, parapetów, odkurzanie dywanów, wykładzin, czyszczenie ceramiki łazienkowej, wanny, kabiny prysznicowej, zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu, płyty kuchennej;
2) przygotowanie posiłków, również dla dzieci lub osób niesamodzielnych;
3) robienie zakupów niezbędnych do realizacji czynności wskazanych w ppkt 1 i 2;
4) podlewanie kwiatów;
5) wyrzucanie śmieci

– przy użyciu środków lub sprzętów, które są udostępnione przez ubezpieczonego.

63. Zakupy niezbędne do wykonania usługi realizowane są w miejscach wskazanych przez ubezpieczonego, o ile odległość do nich nie będzie większa niż byłaby odległość do miejsca zakupu wybranego przez Centrum Pomocy.

64. Ubezpieczony pokrywa koszty zakupów.

65. Usługa przysługuje maksymalnie do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego przez 30 godzin, do pięciu godzin dziennie, z tym że jedna wizyta nie może trwać krócej niż jedną godzinę.

66. Każda rozpoczęta godzina pomocy w prowadzeniu domu jest liczona jako jedna godzina.

Przekazanie do naprawy przedmiotów użytku osobistego

67. Centrum Pomocy organizuje i pokryje koszty usługi jeśli bezpośrednio w związku ze stanem zdrowia ubezpieczonego musi on przebywać w domu przez co najmniej 5 dni na zwolnieniu lekarskim, które wydał lekarz leczący ubezpieczonego.

68. 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 brajlowska;
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) pikflometr;
18) podnośnik;
19) pompa infuzyjna;
20) pompa insulinowa;
21) proteza;
22) respirator;
23) ssak;
24) syntezator mowy;
25) urządzenie do masażu;
26) wózek inwalidzki.

69. Centrum Pomocy dostarcza przedmioty z domu do punktu naprawy w Polsce, który wskaże ubezpieczony oraz dostarcza je z powrotem do domu.

70. Przedmioty użytku osobistego zostaną dostarczone do punktu naprawczego w miejscu, które wskaże ubezpieczony, o ile odległość do niego nie będzie większa niż odległość do miejsca naprawy, które wybierze Centrum Pomocy.

71. Ubezpieczony pokrywa koszty naprawy przedmiotów.

72. W okresie zwolnienia lekarskiego ta usługa przysługuje ubezpieczonemu jeden raz – ale tylko w przypadku, jeśli w domu nie ma osoby, która mogłaby taką usługę zapewnić.

Transport na rehabilitację

73. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty transportu na rehabilitację – ale tylko w przypadku, jeśli ubezpieczony posiada wystawione przez lekarza skierowanie na rehabilitację.

74. Transport na rehabilitację przysługuje ubezpieczonemu:
1) z domu do miejsca rehabilitacji;
2) z miejsca rehabilitacji do domu
– z uwzględnieniem pkt 76.

75. Ubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów transportu na rehabilitację, gdy w domu nie ma osoby, która mogłaby taką usługę zapewnić.

76. Ubezpieczonemu przysługuje ta usługa, w odniesieniu do jednego zdarzenia maksymalnie dziesięć razy (10 przejazdów tam i 10 z powrotem) i maksymalnie do wysokości 1500 zł łącznie.

Wizyta domowa psychologa

77. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty wizyt – jeśli pogorszy się stan zdrowia psychicznego ubezpieczonego w związku ze stanem zdrowia, w jakim znajduje się ubezpieczony.

78. W odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ramach świadczenia ubezpieczonemu przysługuje maksymalnie pięć wizyt, z tym że jednego dnia przysługuje jedna wizyta nie dłuższa niż dwie godziny.

79. Każda rozpoczęta godzina wizyty psychologa jest liczona jako jedna godzina.

Wizyta domowa fizjoterapeuty lub masażysty

80. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty wizyt – jeśli w związku ze stanem zdrowia ubezpieczonego i na podstawie skierowania lekarskiego, będzie potrzebna rehabilitacja.

81. W odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczonemu przysługuje maksymalnie pięć wizyt, z tym że jednego dnia przysługuje jedna wizyta nie dłuższa niż dwie godziny.

82. Każda rozpoczęta godzina wizyty fizjoterapeuty lub masażysty jest liczona jako jedna godzina.

Pomoc osobie wskazanej przez ubezpieczonego

83. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty usług będących pomocą osobie wskazanej przez ubezpieczonego – jeśli w związku ze stanem zdrowia, ubezpieczony nie może wywiązać się wobec wskazanej osoby, z przyjętych zobowiązań w zakresie pomocy w życiu codziennym.

84. Usługa polega na organizacji wybranych przez ubezpieczonego usług:
1) dostarczenia niezbędnych leków;
2) dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego;
3) drobnych napraw domowych;
4) opieki nad drobnymi zwierzętami domowymi;
5) pomocy w prowadzeniu domu;
6) przekazania do naprawy przedmiotów użytku osobistego;

85. Usługa jest organizowana i realizowana wyłącznie w przypadku, gdy w domu ubezpieczonego ani w domu osoby wskazanej przez ubezpieczonego nie ma osoby, która mogłaby taką usługę zapewnić.

86. Wybrane przez ubezpieczonego usługi realizowane są na warunkach i w limitach przysługujących ubezpieczonemu, tzn. że łączne limity dla wskazanych usług realizowane są wobec ubezpieczonego i osoby przez niego wskazanej. Realizowane usługi nie mogą przekroczyć limitów przysługujących ubezpieczonemu (określonych w punktach: 13, 44, 49, 59, 65, 72).

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

87. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminu – **wyczynowe uprawianie sportu** – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
1) 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
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.

88. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje:
1) pobytu w szpitalu rozpoczętego przed początkiem naszej odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego oraz
2) operacji chirurgicznej przeprowadzonej przed początkiem naszej odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego.

89. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje pobytu ubezpieczonego w szpitalu i operacji chirurgicznej ubezpieczonego, których konieczność powstała:
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) nie mając uprawnień do prowadzenia pojazdu, które są określone w przepisach prawa lub,
   b) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii

   – o ile którakolwiek z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;
6) gdy ubezpieczony był 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 zajście nieszczęśliwego wypadku;
7) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
8) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
9) w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
10) ponieważ ubezpieczony uprawiał sport wyczynowo lub uprawiał rekreacyjnie sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczkę skałkową albo wysokogórską (rozumianą jako każdą wspinaczkę uprawianą na wysokości powyżej 2000 metrów nad poziomem morza), speleologię, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoki do wody, skoki na linie (ang. bungee jumping).

90. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje pobytu ubezpieczonego w szpitalu, który nastąpił:
1) w wyniku padaczki – poza padaczką objawową, która jest objawem innej choroby;
2) w wyniku wszelkich chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania umiejscowionych w kategoriach F00 - F99 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10;
3) w wyniku chorób spowodowanych obniżeniem odporności organizmu w przebiegu zakażenia wirusem HIV;
4) w związku z leczeniem i zabiegami stomatologicznymi – chyba że wynikają one z konieczności leczenia obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
5) w związku z wykonaniem badań diagnostycznych, które nie wynikają z choroby lub nieszczęśliwego wypadku, lub służą rozpoznaniu choroby zawodowej, lub służą zidentyfikowaniu odpowiedniego dawcy narządu do przeszczepu (z wyjątkiem pobytów związanych bezpośrednio z pobraniem narządu do przeszczepu), lub obserwacji szpitalnej na wniosek sądu;
6) w wyniku leczenia niepłodności;
7) w związku z wykonaniem operacji chirurgicznej w celu kosmetycznym lub estetycznym z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw:
   a) nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie ochrony lub
   b) choroby nowotworowej, która wystąpiła w okresie ochrony;
8) w związku z wykonaniem operacji chirurgicznej w celu zmiany płci;
9) w związku z rehabilitacją – 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.

91. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje pobytu ubezpieczonego:
1) w hospicjach, placówkach lecznictwa odwykowego, placówkach dla przewlekle chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych ani zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
2) w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego – takich jak sanatoria, prewentoria oraz szpitale uzdrowiskowe, sanatoryjne i rehabilitacyjno-uzdrowiskowe;
3) w ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych – z wyjątkiem pobytu, o którym mowa w pkt 90 ppkt 9);
4) na oddziałach dziennych;
5) w takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.

92. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje operacji chirurgicznej, jeśli:
1) ubezpieczony był dawcą organów lub narządów;
2) wykonano ją w celu kosmetycznym lub estetycznym – z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw:
   a) nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie naszej ochrony lub
   b) nowotworu złośliwego zdiagnozowanego w okresie naszej ochrony;
3) wykonano ją w celu antykoncepcyjnym;
4) wykonano ją, aby zmniejszyć lub powiększyć piersi oraz zmienić płeć;
5) wykonano ją w celu stomatologicznym – z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie naszej ochrony;
6) wykonano ją w celach diagnostycznych;
7) była związana z usunięciem ciała obcego metodą endoskopową.

KARENCJA
– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego nie ponosimy odpowiedzialności lub ponosimy ją w ograniczonym zakresie

93. W okresie pierwszego miesiąca kalendarzowego, licząc od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego ponosimy odpowiedzialność tylko za nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości co najmniej 30% w okresie ochrony. W przypadku rozpoczętego w tym okresie pobytu w szpitalu i przeprowadzonej operacji chirurgicznej realizujemy jedynie świadczenia Całodobowy Telefoniczny Serwis Medyczny.

94. Po upływie okresu, o którym mowa w pkt 93, w okresie kolejnych pięciu miesięcy (karencja) ponosimy odpowiedzialność tylko za:
1) pobyt w szpitalu oraz za nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości co najmniej 30%;
2) przeprowadzenie takiej operacji chirurgicznej, która była następstwem nieszczęśliwego wypadku. W przypadku przeprowadzenia w tym okresie operacji chirurgicznej, która nie była następstwem nieszczęśliwego wypadku realizujemy jedynie świadczenia Całodobowy Telefoniczny Serwis Medyczny.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

95. Wysokość składki za ubezpieczonego:
1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu dodatkowym;
2) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
3) zależy od liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

96. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.

97. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

98. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania pod warunkiem jednoczesnego zawarcia albo obowiązywania u ubezpieczającego dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu.

99. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

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

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

101. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu , ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.

102. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

103. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.

104. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.

105. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

106. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
107. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

108. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
109. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
110. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.
111. Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
112. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

113. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
114. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w umowie podstawowej i dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

115. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

– czyli komu należą się świadczenia

116. Świadczenia przysługują ubezpieczonemu.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA

– czyli jak zacząć korzystać ze świadczeń

117. Jeśli wystąpi u Ciebie zdarzenie ubezpieczeniowe, dostarcz nam taką dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie:
1) operacji chirurgicznej - kartę informacyjną z placówki medycznej, która potwierdza wykonanie operacji;
2) pobytu w szpitalu - kartę informacyjną leczenia szpitalnego oraz dokument, który potwierdza rozpoznanie choroby albo nieszczęśliwy wypadek, wydany przez lekarza leczącego ubezpieczonego;
3) taką dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie trwałego uszczerbku oraz okoliczności, w jakich do niego doszło.

118. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że świadczenia Ci się należą, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
119. O przyznaniu Ci prawa do świadczeń decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.
120. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku o organizację świadczenia złożonego Centrum Pomocy przez ubezpieczonego lub osobę działającą w jego imieniu. Wniosek zgłasza się pod czynny całodobowo numer telefonu wskazany przez PZU Życie SA w deklaracji przystąpienia.
121. Rozpoczynamy realizację świadczeń niezwłocznie, nie później niż w ciągu 48 godzin od chwili spełnienia określonych w pkt 124-129 warunków niezbędnych do ich organizacji.
122. W przypadku, gdy wniosek o realizację świadczenia w imieniu ubezpieczonego zgłosiła osoba działająca w jego imieniu, realizujemy świadczenia po potwierdzeniu przez ubezpieczonego potrzeby ich organizacji.

123. Realizujemy ostatnie świadczenie należne z tytułu danego zdarzenia ubezpieczeniowego najpóźniej 6 miesięcy od dnia zgłoszenia przez ubezpieczonego pierwszego wniosku uprawniającego do świadczenia z tytułu tego zdarzenia.

124. W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego zgłaszający wniosek o organizację świadczenia zobowiązany jest skontaktować się niezwłocznie z Centrum Pomocy oraz:
1) w celu dopełnienia procedury autoryzacji potwierdzającej, że jest objęty odpowiedzialnością PZU Życie SA, podać następujące informacje:
   a) imię i nazwisko ubezpieczonego,
   b) nr PESEL ubezpieczonego,
   c) nazwę ubezpieczenia,
   d) rodzaj, szczegółowy opis i datę zdarzenia ubezpieczeniowego;
2) przekazać wszelkie dostępne informacje potrzebne do organizacji świadczenia, a w szczególności:
   a) numer telefonu, pod którym Centrum Pomocy może się skontaktować z ubezpieczonym lub osobą występującą w jego imieniu,
   b) dane osoby wskazanej niezbędne do organizacji świadczenia,
   c) dane osoby wskazanej przez ubezpieczonego,
   d) adres domu jako miejsca organizacji świadczenia,
   e) inne dane – o ile są one niezbędne do organizacji świadczenia;
3) postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Pomocy.

125. W przypadku wniosku o realizację:
1) opieki nad dzieckiem;
2) opieki nad osobą niesamodzielną;

ubezpieczony musi podpisać zgodę na powierzenie opieki nad dzieckiem i osobą niesamodzielną (o ile jest opiekunem prawnym osoby niesamodzielnej).

126. W przypadku, gdy świadczenie ma być zrealizowane pod nieobecność ubezpieczonego w domu, ubezpieczony musi udzielić na to pisemnej zgody.

127. Przed rozpoczęciem realizacji świadczenia ubezpieczony zobowiązany jest okazać na wezwanie przybyłej osoby realizującej świadczenie ważny dokument tożsamości oraz:
1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego, jeżeli ubezpieczony zakończył już pobyt w szpitalu lub kartę informacyjną z placówki medycznej potwierdzającą wykonanie operacji albo zaświadczenie o przebyciu operacji chirurgicznej, w przypadku wykonania operacji chirurgicznej, oraz
2) dokument zwolnienia lekarskiego, w przypadku wniosku o realizację świadczenia:
   a) dostarczenia niezbędnych leków,
   b) dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego,
   c) dostarczenia do naprawy przedmiotów użytku osobistego,
   d) skierowanie na rehabilitację w przypadku wniosku o realizację wizyty fizjoterapeuty lub masażysty i transportu na rehabilitację.

128. Wszelkie oświadczenia i zawiadomienia ubezpieczonego dotyczące realizacji świadczenia mogą być skutecznie dokonywane w rozmowie telefonicznej rejestrowanej i archiwizowanej przez PZU Życie SA.

129. Rozmowy telefoniczne prowadzone między PZU Życie SA a wnioskującym są nagrywane.

130. Jeżeli świadczenie zostanie zorganizowane wskutek wprowadzenia PZU Życie SA w błąd lub podania nieprawdy przez zgłaszającego wniosek o jego organizację i w związku z tym PZU Życie SA poniesie koszty takiej organizacji, PZU Życie SA będzie dochodzić od zgłaszającego zwrotu nienależnego świadczenia.

131. PZU Życie SA i Centrum Pomocy nie są zobowiązane do zwrotu kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, jeżeli zdarzenie nie zostało zgłoszone do Centrum Pomocy, chyba że brak zgłoszenia wynikał z siły wyższej, która uniemożliwiła kontakt z Centrum Pomocy.

132. Jeżeli ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu nie mogła skontaktować się z Centrum Pomocy z powodu siły wyższej i we własnym zakresie zorganizowała i pokryła koszty usług, zobowiązana jest w ciągu 7 dni od dnia, w którym skontaktowanie z Centrum Pomocy stało się możliwe, powiadomić o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Ponadto ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu zobowiązana jest do podania przyczyn niemożności skontaktowania się z Centrum Pomocy.

133. W przypadku, o którym mowa w pkt 132 PZU Życie SA jest zobowiązany do zwrotu ubezpieczonemu poniesionych przez niego kosztów, do wysokości faktycznie poniesionych kosztów, nie więcej niż do wysokości limitu kwotowego ustalonego dla danego świadczenia a jeżeli limit nie został ustalony – maksymalnie do kwoty odpowiadającej średniej cenie wykonania tego typu usługi na terenie miejscowości, w której ta usługa została wykonana. Podstawą rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia jest złożenie przez ubezpieczonego dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia: dokumentacji medycznej potwierdzającej zajście zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością PZU Życie SA oraz imiennych rachunków i dowodów zapłaty.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

134. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

ZAŁĄCZNIK
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
ASYSTENT W CZASIE UTRATY ZDROWIA

Lp.	Operacja chirurgiczna
Układ nerwowy	
1.	Kraniotomia z usunięciem ropnia nadtwardówkowego
2.	Kraniotomia z usunięciem krwiaka nadtwardówkowego
3.	Kraniotomia z usunięciem obcego ciała z czaszki
4.	Kraniotomia z usunięciem krwiaka podtwardówkowego
5.	Kraniotomia z usunięciem krwiaka śródmózgowego
6.	Drenaż krwiaka śródmózgowego
7.	Lobotomia/traktotomia
8.	Wycięcie zmiany opony mózgu
9.	Wycięcie tkanki mózgu
10.	Wycięcie guza móżdżku
11.	Usunięcie ropnia móżdżku
12.	Wycięcie guza pnia mózgu
13.	Rekonstrukcja opon mózgowych
14.	Zamknięcie przetoki płynowej opon mózgowo-rdzeniowych
15.	Wentrykulostomia
16.	Pozaczaszkowy drenaż mózgu
17.	Wszczepienie stymulatora mózgu
18.	Operacja tętniaka lub naczyniaka mózgu
19.	Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego
20.	Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego ze stabilizacją
21.	Wycięcie zmiany rdzenia kręgowego
22.	Wycięcie zmiany opon mózgowo-rdzeniowych
23.	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego
24.	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego
25.	Rekonstrukcja nerwu obwodowego
26.	Odbarczenie nerwu czaszkowego
27.	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego
28.	Operacje naprawcze nerwu obwodowego
29.	Operacje naprawcze nerwu współczulnego
30.	Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego
31.	Rekonstrukcja nerwu czaszkowego
32.	Przeszczep nerwu czaszkowego
33.	Drenaż przestrzeni podpajęczynówkowej
34.	Wycięcie lub zniszczenie splotu naczyniówkowego opon mózgowych
35.	Drenaż ropnia przestrzeni podpajęczynówkowej
36.	Podwiązanie tętnicy oponowej środkowej
37.	Kauteryzacja splotu naczyniówkowego opon mózgowych
38.	Podwiązanie naczyń przestrzeni podtwardówkowej
39.	Drenaż przestrzeni podtwardówkowej
40.	Drenaż wodniaka śródczaszkowego
41.	Dekortykacja opon mózgu
42.	Wycięcie zmiany tkanki mózgu
43.	Rozległa resekcja tkanki mózgowej
44.	Usunięcie ropnia pnia mózgu

Lp.	Operacja chirurgiczna
45.	Wycięcie tkanki rdzenia kręgowego
46.	Przecięcie dróg rdzenia kręgowego
47.	Operacja przepukliny oponowej lub rdzeniowej
48.	Drenaż przestrzeni podoponowej rdzenia
49.	Wycięcie nerwiaka nerwu słuchowego
50.	Sympatektomia szyjna
51.	Sympatektomia lędźwiowa
52.	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej
53.	Wycięcie rdzenia kręgowego
54.	Wycięcie opon mózgowo-rdzeniowych
55.	Przeszczep opony twardej mózgu
Układ endokrynologiczny oraz gruczoł sutkowy	
56.	Częściowe wycięcie tarczycy
57.	Całkowite wycięcie tarczycy
58.	Wycięcie przewodu tarczowo-językowego
59.	Częściowe wycięcie przytarczyc
60.	Całkowite wycięcie przytarczyc
61.	Częściowe wycięcie nadnerczy
62.	Obustronne wycięcie nadnerczy
63.	Operacja szyszynki
64.	Wycięcie przysadki mózgowej
65.	Częściowe wycięcie grasicy
66.	Całkowite wycięcie grasicy
67.	Torakoskopowe wycięcie grasicy
68.	Transplantacja grasicy
69.	Wycięcie zmiany piersi
70.	Subtotalna mammektomia
71.	Wycięcie brodawki sutkowej
72.	Rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej
73.	Jednostronne całkowite wycięcie piersi
74.	Obustronne całkowite wycięcie piersi
75.	Całkowita jednoczasowa rekonstrukcja piersi
76.	Jednostronny wszczep do piersi
77.	Przeszczep skóry na pierś
78.	Przeszczep uszypułowany na pierś
79.	Rekonstrukcja piersi płatem mięśniowym
80.	Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym
81.	Całkowita obustronna jednoczasowa rekonstrukcja piersi
Oko	
82.	Wycięcie gruczołu łzowego
83.	Wycięcie zmiany gruczołu łzowego
84.	Wycięcie woreczka łzowego lub dróg łzowych
85.	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową
86.	Wycięcie zmiany ze spojówki
87.	Operacja naprawcza skaleczenia spojówki
88.	Usunięcie zrostów spojówki lub powieki
89.	Rekonstrukcja spojówki z przeszczepem
90.	Wycięcie skrzydlika rogówki
91.	Przeszczep rogówki

Lp.	Operacja chirurgiczna
92.	Nacięcie tęczówki
93.	Usunięcie zrostów tęczówki
94.	Wycięcie tęczówki
95.	Wycięcie zmiany tęczówki
96.	Trepanacja twardówki z całkowitym usunięciem tęczówki
97.	Wytworzenie przetoki twardówki
98.	Usunięcie zmiany twardówki
99.	Naprawa garbiaka twardówki
100.	Wzmocnienie twardówki
101.	Usunięcie ciała szklistego
102.	Całkowite usunięcie mięśnia okoruchowego
103.	Wycięcie gałki ocznej
104.	Zabieg naprawczy pourazowych uszkodzeń struktur oka
105.	Operacyjne zaopatrzenie pękniętej gałki ocznej
106.	Wycięcie zmiany oczodołu
107.	Osteoplastyka oczodołu
108.	Usunięcie lub wycięcie zmiany ciałka rzęskowego
Ucho	
109.	Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego
110.	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych
111.	Operacja naprawcza błony bębenkowej
112.	Operacja naprawcza wyrostka sutkowatego
113.	Wycięcie zmiany ucha środkowego
114.	Wycięcie zmiany ucha wewnętrznego
115.	Drenaż ucha wewnętrznego
116.	Ablacja struktur ucha wewnętrznego
117.	Rekonstrukcja ucha wewnętrznego
118.	Operacja przetoki ucha wewnętrznego
119.	Wszczepienie protezy ślimaka
120.	Wytworzenie przetoki limfatycznej
121.	Odbarczenie błędnika
Układ oddechowy	
122.	Operacyjne tamowanie krwotoku z nosa z podwiązaniem tętnic
123.	Wycięcie małżowiny wewnętrznej nosa (nie obejmuje wycięcia za pomocą diatermii, krioterapii, laserochirurgii)
124.	Wycięcie nosa
125.	Otwarcie zatoki szczękowej
126.	Wycięcie zmiany zatoki szczękowej
127.	Otwarcie zatoki czołowej
128.	Wycięcie zmiany zatoki czołowej
129.	Obliteracja zatoki czołowej
130.	Wycięcie zatoki czołowej
131.	Otwarcie komórek sitowych
132.	Wycięcie komórek sitowych
133.	Otwarcie zatoki klinowej
134.	Usunięcie zatoki klinowej
135.	Otwarcie wielu zatok nosa
136.	Wycięcie gardła
137.	Wycięcie zmiany gardła
138.	Rozszerzanie gardła

Lp.	Operacja chirurgiczna
139.	Operacje naprawcze nozdrzy tylnych
140.	Operacje naprawcze gardła po usunięciu nowotworu
141.	Zamknięcie przetoki gardła
142.	Wycięcie częściowe krtani
143.	Wycięcie całkowite krtani
144.	Wycięcie zmiany krtani
145.	Rozszerzenie krtani
146.	Operacja przetoki krtani
147.	Wycięcie chrząstki krtani
148.	Operacja naprawcza krtani
149.	Wycięcie strun głosowych
150.	Wszczepienie protezy głosowej
151.	Jednoczasowe wycięcie krtani i gardła
152.	Przeszczep krtani
153.	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)
154.	Operacja naprawcza tchawicy
155.	Operacja przetoki tchawicy
156.	Całkowita jednoczasowa rekonstrukcja krtani i tchawicy
157.	Częściowe wycięcie tchawicy
158.	Operacja naprawcza oskrzela
159.	Operacja przetoki oskrzelowej
160.	Wycięcie zmiany oskrzela
161.	Wycięcie oskrzela
162.	Wycięcie zmiany płuca
163.	Wycięcie płuca
164.	Przeszczep płuca
165.	Jednoczasowy przeszczep płuca i serca
166.	Wycięcie zmiany śródpiersia
167.	Rekonstrukcja przewodu zatokowo-nosowego
Jama ustna	
168.	Wycięcie zmiany języka
169.	Częściowe wycięcie języka
170.	Całkowite usunięcie języka
171.	Wycięcie zmiany ślinianki
172.	Częściowe wycięcie ślinianki
173.	Całkowite usunięcie ślinianki
174.	Operacje naprawcze ślinianki lub przewodu ślinowego
175.	Zamknięcie przetoki ślinowej
176.	Wycięcie zmiany podniebienia twardego
177.	Wycięcie zmiany podniebienia miękkiego
178.	Korekcja rozszczepu podniebienia
179.	Wycięcie zmiany wargi
180.	Wycięcie zmiany śluzówki jamy ustnej
181.	Rekonstrukcja struktur jamy ustnej z przeszczepem (nie obejmuje rekonstrukcji zębów i dziąseł)
182.	Wycięcie języczka
183.	Wycięcie zmiany migdałka
Przewód pokarmowy	
184.	Częściowe wycięcie przełyku
185.	Całkowite wycięcie przełyku

Lp.	Operacja chirurgiczna
186.	Śródpiersiowe zespolenie omijające przełyku
187.	Wytworzenie sztucznego przełyku
188.	Zamostkowe wytworzenie przełyku
189.	Przedmostkowe zespolenie omijające przełyku
190.	Wprowadzenie endoprotezy przełyku
191.	Szycie rozerwania przełyku
192.	Usunięcie zwężenia przełyku
193.	Podwiązanie żylaków przełyku
194.	Jednoczasowe całkowite usunięcie przełyku i żołądka
195.	Wytworzenie przetoki przełykowej
196.	Operacja przetoki żołądkowej
197.	Podwiązanie żylaków wpustu żołądka
198.	Pyloromyotomia
199.	Pyloroplastyka
200.	Częściowe wycięcie żołądka
201.	Całkowite wycięcie żołądka
202.	Wagotomia w chorobie wrzodowej żołądka
203.	Zaszycie wrzodu żołądka
204.	Zatamowanie krwotoku w żołądku
205.	Zatamowanie krwotoku w dwunastnicy
206.	Zespolenie omijające żołądka
207.	Operacja antyrefluksowa
208.	Szycie rozerwania żołądka
209.	Inwersja uchyłka żołądka
210.	Wycięcie dwunastnicy
211.	Zaszycie wrzodu dwunastnicy
212.	Wagotomia w chorobie wrzodowej dwunastnicy
213.	Zespolenie omijające dwunastnicy
214.	Operacja przetoki dwunastniczej
215.	Szycie rozerwanej dwunastnicy
216.	Częściowe wycięcie jelita cienkiego
217.	Całkowite wycięcie jelita cienkiego
218.	Zespolenie omijające jelita cienkiego
229.	Zamknięcie przetoki jelita cienkiego
220.	Wyłonienie jelita cienkiego
221.	Rekonstrukcja przetoki jelitowej
222.	Szycie rozerwanego jelita cienkiego
223.	Odprowadzenie skrętu jelita
224.	Odprowadzenie wgłobienia jelita
225.	Ufiksowanie jelita cienkiego
226.	Plikacja jelita cienkiego
227.	Wycięcie cysty lub zatoki pilonidalnej
228.	Wycięcie kątnicy
229.	Operacja przepukliny przeponowej
230.	Wycięcie poprzecznicy
231.	Hemikolektomia prawostronna
232.	Hemikolektomia lewostronna
233.	Wycięcie esicy
234.	Totalna śródbrzuszna kolektomia

Lp.	Operacja chirurgiczna
235.	Zespolenie omijające jelita grubego
236.	Operacja przetoki jelita grubego
237.	Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego
238.	Wyłonienie jelita grubego
239.	Plikacja jelita grubego
240.	Ufiksowanie jelita grubego
241.	Szycie rozerwania jelita grubego
242.	Opierścienienie odbytu
243.	Operacja przetoki odbytu
244.	Wszczepienie sztucznego zwieracza odbytu
245.	Operacja wypadającego odbytu
246.	Wycięcie odbytu
247.	Szycie rozerwania odbytnicy
248.	Wycięcie odbytnicy
249.	Ufiksowanie odbytnicy
250.	Przeszczep mięśnia smukłego
251.	Wycięcie wyrostka robaczkowego
Narządy jamy brzusznej	
252.	Częściowe wycięcie śledziony
253.	Całkowite wycięcie śledziony
254.	Wycięcie zmiany śledziony
255.	Przeszczep śledziony
256.	Częściowe wycięcie wątroby
257.	Całkowite wycięcie wątroby
258.	Wycięcie zmiany wątroby
259.	Przeszczep wątroby
260.	Wewnątrznaczyniowa operacja na naczyniach wątrobowych
261.	Ufiksowanie wątroby
262.	Zespolenie przewodu wątrobowego
263.	Wycięcie pęcherzyka żółciowego
264.	Wycięcie zmiany trzustki
265.	Cholecystostomia (wytworzenie przetoki pęcherzyka żółciowego)
266.	Szycie przewodu żółciowego
267.	Wycięcie dróg żółciowych
268.	Zespolenie przewodu żółciowego
269.	Wycięcie zmiany dróg żółciowych
270.	Plastyka przewodu żółciowego wspólnego
271.	Zespolenie pęcherzyka żółciowego
272.	Wycięcie brodawki Vatera
273.	Wycięcie przewodu pęcherzykowego
274.	Wytworzenie przetoki torbieli trzustki
275.	Częściowe wycięcie trzustki
276.	Całkowite wycięcie trzustki
277.	Jednoczasowe całkowite wycięcie trzustki i dwunastnicy
278.	Operacja Whipple'a
279.	Zespolenie trzustki
280.	Zespolenie przewodu trzustkowego
Serce	
281.	Zamknięta walwulotomia

Lp.	Operacja chirurgiczna
282.	Otwarta walwuloplastyka
283.	Wszczepienie zastawki aortalnej
284.	Wszczepienie zastawki mitralnej
285.	Wszczepienie zastawki płucnej
286.	Wszczepienie zastawki trójdzielnej
287.	Operacja naprawcza pierścienia zastawki
288.	Przezskórna walwuloplastyka
289.	Zamknięcie przewodu tętniczego Botalla
290.	Zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego
291.	Zamknięcie ubytku międzykomorowego
292.	Zamknięcie ubytku przegrody serca
293.	Całkowita korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych
294.	Przezskórna angioplastyka wieńcowa
295.	Pomostowanie tętnic wieńcowych
296.	Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej
297.	Operacje mięśni brodawkowatych serca
298.	Operacje nici ścięgnistych serca
299.	Wycięcie osierdzia
300.	Operacja naprawcza tętniaka serca
301.	Wycięcie tętniaka serca
302.	Przebudowanie komory serca
303.	Chirurgicznie zmniejszenie komory serca
304.	Przeszczep serca
305.	Wszczepienie sztucznego serca
306.	Wszczepienie systemu mechanicznego wspomagania serca
307.	Wszczepienie systemu stymulującego serce
308.	Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora
309.	Wszczepienie układu resynchronizującego serce CRT
310.	Otwarta koronaroplastyka
311.	Operacje beleczek mięśniowych serca
312.	Pomosty dla rewaskularyzacji serca
313.	Przezskórna operacja tętnicy płucnej
314.	Przezskórne zamknięcie uszka przedsionka
Naczynia tętnicze oraz żylne	
315.	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej
316.	Pomostowanie tętnicy szyjnej
317.	Rekonstrukcja tętnic brzusznych
318.	Endarterektomia tętnic kończyny dolnej
319.	Wycięcie lub zespolenie tętnic kończyny dolnej
320.	Pomostowanie aorty brzusznej lub tętnic kończyn dolnych
321.	Operacja tętniaka tętnicy mózgowej
322.	Operacja naprawcza aorty
323.	Pomost aorty brzusznej lub tętnic brzusznych
324.	Rekonstrukcja innej tętnicy
325.	Szycie tętnicy
326.	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej
327.	Pomostowanie tętnicy podobojczykowej
328.	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza aorty
329.	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza tętnic kończyn dolnych

Lp.	Operacja chirurgiczna
330.	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza gałęzi trzewnych aorty
331.	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza tętnicy mózgowej
332.	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza innej tętnicy
333.	Wycięcie tętniaka z zespoleniem żył: brzusznych, biodrowych, wrotnych, nerkowych, śledzionowych, żyły głównej dolnej
334.	Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego z zespoleniem
335.	Wewnątrznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej
336.	Rekonstrukcja tętnicy mózgowej
337.	Rekonstrukcja tętnicy płucnej
338.	Wycięcie tętniaka naczyń klatki piersiowej
339.	Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego ze wstawką
340.	Wycięcie tętniaka naczyń kończyny górnej
341.	Endarterektomia naczyń kończyny górnej
342.	Zespolenie żył jamy brzusznej
Układ moczowy	
343.	Operacja torbieli nerki
344.	Ewakuacja kamienia z nerki
345.	Pielostomia
346.	Wycięcie lub zniszczenie zmiany układu kielichowo-miedniczkowego
347.	Wycięcie lub zniszczenie zmiany nerki
348.	Ablacja termiczna zmiany nerki
349.	Wycięcie kielicha nerkowego
350.	Częściowe wycięcie nerki
351.	Całkowite wycięcie nerki
352.	Obustronne jednoczasowe wycięcie nerek
353.	Przeszczep nerki
354.	Umocowanie lub podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej
355.	Zaopatrzenie uszkodzenia urazowego nerki
356.	Operacja przetoki nerkowej (nie obejmuje przezskórnego wytworzenia przetoki)
357.	Zespolenie układu moczowego
358.	Plastyka układu moczowego
359.	Usunięcie skrzepu z układu moczowego
360.	Ewakuacja kamienia z układu moczowego
361.	Całkowite usunięcie zmiany z moczowodu
362.	Korekcja zwężenia moczowodu
363.	Nacięcie moczowodu
364.	Częściowe wycięcie moczowodu
365.	Całkowite wycięcie moczowodu
366.	Operacja przetoki moczowodowej
367.	Reimplantacja moczowodu do pęcherza moczowego
368.	Wszczepienie moczowodu do jelita
369.	Wytworzenie końcowej przetoki kałowej z wszczepieniem moczowodów
370.	Reimplantacja moczowodu
371.	Zeszycie rany moczowodu
372.	Umocowanie moczowodu
373.	Operacja moczowodu objętego zwłóknieniem zaotrzewnowym
374.	Operacja przeciwodpływowa zewnątrzpęcherzowa
375.	Uzupełnienie moczowodu wszczepem
376.	Protezowanie moczowodu

Lp.	Operacja chirurgiczna
377.	Sfałdowanie moczowodu
378.	Uwolnienie moczowodu ze zrostów
379.	Wszczepienie elektronicznego stymulatora moczowodu
380.	Ewakuacja kamienia z pęcherza moczowego
381.	Operacja naprawcza ujścia pęcherza moczowego
382.	Plastyka pęcherza i cewki moczowej
383.	Operacja naprawcza uchyłka pęcherza moczowego
384.	Plastyka ujścia pęcherza moczowego
385.	Sfałdowanie ujścia pęcherza moczowego
386.	Korekcja zwężenia cewki moczowej
387.	Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza
388.	Operacja przetoki pęcherza moczowego
389.	Wycięcie lub zniszczenie zmiany pęcherza moczowego
390.	Wycięcie uchyłka pęcherza moczowego
391.	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego
392.	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego
393.	Operacja przetoki pochwowej
394.	Wytworzenie zastępczego pęcherza moczowego
395.	Operacja naprawcza cewki moczowej
396.	Operacja przetoki cewki moczowej
397.	Sfałdowanie cewki moczowej
398.	Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej
399.	Wszczepienie protezy cewki moczowej
400.	Operacja spodziectwa
401.	Operacyjne leczenie nietrzymania moczu
402.	Wycięcie lub zniszczenie tkanki stercza
403.	Wycięcie lub zniszczenie zmiany stercza
404.	Całkowite wycięcie stercza
405.	Wycięcie zmiany cewki moczowej
406.	Wycięcie uchyłka cewki moczowej
407.	Operacja przetoki macicznej
408.	Rekonstrukcja pęcherza moczowego
409.	Operacja naprawcza pęcherza moczowego
410.	Wytworzenie zespolenia pęcherza moczowego
411.	Wszczepienie elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego
412.	Częściowe wycięcie cewki moczowej
413.	Całkowite wycięcie cewki moczowej
Narządy płciowe męskie	
414.	Operacja wodniaka jądra
415.	Wycięcie zmiany jądra
416.	Jednostronne wycięcie jądra
417.	Wycięcie jedynego jądra
418.	Wycięcie obu jąder jednoczasowe
419.	Sprowadzenie jąder
420.	Protezowanie jądra
421.	Operacja żylaków powrózka nasiennego
422.	Operacja naprawcza powrózka nasiennego
423.	Przeszczep powrózka nasiennego
424.	Operacja pęcherzyków nasiennych

Lp.	Operacja chirurgiczna
425.	Operacja najądrza
426.	Wycięcie najądrza
427.	Wycięcie nasieniowodu
428.	Wycięcie lub zniszczenie zmiany prącia
429.	Całkowite wycięcie prącia
430.	Częściowe wycięcie prącia
431.	Protezowanie prącia
432.	Reimplantacja prącia
433.	Operacja naprawcza prącia
434.	Operacja naprawcza napletka
435.	Wycięcie moszny
Żeński układ rozrodczy	
436.	Operacja gruczołu Bartholina
437.	Wycięcie lub zniszczenie zmiany w zatoce Douglasa
438.	Zamknięcie zatoki Douglasa
439.	Wycięcie zmiany pochwy
440.	Wycięcie pochwy
441.	Operacja naprawcza pochwy
442.	Operacja przetoki pochwowej
443.	Rekonstrukcja sklepienia pochwy
444.	Wycięcie zmiany sromu
445.	Wycięcie sromu
446.	Uwolnienie zrostów sromu
447.	Operacja łechtaczki
448.	Operacja jajnika lub jajowodu
449.	Obustronne wycięcie jajników lub jajowodów
450.	Wycięcie zmiany szyjki macicy
451.	Usunięcie mięśniaków macicy
452.	Całkowite lub częściowe wycięcie zmiany trzonu macicy
453.	Operacja naprawcza przegrody macicy
454.	Usunięcie zrostów macicy
455.	Zniszczenie zmiany trzonu macicy
456.	Przyszycie macicy do powłok brzusznych
457.	Szycie rozdarcia macicy
458.	Zamknięcie przetoki macicy
459.	Zabieg naprawczy poporodowego rozdarcia macicy
460.	Zabieg naprawczy wrodzonej wady macicy
461.	Całkowite lub częściowe wycięcie macicy
462.	Operacje aparatu zawieszającego macicę
Skóra	
463.	Przeszczep wolny skóry
464.	Przeszczep płata skóry owłosionej
465.	Przeszczep innej niż własna tkanki do skóry
466.	Uszypułowany lub płatowy przeszczep skóry
467.	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry
468.	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórnego
460.	Przeszczep płata skórno-powięziowego
470.	Wprowadzenie ekspandera pod skórę
471.	Przeszczep śluzówki

Lp.	Operacja chirurgiczna
Tkanki miękkie	
472.	Uwolnienie ścięgna
473.	Wycięcie torbieli bocznej szyi
474.	Wycięcie pozostałości szczeliny skrzelowej
475.	Wycięcie zmiany ściany klatki piersiowej z usunięciem żebra lub żeber
476.	Dekortykacja płuca
477.	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej
478.	Torakoplastyka
479.	Operacja naprawcza przepony
480.	Zamknięcie przetoki przepony
481.	Szycie rany przepony
482.	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych
483.	Operacja przepukliny pachwinowej obustronna
484.	Operacja przepukliny pachwinowej jednostronna
485.	Operacja przepukliny pępkowej
486.	Operacja przepukliny udowej jednostronna
487.	Operacja przepukliny udowej obustronna
488.	Operacja przepukliny ściany jamy brzusznej o nieokreślonym umiejscowieniu
489.	Operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej
490.	Plikacja przepony
491.	Operacja moczownika
492.	Wycięcie tkanek otrzewnowej
493.	Operacja naprawcza dotycząca sieci
494.	Wycięcie zmiany sieci
495.	Operacja naprawcza dotycząca krezki jelita
496.	Wycięcie zmiany krezki jelita
497.	Wycięcie zmiany otrzewnej
498.	Uwolnienie zrostów otrzewnowych
499.	Operacja przewodu limfatycznego
500.	Wycięcie ścięgna
501.	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna
502.	Operacja kaletki
503.	Wycięcie powięzi
504.	Wycięcie mięśnia
505.	Uwolnienie przykurczu mięśnia
506.	Operacja naprawcza ścięgna
507.	Operacja naprawcza mięśnia
508.	Przeszczepienie mięśnia
509.	Uwolnienie mięśnia
510.	Wycięcie zmiany lub tkanki przepony
511.	Zabieg naprawczy opłucnej
512.	Operacja naprawcza przepukliny kulszowej
513.	Operacja naprawcza przepukliny kulszowo odbytniczej
514.	Operacja naprawcza przepukliny lędźwiowej
515.	Operacja naprawcza przepukliny zasłonowej
516.	Operacja naprawcza przepukliny sieciowej
517.	Operacja naprawcza przepukliny zaotrzewnowej
518.	Operacja naprawcza otrzewnej
519.	Wycięcie pochewki ścięgna

Lp.	Operacja chirurgiczna
520.	Operacja naprawcza dotycząca powięzi
521.	Operacja przetoki powięzi
522.	Wycięcie powięzi
Kości i stawy szkieletu i kręgosłupa	
523.	Podniesienie złamanego fragmentu czaszki
524.	Uzupełnienie ubytku kości czaszki
525.	Otwarte nastawienie złamania kości nosa
526.	Wycięcie zmiany kości twarzoczaszki
527.	Wycięcie kości twarzoczaszki
528.	Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej
529.	Otwarte nastawienie złamania szczęki
530.	Otwarte nastawienie złamania żuchwy
531.	Otwarte nastawienie kości twarzy
532.	Otwarte nastawienie złamania oczodołu
533.	Przeszczep kostny kości twarzy
534.	Otwarte nastawienie zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego
535.	Częściowe wycięcie żuchwy
536.	Całkowite wycięcie żuchwy
537.	Wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa
538.	Usunięcie przepukliny jądra miażdżystego
539.	Usztywnienie (artrodeza) stawów kręgosłupa
540.	Operacja odbarczająca kręgosłup szyjny
541.	Operacja złamania kręgu
542.	Rekonstrukcja wielu kości twarzoczaszki
543.	Rekonstrukcja jednej kości twarzoczaszki
544.	Wycięcie zmiany kości
545.	Wycięcie martwaka kości
546.	Osteotomia bez rozdzielenia (nie obejmuje osteotomii w obrębie stóp i rąk)
547.	Osteotomia klinowa (nie obejmuje osteotomii w obrębie stóp i rąk)
548.	Inna osteotomia (nie obejmuje osteotomii w obrębie stóp i rąk)
549.	Resekcja kości (nie obejmuje resekcji w obrębie stóp i rąk)
550.	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną
551.	Otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną
552.	Zamknięta stabilizacja oddzielonej nasady kości
553.	Otwarta stabilizacja oddzielonej nasady kości
554.	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu złamania kości
555.	Uwolnienie torebki stawowej
556.	Uwolnienie stawu
557.	Uwolnienie więzadła
558.	Otwarte nastawienie zwichnięcia
559.	Wycięcie łąkotki kolana
560.	Usztywnienie (artrodeza) stawu biodrowego
561.	Usztywnienie (artrodeza) stawu kolanowego
562.	Usztywnienie (artrodeza) stawu barkowego
563.	Usztywnienie (artrodeza) stawu łokciowego
564.	Operacja stabilizująca więzadła stawu kolanowego
565.	Operacja stabilizująca staw barkowy
566.	Szycie torebki stawowej lub więzadeł kończyny górnej
567.	Operacja stabilizująca rzepkę stawu kolanowego

Lp.	Operacja chirurgiczna
568.	Szycie torebki stawowej lub więzadeł kończyny dolnej
569.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego
570.	Częściowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego
571.	Artroplastyka nadgarstka lub śródręcza
572.	Artroplastyka śródręczno-paliczkowa i międzypaliczkowa
573.	Całkowita endoproteza nadgarstka
574.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu stopy lub stawu palca stopy
575.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu skokowego
576.	Rekonstrukcja mikrochirurgiczna naczyń lub nerwów stopy
577.	Policyzacja palca
578.	Całkowita rekonstrukcja kciuka
570.	Częściowa endoprotezoplastyka stawu barkowego
580.	Częściowa endoprotezoplastyka stawu łokciowego
581.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu barkowego
582.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu łokciowego
583.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego
584.	Całkowite wycięcie kości ektopowej
585.	Częściowe wycięcie kości ektopowej
Pozostałe	
586.	Amputacja kciuka
587.	Amputacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka
588.	Wyłuszczenie nadgarstka
589.	Amputacja kończyny górnej na wysokości przedramienia
590.	Wyłuszczenie w stawie łokciowym
591.	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia
592.	Wyłuszczenie w stawie barkowym
593.	Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki
594.	Amputacja palucha
595.	Amputacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego
596.	Wyłuszczenie w stawie skokowym
597.	Amputacja kończyny dolnej na wysokości podudzia
598.	Amputacja kończyny dolnej na wysokości kolana
599.	Wyłuszczenie w stawie kolanowym
600.	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda
601.	Wyłuszczenie w stawie biodrowym
602.	Amputacja kończyny dolnej z częścią miednicy
603.	Replantacja kciuka
604.	Replantacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka
605.	Replantacja kończyny górnej na wysokości ramienia
606.	Replantacja palucha
607.	Replantacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego
608.	Replantacja kończyny dolnej na wysokości podudzia
609.	Replantacja kończyny dolnej na wysokości uda
610.	Przeszczep całej twarzy

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA W RAZIE WYPADKU

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE W RAZIE WYPADKU

Kod warunków: PWGP55

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 W Razie Wypadku, kod warunków: PWGP55 (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 jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA - CO UBEZPIECZAMY?

Ubezpieczamy:
- życie i zdrowie ubezpieczonego,
- zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest śmierć małżonka albo partnera życiowego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje poniższe zdarzenia, jeśli wystąpią one w okresie ochrony:
- śmierć ubezpieczonego, jeśli spowodował ją tylko taki nieszczęśliwy wypadek:
  - którym jest wypadek komunikacyjny,
  - którym jest wypadek komunikacyjny w porze nocnej,
  - którym jest wypadek komunikacyjny w pracy,
  - którym jest wypadek komunikacyjny z udziałem samochodu ciężarowego,
  - którym jest pożar albo zatrucie tlenkiem węgla,
  - którym jest utonięcie,
  - którym jest wybuch gazu,
  - którym jest porażenie prądem albo uderzenie pioruna,
  - który nastąpił wskutek uprawiania sportu,
  - który nastąpił wskutek uprawiania niebezpiecznego sportu,
  - który nastąpił wskutek uprawiania sportu na kółkach,
  - który nastąpił wskutek uprawiania narciarstwa albo snowboardingu,
- zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest śmierć małżonka albo partnera życiowego, która nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku będącego wypadkiem komunikacyjnym,
- oparzenia u ubezpieczonego, które nastąpiły w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- trwałe inwalidztwo ubezpieczonego, które spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek, którym jest: wypadek komunikacyjny, pożar, wybuch gazu, porażenie prądem albo uderzenie pioruna,
- złamanie kości przez ubezpieczonego, jakie spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił wskutek: uprawiania sportu na kółkach, uprawiania joggingu, gry w piłkę.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

Świadczenie wypłacamy ubezpieczonemu albo uposażonemu, gdy dojdzie do zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
Jeżeli śmierć ubezpieczonego spowoduje opisany powyżej szczególny rodzaj nieszczęśliwego wypadku, to wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 500% sumy ubezpieczenia.
Po śmierci małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego, którą spowodował wypadek komunikacyjny, wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 500% sumy ubezpieczenia.
Wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w razie oparzeń, które spowodował nieszczęśliwy wypadek w wysokości 100% sumy ubezpieczenia. W razie całkowitego trwałego inwalidztwa wypłacimy pieniądze w wysokości 100% sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy

wypadek, natomiast w razie częściowego inwalidztwa oraz złamania kości wypłacimy ubezpieczonemu określony w tabeli w ogólnych warunkach ubezpieczenia procent sumy ubezpieczeniowej aktualnej w dniu zaistnienia szczególnego rodzaju nieszczęśliwego wypadku.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus albo w trakcie jego trwania.

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.
Jeśli w danym wariancie polisy występują dwa zakresy – podstawowy i rozszerzony to ubezpieczony może przystąpić tylko do jednego z nich.

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 na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

JAK I KIEDY PŁACI 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.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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:

- braku naszej ochrony w czasie wystąpienia zdarzenia,
- jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
  - bez uprawnień, które są określone w przepisach prawa lub
  - bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów, które dopuszczają do ruchu lub
  - w stanie po użyciu alkoholu albo 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 zdarzenia,
- w wyniku wyczynowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego.

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 ppkt 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia W Razie Wypadku, kod warunków PWGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika 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 pkt 4-8 pkt 13-15 pkt 34-44 pkt 45-51 pkt 52-56 pkt 57
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 6-8 pkt 10-11 pkt 12 pkt 31-32 pkt 33 pkt 47 pkt 52 pkt 57

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA W RAZIE WYPADKU

Kod OWU: PWGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia W Razie Wypadku uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

1) **gra w piłkę** – rekreacyjna gra w piłkę co najmniej dwóch osób;
2) **jogging** – rekreacyjna forma biegu na świeżym powietrzu, poza obiektami zamkniętymi – w której nie ma elementów rywalizacji;
3) **leczenie szpitalne** – stacjonarne leczenie w zakładzie lecznictwa zamkniętego, gdzie bada się i leczy chorych, którzy wymagają stałej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej;
4) **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 osoby, która uległa nieszczęśliwemu wypadkowi.

   Nasza ochrona obejmuje taki nieszczęśliwy wypadek, który jest:
   - wypadkiem komunikacyjnym,
   - wypadkiem komunikacyjnym w porze nocnej,
   - wypadkiem komunikacyjnym w pracy,
   - wypadkiem komunikacyjnym z udziałem samochodu ciężarowego,
   - pożarem,
   - zatruciem tlenkiem węgla,
   - utonięciem,
   - wybuchem gazu,
   - porażeniem prądem albo uderzeniem pioruna,
   - wypadkiem wskutek uprawiania sportu,
   - wypadkiem wskutek uprawiania niebezpiecznego sportu,
   - wypadkiem wskutek uprawiania sportu na kółkach,
   - wypadkiem wskutek uprawiania narciarstwa albo snowboardingu,
   - wypadkiem, który powoduje oparzenia;
5) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
6) **oparzenia** – uszkodzenia skóry, które wymagają leczenia szpitalnego i obejmują:
   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;
7) **pora nocna** – godziny od 22.00 do 6.00 czasu lokalnego;
8) **porażenie prądem** – zdarzenie, podczas którego przez ciało ubezpieczonego przepłynął prąd elektryczny;
9) **pożar** – działanie ognia, który przedostał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i rozprzestrzenił się o własnej sile;
10) **praca** – zwykłe czynności lub polecenia przełożonego wykonywane przez ubezpieczonego w ramach stosunku prawnego, w którym ubezpieczony pozostawał w chwili zajścia zdarzenia. Za pracę nie uznaje się zdarzeń zaistniałych w drodze do pracy lub z pracy;
11) **samochód ciężarowy** – samochód ciężarowy o dopuszczalnej masie całkowitej (DMC), która przekracza 12 ton;
12) **statek** – pasażerski albo towarowy statek morski, albo statek śródlądowy, który ma napęd silnikowy lub żaglowy – statkiem nie są okręty wojenne;
13) **stosunek prawny** – umowa o pracę lub inny stosunek cywilnoprawny, z tytułu którego, na dzień wystąpienia zdarzenia, istnieje prawny obowiązek opłacania składek na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych;

14) **trwałe inwalidztwo** – uszkodzenie ciała, które spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek, jak wypadek komunikacyjny, pożar, wybuch gazu, porażenie prądem albo uderzenie pioruna i:
   a) skutkuje trwałą i całkowitą niezdolnością do pracy w jakimkolwiek zawodzie oraz trwałą niezdolnością do samodzielnej egzystencji (konieczność pomocy innej osoby w zaspokajaniu co najmniej dwóch podstawowych potrzeb życiowych, do których zaliczamy mycie, ubieranie, spożywanie posiłków, przemieszczanie w obrębie domu) – tzw. całkowite trwałe inwalidztwo lub
   b) polega na trwałej utracie organu lub organów, które wymieniamy w pkt 4 ppkt 4, lub na trwałej i całkowitej utracie funkcji w tym organie lub organach – tzw. częściowe trwałe inwalidztwo;
15) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
16) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
17) **uderzenie pioruna** – wyładowanie atmosferyczne, które zadziała bezpośrednio na ubezpieczonego;
18) **uprawianie niebezpiecznego sportu** – rekreacyjne uprawianie sportów:
   a) wodnych: sportów motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfingu, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem, który umożliwia oddychanie pod wodą, raftingu, żeglarstwa,
   b) powietrznych: baloniarstwa, bungee jumpingu, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych,
   c) lądowych: speleologii, sportów hippicznych, wspinaczki wysokogórskiej lub skałkowej, snowboardingu, narciarstwa, zorbingu i sportów walki;
19) **uprawianie sportu** – rekreacyjna aktywność fizyczna w czasie wolnym;
20) **uprawianie sportu na kółkach** – rekreacyjne przemieszczanie się pojazdem sportowym lub na sprzęcie sportowym na kołach lub kółkach. Pojazd sportowy lub sprzęt sportowy:
   a) jest napędzany jedynie siłą mięśni ubezpieczonego oraz
   b) nie ma silnika, nawet jeśli może być napędzany siłą mięśni;
21) **utonięcie** – uduszenie, które nastąpiło wskutek zablokowania dróg oddechowych w czasie, gdy ubezpieczony zanurzył się w płynie;
22) **wybuch gazu** – gwałtowna zmiana stanu równowagi układu z jednoczesnym wyzwoleniem się gazów. Zmianę wywołuje właściwość gazów do rozprzestrzeniania się;
23) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek wywołany:
   a) ruchem pojazdu na drodze (pojazdem jest również tramwaj) – jeśli ubezpieczony lub małżonek albo partner życiowy brał w nim udział jako uczestnik ruchu (zgodnie z ustawą Prawo o ruchu drogowym),
   b) ruchem pojazdu kolejowego, którego porusza pojazd trakcyjny (pojazd z własnym napędem) oraz ruchem metra – jeśli ubezpieczony lub małżonek albo partner życiowy był 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 ubezpieczony lub małżonek albo partner życiowy był 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 ubezpieczony lub małżonek albo partner życiowy był członkiem załogi lub pasażerem, gdy statek:
      – zatonął albo został uszkodzony, albo
      – zaginął lub znajduje się w miejscu, do którego nie ma dostępu;
24) **złamanie kości** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej, które spowodował nieszczęśliwy wypadek wskutek:
   a) uprawiania sportu na kółkach,
   b) uprawiania joggingu,
   c) gry w piłkę.

   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:
1) Twoje życie i zdrowie,
2) 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 dodatkowego obejmuje poniższe zdarzenia, jeśli wystąpią one w okresie ochrony.

<table>
<tr><th>Zdarzenie</th><th>Jaki procent sumy ubezpieczenia wypłacimy?</th></tr>
<tr><td>1) śmierć ubezpieczonego, jeśli spowodował ją tylko taki nieszczęśliwy wypadek:
a) którym jest wypadek komunikacyjny,
b) którym jest wypadek komunikacyjny w porze nocnej,
c) którym jest wypadek komunikacyjny w pracy,
d) którym jest wypadek komunikacyjny z udziałem samochodu ciężarowego,
e) którym jest pożar albo zatrucie tlenkiem węgla,
f) którym jest utonięcie,
g) którym jest wybuch gazu,
h) którym jest porażenie prądem albo uderzenie pioruna,
i) który nastąpił wskutek uprawiania sportu,
j) który nastąpił wskutek uprawiania niebezpiecznego sportu,
k) który nastąpił wskutek uprawiania sportu na kółkach,
l) który nastąpił wskutek uprawiania narciarstwa albo snowboardingu;</td><td>500% sumy ubezpieczenia

Jeśli śmierć ubezpieczonego nastąpi w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, który spełnia definicje więcej niż jednego wypadku, to zsumujemy kwoty do wypłaty za każdy rodzaj nieszczęśliwego wypadku.

PRZYKŁAD
Jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpi w wyniku wypadku komunikacyjnego w nocy z udziałem samochodu ciężarowego i w czasie wypadku ubezpieczony był w pracy wypłacimy:
– 500% sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek, którym jest wypadek komunikacyjny oraz
– 500% sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek, którym jest wypadek komunikacyjny w pracy, oraz
– 500% sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek, którym jest wypadek komunikacyjny z udziałem samochodu ciężarowego,
– 500% sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek, którym jest wypadek komunikacyjny w nocy.</td></tr>
<tr><td>2) zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć Twojego małżonka albo partnera życiowego, która nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku będącego wypadkiem komunikacyjnym;</td><td>500% sumy ubezpieczenia</td></tr>
<tr><td>3) oparzenia u Ciebie, które nastąpiły w wyniku nieszczęśliwego wypadku;</td><td>100% sumy ubezpieczenia</td></tr>
<tr><td>4) Twoje trwałe inwalidztwo, które spowodował taki nieszczęśliwy wypadek , którym jest:
a) wypadek komunikacyjny,
b) pożar,
c) wybuch gazu,
d) porażenie prądem albo uderzenie pioruna;</td><td>Całkowite trwałe inwalidztwo – 100% sumy ubezpieczenia
Częściowe trwałe inwalidztwo – zgodnie z tabelą:
<table><tr><th>Rodzaj częściowego trwałego inwalidztwa</th><th colspan="2">Procent sumy ubezpieczenia za rodzaj częściowego trwałego inwalidztwa</th></tr><tr><th></th><th>prawa kończyna</th><th>lewa kończyna</th></tr><tr><td>utrata kończyny górnej - wraz z przedramieniem, ręką, palcami</td><td>70%</td><td>60%</td></tr><tr><td>utrata przedramienia – wraz z ręką, palcami</td><td>65%</td><td>55%</td></tr><tr><td>utrata ręki – wraz z palcami</td><td>60%</td><td>50%</td></tr><tr><td>utrata palca u ręki</td><td colspan="2">7% za każdy palec</td></tr><tr><td>utrata kciuka</td><td colspan="2">20%</td></tr><tr><td>utrata wszystkich palców u ręki</td><td colspan="2">50%</td></tr><tr><td>utrata nogi – wraz z podudziem, stopą, palcami</td><td colspan="2">75%</td></tr><tr><td>utrata podudzia – wraz ze stopą, palcami</td><td colspan="2">60%</td></tr><tr><td>utrata stopy – wraz z palcami</td><td colspan="2">50%</td></tr><tr><td>utrata palca u stopy (z wyłączeniem palucha)</td><td colspan="2">3% za każdy palec</td></tr><tr><td>utrata palucha</td><td colspan="2">10%</td></tr><tr><td>utrata wszystkich palców u stopy</td><td colspan="2">25%</td></tr><tr><td>całkowita utrata wzroku w obydwu oczach</td><td colspan="2">100%</td></tr><tr><td>całkowita utrata wzroku w jednym oku</td><td colspan="2">30%</td></tr><tr><td>całkowita utrata mowy</td><td colspan="2">100%</td></tr></table></td></tr>
</table>

Zdarzenie	Jaki procent sumy ubezpieczenia wypłacimy?
	Jeśli jesteś osobą leworęczną i stracisz lewą kończynę górną, lewe przedramię lub lewą rękę, wypłacimy Ci procent sumy ubezpieczenia, który należy się za utratę prawej kończyny górnej, prawego przedramienia lub prawej ręki. Jeśli Twoje trwałe inwalidztwo nastąpi w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, który spełnia definicje więcej niż jednego wypadku, wypłacimy pieniądze za trwałe inwalidztwo w związku z jednym z tych wypadków. **PRZYKŁAD** Jeśli byłeś ofiarą wypadku komunikacyjnego i jednocześnie doszło do pożaru auta, w którym się znajdowałeś, w wyniku czego straciłeś nogę, wypłacimy 75% sumy ubezpieczenia.
5) złamanie kości, jakie spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił wskutek: a) uprawiania sportu na kółkach, b) uprawiania joggingu, c) gry w piłkę.	

Rodzaj złamania	Procent sumy ubezpieczenia
kości sklepienia i podstawy czaszki – jedna lub kilka	4%
kości twarzoczaszki – jedna lub kilka (z wyłączeniem kości nosa i zębów)	3%
kości nosa – jedna lub dwie	3%
trzon kręgu w odcinku szyjnym lub piersiowym lub lędźwiowym kręgosłupa – jeden lub kilka kręgów	6%
kości tworzące miednicę – jedna lub kilka (z wyłączeniem kości guzicznej)	5%
mostek	2%
żebra – trzy lub więcej żeber	2%
łopatka	3%
obojczyk	3%
nasada bliższa kości ramiennej	4%
trzon kości ramiennej	8%
nasada dalsza kości ramiennej lub nasada bliższa kości promieniowej lub nasada bliższa kości łokciowej	4%
trzon kości łokciowej lub trzon kości promieniowej	4%
nasada dalsza kości łokciowej lub nasada dalsza kości promieniowej	4%
kości nadgarstka – jedna lub kilka	2%
kości śródręcza – jedna lub kilka	2%
kości paliczków kciuka – jedna lub dwie	5%
nasada bliższa lub szyjka lub trzon kości udowej	10%

Zdarzenie	Jaki procent sumy ubezpieczenia wypłacimy?

Rodzaj złamania	Procent sumy ubezpieczenia
nasada dalsza kości udowej lub nasada bliższa kości piszczelowej lub rzepka (z wyłączeniem izolowanego złamania rzepki)	5%
rzepka – złamanie izolowane	2%
kość strzałkowa – złamanie izolowane w miejscu innym niż nasada dalsza, bez złamania kości piszczelowej	2%
trzon kości piszczelowej lub trzony dwóch kości podudzia – piszczelowej i strzałkowej	8%
nasada dalsza kości piszczelowej lub nasada dalsza kości strzałkowej	4%
kości stępu – jedna lub kilka, (z wyłączeniem kości piętowej i skokowej)	3%
kość piętowa lub kość skokowa	5%
kości śródstopia – jedna lub kilka	2%

Jeśli jednocześnie złamiesz kilka kości, które wymieniliśmy w tym samym wierszu w powyższej tabeli, pieniądze wypłacimy tylko raz.

Jeśli złamanie kości nastąpi w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, który spełnia definicje więcej niż jednego wypadku, wypłacimy pieniądze tylko za złamanie kości w związku z jednym z tych wypadków.

5. Zarówno zdarzenie, jak i nieszczęśliwy wypadek, który je spowoduje, muszą wystąpić w okresie ochrony.
6. Prawo do wypłaty po śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje, o ile medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią ubezpieczonego.
7. Prawo do wypłaty po śmierci Twojego małżonka albo partnera życiowego przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Twojego małżonka albo partnera życiowego
8. Prawo do wypłaty świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a oparzeniem, trwałym inwalidztwem lub złamaniem kości.
9. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte:
   1) w zakresie podstawowym albo rozszerzonym, albo
   2) w zakresie podstawowym i rozszerzonym.

   Zakresy różnią się wysokością sumy ubezpieczenia, którą wskazujemy w polisie.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

10. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminu **wyczynowe uprawianie sportu** – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
    1) członków kadry klubów, które biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te 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.
11. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje zdarzeń, które wystąpiły w wyniku poniższych okoliczności.

Zdarzenie	W takich sytuacjach nie udzielamy ochrony
1) śmierć ubezpieczonego, jeśli spowodował ją tylko taki nieszczęśliwy wypadek: – którym jest wypadek komunikacyjny, – którym jest wypadek komunikacyjny w porze nocnej, – którym jest wypadek komunikacyjny z udziałem samochodu ciężarowego; 2) Twoje trwałe inwalidztwo, które spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek, którym jest wypadek komunikacyjny;	Śmierć lub trwałe inwalidztwo nastąpiło: a) w wyniku działań wojennych, b) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych, c) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, d) jeśli ubezpieczony prowadził pojazd: • bez uprawnień, które są określone w przepisach prawa lub • bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów, które dopuszczają do ruchu, lub • w stanie po użyciu alkoholu albo 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 zdarzenia, e) gdy ubezpieczony był 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 zajście wypadku komunikacyjnego, f) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa albo popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego g) w wyniku wyczynowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego.
3) śmierć ubezpieczonego, jeśli spowodował ją taki nieszczęśliwy wypadek, którym jest wypadek komunikacyjny w pracy;	Śmierć nastąpiła: a) w wyniku działań wojennych, b) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych, c) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, d) jeśli ubezpieczony prowadził pojazd: • bez uprawnień, które są określone w przepisach prawa lub • bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów, które dopuszczają do ruchu, lub • w stanie po użyciu alkoholu albo 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 zdarzenia, e) gdy ubezpieczony był 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 zajście wypadku komunikacyjnego, f) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa albo popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego, g) w wyniku wykonywania pracy bez kwalifikacji lub uprawnień, h) w wyniku wyczynowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego.

Zdarzenie	W takich sytuacjach nie udzielamy ochrony
4) zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć Twojego małżonka albo partnera życiowego, która nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku będącego wypadkiem komunikacyjnym;	Śmierć Twojego małżonka albo partnera życiowego nastąpiła: a) w wyniku działań wojennych, b) w wyniku czynnego udziału małżonka albo partnera życiowego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych, c) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez małżonka lub partnera życiowego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, d) jeśli małżonek albo partner życiowy prowadził pojazd: • bez uprawnień, które są określone w przepisach prawa lub • bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów, które dopuszczają do ruchu, lub • w stanie po użyciu alkoholu albo 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 zdarzenia, e) gdy małżonek albo partner życiowy był 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 zajście wypadku komunikacyjnego, f) w wyniku samookaleczenia się małżonka albo partnera życiowego lub usiłowania popełnienia samobójstwa albo popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera życiowego, g) w wyniku wyczynowego uprawiania sportu przez małżonka albo partnera życiowego.
5) śmierć ubezpieczonego, jeśli spowodował ją tylko taki nieszczęśliwy wypadek: – którym jest pożar albo zatrucie tlenkiem węgla, – którym jest utonięcie, – którym jest wybuch gazu, – którym jest porażenie prądem albo uderzenie pioruna; 6) Twoje trwałe inwalidztwo, które nastąpiło w wyniku nieszczęśliwego wypadku, którym jest: – pożar albo – wybuch gazu, albo – porażenie prądem, albo uderzenie pioruna;	Śmierć lub trwałe inwalidztwo nastąpiło: a) w wyniku działań wojennych, b) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych, c) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, d) jeśli ubezpieczony prowadził pojazd: • bez uprawnień, które są określone w przepisach prawa lub • bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów, które dopuszczają do ruchu, lub • w stanie po użyciu alkoholu albo 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 zdarzenia, e) gdy ubezpieczony był 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 zajście wypadku komunikacyjnego, f) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa albo popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,

Zdarzenie	W takich sytuacjach nie udzielamy ochrony
7) oparzenia u Ciebie, które nastąpiły w wyniku nieszczęśliwego wypadku;	Oparzenia nastąpiły: a) w wyniku działań wojennych, b) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych, c) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, d) jeśli ubezpieczony prowadził pojazd: • bez uprawnień, które są określone w przepisach prawa lub • bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów, które dopuszczają do ruchu, lub • w stanie po użyciu alkoholu albo 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 – ile którakolwiek z tych okoliczności miała wpływ na zdarzenia, e) gdy ubezpieczony był 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 zajście wypadku komunikacyjnego, f) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa albo popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego, g) w wyniku przejścia przez ubezpieczonego zabiegów leczniczych lub diagnostycznych, bez względu na to, kto je wykonał – chyba, że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.
8) śmierć ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem, który nastąpił wskutek: – uprawiania sportu, – uprawiania niebezpiecznego sportu, – uprawiania sportu na kółkach, – uprawiania narciarstwa albo snowboardingu; 9) złamanie kości, jakie spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił wskutek: – uprawiania sportu na kółkach, – uprawiania joggingu, – gry w piłkę.	Śmierć lub złamanie kości nastąpiło: a) w wyniku działań wojennych, b) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych, c) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, d) jeśli ubezpieczony prowadził pojazd: • bez uprawnień, które są określone w przepisach prawa lub • bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów, które dopuszczają do ruchu, lub • w stanie po użyciu alkoholu albo 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 – ile którakolwiek z tych okoliczności miała wpływ na zdarzenia, e) gdy ubezpieczony był 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 zajście wypadku komunikacyjnego, f) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa albo popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego, g) w wyniku wyczynowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego.

OGRANICZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach ograniczymy świadczenie

12. Jeśli wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku doznasz całkowitego trwałego inwalidztwa i częściowego trwałego inwalidztwa, wypłacamy większą z kwot świadczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

13. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.
14. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
15. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może ulec zmianie za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

16. Wysokość składki za ubezpieczonego:
1) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
2) zależy od:
   a) sumy ubezpieczenia,
   b) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

17. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
18. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

19. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.
20. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.
21. Jeśli w danym wariancie polisy występują dwa zakresy, Ty możesz przystąpić tylko do jednego z nich.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

22. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

23. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
24. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

25. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
26. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
27. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

28. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.

29. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
30. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

31. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
32. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

33. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA PO TWOICH WYPADKACH
– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze w razie oparzeń, trwałego inwalidztwa i złamania kości

34. Jeśli oparzysz się, dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza stopień i powierzchnię oparzeń, oraz dokumentację, która potwierdza okoliczności wypadku;
3) kartę informacyjną leczenia szpitalnego.

35. Jeśli dojdzie do trwałego inwalidztwa, dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza trwałe inwalidztwo oraz dokumentację, która potwierdza okoliczności, w jakich do niego doszło.

36. Jeśli złamiesz kości, dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę;
2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza złamanie kości, oraz dokumentację, która potwierdza okoliczności, w jakich do niego doszło.

37. O wypłacie decydujemy na podstawie wyżej wymienionej dokumentacji.
38. W razie złamania kości i trwałego inwalidztwa możemy:
1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
2) zlecić dodatkowe badania medyczne
– jeśli będzie to potrzebne.

39. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecimy.
40. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty.
41. Jeśli dokumenty, o które prosimy, są w innym języku niż polski, dostarcz nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
42. Trwałe inwalidztwo ustalamy, jeśli z medycznego punktu widzenia inwalidztwo jest trwałe i nie ulegnie poprawie pod wpływem leczenia ani rehabilitacji. Stanie się to najpóźniej na 24. miesiąc od dnia, w którym wydarzył się nieszczęśliwy wypadek.
43. Jeśli w późniejszym czasie zmieni się stopień trwałego inwalidztwa (polepszy się lub pogorszy), nie zmienimy wysokości wypłaty.
44. Jeśli wskutek nieszczęśliwego wypadku utracisz lub uszkodzisz organ lub narząd, którego funkcje przed tym wypadkiem były już upośledzone, procent sumy ubezpieczenia odpowiadającej rodzajowi częściowego trwałego inwalidztwa, ustalimy w ten sposób, że porównamy stan tego organu lub narządu sprzed i po wypadku.

PRZYKŁAD

Jeśli przed wypadkiem nie miałeś drugiego palca u prawej ręki, a wskutek wypadku stracisz całą prawą rękę, wypłacimy 53% sumy ubezpieczenia. Kwotę świadczenia obliczymy następująco: utrata całej prawej ręki odpowiada 60% SU, a utrata drugiego palca u prawej ręki odpowiada 7% SU.
60%-7%=53% (60% za utratę całej prawej ręki minus 7% za utratę drugiego palca tej ręki równa się 53%).

WYPŁATA ŚWIADCZENIA PO ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO
– czyli komu i kiedy wypłacimy pieniądze

45. Wypłata świadczenia przysługuje uposażonemu
46. Uposażonego możesz wskazać, zmienić lub odwołać na takich samych zasadach jak w ubezpieczeniu podstawowym.
47. Wypłaty świadczenia nie otrzyma osoba, która umyślnie przyczyniła się do śmierci ubezpieczonego.
48. Po śmierci ubezpieczonego osoba, która wnioskuje o wypłatę świadczenia, musi dostarczyć nam:
1) wniosek o wypłatę;
2) akt zgonu;
3) kartę zgonu albo – jeśli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną, która stwierdza przyczynę śmierci.
49. Jeżeli dostarczone dokumenty nie wystarczą aby uznać, że wypłata świadczenia jest należna i w jakiej wysokości, możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty.
50. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wyżej wymienionej dokumentacji.
51. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, osoba, która składa wniosek, musi dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA PO ŚMIERCI TWOJEGO MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO
– czyli kiedy wypłacimy pieniądze ubezpieczonemu

52. Nie otrzymasz wypłaty, jeśli umyślnie przyczynisz się do śmierci Twojego małżonka albo partnera życiowego.
53. Po śmierci małżonka albo partnera życiowego dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) akt zgonu;
3) kartę zgonu, albo – jeśli nie możesz jej uzyskać – dokumentację medyczną, która stwierdza przyczynę śmierci.
54. Jeśli dokumenty, o które poprosimy, są w innym języku niż polski, dostarcz nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
55. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty.
56. O wypłacie decydujemy na podstawie wyżej wymienionej dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

57. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA TWOJE ZDROWIE – USŁUGI MEDYCZNE

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE TWOJE ZDROWIE – USŁUGI MEDYCZNE

Kod warunków: UZGP55

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 Twoje zdrowie – usługi medyczne, kod warunków: UZGP55 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU oraz zakresami usług medycznych. 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 jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA - CO UBEZPIECZAMY?

Zgodnie z wolą stron określoną we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzoną polisą ubezpieczamy zdrowie:
- ubezpieczonego podstawowego albo
- ubezpieczonego podstawowego i współubezpieczonego, albo
- ubezpieczonego podstawowego i ubezpieczonego bliskiego, albo
- ubezpieczonego podstawowego, współubezpieczonego i ubezpieczonego bliskiego.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje wystąpienie choroby lub uszkodzenia ciała u ubezpieczonego podstawowego, współubezpieczonego lub ubezpieczonego bliskiego. Ponosimy koszty usług medycznych, które organizowane są przez świadczeniodawcę, zgodnie z wybranym zakresem usług medycznych: Intro, Start, Komfort, Komfort Plus, Optimum skutkujących potrzebą skorzystania przez te osoby w okresie ochrony z usług medycznych.
Przed zawarciem umowy ubezpieczający może wybrać:
- rodzaje pakietów, które będą funkcjonowały w umowie ubezpieczenia albo
- opcję bezpakietową.

Przed zawarciem umowy ubezpieczający wybiera zakresy usług medycznych, które udostępnia ubezpieczonemu podstawowemu i ubezpieczonemu bliskiemu.
Przystępując do ubezpieczenia:
- ubezpieczony podstawowy wybiera dla siebie i współubezpieczonego jeden z dostępnych zakresów usług medycznych,
- ubezpieczony bliski wybiera dla siebie jeden z dostępnych zakresów usług medycznych.

Współubezpieczony objęty jest tym samym zakresem usług medycznych, co ubezpieczony podstawowy.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus albo w trakcie jego trwania.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ, KOGO UBEZPIECZAMY?

Ubezpieczenie dodatkowe zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.
Do ubezpieczenia dodatkowego może przystąpić ubezpieczony podstawowy, ubezpieczony bliski, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.
Możliwość przystąpienia do ubezpieczenia dodatkowego przysługuje w każdym momencie współubezpieczonemu, jeżeli:
- jest małżonkiem ubezpieczonego podstawowego oraz w dniu podpisania deklaracji przystąpienia ukończył 16 lat i nie ukończył 69 lat albo jest partnerem życiowym ubezpieczonego podstawowego oraz w dniu podpisania deklaracji przystąpienia ukończył 18 lat i nie ukończył 69 lat, lub

- jest dzieckiem ubezpieczonego podstawowego lub dzieckiem małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego podstawowego, które w dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie ukończyło 18 lat, a w razie gdy uczęszcza do szkoły – nie ukończyło 25 lat,
- podpisze deklarację przystąpienia,
- oświadczy, że w dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych, na świadczeniu rehabilitacyjnym oraz nie jest osobą uznaną za niezdolną do pracy lub niezdolną do służby mundurowej na podstawie orzeczenia właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.

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 na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.
Usługi medyczne realizowane są we wskazanych placówkach medycznych na terenie Polski.

JAK I KIEDY PŁACI SIĘ SKŁADKĘ?

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

KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA?

Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym wobec ubezpieczonego podstawowego lub ubezpieczonego bliskiego rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym wobec współubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi dla ubezpieczonego podstawowego.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym wobec ubezpieczonego podstawowego rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym w stosunku do ubezpieczonego podstawowego i ubezpieczonego bliskiego kończy się:
- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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 wyrazili oni wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym w stosunku do współubezpieczonego kończy się:
- z dniem zakończenia ochrony względem ubezpieczonego podstawowego, którego jesteś małżonkiem albo partnerem życiowym lub dzieckiem,
- z chwilą śmierci współubezpieczonego,
- z dniem rocznicy polisy przypadającym w roku, w którym małżonek albo partner życiowy kończy 70 lat,
- z dniem rocznicy polisy przypadającym w roku, w którym dziecko kończy 18 lat lub 25 lat jeśli uczęszcza do szkoły,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym zrezygnujesz z naszej ochrony,
- z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli współubezpieczony nie wyraził wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego.

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

Nie zrealizujemy świadczenia w stosunku do ubezpieczonego podstawowego lub współubezpieczonego, lub ubezpieczonego bliskiego, jeżeli choroba lub uszkodzenie ciała były:
- następstwem używania narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
- następstwem używania alkoholu,
- wynikiem niepłodności rozpoznanej przez lekarza prowadzącego leczenie.

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 ppkt 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia Twoje zdrowie – usługi medyczne, kod warunków UZGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika 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 pkt 4-15 pkt 52-56 pkt 57-62 pkt 65
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 16-17 pkt 21-27 pkt 39-41 pkt 42-43 pkt 65

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA TWOJE ZDROWIE – USŁUGI MEDYCZNE

Kod OWU: UZGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia Twoje zdrowie – usługi medyczne uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

1) **choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, która prowadzi do powstania w organizmie zmian funkcjonalnych lub morfologicznych;
2) **dziecko** – dziecko, które nie ukończyło 18 lat, a w razie gdy uczęszcza do szkoły – nie ukończyło 25 lat. Może nim być:
   a) dziecko ubezpieczonego podstawowego,
   b) dziecko małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego podstawowego;
3) **infolinia** – 801 405 905; 22 505 15 48 – pod tymi numerami telefonów przez całą dobę umówisz usługę medyczną;
4) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wobec osób wskazanych w pkt 3 OWU;
5) **opcja bezpakietowa** – opcja ubezpieczenia, w której nie mają zastosowania pakiety. Ochroną może być objęty ubezpieczony podstawowy albo ubezpieczony podstawowy i współubezpieczeni;
6) **pakiet indywidualny** – zakres ubezpieczenia, w którym ochroną objęta jest jedna osoba – ubezpieczony podstawowy albo pełnoletnie dziecko (ubezpieczony bliski);
7) **pakiet partnerski** – zakres ubezpieczenia, w którym ochroną objęte są dwie osoby, ubezpieczony podstawowy i współubezpieczony;
8) **pakiet rodzinny** – zakres ubezpieczenia, w którym ochroną objęci są ubezpieczony podstawowy i jego współubezpieczeni, bez względu na ich liczbę;
9) **partner życiowy** – osoba, która pozostaje z ubezpieczonym podstawowym we wspólnym pożyciu oraz:
   a) składa deklarację,
   b) nie jest krewnym ubezpieczonego podstawowego,
   c) nie pozostaje w związku małżeńskim.
   Ubezpieczony podstawowy może zgłosić do ubezpieczenia partnera życiowego tylko wtedy, gdy sam nie pozostaje w związku małżeńskim. Partner życiowy może przystąpić do ubezpieczenia dodatkowego jako współubezpieczony albo jako ubezpieczony bliski, pod warunkiem, że spełnia definicję ubezpieczonego bliskiego;
10) **placówka medyczna** – przychodnia, gabinet lekarski lub laboratorium świadczące usługi medyczne, których wykaz publikujemy na stronie pzu.pl oraz udostępniamy pod numerem infolinii medycznej i w każdym naszym oddziale;
11) **świadczeniodawca** – podmiot działający na zlecenie PZU Życie SA, który jest organizatorem usług medycznych realizowanych przez placówki medyczne;
12) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
13) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
14) **uczęszczanie do szkoły** – kształcenie się w publicznej lub niepublicznej szkole oraz państwowej lub niepaństwowej szkole wyższej w trybie dziennym, wieczorowym lub zaocznym, w rozumieniu przepisów o oświacie i szkolnictwie wyższym, z wyłączeniem wszelkich kursów oraz kształcenia korespondencyjnego;
15) **usługi medyczne** – konsultacje realizowane w formie stacjonarnej lub innej, dozwolonej prawnie, np. w formie konsultacji medycznej, badania w placówkach medycznych lub zabiegi i procedury, objęte naszą ochroną, które znajdują sie w zakresie, a ich wykonanie jest uzasadnione medycznie;
16) **uszkodzenie ciała** – uszkodzenie ciała, które powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
17) **współubezpieczony** – małżonek albo partner życiowy ubezpieczonego podstawowego lub dziecko, którzy przystąpili do ubezpieczenia dodatkowego;

18) **zakres usług medycznych** – usługi medyczne, 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 UBEZPIECZENIA
– czyli co ubezpieczamy

3. Zgodnie z wolą stron określoną we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzoną polisą ubezpieczamy zdrowie:
1) ubezpieczonego podstawowego albo
2) ubezpieczonego podstawowego i współubezpieczonego, albo
3) ubezpieczonego podstawowego i ubezpieczonego bliskiego, albo
4) ubezpieczonego podstawowego, współubezpieczonego i ubezpieczonego bliskiego.

ZAKRES UBEZPIECZENIA
– czyli jakie zdarzenie obejmujemy ochroną

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje wystąpienie choroby lub uszkodzenia ciała u osób wskazanych w pkt 3 OWU, skutkujących potrzebą skorzystania przez te osoby w okresie ochrony z usług medycznych.

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

6. Przed zawarciem umowy ubezpieczający może wybrać:
1) rodzaje pakietów, które będą funkcjonowały w umowie ubezpieczenia albo
2) opcję bezpakietową.

7. Przed zawarciem umowy ubezpieczający wybiera zakresy usług medycznych, które udostępnia ubezpieczonemu podstawowemu i ubezpieczonemu bliskiemu.

8. Przystępując do ubezpieczenia:
1) ubezpieczony podstawowy wybiera dla siebie i współubezpieczonego jeden z dostępnych zakresów usług medycznych;
2) ubezpieczony bliski wybiera dla siebie jeden z dostępnych zakresów usług medycznych.

9. Współubezpieczony objęty jest tym samym zakresem usług medycznych, co ubezpieczony podstawowy.

10. Ubezpieczony podstawowy lub ubezpieczony bliski może zmienić zakres usług medycznych na dowolny nie wcześniej niż w rocznicę polisy. Zmiana zakresu usług medycznych na zakres wyższy możliwa jest w dowolnym momencie obowiązywania umowy i ma zastosowanie od 1 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym otrzymaliśmy informację o zmianie zakresu usług medycznych.

11. Zmiana zakresu usług medycznych przez ubezpieczonego podstawowego lub ubezpieczonego bliskiego może być dokonana w ramach zakresów określonych we wniosku o zawarcie ubezpieczenia i potwierdzonych polisą, na podstawie deklaracji zmiana.

12. Zmiana przez ubezpieczonego podstawowego pakietu ubezpieczenia z indywidualnego na rodzinny lub partnerski albo z partnerskiego na rodzinny może nastąpić w dowolnym momencie obowiązywania umowy.

13. Zmiana przez ubezpieczonego podstawowego pakietu ubezpieczenia z rodzinnego lub partnerskiego na indywidualny lub z rodzinnego na partnerski może nastąpić wyłącznie w rocznicę polisy, z zastrzeżeniem pkt 14 OWU.

14. W przypadku śmierci współubezpieczonego, rozwiązania związku małżeńskiego z ubezpieczonym podstawowym lub rozwiązania przysposobienia zmiana pakietu z rodzinnego lub partnerskiego na indywidualny lub z rodzinnego na partnerski może nastąpić, na wniosek ubezpieczonego podstawowego, w dowolnym czasie, z zastrzeżeniem pkt 15 OWU.

15. Możemy poprosić o dokumenty potwierdzające wystąpienie zdarzenia uprawniającego do zmiany pakietu, o którym mowa w pkt 14 OWU.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

16. Nie ponosimy odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego podstawowego lub współubezpieczonego, lub ubezpieczonego bliskiego, jeżeli choroba lub uszkodzenie ciała były:
1) następstwem używania narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii lub
2) następstwem używania alkoholu;
3) wynikiem niepłodności rozpoznanej przez lekarza prowadzącego leczenie.

17. W okresie zawieszenia umowy, o którym mowa w ubezpieczeniu podstawowym, nie są realizowane usługi medyczne.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

18. Wysokość składki:
1) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;

2) zależy od:
   a) zakresu usług medycznych,
   b) opcji bezpakietowej lub pakietu ubezpieczenia,
   c) liczby osób przystępujących do ubezpieczenia w stosunku do liczby zatrudnionych,
   d) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

19. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.

20. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO

– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

21. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.

22. Do ubezpieczenia dodatkowego może przystąpić ubezpieczony podstawowy, ubezpieczenony bliski, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

23. Możliwość przystąpienia do ubezpieczenia dodatkowego przysługuje w każdym momencie współubezpieczonemu, jeżeli:
1) jest małżonkiem ubezpieczonego podstawowego oraz w dniu podpisania deklaracji przystąpienia ukończył 16 lat i nie ukończył 69 lat albo jest partnerem życiowym ubezpieczonego podstawowego oraz w dniu podpisania deklaracji przystąpienia ukończył 18 lat i nie ukończył 69 lat, albo jest dzieckiem ubezpieczonego podstawowego lub dzieckiem małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego podstawowego, które w dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie ukończyło 18 lat, a w razie gdy uczęszcza do szkoły – nie ukończyło 25 lat;
2) podpisze deklarację przystąpienia;
3) oświadczy, że w dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych, na świadczeniu rehabilitacyjnym oraz nie jest osobą uznaną za niezdolną do pracy lub niezdolną do służby mundurowej na podstawie orzeczenia właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.

24. W przypadku rezygnacji z ubezpieczenia dodatkowego ubezpieczony podstawowy, współubezpieczony i ubezpieczony bliski mogą przystąpić ponownie do ubezpieczenia dodatkowego:
1) z pierwszym dniem miesiąca po miesiącu, z końcem którego ustała nasza odpowiedzialność względem niego albo
2) nie wcześniej niż w rocznicę polisy lub po tej dacie

– zgodnie z wolą stron określoną we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzoną polisą.

25. Ubezpieczony podstawowy lub współubezpieczony, lub ubezpieczony bliski zobowiązani są podać do naszej wiadomości wszystkie znane okoliczności, o które pytamy przed przystąpieniem do ubezpieczenia w deklaracji przystąpienia albo w innym piśmie.

26. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, których z naruszeniem pkt 25 OWU nie podaliście do naszej wiadomości. Jeżeli nie podaliście umyślnie do naszej wiadomości wszystkich znanych Wam okoliczności, o które pytaliśmy przed przystąpieniem do ubezpieczenia 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.

27. Jeżeli do zdarzenia objętego naszą ochroną doszło po upływie trzech lat od chwili przystąpienia ubezpieczonego podstawowego lub współubezpieczonego, lub ubezpieczonego bliskiego do ubezpieczenia, to nie możemy podnieść zarzutu, że przy przystępowaniu do umowy podaliście nieprawdziwe informacje.

ZMIANY W UBEZPIECZENIU DODATKOWYM

– jak można je wprowadzić

28. Wszelkie zmiany ubezpieczenia dodatkowego wymagają zachowania formy pisemnej.

29. Potrzebna jest zgoda ubezpieczonego podstawowego, współubezpieczonego i ubezpieczonego bliskiego na zmiany ubezpieczenia dodatkowego na ich niekorzyść. Oświadczenie obejmujące zgodę, osoby wymienione w zdaniu poprzedzającym składają ubezpieczającemu.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

30. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

31. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku

jako ubezpieczony podstawowy, ubezpieczony bliski lub współubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.

32. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

33. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
34. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
35. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

36. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
37. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
38. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy Ciebie ubezpieczamy

39. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym wobec ubezpieczongo podstawowego lub ubezpieczonego bliskiego rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
40. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym wobec współubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi dla ubezpieczonego podstawowego.
41. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym wobec ubezpieczonego podstawowego lub ubezpieczonego bliskiego rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

42. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym w stosunku do ubezpieczonego podstawowego i ubezpieczonego bliskiego kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyrazili oni wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

43. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym w stosunku do współubezpieczonego kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony względem ubezpieczonego podstawowego, którego jesteś małżonkiem albo partnerem życiowym lub dzieckiem;
2) z chwilą śmierci współubezpieczonego;
3) z dniem rocznicy polisy przypadającym w roku, w którym małżonek albo partner życiowy kończy 70 lat;
4) z dniem rocznicy polisy przypadającym w roku, w którym dziecko kończy 18 lat lub 25 lat jeśli uczęszcza do szkoły;
5) z ostatnim dniem miesiąca, w którym zrezygnujesz z naszej ochrony;
6) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli współubezpieczony nie wyraził wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego.

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO PODSTAWOWEGO LUB WSPÓŁUBEZPIECZONEGO LUB UBEZPIECZONEGO BLISKIEGO

– czyli co czym powinieneś pamiętać

44. Prawa i obowiązki ubezpieczonego podstawowego, ubezpieczonego bliskiego określa to ubezpieczenie oraz ubezpieczenie podstawowe.
45. Współubezpieczony ma te same prawa i obowiązki jak ubezpieczony podstawowy.
46. W przypadku rezygnacji z ubezpieczenia ubezpieczony podstawowy, ubezpieczony bliski lub współubezpieczony mogą przystąpić ponownie do ubezpieczenia na zasadach wskazanych w pkt 24 OWU.
47. Masz obowiązek odwołać umówioną usługę medyczną, jeżeli nie możesz z niej skorzystać. Odwołanie wizyty może nastąpić przez infolinię, Serwis mojePZU albo serwis sms.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO
– czyli jakie zobowiązania bierze na siebie ubezpieczający

48. Obowiązki ubezpieczającego zostały wskazane w ubezpieczeniu podstawowym.
49. Obowiązki ubezpieczającego wobec współubezpieczonego są takie same jak obowiązki ubezpieczającego wobec ubezpieczonego podstawowego.

NASZE OBOWIĄZKI
– czyli jakie zobowiązania bierze na siebie PZU Życie

50. Nasze obowiązki zostały wskazane w ubezpieczeniu podstawowym.
51. Nasze obowiązki wobec współubezpieczonego są takie same jak nasze obowiązki wobec ubezpieczonego podstawowego.

BEZGOTÓWKOWA REALIZACJA USŁUG MEDYCZNYCH
– jak z nich skorzystać

52. Prawo do korzystania z usług medycznych przyznajemy ubezpieczonemu podstawowemu, ubezpieczonemu bliskiemu i współubezpieczonemu.
53. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego podstawowego, współubezpieczonego lub ubezpieczonego bliskiego choroby lub uszkodzenia ciała skutkujących potrzebą skorzystania przez ubezpieczonego podstawowego, współubezpieczonego lub ubezpieczonego bliskiego w okresie ochrony z usług medycznych, ubezpieczony podstawowy, współubezpieczony lub ubezpieczony bliski – za naszym pośrednictwem – może umówić termin usługi medycznej. Może to zrobić przez:
1) Serwis mojePZU;
2) infolinię.

54. Ubezpieczony podstawowy, współubezpieczony lub ubezpieczony bliski wybierają potrzebne konsultacje spośród tych, które są w zakresie ubezpieczenia. My wskazujemy placówkę medyczną. W takiej sytuacji konsultacja odbędzie się najpóźniej:
1) w ciągu 2 dni roboczych od zgłoszenia – do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (lekarza chorób wewnętrznych, lekarza rodzinnego oraz pediatry);
2) w ciągu 5 dni roboczych od zgłoszenia – na pozostałe konsultacje specjalistyczne.

55. Ubezpieczony podstawowy, współubezpieczony lub ubezpieczony bliski mogą też sami wskazać placówkę medyczną lub jej lokalizację, termin konsultacji lub lekarza, o ile współpracuje ze świadczeniodawcą. W takiej sytuacji konsultacja może odbyć się w późniejszym terminie. Jej datę ustalimy indywidualnie na podstawie dostępności i grafiku lekarzy.
56. Lista placówek medycznych jest dostępna na stronie pzu.pl, pod numerem infolinii oraz w Serwisie mojePZU.

ŚWIADCZENIE REALIZOWANE W FORMIE PIENIĘŻNEJ
– jak z niego skorzystać

57. Umowa może być rozszerzona o świadczenie realizowane w formie pieniężnej, które potwierdzamy w polisie. Ubezpieczony podstawowy, współubezpieczony i ubezpieczony bliski w wybranej przez siebie placówce medycznej w Polsce mogą skorzystać ze świadczenia realizowanego w formie pieniężnej:
1) bez względu na przyczynę jeśli nie zechcą skorzystać z bezgotówkowej realizacji usług medycznych;
2) w okresie zawieszenia ochrony – świadczenie zostanie zrealizowane pod warunkiem jej wznowienia.

58. 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" albo w „Cenniku usług medycznych Plus", który jest załącznikiem do umowy.

59. Abyśmy mogli zrealizować świadczenie w formie pieniężnej, potrzebujemy:
1) wniosku o wypłatę świadczenia w formie pieniężnej;
2) imienną fakturę, 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.

60. W przypadku pozytywnej decyzji zrealizujemy świadczenie w formie pieniężnej – najpóźniej 30 dni od otrzymania wniosku.
61. 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.
62. Szczegółowe warunki świadczeń realizowanych w formie pieniężnej znajdują się w załączniku do umowy.

ODMOWA REALIZACJI ŚWIADCZENIA
– jak o niej poinformujemy

63. Jeśli usługa medyczna nie przysługuje ubezpieczonemu podstawowemu, współubezpieczonemu lub ubezpieczonemu bliskiemu 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.

64. O odmowie realizacji usług medycznych poinformujemy również ubezpieczonego podstawowego albo współubezpieczonego, albo ubezpieczonego bliskiego, jeśli nie wystąpili o realizację tych usług medycznych.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

65. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej" oraz inne przepisy prawa.

ZAŁĄCZNIK
DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE TWOJE ZDROWIE – USŁUGI MEDYCZNE

Zakres usług medycznych INTRO

JAK UMÓWIĆ SIĘ NA USŁUGĘ MEDYCZNĄ?

Na usługi medyczne umawiamy za pośrednictwem:

Serwisu mojePZU (po zalogowaniu otrzymasz dostęp do grafików przychodni, które zostały udostępnione w Serwisie mojePZU i możesz bezpośrednio umówić dogodny termin konsultacji),

całodobowej infolinii pod nr 801 405 905 lub 22 505 15 48 (opłata zgodna z taryfą operatora).

SERWIS SMS

Potwierdzenie terminu i miejsca realizacji usługi medycznej za pośrednictwem SMS.

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
OPIEKA PODSTAWOWA	
Konsultacje ambulatoryjne Konsultacje ambulatoryjne realizujemy bez skierowania. Odbywają się w placówce medycznej i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: – fizykalne badanie pacjenta, – zebranie wywiadu chorobowego, – postawienie diagnozy, – zalecenia co do sposobu leczenia, – wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.	
Konsultacje ambulatoryjne z zakresu: **1.** chorób wewnętrznych (interny), **2.** medycyny rodzinnej, **3.** pediatrii.	50% zniżki, bez limitu
OPIEKA SPECJALISTYCZNA	
Konsultacje ambulatoryjne Konsultacje ambulatoryjne realizujemy bez skierowania. Odbywają się w placówce medycznej i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: – fizykalne badanie pacjenta, – zebranie wywiadu chorobowego, – postawienie diagnozy, – zalecenia co do sposobu leczenia, – wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, organizacja konsultacji specjalistycznej w danej lokalizacji zależy od jej dostępności. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.	
Konsultacje ambulatoryjne z zakresu: **1.** alergologii, **2.** chirurgii ogólnej, **3.** dermatologii, **4.** diabetologii, **5.** endokrynologii,	50% zniżki, bez limitu

6. gastroenterologii, **7.** ginekologii i położnictwa, **8.** kardiologii, **9.** nefrologii, **10.** neurologii, **11.** okulistyki, **12.** ortopedii i traumatologii narządu ruchu, **13.** otolaryngologii, **14.** pulmonologii, **15.** reumatologii, **16.** urologii, **17.** wenerologii.	50% zniżki, bez limitu
BADANIA I ZABIEGI AMBULATORYJNE Badania i zabiegi wykonywane są przez lekarza (w ramach konsultacji lekarskiej) lub przez pielęgniarkę, jeśli istnieje wskazanie medyczne i możliwość ich wykonania w warunkach ambulatoryjnych w danej placówce medycznej (bez szkody dla pacjenta).	
Ginekologiczne	
• cytologia wymazu szyjki macicy (nie obejmuje cytologii na podłożu płynnym).	20% zniżki, bez limitu
DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA Badania są wykonywane w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.	
Badania hematologiczne i układu krzepnięcia krwi	
• czas częściowej tromboplastyny po aktywacji/czas kaolinowo-kefalinowy (APTT), • czas protrombinowy (PT/INR), • fibrynogen (FIBR), • hematokryt, • leukocyty, • morfologia krwi z płytkami krwi bez rozmazu, • morfologia krwi z płytkam krwi z rozmazem automatycznym, • morfologia krwi z płytkami krwi z rozmazem automatycznym z rozmazem ręcznym, • odczyn Biernackiego (OB.), • płytki krwi, • retikulocyty.	20% zniżki, bez limitu
Badania biochemiczne krwi	
• albuminy, • amylaza, • białko całkowite, • białko C-reaktywne (CRP), • bilirubina bezpośrednia, • bilirubina całkowita, • całkowita zdolność wiązania żelaza (TIBC), • chlorki (Cl), • cholesterol całkowity, • cholesterol HDL, • cholesterol LDL, • dehydrogenaza mleczanowa (LDH), • fosfataza kwaśna całkowita, • fosfataza kwaśna sterczowa, • fosfataza zasadowa (alkaliczna/ALP), • gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP), • glukoza, • hemoglobina glikowana (HbA1C), • kinaza fosfokreatynowa (CK, CPK), • kreatynina, • kwas moczowy, • lipidogram: cholesterol całkowity, cholesterol HDL, cholesterol LDL, trójglicerydy, • mocznik – azot mocznika (BUN), • potas (K), • proteinogram, • sód (Na), • test obciążenia glukozą 1 pkt 50g, • test obciążenia glukozą 1 pkt 75g,	20% zniżki, bez limitu

• test obciążenia glukozą 3 pkt 50g, • test obciążenia glukozą 3 pkt 75g, • transaminaza alaninowa (GPT/ALT/ALAT), • transaminaza asparaginianowa (GOT/AST/ASPAT), • trójglicerydy, • wapń całkowity (Ca), • żelazo (Fe).	
Badania serologiczne i immunologiczne krwi	
• ASO – antystreptolizyna O, • czynnik reumatoidalny (RF), • kiła – test RPR, • kiła – test USR, • kiła – test VDRL, • odczyn Waalera-Rosego, • oznaczenie grupy krwi układu ABO, antygenu D z układu Rh z oceną hemolizyn, • wirus zapalenia wątroby typu B – antygen HBs, • wirus zapalenia wątroby typu B – przeciwciała anty HBs.	20% zniżki, bez limitu
Badania hormonalne	
• hormon tyreotropowy we krwi (TSH).	20% zniżki, bez limitu
Badania bakteriologiczne	
• posiew kału ogólny, • posiew kału w kierunku bakterii Shigella, Salmonella, • posiew moczu, • posiew wymazu z gardła, • posiew wymazu z rany.	20% zniżki, bez limitu
Badania moczu	
• amylaza, • badanie ogólne moczu, • białko, • glukoza, • kreatynina, • wapń.	20% zniżki, bez limitu
Badania kału	
• badanie kału w kierunku pasożytów – mikroskopowe, • badanie ogólne kału, • krew utajona w kale/ F.O.B.	
DIAGNOSTYKA OBRAZOWA Badania są wykonywane, w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.	
Badania ultrasonograficzne (USG) Nie obejmuje badań USG w wersji 3D i 4D.	
• USG ginekologiczne – przez powłoki brzuszne, • USG ginekologiczne – przezpochwowe (transwaginalne, TV), • USG gruczołu krokowego – przez powłoki brzuszne, • USG gruczołu krokowego – przezodbytnicze (transrektalne, TRUS), • USG jamy brzusznej, • USG miednicy małej – przez powłoki brzuszne, • USG miednicy małej – przezodbytnicze (transrektalne, TRUS), • USG miednicy małej – przezpochwowe (transwaginalne, TV), • USG mięśni, • USG nadgarstka, • USG piersi, • USG stawów i więzadeł, • USG stawu biodrowego, • USG stawu kolanowego, • USG stawu łokciowego, • USG stawu ramiennego (bark),	20% zniżki, bez limitu

• USG stawu skokowego, • USG ścięgna, • USG śródręcza i palców, • USG śródstopia (stopy), • USG tarczycy, • USG tkanki podskórnej, • USG układu moczowego (nerek, moczowodów, pęcherza moczowego), • USG węzłów chłonnych.	20% zniżki, bez limitu
OPIEKA STOMATOLOGICZNA	
• przegląd stomatologiczny (badanie dentystyczne) dorosły, • przegląd stomatologiczny (badanie dentystyczne) dziecko.	raz w roku w 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy
Stomatologia zachowawcza	
• aplikacja leku do kanału, • całkowite opracowanie i wypełnienie ubytku na 1 powierzchni, • całkowite opracowanie i wypełnienie ubytku na 2 powierzchniach, • całkowite opracowanie i wypełnienie ubytku na 3 i więcej powierzchniach, • całkowite opracowanie kanału – metoda maszynowa, • całkowite opracowanie kanału – metoda ręczna, • częściowe opracowanie kanału – metoda maszynowa, • częściowe opracowanie kanału – metoda ręczna, • dewitalizacja miazgi zęba mlecznego z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem glasjonomerowym, • dewitalizacja miazgi zęba stałego z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem glasjonomerowym, • ekstyrpacja przyżyciowa miazgi zęba, • ekstyrpacja zdewitalizowanej miazgi zęba, • fluoryzacja (lakierowanie zębów fluorem), • instruktaż higieny jamy ustnej, • lakowanie (zabezpieczanie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym), • leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej, • odbudowa zęba metodą bezpośrednią – materiał kompozytowy podstawowy, • opatrunek leczniczy (fleczer), • opatrunek leczniczy (tlenek cynku), • piaskowanie (usuwanie osadu), • ponowne udrożnienie wypełnionego kanału, • RTG zęba, • skaling (usunięcie kamienia), • trepanacja komory zęba mlecznego, • usunięcia zęba mlecznego bez zresorbowanych korzeni, • usunięcie zęba mlecznego ze zresorbowanymi korzeniami, • usunięcie złamanego narzędzia z kanału, • wypełnienie kanału, • wypełnienie kanału pod mikroskopem, • wypełnienie kompozytowe zęba mlecznego duże – materiał podstawowy, • wypełnienie kompozytowe zęba mlecznego małe – materiał podstawowy, • znieczulenie metodą komputerową, • znieczulenie nasiękowe lub śródwięzadłowe, • znieczulenie przewodowe wewnątrzustne.	20% zniżki, bez limitu

Zniżki są realizowane w stosunku do ceny usługi obowiązującej w placówce medycznej.

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE TWOJE ZDROWIE – USŁUGI MEDYCZNE

Zakres usług medycznych START

JAK UMÓWIĆ SIĘ NA USŁUGĘ MEDYCZNĄ?

Na usługi medyczne umawiamy za pośrednictwem:

Serwisu mojePZU (po zalogowaniu otrzymasz dostęp do grafików przychodni, które zostały udostępnione w Serwisie mojePZU i możesz bezpośrednio umówić dogodny termin konsultacji),

całodobowej infolinii pod nr 801 405 905 lub 22 505 15 48 (opłata zgodna z taryfą operatora).

SERWIS SMS

Potwierdzenie terminu i miejsca realizacji usługi medycznej za pośrednictwem SMS.

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
OPIEKA SPECJALISTYCZNA	
Konsultacje ambulatoryjne Konsultacje ambulatoryjne realizujemy bez skierowania. Odbywają się w placówce medycznej i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: – fizykalne badanie pacjenta, – zebranie wywiadu chorobowego, – postawienie diagnozy, – zalecenia co do sposobu leczenia, – wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, organizacja konsultacji specjalistycznej w danej lokalizacji zależy od jej dostępności. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.	
Konsultacje ambulatoryjne z zakresu: **1.** alergologii, **2.** chirurgii ogólnej, **3.** dermatologii, **4.** diabetologii, **5.** endokrynologii, **6.** gastroenterologii, **7.** ginekologii i położnictwa, **8.** kardiologii, **9.** nefrologii, **10.** neurologii, **11.** okulistyki, **12.** ortopedii i traumatologii narządu ruchu, **13.** otolaryngologii, **14.** pulmonologii, **15.** reumatologii, **16.** urologii, **17.** wenerologii.	bezpłatnie, bez limitu
Konsultacje telemedyczne Konsultacje telemedyczne realizujemy bez skierowania. Odbywają się telefonicznie, przez czat lub video czat i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: – zebranie wywiadu chorobowego, – postawienie diagnozy, – zalecenia co do sposobu leczenia,	

– wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. Z konsultacji telemedycznych można skorzystać od poniedziałku do piątku w godzinach 7:00-22:00. Przed rozpoczęciem konsultacji akceptujesz regulamin Dostawcy Telemedycznego. W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, organizacja konsultacji specjalistycznej w danej lokalizacji zależy od jej dostępności. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.	
Konsultacje telemedyczne z zakresu: **1.** alergologii **2.** chirurgii ogólnej, **3.** dermatologii, **4.** diabetologii, **5.** endokrynologii, **6.** ginekologii i położnictwa, **7.** kardiologii, **8.** nefrologii, **9.** neurologii, **10.** ortopedii i traumatologii narządu ruchu, **11.** pulmonologii, **12.** urologii.	bezpłatnie, bez limitu
BADANIA I ZABIEGI AMBULATORYJNE Badania i zabiegi wykonywane są przez lekarza (w ramach konsultacji lekarskiej) lub przez pielęgniarkę, jeśli istnieje wskazanie medyczne i możliwość ich wykonania w warunkach ambulatoryjnych w danej placówce medycznej (bez szkody dla pacjenta).	
Pielęgniarskie	
• iniekcja domięśniowa (bez kosztu produktu leczniczego), • iniekcja dożylna (bez kosztu produktu leczniczego), • iniekcja podskórna (bez kosztu produktu leczniczego), • pobranie krwi, • podłączenie wlewu kroplowego (bez kosztu produktu leczniczego), • pomiar wzrostu i wagi ciała.	bezpłatnie, bez limitu
Ogólnolekarskie	
• unieruchomienie po nieskomplikowanym złamaniu kości kończyny dolnej – bez kosztu ortezy, gipsu, • unieruchomienie po nieskomplikowanym złamaniu kości kończyny górnej – bez kosztu ortezy, gipsu, • unieruchomienie po skręceniu lub zwichnięciu stawu kończyny dolnej – bez kosztu ortezy, gipsu, • unieruchomienie po skręceniu lub zwichnięciu stawu kończyny górnej – bez kosztu ortezy, gipsu, • usunięcie kleszcza, • założenie cewnika do pęcherza moczowego (bez kosztu cewnika), • założenie opatrunku rany skóry lub tkanki podskórnej.	bezpłatnie, bez limitu
Alergologiczne	
• odczulanie (bez kosztów produktu leczniczego).	bezpłatnie, bez limitu
Chirurgiczne	
• całkowite usunięcie płytki paznokciowej, • częściowe usunięcie płytki paznokciowej, • drenaż ropnia skóry lub tkanki podskórnej, • nacięcie ropnia skóry lub tkanki podskórnej, • resekcja klinowa wrastającego paznokcia, • szycie rany skóry do 3 cm, • szycie rany skóry powyżej 3 cm, • założenie prostego opatrunku, • zdjęcie szwów, • zmiana prostego opatrunku.	bezpłatnie, bez limitu
Otolaryngologiczne	
• opatrunek uszny z lekiem, • płukanie ucha, • przedmuchiwanie trąbki słuchowej metodą Politzera,	bezpłatnie, bez limitu

• usunięcie ciała obcego z gardła, • usunięcie ciała obcego z nosa, • usunięcie ciała obcego z ucha, • usunięcie woskowiny z ucha, • założenie lub zmiana przedniej tamponady nosa.	bezpłatnie, bez limitu
Okulistyczne	
• badanie ciśnienia śródgałkowego komputerowe (nie obejmuje tonometrii dynamicznej, tonometrii indukcyjnej), • badanie dna oka, • badanie ostrości widzenia do dali lub do bliży – badanie komputerowe, • badanie ostrości widzenia do dali lub do bliży – na tablicach Snellena, • badanie pola widzenia komputerowe (nie obejmuje perymetrii zdwojonej częstotliwości, mikroperymetrii), • dobór szkieł korekcyjnych, • usunięcie ciała obcego z oka.	bezpłatnie, bez limitu
Ginekologiczne	
• cytologia wymazu szyjki macicy (nie obejmuje cytologii na podłożu płynnym).	bezpłatnie, bez limitu
Urologiczne	
• założenie cewnika do pęcherza moczowego (bez kosztu cewnika).	bezpłatnie, bez limitu
DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA Badania są wykonywane, w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.	
Badania biochemiczne krwi	
• całkowita zdolność wiązania żelaza (TIBC), • chlorki (Cl), • dehydrogenaza mleczanowa (LDH), • fosfataza kwaśna całkowita, • fosfataza kwaśna sterczowa.	bezpłatnie, bez limitu
• ferrytyna, • osteokalcyna, • transferyna.	15% zniżki, bez limitu
Badania serologiczne i immunologiczne krwi	
• odczyn Waalera-Rosego, • oznaczenie grupy krwi układu ABO, antygenu D z układu Rh z oceną hemolizyn, • wirus zapalenia wątroby typu B – przeciwciała anty HBs.	bezpłatnie, bez limitu
• immunoglobulina E (IgE całkowite), • przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej (ATPO, TPOAb), • przeciwciała przeciw tyreoglobulinie (ATG, TgAb), • PSA całkowity (tPSA), • PSA panel (PSA,FPSA, wskaźnik FPSA/PSA), • PSA wolny (fPSA), • Toxoplasma gondii – przeciwciała IgG (bez badania awidności), • Toxoplasma gondii – przeciwciała IgM, • wirus Epstein-Barr – przeciwciała VCA w klasie IgM, • wirus HIV – test COMBO (przeciwciała anty HIV1, anty HIV2, antygen p24), • wirus różyczki – przeciwciała IgG (bez badania awidności), • wirus różyczki – przeciwciała IgM, • wirus zapalenia wątroby typu B – antygen Hbe, • wirus zapalenia wątroby typu B – przeciwciała anty Hbe, • wirus zapalenia wątroby typu C – przeciwciała anty HCV.	15% zniżki, bez limitu
Badania hormonalne	
• aldosteron we krwi, • estradiol we krwi, • hormon adrenokortykotropowy (ACTH) we krwi, • hormon folikulotropowy (FSH) we krwi,	15% zniżki, bez limitu

• hormon luteinizujący (LH) we krwi, • kortyzol we krwi, • parathormon (PTH) we krwi, • parathormon intact (iPTH) we krwi, • progesteron (PRG) we krwi, • prolaktyna (PRL) we krwi, • siarczan dehydroepiandrosteronu (DHEA-S) we krwi, • testosteron całkowity (TT) we krwi, • trijodotyronina całkowita (TT3) we krwi, • trijodotyronina wolna (fT3) we krwi, • tyroksyna całkowita (TT4) we krwi, • tyroksyna wolna (fT4) we krwi.	15% zniżki, bez limitu
Badania bakteriologiczne	
• antybiogram (dotyczy tylko posiewów z zakresu badań bakteriologicznych), • posiew wymazu z rany.	bezpłatnie, bez limitu
Badania moczu	
• kreatynina.	bezpłatnie, bez limitu
DIAGNOSTYKA OBRAZOWA Badania są wykonywane, w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.	
Badania radiologiczne (RTG)	
• mammografia, • urografia, • wlew doodbytniczy.	15% zniżki, bez limitu
Badania ultrasonograficzne (USG) Ubezpieczenie nie obejmuje badań USG w wersji 3D i 4D.	
• USG ciąży bez oceny anatomii płodu pod kątem występowania wad genetycznych lub wad wrodzonych, • USG ciąży z oceną anatomii płodu pod kątem występowania wad genetycznych lub wad wrodzonych, • USG ginekologiczne – przez powłoki brzuszne, • USG ginekologiczne – przezpochwowe (transwaginalne, TV), • USG gruczołu krokowego – przez powłoki brzuszne, • USG gruczołu krokowego – przezodbytnicze (transrektalne, TRUS), • USG miednicy małej – przez powłoki brzuszne, • USG miednicy małej – przezodbytnicze (transrektalne, TRUS), • USG miednicy małej – przezpochwowe (transwaginalne, TV), • USG piersi, • USG tarczycy,	bezpłatnie, bez limitu
• USG serca (echokardiografia, ECHO) – badanie przezklatkowe dziecka, • USG serca (echokardiografia, ECHO) – badanie przezklatkowe osoby dorosłej, • USG naczyń jamy brzusznej – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic i żył jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic i żył obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic i żył szyi – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic szyi – badanie metodą Dopplera, • USG żył jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG żył obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera, • USG żył szyi – badanie metodą Dopplera.	15% zniżki, bez limitu
Tomografia komputerowa (CT) Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów kontrastu, a także angio-CT, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, CT-kolonoskopii wirtualnej, HRCT, HRT, OCT, SL-OCT, CT serca.	
• tomografia komputerowa całego kręgosłupa, • tomografia komputerowa głowy, • tomografia komputerowa jamy brzusznej,	15% zniżki, bez limitu

• tomografia komputerowa klatki piersiowej, • tomografia komputerowa kości miednicy, • tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego, • tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego, • tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego, • tomografia komputerowa miednicy małej, • tomografia komputerowa nadgarstka, • tomografia komputerowa oczodołów, • tomografia komputerowa piramid kości skroniowych, • tomografia komputerowa podudzia, • tomografia komputerowa przedramienia, • tomografia komputerowa przysadki mózgowej, • tomografia komputerowa ramienia, • tomografia komputerowa ręki, • tomografia komputerowa stawu biodrowego, • tomografia komputerowa stawu kolanowego, • tomografia komputerowa stawu łokciowego, • tomografia komputerowa stawu ramiennego (bark), • tomografia komputerowa stawu skokowego, • tomografia komputerowa stopy, • tomografia komputerowa szyi, • tomografia komputerowa uda, • tomografia komputerowa zatok obocznych nosa.	15% zniżki, bez limitu
Rezonans magnetyczny (MRI) Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów kontrastu, a także angio-MRI, enterografii-MRI, MRI serca.	
• rezonans magnetyczny całego kręgosłupa, • rezonans magnetyczny głowy, • rezonans magnetyczny jamy brzusznej, • rezonans magnetyczny klatki piersiowej, • rezonans magnetyczny kości miednicy, • rezonans magnetyczny kręgosłupa lędźwiowego, • rezonans magnetyczny kręgosłupa piersiowego, • rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego, • rezonans magnetyczny miednicy małej, • rezonans magnetyczny nadgarstka, • rezonans magnetyczny oczodołów, • rezonans magnetyczny podudzia, • rezonans magnetyczny przedramienia, • rezonans magnetyczny przysadki mózgowej, • rezonans magnetyczny ramienia, • rezonans magnetyczny ręki, • rezonans magnetyczny stawu biodrowego, • rezonans magnetyczny stawu kolanowego, • rezonans magnetyczny stawu łokciowego, • rezonans magnetyczny stawu ramiennego (bark), • rezonans magnetyczny stawu skokowego, • rezonans magnetyczny stopy, • rezonans magnetyczny uda, • rezonans magnetyczny zatok obocznych nosa.	15% zniżki, bez limitu
DIAGNOSTYKA SPECJALISTYCZNA Badania wykonywane są w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.	
Badania endoskopowe Ubezpieczenie nie obejmuje kosztu znieczulenia oraz kosztu nagrania badania na płycie CD.	
• gastroskopia bez pobierania wycinków, • gastroskopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego, • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas gastroskopii, • test ureazowy w gastroskopii, • kolonoskopia bez pobierania wycinków, • kolonoskopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego, • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas kolonoskopii, • rektoskopia bez pobierania wycinków,	15% zniżki, bez limitu

• rektoskopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego, • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas rektoskopii, • sigmoidoskopia bez pobierania wycinków, • sigmoidoskopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego, • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas sigmoidoskopii.	15% zniżki, bez limitu
Badania kardiologiczne	
• całodobowy pomiar ciśnienia tętniczego metodą Holtera, • EKG – badanie wysiłkowe, • EKG – całodobowa rejestracja metodą Holtera.	15% zniżki, bez limitu
Badania neurologiczne	
• EEG (elektroencefalografia) – zapis w czuwaniu (z wyłączeniem EEG we śnie, EEG biofeedback, EEG video), • EMG – badanie ilościowe jednego mięśnia, • EMG – elektrostymulacyjna próba męczliwości jednego mięśnia (próba miasteniczna), • EMG – próba ischemiczna (tężyczkowa), • ENG (elektroneurografia) – badanie przewodnictwa w obwodowych nerwach ruchowych i czuciowych, • ENG (elektroneurografia) – badanie przewodnictwa w obwodowych nerwach ruchowych i czuciowych + fala F.	15% zniżki, bez limitu
Badania alergologiczne	
• testy alergiczne skórne – panel mieszany (pediatryczny), • testy alergiczne skórne – panel pokarmowy, • testy alergiczne skórne – panel wziewny, • testy alergiczne skórne metodą nakłuć (1 pkt), • testy alergiczne skórne płatkowe (1 alergen).	15% zniżki, bez limitu
Badania audiologiczne	
• audiometria impedancyjna (tympanogram), • audiometria impedancyjna z oceną funkcji trąbki słuchowej, • audiometria tonalna.	15% zniżki, bez limitu
Biopsje	
• biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG (z badaniem cytologicznym).	15% zniżki, bez limitu
Badania reumatologiczne	
• densytometria całego kośćca, • densytometria kości obu rąk, • densytometria kości udowej, • densytometria kręgosłupa.	15% zniżki, bez limitu
Badania pulmonologiczne	
• spirometria.	bezpłatnie, bez limitu
OPIEKA STOMATOLOGICZNA	
• przegląd stomatologiczny (badanie dentystyczne) dorosły, • przegląd stomatologiczny (badanie dentystyczne) dziecko.	raz w roku w 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy
Stomatologia zachowawcza	
• aplikacja leku do kanału, • całkowite opracowanie i wypełnienie ubytku na 1 powierzchni, • całkowite opracowanie i wypełnienie ubytku na 2 powierzchniach, • całkowite opracowanie i wypełnienie ubytku na 3 i więcej powierzchniach, • całkowite opracowanie kanału – metoda maszynowa, • całkowite opracowanie kanału – metoda ręczna, • częściowe opracowanie kanału – metoda maszynowa, • częściowe opracowanie kanału – metoda ręczna, • dewitalizacja miazgi zęba mlecznego z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem glasjonomerowym,	20% zniżki, bez limitu

• dewitalizacja miazgi zęba stałego z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem glasjonomerowym, • ekstyrpacja przyżyciowa miazgi zęba, • ekstyrpacja zdewitalizowanej miazgi zęba, • fluoryzacja (lakierowanie zębów fluorem), • instruktaż higieny jamy ustnej, • lakowanie (zabezpieczanie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym), • leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej, • odbudowa zęba metodą bezpośrednią – materiał kompozytowy podstawowy, • opatrunek leczniczy (fleczer), • opatrunek leczniczy (tlenek cynku), • pantonogram, • piaskowanie (usuwanie osadu), • ponowne udrożnienie wypełnionego kanału, • RTG zęba, • skaling (usunięcie kamienia), • trepanacja komory zęba mlecznego, • usunięcie zęba mlecznego bez zresorbowanych korzeni, • usunięcie zęba mlecznego ze zresorbowanymi korzeniami, • usunięcie złamanego narzędzia z kanału, • wypełnienie kanału, • wypełnienie kanału pod mikroskopem, • wypełnienie kompozytowe zęba mlecznego duże – materiał podstawowy, • wypełnienie kompozytowe zęba mlecznego małe – materiał podstawowy, • znieczulenie metodą komputerową, • znieczulenie nasiękowe lub śródwięzadłowe, • znieczulenie przewodowe wewnątrzustne.	20% zniżki, bez limitu
RECEPTA – KONTYNUACJA LECZENIA	
Usługa medyczna umożliwiająca zamówienie i otrzymanie recept lekarskich niezbędnych do kontynuacji leczenia, bez osobistego kontaktu z lekarzem – jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia ubezpieczonego, współubezpieczonego, ubezpieczonego bliskiego. • Recepty są wystawiane tylko w tej placówce świadczeniodawcy, w której wcześniej wystawiono recepty na zamawiane leki. • Recepty są wystawiane tylko w celu kontynuacji wcześniej rozpoczętego leczenia w sytuacji, gdy dokumentacja medyczna zawiera informację na temat rozpoznania, sposobu leczenia oraz wymaganych wizyt kontrolnych. • Recepty na leki refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia są wystawiane przez placówkę medyczną świadczeniodawcy po weryfikacji tych uprawnień w systemie informatycznym udostępnionym przez NFZ. • Zamówienie recept na leki odbywa się poprzez kontakt telefoniczny, elektroniczny lub osobisty z placówką medyczną, w której kontynuowany jest proces leczenia poprzez udostępniony przez daną placówkę medyczną sposób przyjmowania zamówienia. Odbiór recept odbywa się według zasad wskazywanych przez placówkę medyczną świadczeniodawcy. • Lekarz może odmówić wystawienia recept bez dokonania osobistego badania pacjenta, jeżeli jest to uzasadnione względami medycznymi lub wynika z powszechnie obowiązujących regulacji prawnych	bezpłatnie, bez limitu

Zniżki są realizowane w stosunku do ceny usługi obowiązującej w placówce medycznej.

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE TWOJE ZDROWIE – USŁUGI MEDYCZNE

Zakres usług medycznych KOMFORT

JAK UMÓWIĆ SIĘ NA USŁUGĘ MEDYCZNĄ?

Na usługi medyczne umawiamy za pośrednictwem:

Serwisu mojePZU (po zalogowaniu otrzymasz dostęp do grafików przychodni, które zostały udostępnione w Serwisie mojePZU i możesz bezpośrednio umówić dogodny termin konsultacji),

całodobowej infolinii pod nr 801 405 905 lub 22 505 15 48 (opłata zgodna z taryfą operatora).

SERWIS SMS

Potwierdzenie terminu i miejsca realizacji usługi medycznej za pośrednictwem SMS.

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
OPIEKA PODSTAWOWA	
Konsultacje ambulatoryjne Konsultacje ambulatoryjne realizujemy bez skierowania. Odbywają się w placówce medycznej i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: – fizykalne badanie pacjenta, – zebranie wywiadu chorobowego, – postawienie diagnozy, – zalecenia co do sposobu leczenia, – wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.	
Konsultacje ambulatoryjne z zakresu: **1.** chorób wewnętrznych (interny), **2.** medycyny rodzinnej, **3.** pediatrii.	bezpłatnie, bez limitu
Konsultacje telemedyczne Konsultacje telemedyczne realizujemy bez skierowania. Odbywają się telefonicznie, przez czat lub video czat i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: – zebranie wywiadu chorobowego, – postawienie diagnozy, – zalecenia co do sposobu leczenia, – wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. Z konsultacji telemedycznych można skorzystać przez całą dobę, także w święta i dni ustawowo wolne od pracy. Przed rozpoczęciem konsultacji akceptujesz regulamin Dostawcy Telemedycznego. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.	
Konsultacje telemedyczne z zakresu: **1.** chorób wewnętrznych (interny), **2.** pediatrii.	bezpłatnie, bez limitu

OPIEKA SPECJALISTYCZNA	
Konsultacje ambulatoryjne Konsultacje ambulatoryjne realizujemy bez skierowania. Odbywają się w placówce medycznej i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: – fizykalne badanie pacjenta, – zebranie wywiadu chorobowego, – postawienie diagnozy, – zalecenia co do sposobu leczenia, – wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, organizacja konsultacji specjalistycznej w danej lokalizacji zależy od jej dostępności. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.	
Konsultacje ambulatoryjne z zakresu: **1.** alergologii, **2.** anestezjologii, **3.** audiologii, **4.** chirurgii ogólnej, **5.** chirurgii onkologicznej, **6.** dermatologii, **7.** diabetologii, **8.** endokrynologii, **9.** gastroenterologii, **10.** ginekologii i położnictwa, **11.** hematologii, **12.** hepatologii, **13.** kardiologii, **14.** nefrologii, **15.** neurologii, **16.** okulistyki, **17.** onkologii, **18.** ortopedii i traumatologii narządu ruchu, **19.** otolaryngologii, **20.** pulmonologii, **21.** reumatologii, **22.** urologii, **23.** wenerologii.	bezpłatnie, bez limitu
Konsultacje telemedyczne Konsultacje telemedyczne realizujemy bez skierowania. Odbywają się telefonicznie, przez czat lub video czat i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: – zebranie wywiadu chorobowego, – postawienie diagnozy, – zalecenia co do sposobu leczenia, – wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. Z konsultacji telemedycznych można skorzystać od poniedziałku do piątku w godzinach 7:00-22:00. Przed rozpoczęciem konsultacji akceptujesz regulamin Dostawcy Telemedycznego. W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, organizacja konsultacji specjalistycznej w danej lokalizacji zależy od jej dostępności. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.	
Konsultacje telemedyczne z zakresu: **1.** alergologii, **2.** chirurgii ogólnej, **3.** dermatologii, **4.** diabetologii, **5.** endokrynologii, **6.** ginekologii i położnictwa, **7.** hematologii **8.** kardiologii, **9.** nefrologii, **10.** neurologii, **11.** onkologii, **12.** ortopedii i traumatologii narządu ruchu, **13.** pulmonologii, **14.** urologii.	bezpłatnie, bez limitu

BADANIA I ZABIEGI AMBULATORYJNE Badania i zabiegi wykonywane są przez lekarza (w ramach konsultacji lekarskiej) lub przez pielęgniarkę, jeśli istnieje wskazanie medyczne i możliwość ich wykonania w warunkach ambulatoryjnych w danej placówce medycznej (bez szkody dla pacjenta).	
Pielęgniarskie	
• iniekcja domięśniowa (bez kosztu produktu leczniczego), • iniekcja dożylna (bez kosztu produktu leczniczego), • iniekcja podskórna (bez kosztu produktu leczniczego), • pobranie krwi, • podłączenie wlewu kroplowego (bez kosztu produktu leczniczego), • pomiar wzrostu i wagi ciała.	bezpłatnie, bez limitu
Ogólnolekarskie	
• unieruchomienie po nieskomplikowanym złamaniu kości kończyny dolnej – bez kosztu ortezy, gipsu, • unieruchomienie po nieskomplikowanym złamaniu kości kończyny górnej – bez kosztu ortezy, gipsu, • unieruchomienie po skręceniu lub zwichnięciu stawu kończyny dolnej – bez kosztu ortezy, gipsu, • unieruchomienie po skręceniu lub zwichnięciu stawu kończyny górnej – bez kosztu ortezy, gipsu, • usunięcie kleszcza, • założenie cewnika do pęcherza moczowego (bez kosztu cewnika), • założenie opatrunku rany skóry lub tkanki podskórnej.	bezpłatnie, bez limitu
Alergologiczne	
• odczulanie (bez kosztów produktu leczniczego).	bezpłatnie, bez limitu
Chirurgiczne	
• całkowite usunięcie płytki paznokciowej, • częściowe usunięcie płytki paznokciowej, • drenaż ropnia skóry lub tkanki podskórnej, • nacięcie ropnia skóry lub tkanki podskórnej, • resekcja klinowa wrastającego paznokcia, • szycie rany skóry do 3 cm, • szycie rany skóry powyżej 3 cm, • założenie prostego opatrunku, • zdjęcie szwów, • zmiana prostego opatrunku.	bezpłatnie, bez limitu
Otolaryngologiczne	
• opatrunek uszny z lekiem, • płukanie ucha, • przedmuchiwanie trąbki słuchowej metodą Politzera, • usunięcie ciała obcego z gardła, • usunięcie ciała obcego z nosa, • usunięcie ciała obcego z ucha, • usunięcie woskowiny z ucha, • założenie lub zmiana przedniej tamponady nosa.	bezpłatnie, bez limitu
Okulistyczne	
• badanie ciśnienia śródgałkowego komputerowe (nie obejmuje tonometrii dynamicznej, tonometrii indukcyjnej), • badanie dna oka, • badanie ostrości widzenia do dali i do bliży – badanie komputerowe, • badanie ostrości widzenia do dali i do bliży – na tablicach Snellena, • badanie pola widzenia komputerowe (nie obejmuje perymetrii zdwojonej częstotliwości, mikroperymetrii), • dobór szkieł korekcyjnych, • usunięcie ciała obcego z oka.	bezpłatnie, bez limitu
Ginekologiczne	
• badanie tętna płodu - KTG, • cytologia wymazu szyjki macicy (nie obejmuje cytologii na podłożu płynnym).	bezpłatnie, bez limitu

Urologiczne	
• założenie cewnika do pęcherza moczowego (bez kosztu cewnika).	bezpłatnie, bez limitu
DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA Badania są wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.	
Badania hematologiczne i układu krzepnięcia krwi	
• czas częściowej tromboplastyny po aktywacji/czas kaolinowo-kefalinowy (APTT), • czas protrombinowy (PT/INR), • fibrynogen (FIBR), • hematokryt, • hemoglobina, • leukocyty, • morfologia krwi z płytkami krwi bez rozmazu, • morfologia krwi z płytkami krwi i z rozmazem automatycznym, • morfologia krwi z płytkami krwi i z rozmazem automatycznym z rozmazem ręcznym, • odczyn Biernackiego (OB.), • płytki krwi, • retikulocyty.	bezpłatnie, bez limitu
Badania biochemiczne krwi	
• albuminy, • amylaza, • białko całkowite, • białko C-reaktywne (CRP), • bilirubina bezpośrednia, • bilirubina całkowita, • całkowita zdolność wiązania żelaza (TIBC), • chlorki (Cl), • cholesterol całkowity, • cholesterol HDL, • cholesterol LDL, • dehydrogenaza mleczanowa (LDH), • fosfataza kwaśna całkowita, • fosfataza kwaśna sterczowa, • fosfataza zasadowa (alkaliczna/ALP), • gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP), • glukoza, • hemoglobina glikowana (HbA1C), • kinaza fosfokreatynowa (CK, CPK), • kreatynina, • kwas moczowy, • lipidogram: cholesterol całkowity, cholesterol HDL, cholesterol LDL, trójglicerydy, • mocznik – azot mocznika (BUN), • potas (K), • proteinogram, • sód (Na), • test obciążenia glukozą 1 pkt 50g, • test obciążenia glukozą 1 pkt 75g, • test obciążenia glukozą 3 pkt 50g, • test obciążenia glukozą 3 pkt 75g, • transaminaza alaninowa (GPT/ALT/ALAT), • transaminaza asparaginianowa (GOT/AST/ASPAT), • trójglicerydy, • wapń całkowity (Ca), • żelazo (Fe),	bezpłatnie, bez limitu
• ferrytyna, • osteokalcyna, • transferyna.	15% zniżki, bez limitu
Badania serologiczne i immunologiczne krwi	
• ASO – antystreptolizyna O, • czynnik reumatoidalny (RF),	bezpłatnie, bez limitu

• kiła – test RPR, • kiła – test USR, • kiła – test VDRL, • odczyn Waalera-Rosego, • oznaczenie grupy krwi układu ABO, antygenu D z układu Rh z oceną hemolizyn, • Toxoplasma gondii - przeciwciała IgG (bez badania awidności), • Toxoplasma gondii - przeciwciała IgG (awidność), • Toxoplasma gondii - przeciwciała IgM, • wirus HIV - test COMBO (przeciwciała anty HIV1, anty HIV2, antygen p24), • wirus różyczki - przeciwciała IgG (bez badania awidności), • wirus różyczki - przeciwciała IgG (awidność) • wirus różyczki - przeciwciała IgM, • wirus zapalenia wątroby typu B – antygen HBs, • wirus zapalenia wątroby typu B – przeciwciała anty HBs, • wirus zapalenia wątroby typu C – przeciwciała anty HCV,	bezpłatnie, bez limitu
• immunoglobulina E (IgE całkowite), • przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej (ATPO, TPOAb), • przeciwciała przeciw tyreoglobulinie (ATG, TgAb), • PSA całkowity (tPSA), • PSA panel (PSA,FPSA, wskaźnik FPSA/PSA), • PSA wolny (fPSA), • wirus Epstein-Barr – przeciwciała VCA w klasie IgM, • wirus zapalenia wątroby typu B – antygen HBe, • wirus zapalenia wątroby typu B – przeciwciała anty HBe.	15% zniżki, bez limitu
Badania hormonalne	
• hormon tyreotropowy (TSH) we krwi,	bezpłatnie, bez limitu
• aldosteron we krwi, • estradiol we krwi, • hormon adrenokortykotropowy (ACTH) we krwi, • hormon folikulotropowy (FSH) we krwi, • hormon luteinizujący (LH) we krwi, • kortyzol we krwi, • parathormon (PTH) we krwi, • parathormon intact (iPTH) we krwi, • progesteron (PRG) we krwi, • prolaktyna (PRL) we krwi, • siarczan dehydroepiandrosteronu (DHEA-S) we krwi, • testosteron całkowity (TT) we krwi, • trijodotyronina całkowita (TT3) we krwi, • trijodotyronina wolna (fT3) we krwi, • tyroksyna całkowita (TT4) we krwi, • tyroksyna wolna (fT4) we krwi.	15% zniżki, bez limitu
Badania bakteriologiczne	
• antybiogram (dotyczy tylko posiewów z zakresu badań bakteriologicznych), • posiew kału ogólny, • posiew kału w kierunku bakterii Shigella, Salmonella, • posiew moczu, • posiew wymazu z gardła, • posiew wymazu z odbytu – w kierunku beta-hemolizujących grupy B, • posiew wymazu z pochwy – w kierunku beta-hemolizujących grupy B, • posiew wymazu z rany.	bezpłatnie, bez limitu
Badania moczu	
• amylaza, • badanie ogólne moczu, • białko, • glukoza, • kreatynina, • wapń.	bezpłatnie, bez limitu

Badania kału	
• badanie kału w kierunku pasożytów – mikroskopowe, • badanie ogólne kału, • krew utajona w kale/ F.O.B.	bezpłatnie, bez limitu
DIAGNOSTYKA OBRAZOWA Badania są wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.	
Badania radiologiczne (RTG)	
• RTG czaszki, • RTG czaszki okolicy czołowej, • RTG gruczołu ślinowego, • RTG jamy brzusznej – zdjęcie przeglądowe, • RTG języczka, • RTG klatki piersiowej – AP, • RTG klatki piersiowej – bok, • RTG klatki piersiowej – AP + bok, • RTG kości łódeczkowatej, • RTG kości miednicy, • RTG kości ogonowej (guzicznej) – AP, • RTG kości ogonowej (guzicznej) – bok, • RTG kości ogonowej (guzicznej) – AP + bok, • RTG kości piętowej – bok, • RTG kości piętowej – osiowe, • RTG kości piętowej – bok + osiowe, • RTG kości podudzia – AP, • RTG kości podudzia – bok, • RTG kości podudzia – AP + bok, • RTG kości przedramienia – AP, • RTG kości przedramienia – bok, • RTG kości przedramienia – AP + bok, • RTG kości ramiennej – AP, • RTG kości ramiennej – bok, • RTG kości ramiennej – AP + bok, • RTG kości udowej – AP, • RTG kości udowej – bok, • RTG kości udowej – AP + bok, • RTG kręgosłupa całego – AP, • RTG kręgosłupa całego – bok, • RTG kręgosłupa całego – AP + bok, • RTG kręgosłupa całego – badanie czynnościowe, • RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – AP, • RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – bok, • RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – AP + bok, • RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – badanie czynnościowe, • RTG kręgosłupa piersiowego – AP, • RTG kręgosłupa piersiowego – bok, • RTG kręgosłupa piersiowego – AP + bok, • RTG kręgosłupa szyjnego – AP, • RTG kręgosłupa szyjnego – bok, • RTG kręgosłupa szyjnego – AP + bok, • RTG kręgosłupa szyjnego – badanie czynnościowe, • RTG krtani, • RTG łopatki, • RTG miednicy, • RTG mostka, • RTG nadgarstka – AP, • RTG nadgarstka – bok, • RTG nadgarstka – skos, • RTG nadgarstka – AP + bok, • RTG nadgarstka – AP + bok + skos, • RTG nosa, • RTG nosogardzieli, • RTG obojczyka,	bezpłatnie, bez limitu

• RTG obydwu nadgarstków – AP + bok + skos, • RTG obydwu stawów biodrowych – AP + osiowe, • RTG obydwu stawów biordowych – osiowe, • RTG obydwu stawów ramiennych (bark) – osiowe, • RTG obydwu stóp – AP + bok + skos, • RTG oczodołu, • RTG palca/palców ręki – AP, • RTG palca/palców ręki – bok, • RTG palca/palców ręki – skos, • RTG palca/palców ręki – AP + bok, • RTG palca/palców ręki – AP + bok + skos, • RTG palca/palców stopy – AP, • RTG palca/palców stopy – bok, • RTG palca/palców stopy – skos, • RTG palca/palców stopy – AP + bok, • RTG palców jednej stopy – AP + bok + skos, • RTG przewodu nosowo-łzowego, • RTG ręki – AP, • RTG ręki – skos, • RTG ręki – AP + skos, • RTG rzepki – AP, • RTG rzepki – bok, • RTG rzepki – osiowe, • RTG rzepki – AP + bok, • RTG rzepki – AP + bok + osiowe, • RTG stawów krzyżowo-biodrowych – skos, • RTG stawu biodrowego – AP, • RTG stawu biodrowego – osiowe, • RTG stawu biodrowego – AP + osiowe, • RTG stawu kolanowego – AP, • RTG stawu kolanowego – bok, • RTG stawu kolanowego – AP + bok, • RTG stawu łokciowego, • RTG stawu ramiennego (bark) – AP, • RTG stawu ramiennego (bark) – osiowe, • RTG stawu ramiennego (bark) – skos, • RTG stawu ramiennego (bark) – AP + osiowe, • RTG stawu ramiennego (bark) – AP + osiowe + skos, • RTG stawu skokowego (kostki) – AP, • RTG stawu skokowego (kostki) – bok, • RTG stawu skokowego (kostki) – AP + bok, • RTG stopy – AP, • RTG stopy – bok, • RTG stopy – skos, • RTG stopy – AP + bok, • RTG stopy – AP + bok + skos, • RTG szczęki, • RTG tarczycy, • RTG tunelowe stawu kolanowego, • RTG zatok obocznych nosa, • RTG żebra, • RTG żuchwy,	bezpłatnie, bez limitu
• mammografia, • urografia, • wlew doodbytniczy.	15% zniżki, bez limitu
Badania ultrasonograficzne (USG) Ubezpieczenie nie obejmuje badań USG w wersji 3D i 4D.	
• USG ciąży bez oceny anatomii płodu pod kątem występowania wad genetycznych lub wad wrodzonych, • USG ciąży z oceną anatomii płodu pod kątem występowania wad genetycznych lub wad wrodzonych, • USG ginekologiczne – przez powłoki brzuszne, • USG ginekologiczne – przezpochwowe (transwaginalne, TV),	bezpłatnie, bez limitu

• USG gruczołu krokowego – przez powłoki brzuszne, • USG gruczołu krokowego – przezodbytnicze (transrektalne, TRUS), • USG jamy brzusznej, • USG krtani, • USG miednicy małej – przez powłoki brzuszne, • USG miednicy małej – przezodbytnicze (transrektalne, TRUS), • USG miednicy małej – przezpochwowe (transwaginalne, TV), • USG mięśni, • USG nadgarstka, • USG piersi, • USG stawów biodrowych u dzieci, • USG stawów i więzadeł, • USG stawu biodrowego, • USG stawu kolanowego, • USG stawu łokciowego, • USG stawu ramiennego (bark), • USG stawu skokowego, • USG ścięgna, • USG śródręcza i palców, • USG śródstopia (stopy), • USG tarczycy, • USG tkanki podskórnej, • USG układu moczowego (nerek, moczowodów, pęcherza moczowego), • USG węzłów chłonnych,	bezpłatnie, bez limitu
• USG serca (echokardiografia, ECHO) – badanie przezklatkowe dziecka, • USG serca (echokardiografia, ECHO) – badanie przezklatkowe osoby dorosłej, • USG naczyń jamy brzusznej – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic i żył jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic i żył obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic i żył szyi – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic szyi – badanie metodą Dopplera, • USG żył jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG żył obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera, • USG żył szyi – badanie metodą Dopplera.	15% zniżki, bez limitu
Tomografia komputerowa (CT) Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów kontrastu, a także angio-CT, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, CT-kolonoskopii wirtualnej, HRCT, HRT, OCT, SL-OCT, CT serca.	
• tomografia komputerowa całego kręgosłupa, • tomografia komputerowa głowy, • tomografia komputerowa jamy brzusznej, • tomografia komputerowa klatki piersiowej, • tomografia komputerowa kości miednicy, • tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego, • tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego, • tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego, • tomografia komputerowa krtani, • tomografia komputerowa miednicy małej, • tomografia komputerowa nadgarstka, • tomografia komputerowa oczodołów, • tomografia komputerowa piramid kości skroniowych, • tomografia komputerowa podudzia, • tomografia komputerowa przedramienia, • tomografia komputerowa przysadki mózgowej, • tomografia komputerowa ramienia, • tomografia komputerowa ręki, • tomografia komputerowa stawu biodrowego, • tomografia komputerowa stawu kolanowego, • tomografia komputerowa stawu łokciowego, • tomografia komputerowa stawu ramiennego (bark), • tomografia komputerowa stawu skokowego, • tomografia komputerowa stopy,	15% zniżki, bez limitu

• tomografia komputerowa szyi, • tomografia komputerowa uda, • tomografia komputerowa układu moczowego (urografia CT), • tomografia komputerowa zatok obocznych nosa.	15% zniżki, bez limitu
Rezonans magnetyczny (MRI) Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów kontrastu, a także angio-MRI, enterografii-MRI, MRI serca.	
• rezonans magnetyczny całego kręgosłupa, • rezonans magnetyczny głowy, • rezonans magnetyczny jamy brzusznej, • rezonans magnetyczny klatki piersiowej, • rezonans magnetyczny kości miednicy, • rezonans magnetyczny kręgosłupa lędźwiowego, • rezonans magnetyczny kręgosłupa piersiowego, • rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego, • rezonans magnetyczny miednicy małej, • rezonans magnetyczny nadgarstka, • rezonans magnetyczny oczodołów, • rezonans magnetyczny podudzia, • rezonans magnetyczny przedramienia, • rezonans magnetyczny przysadki mózgowej, • rezonans magnetyczny ramienia, • rezonans magnetyczny ręki, • rezonans magnetyczny stawu biodrowego, • rezonans magnetyczny stawu kolanowego, • rezonans magnetyczny stawu łokciowego, • rezonans magnetyczny stawu ramiennego (bark), • rezonans magnetyczny stawu skokowego, • rezonans magnetyczny stopy, • rezonans magnetyczny uda, • rezonans magnetyczny układu moczowego (urografia MRI), • rezonans magnetyczny zatok obocznych nosa.	15% zniżki, bez limitu
DIAGNOSTYKA SPECJALISTYCZNA Badania są wykonywane, w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.	
Badania endoskopowe Ubezpieczenie nie obejmuje kosztu znieczulenia oraz kosztu nagrania badania na płycie CD.	
• gastroskopia bez pobierania wycinków, • gastroskopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego, • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas gastroskopii, • test ureazowy w gastroskopii, • kolonoskopia bez pobierania wycinków, • kolonoskopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego, • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas kolonoskopii, • rektoskopia bez pobierania wycinków, • rektoskopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego, • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas rektoskopii, • sigmoidoskopia bez pobierania wycinków, • sigmoidoskopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego, • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas sigmoidoskopii.	15% zniżki, bez limitu
Badania kardiologiczne	
• EKG – badanie spoczynkowe bez opisu, • EKG – badanie spoczynkowe z opisem,	bezpłatnie, bez limitu
• całodobowy pomiar ciśnienia tętniczego metodą Holtera, • EKG – badanie wysiłkowe, • EKG – całodobowa rejestracja metodą Holtera.	15% zniżki, bez limitu
Badania neurologiczne	
• EEG (elektroencefalografia) - zapis w czuwaniu (z wyłączeniem EEG we śnie, EEG biofeedback, EEG video), • EMG – badanie ilościowe jednego mięśnia,	15% zniżki, bez limitu

• EMG – elektrostymulacyjna próba męczliwości jednego mięśnia (próba miasteniczna), • EMG – próba ischemiczna (tężyczkowa), • ENG (elektroneurografia) – badanie przewodnictwa w obwodowych nerwach ruchowych i czuciowych, • ENG (elektroneurografia) – badanie przewodnictwa w obwodowych nerwach ruchowych i czuciowych + fala F.	15% zniżki, bez limitu
Badania alergologiczne	
• testy alergiczne skórne – panel mieszany (pediatryczny), • testy alergiczne skórne – panel pokarmowy, • testy alergiczne skórne – panel wziewny, • testy alergiczne skórne metodą nakłuć (1 pkt), • testy alergiczne skórne płatkowe (1 alergen).	15% zniżki, bez limitu
Badania audiologiczne	
• audiometria impedancyjna (tympanogram), • audiometria impedancyjna z oceną funkcji trąbki słuchowej, • audiometria tonalna.	15% zniżki, bez limitu
Biopsje	
• biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG (z badaniem cytologicznym).	15% zniżki, bez limitu
Badania reumatologiczne	
• densytometria całego kośćca, • densytometria kości obu rąk, • densytometria kości udowej, • densytometria kręgosłupa.	15% zniżki, bez limitu
Badania pulmonologiczne	
• spirometria.	bezpłatnie, bez limitu

PROWADZENIE CIĄŻY

Konsultacje lekarskie z zakresu położnictwa i ginekologii obejmują prowadzenie ciąży wraz z poradnictwem w zakresie przebiegu ciąży i porodu. Konsultacje lekarskie, ambulatoryjne i telemedyczne realizujemy bez skierowania. Badania diagnostyczne związane z prowadzeniem ciąży realizujemy zgodnie z zakresem ubezpieczenia, na podstawie skierowania lekarskiego.

W ramach zakresu możesz zrealizować:
- oznaczenie grupy krwi układu ABO, antygenu D z układu Rh z oceną hemolizyn,
- morfologia krwi z płytkami krwi z rozmazem automatycznym z rozmazem ręcznym,
- glukoza,
- test obciążenia glukozą 3 pkt 75g,
- hormon tyreotropowy (TSH) we krwi,
- badanie ogólne moczu,
- kiła – test VDRL,
- Toxoplasma gondii – przeciwciała IgG (bez badania awidności),
- Toxoplasma gondii – przeciwciała IgG (awidność),
- Toxoplasma gondii – przeciwciała IgM,
- wirus HIV - test COMBO (przeciwciała anty HIV1, anty HIV2, antygen p24),
- wirus różyczki – przeciwciała IgG (bez badania awidności),
- wirus różyczki – przeciwciała IgG (awidność),
- wirus różyczki – przeciwciała IgM,
- wirus zapalenia wątroby typu B – antygen HBs,
- wirus zapalenia wątroby typu C – przeciwciała anty HCV,
- posiew wymazu z odbytu – w kierunku beta-hemolizujących grupy B,
- posiew wymazu z pochwy – w kierunku beta-hemolizujących grupy B,
- badanie tętna płodu – KTG,
- cytologia wymazu szyjki macicy (nie obejmuje cytologii na podłożu płynnym),
- USG ciąży bez oceny anatomii płodu pod kątem występowania wad genetycznych lub wad wrodzonych,
- USG ciąży z oceną anatomii płodu pod kątem występowania wad genetycznych lub wad wrodzonych,
- przegląd stomatologiczny (raz w roku w 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy).

SZKOŁA RODZENIA	
Ubezpieczonemu, współubezpieczonemu, ubezpieczonemu bliskiemu, który uczestniczył w zajęciach w ramach szkoły rodzenia, przysługuje zwrot poniesionych kosztów w kwocie wskazanej na fakturze/rachunku, jednak nie wyższej niż 300,00 zł. Szczegółowe informacje dotyczące zwrotu kosztów za szkołę rodzenia znajdują się w załączniku do umowy.	
SZCZEPIENIA OCHRONNE Usługa obejmuje konsultację kwalifikującą do szczepienia, iniekcję oraz koszt szczepionki.	
• szczepienie przeciwko grypie,	raz w roku w 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy
• anatoksyna przeciw tężcowi.	bezpłatnie, bez limitu
OPIEKA STOMATOLOGICZNA	
• przegląd stomatologiczny (badanie dentystyczne) dorosły, • przegląd stomatologiczny (badanie dentystyczne) dziecko.	raz w roku w 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy
Stomatologia zachowawcza	
• aplikacja leku do kanału, • całkowite opracowanie i wypełnienie ubytku na 1 powierzchni, • całkowite opracowanie i wypełnienie ubytku na 2 powierzchniach, • całkowite opracowanie i wypełnienie ubytku na 3 i więcej powierzchniach, • całkowite opracowanie kanału – metoda maszynowa, • całkowite opracowanie kanału – metoda ręczna, • częściowe opracowanie kanału – metoda maszynowa, • częściowe opracowanie kanału – metoda ręczna, • dewitalizacja miazgi zęba mlecznego z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem glasjonomerowym, • dewitalizacja miazgi zęba stałego z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem glasjonomerowym, • ekstyrpacja przyżyciowa miazgi zęba, • ekstyrpacja zdewitalizowanej miazgi zęba, • fluoryzacja (lakierowanie zębów fluorem), • instruktaż higieny jamy ustnej, • lakowanie (zabezpieczanie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym), • leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej, • odbudowa zęba metodą bezpośrednią – materiał kompozytowy podstawowy, • opatrunek leczniczy (fleczer), • opatrunek leczniczy (tlenek cynku), • pantonogram, • piaskowanie (usuwanie osadu), • ponowne udrożnienie wypełnionego kanału, • RTG zęba, • skaling (usunięcie kamienia), • trepanacja komory zęba mlecznego, • usunięcie zęba mlecznego bez zresorbowanych korzeni, • usunięcie zęba mlecznego ze zresorbowanymi korzeniami, • usunięcie złamanego narzędzia z kanału, • wypełnienie kanału, • wypełnienie kanału pod mikroskopem, • wypełnienie kompozytowe zęba mlecznego duże – materiał podstawowy, • wypełnienie kompozytowe zęba mlecznego małe – materiał podstawowy, • znieczulenie metodą komputerową, • znieczulenie nasiękowe lub śródwięzadłowe, • znieczulenie przewodowe wewnątrzustne.	20% zniżki, bez limitu
WIZYTY DOMOWE	
Wizyta domowa odbywa się w domu ubezpieczonego, współubezpieczonego, ubezpieczonego bliskiego i obejmuje zgodnie z profilem danej specjalności: fizykalne badanie pacjenta, zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia oraz wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym.	2 wizyty w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy

Organizujemy całodobowo wizyty domowe z zakresu chorób wewnętrznych (interny), pediatrii i medycyny rodzinnej, wyłącznie w przypadkach nagłych zachorowań lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, który uniemożliwia ubezpieczonemu, współubezpieczonemu, ubezpieczonemu bliskiemu przybycie do placówki medycznej. Nie organizujemy wizyt domowych dla ubezpieczonych, współubezpieczonych, ubezpieczonych bliskich w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Nie organizujemy wizyt domowych lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora. Wizyta domowa realizowana jest na terytorium określonym przez świadczeniodawcę (informacja o organizacji wizyty domowej dostępna jest na infolinii). Decyzja o konieczności realizacji wizyty domowej podejmowana jest na podstawie przeprowadzonego wywiadu przez infolinię.	2 wizyty w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy
RECEPTA – KONTYNUACJA LECZENIA	
Usługa medyczna umożliwiająca zamówienie i otrzymanie recept lekarskich niezbędnych do kontynuacji leczenia, bez osobistego kontaktu z lekarzem – jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia ubezpieczonego, współubezpieczonego, ubezpieczonego bliskiego. • Recepty są wystawiane tylko w tej placówce świadczeniodawcy, w której wcześniej wystawiono recepty na zamawiane leki. • Recepty są wystawiane tylko w celu kontynuacji wcześniej rozpoczętego leczenia w sytuacji, gdy dokumentacja medyczna zawiera informację na temat rozpoznania, sposobu leczenia oraz wymaganych wizyt kontrolnych. • Recepty na leki refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia są wystawiane przez placówkę medyczną świadczeniodawcy po weryfikacji tych uprawnień w systemie informatycznym udostępnionym przez NFZ. • Zamówienie recept na leki odbywa się poprzez kontakt telefoniczny, elektroniczny lub osobisty z placówką medyczną, w której kontynuowany jest proces leczenia poprzez udostępniony przez daną placówkę medyczną sposób przyjmowania zamówienia. Odbiór recept odbywa się według zasad wskazywanych przez placówkę medyczną świadczeniodawcy. • Lekarz może odmówić wystawienia recept bez dokonania badania pacjenta, jeżeli jest to uzasadnione względami medycznymi lub wynika z powszechnie obowiązujących regulacji prawnych.	bezpłatnie, bez limitu

Zniżki są realizowane w stosunku do ceny usługi obowiązującej w placówce medycznej.

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE TWOJE ZDROWIE - USŁUGI MEDYCZNE

Zakres usług medycznych KOMFORT PLUS

JAK UMÓWIĆ SIĘ NA USŁUGĘ MEDYCZNĄ?

Na usługi medyczne umawiamy za pośrednictwem:

Serwisu mojePZU (po zalogowaniu otrzymasz dostęp do grafików przychodni, które zostały udostępnione w Serwisie mojePZU i możesz bezpośrednio umówić dogodny termin konsultacji),

całodobowej infolinii pod nr 801 405 905 lub 22 505 15 48 (opłata zgodna z taryfą operatora).

SERWIS SMS

Potwierdzenie terminu i miejsca realizacji usługi medycznej za pośrednictwem SMS.

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
OPIEKA PODSTAWOWA	
Konsultacje ambulatoryjne Konsultacje ambulatoryjne realizujemy bez skierowania. Odbywają się w placówce medycznej i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: – fizykalne badanie pacjenta, – zebranie wywiadu chorobowego, – postawienie diagnozy, – zalecenia co do sposobu leczenia, – wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.	
Konsultacje ambulatoryjne z zakresu: **1.** chorób wewnętrznych (interny), **2.** medycyny rodzinnej, **3.** pediatrii.	bezpłatnie, bez limitu
Konsultacje telemedyczne Konsultacje telemedyczne realizujemy bez skierowania. Odbywają się telefonicznie, przez czat lub video czat i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: – zebranie wywiadu chorobowego, – postawienie diagnozy, – zalecenia co do sposobu leczenia – wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. Z konsultacji telemedycznych można skorzystać przez całą dobę, także w święta i dni ustawowo wolne od pracy. Przed rozpoczęciem konsultacji akceptujesz regulamin Dostawcy Telemedycznego. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.	
Konsultacje telemedyczne z zakresu: **1.** chorób wewnętrznych (interny), **2.** pediatrii.	bezpłatnie, bez limitu

OPIEKA SPECJALISTYCZNA	
Konsultacje ambulatoryjne Konsultacje ambulatoryjne realizujemy bez skierowania. Odbywają się w placówce medycznej i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: – fizykalne badanie pacjenta, – zebranie wywiadu chorobowego, – postawienie diagnozy, – zalecenia co do sposobu leczenia, – wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, organizacja konsultacji specjalistycznej w danej lokalizacji zależy od jej dostępności. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.	
Konsultacje ambulatoryjne z zakresu: **1.** alergologii, **2.** anestezjologii, **3.** audiologii, **4.** chirurgii ogólnej, **5.** chirurgii onkologicznej, **6.** chorób zakaźnych, **7.** dermatologii, **8.** diabetologii, **9.** endokrynologii, **10.** gastroenterologii, **11.** ginekologii i położnictwa, **12.** hematologii, **13.** hepatologii, **14.** kardiologii, **15.** nefrologii, **16.** neurochirurgii, **17.** neurologii, **18.** okulistyki, **19.** onkologii, **20.** ortopedii i traumatologii narządu ruchu, **21.** otolaryngologii, **22.** pulmonologii, **23.** reumatologii, **24.** urologii, **25.** wenerologii,	bezpłatnie, bez limitu
26. psychiatrii.	4 wizyty w roku w 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy
Konsultacje telemedyczne Konsultacje telemedyczne realizujemy bez skierowania. Odbywają się telefonicznie, przez czat lub video czat i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: – zebranie wywiadu chorobowego, – postawienie diagnozy, – zalecenia co do sposobu leczenia – wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. Z konsultacji telemedycznych można skorzystać od poniedziałku do piątku w godzinach 7:00-22:00. Przed rozpoczęciem konsultacji akceptujesz regulamin Dostawcy Telemedycznego. W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, organizacja konsultacji specjalistycznej w danej lokalizacji zależy od jej dostępności. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.	
Konsultacje telemedyczne z zakresu: **1.** alergologii, **2.** chirurgii ogólnej, **3.** dermatologii, **4.** diabetologii, **5.** endokrynologii,	bezpłatnie, bez limitu

6. ginekologii i położnictwa, **7.** hematologii, **8.** kardiologii, **9.** nefrologii, **10.** neurochirurgii, **11.** neurologii, **12.** onkologii, **13.** ortopedii i traumatologii narządu ruchu, **14.** pulmonologii, **15.** urologii.	bezpłatnie, bez limitu
BADANIA I ZABIEGI AMBULATORYJNE Badania i zabiegi są wykonywane przez lekarza (w ramach konsultacji lekarskiej) lub przez pielęgniarkę, jeśli istnieje wskazanie medyczne i możliwość ich wykonania w warunkach ambulatoryjnych w danej placówce medycznej (bez szkody dla pacjenta).	
Pielęgniarskie	
• iniekcja domięśniowa (bez kosztu produktu leczniczego), • iniekcja dożylna (bez kosztu produktu leczniczego), • iniekcja podskórna (bez kosztu produktu leczniczego), • pobranie krwi, • podłączenie wlewu kroplowego (bez kosztu produktu leczniczego), • pomiar wzrostu i wagi ciała.	bezpłatnie, bez limitu
Ogólnolekarskie	
• unieruchomienie po nieskomplikowanym złamaniu kości kończyny dolnej – bez kosztu ortezy, gipsu, • unieruchomienie po nieskomplikowanym złamaniu kości kończyny górnej – bez kosztu ortezy, gipsu, • unieruchomienie po skręceniu lub zwichnięciu stawu kończyny dolnej – bez kosztu ortezy, gipsu, • unieruchomienie po skręceniu lub zwichnięciu stawu kończyny górnej – bez kosztu ortezy, gipsu, • usunięcie kleszcza, • założenie cewnika do pęcherza moczowego (bez kosztu cewnika), • założenie opatrunku rany skóry lub tkanki podskórnej.	bezpłatnie, bez limitu
Alergologiczne	
• odczulanie (bez kosztów produktu leczniczego).	bezpłatnie, bez limitu
Chirurgiczne	
• całkowite usunięcie płytki paznokciowej, • częściowe usunięcie płytki paznokciowej, • drenaż ropnia skóry lub tkanki podskórnej, • nacięcie ropnia skóry lub tkanki podskórnej • resekcja klinowa wrastającego paznokcia, • szycie rany skóry do 3 cm, • szycie rany skóry powyżej 3 cm, • założnie prostego opatrunku, • zdjęcie szwów, • zmiana prostego opatrunku.	bezpłatnie, bez limitu
Otolaryngologiczne	
• opatrunek uszny z lekiem, • płukanie ucha, • przedmuchiwanie trąbki słuchowej metodą Politzera, • usunięcie ciała obcego z gardła, • usunięcie ciała obcego z nosa, • usunięcie ciała obcego z ucha, • usunięcie woskowiny z ucha, • założenie lub zmiana przedniej tamponady nosa.	bezpłatnie, bez limitu
Okulistyczne	
• badanie ciśnienia śródgałkowego komputerowe (nie obejmuje tonometrii dynamicznej, tonometrii indukcyjnej), • badanie dna oka, • badanie ostrości widzenia do dali i do bliży – badanie komputerowe,	bezpłatnie, bez limitu

• badanie ostrości widzenia do dali i do bliży – na tablicach Snellena, • badanie pola widzenia komputerowe (nie obejmuje perymetrii zdwojonej częstotliwości, mikroperymetrii), • dobór szkieł korekcyjnych, • usunięcie ciała obcego z oka.	
Ginekologiczne	
• badanie tętna płodu – KTG, • cytologia wymazu szyjki macicy (nie obejmuje cytologii na podłożu płynnym).	bezpłatnie, bez limitu
Urologiczne	
• założenie cewnika do pęcherza moczowego (bez kosztu cewnika).	bezpłatnie, bez limitu
DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA Badania są wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.	
Badania hematologiczne i układu krzepnięcia krwi	
• czas częściowej tromboplastyny po aktywacji/czas kaolinowo-kefalinowy (APTT), • czas protrombinowy (PT/INR), • czas trombinowy (TT), • fibrynogen (FIBR), • hematokryt, • hemoglobina, • leukocyty, • morfologia krwi z płytkami krwi bez rozmazu, • morfologia krwi z płytkam krwi z rozmazem automatycznym, • morfologia krwi z płytkami krwi z rozmazem automatycznym z rozmazem ręcznym, • odczyn Biernackiego (OB.), • płytki krwi, • retikulocyty.	bezpłatnie, bez limitu
Badania biochemczne krwi	
• albuminy, • amylaza, • białko całkowite, • białko C-reaktywne (CRP), • bilirubina bezpośrednia, • bilirubina całkowita, • bilirubina pośrednia, • całkowita zdolność wiązania żelaza (TIBC), • ceruloplazmina, • chlorki (Cl), • cholesterol całkowity, • cholesterol HDL, • cholesterol LDL, • dehydrogenaza mleczanowa (LDH), • ferrytyna, • fosfataza kwaśna całkowita, • fosfataza kwaśna sterczowa, • fosfataza zasadowa (alkaliczna/ALP), • fosfor/fosforany, • gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP), • glukoza, • hemoglobina glikowana (HbA1C), • kinaza fosfokreatynowa (CK, CPK), • kreatynina, • kwas moczowy, • lipidogram: cholesterol całkowity, cholesterol HDL, cholesterol LDL, trójglicerydy, • mocznik – azot mocznika (BUN), • osteokalcyna, • potas (K), • proteinogram, • sód (Na), • test obciążenia glukozą 1 pkt 50g, • test obciążenia glukozą 1 pkt 75g, • test obciążenia glukozą 3 pkt 50g,	bezpłatnie, bez limitu

• test obciążenia glukozą 3 pkt 75g, • transaminaza alaninowa (GPT/ALT/ALAT), • transaminaza asparaginianowa (GOT/AST/ASPAT), • transferyna, • trójglicerydy, • wapń całkowity (Ca), • witamina B12, • witamina D3 – metabolit 1,25(OH)2D3, • witamina D3 – metabolit 25(OH)D3, • żelazo (Fe).	bezpłatnie, bez limitu
Badania serologiczne i immunologiczne krwi	
• ASO – antystreptolizyna O, • badanie przeglądowe na obecność przeciwciał (bez identyfikacji i oznaczenia miana), • Chlamydia trachomatis IgA – przeciwciała, • Chlamydia trachomatis IgG – przeciwciała, • Chlamydia trachomatis IgM – przeciwciała, • Chlamydia trachomatis IgG/IgM – przeciwciała, • czynnik reumatoidalny (RF), • Helicobacter pylori – IgG przeciwciała, • immunoglobulina E (IgE całkowite), • kiła – test RPR, • kiła – test USR, • kiła – test VDRL, • odczyn Coombsa bezpośredni (bezpośredni test antyglobulinowy, BTA), • odczyn Waalera-Rosego, • oznaczenie grupy krwi układu ABO, antygenu D z układu Rh z oceną hemolizyn, • przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej (ATPO, TPOAb), • przeciwciała przeciw tyreoglobulinie (ATG, TgAb), • PSA całkowity (tPSA), • PSA panel (PSA,FPSA, wskaźnik FPSA/PSA), • PSA wolny (fPSA), • Toxoplasma gondii – przeciwciała IgG (bez badania awidności), • Toxoplasma gondii – przeciwciała IgG (awidność), • Toxoplasma gondii – przeciwciała IgM, • wirus Epstein-Barr – przeciwciała anty VCA w klasie IgM, • wirus HIV – test COMBO (przeciwciała anty HIV1, anty HIV2, antygen p24), • wirus różyczki – przeciwciała IgG (bez badania awidności), • wirus różyczki – przeciwciała IgG (awidność), • wirus różyczki – przeciwciała IgM, • wirus zapalenia wątroby typu B – antygen HBe, • wirus zapalenia wątroby typu B – antygen HBs, • wirus zapalenia wątroby typu B – przeciwciała anty HBe, • wirus zapalenia wątroby typu B – przeciwciała anty HBs, • wirus zapalenia wątroby typu C – przeciwciała anty HCV.	bezpłatnie, bez limitu
Badania hormonalne	
• aldosteron we krwi, • estradiol we krwi, • hormon adrenokortykotropowy (ACTH) we krwi, • hormon folikulotropowy (FSH) we krwi, • hormon luteinizujący (LH) we krwi, • hormon tyreotropowy (TSH) we krwi, • kortyzol we krwi, • parathormon (PTH) we krwi, • parathormon intact (iPTH) we krwi, • progesteron (PRG) we krwi, • prolaktyna (PRL) we krwi, • prolaktyna test z metoclopramidem – test 2 pkt we krwi, • prolaktyna test z metoclopramidem – test 3 pkt we krwi, • siarczan dehydroepiandrosteronu (DHEA-S) we krwi, • testosteron całkowity (TT) we krwi, • trijodotyronina całkowita (TT3) we krwi, • trijodotyronina wolna (fT3) we krwi, • tyroksyna całkowita (TT4) we krwi, • tyroksyna wolna (fT4) we krwi.	bezpłatnie, bez limitu

Badania bakteriologiczne	
• antybiogram (dotyczy tylko posiewów z zakresu badań bakteriologicznych), • posiew kału ogólny, • posiew kału w kierunku bakterii Shigella, Salmonella, • posiew moczu, • posiew nasienia, • posiew plwociny, • posiew wymazu z gardła, • posiew wymazu z odbytu, • posiew wymazu z odbytu – w kierunku beta-hemolizujących grupy B, • posiew wymazu z pochwy – w kierunku beta-hemolizujących grupy B, • posiew wymazu z rany.	bezpłatnie, bez limitu
Badania moczu	
• amylaza, • badanie ogólne moczu, • białko, • glukoza, • kreatynina, • wapń.	bezpłatnie, bez limitu
Badania kału	
• badanie kału w kierunku Giargia lamblia – metoda ELISA, • badanie kału w kierunku pasożytów – mikroskopowe, • badanie ogólne kału, • krew utajona w kale/ F.O.B., • resztki pokarmowe w kale.	bezpłatnie, bez limitu
DIAGNOSTYKA OBRAZOWA Badania są wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.	
Badania radiologiczne (RTG)	
• mammografia, • RTG czaszki, • RTG czaszki okolicy czołowej, • RTG gruczołu ślinowego, • RTG jamy brzusznej – zdjęcie przeglądowe, • RTG języczka, • RTG klatki piersiowej – AP, • RTG klatki piersiowej – bok, • RTG klatki piersiowej – AP +bok, • RTG kości łódeczkowatej, • RTG kości miednicy, • RTG kości ogonowej (guzicznej) – AP, • RTG kości ogonowej (guzicznej) – bok, • RTG kości ogonowej (guzicznej) – AP + bok, • RTG kości piętowej – bok, • RTG kości piętowej – osiowe, • RTG kości piętowej – bok + osiowe, • RTG kości podudzia – AP, • RTG kości podudzia – bok, • RTG kości podudzia – AP + bok, • RTG kości przedramienia – AP, • RTG kości przedramienia – bok, • RTG kości przedramienia – AP + bok, • RTG kości ramiennej – AP, • RTG kości ramiennej – bok, • RTG kości ramiennej – AP + bok, • RTG kości udowej – AP, • RTG kości udowej – bok, • RTG kości udowej – AP + bok, • RTG kręgosłupa całego – AP, • RTG kręgosłupa całego – bok, • RTG kręgosłupa całego – AP + bok,	bezpłatnie, bez limitu

• RTG kręgosłupa całego – badanie czynnościowe, • RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – AP, • RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – bok, • RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – AP + bok, • RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – badanie czynnościowe, • RTG kręgosłupa piersiowego – AP, • RTG kręgosłupa piersiowego – bok, • RTG kręgosłupa piersiowego – AP + bok, • RTG kręgosłupa szyjnego – AP, • RTG kręgosłupa szyjnego – bok, • RTG kręgosłupa szyjnego – AP + bok, • RTG kręgosłupa szyjnego – badanie czynnościowe, • RTG krtani, • RTG łopatki, • RTG miednicy, • RTG mostka, • RTG nadgarstka – AP, • RTG nadgarstka – bok, • RTG nadgarstka – skos, • RTG nadgarstka – AP + bok, • RTG nadgarstka – AP + bok + skos, • RTG nosa, • RTG nosogardzieli, • RTG obojczyka, • RTG obydwu nadgarstków – AP + bok + skos, • RTG obydwu stawów biodrowych – AP + osiowe, • RTG obydwu stawów biodrowych – osiowe, • RTG obydwu stawów ramiennych (bark) – osiowe, • RTG obydwu stóp – AP + bok + skos, • RTG oczodołu, • RTG palca/palców ręki – AP, • RTG palca/palców ręki – bok, • RTG palca/palców ręki – skos, • RTG palca/palców ręki – AP + bok, • RTG palca/palców ręki – AP + bok + skos, • RTG palca/palców stopy – AP, • RTG palca/palców stopy – bok, • RTG palca/palców stopy – skos, • RTG palca/palców stopy – AP + bok, • RTG palca/palców stopy – AP+ bok + skos, • RTG przewodu nosowo-łzowego, • RTG ręki – AP, • RTG ręki – skos, • RTG ręki – AP + skos, • RTG rzepki – AP, • RTG rzepki – bok, • RTG rzepki – osiowe, • RTG rzepki – AP + bok, • RTG rzepki – AP + bok + osiowe, • RTG stawów krzyżowo-biodrowych – skos, • RTG stawu biodrowego – AP, • RTG stawu biodrowego – osiowe, • RTG stawu biodrowego – AP + osiowe, • RTG stawu kolanowego – AP, • RTG stawu kolanowego – bok, • RTG stawu kolanowego – AP + bok, • RTG stawu łokciowego, • RTG stawu ramiennego (bark) – AP, • RTG stawu ramiennego (bark) – osiowe, • RTG stawu ramiennego (bark) – skos, • RTG stawu ramiennego (bark) – AP + osiowe, • RTG stawu ramiennego (bark) – AP + osiowe + skos, • RTG stawu skokowego (kostki) – AP, • RTG stawu skokowego (kostki) – bok, • RTG stawu skokowego (kostki) – AP + bok,	bezpłatnie, bez limitu

• RTG stopy – AP, • RTG stopy – bok, • RTG stopy – skos, • RTG stopy – AP + bok, • RTG stopy – AP + bok + skos, • RTG szczęki, • RTG tarczycy, • RTG tunelowe stawu kolanowego, • RTG zatok obocznych nosa, • RTG żebra, • RTG żuchwy, • urografia, • wlew doodbytniczy.	bezpłatnie, bez limitu
Badania ultrasonograficzne (USG) Ubezpieczenie nie obejmuje badań USG w wersji 3D i 4D.	
• USG ciąży bez oceny anatomii płodu pod kątem występowania wad genetycznych lub wad wrodzonych, • USG ciąży z oceną anatomii płodu pod kątem występowania wad genetycznych lub wad wrodzonych, • USG ginekologiczne – przez powłoki brzuszne, • USG ginekologiczne – przezpochwowe (transwaginalne, TV), • USG gruczołu krokowego – przez powłoki brzuszne, • USG gruczołu krokowego – przezodbytnicze (transrektalne, TRUS), • USG jamy brzusznej, • USG krtani, • USG miednicy małej – przez powłoki brzuszne, • USG miednicy małej – przezodbytnicze (transrektalne, TRUS), • USG miednicy małej – przezpochwowe (transwaginalne, TV), • USG mięśni, • USG nadgarstka, • USG piersi, • USG stawów biodrowych u dzieci, • USG stawów i więzadeł, • USG stawu biodrowego, • USG stawu kolanowego, • USG stawu łokciowego, • USG stawu ramiennego (bark), • USG stawu skokowego, • USG ścięgna, • USG śródręcza i palców, • USG śródstopia (stopy), • USG tarczycy, • USG tkanki podskórnej, • USG układu moczowego (nerek, moczowodów, pęcherza moczowego), • USG węzłów chłonnych, • USG serca (echokardiografia, ECHO) – badanie przezklatkowe dziecka, • USG serca (echokardiografia, ECHO) – badanie przezklatkowe osoby dorosłej, • USG naczyń jamy brzusznej – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic i żył jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic i żył obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic i żył szyi – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic szyi – badanie metodą Dopplera, • USG żył jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG żył obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera, • USG żył szyi – badanie metodą Dopplera.	bezpłatnie, bez limitu
Tomografia komputerowa (CT) Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów kontrastu, a także angio-CT, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, CT - kolonoskopii wirtualnej, HRCT, HRT, OCT, SL-OCT, CT serca.	
• tomografia komputerowa całego kręgosłupa, • tomografia komputerowa głowy, • tomografia komputerowa jamy brzusznej,	bezpłatnie, bez limitu

• tomografia komputerowa klatki piersiowej, • tomografia komputerowa kości miednicy, • tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego, • tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego, • tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego, • tomografia komputerowa krtani, • tomografia komputerowa miednicy małej, • tomografia komputerowa nadgarstka, • tomografia komputerowa oczodołów, • tomografia komputerowa piramid kości skroniowych, • tomografia komputerowa podudzia, • tomografia komputerowa przedramienia, • tomografia komputerowa przysadki mózgowej, • tomografia komputerowa ramienia, • tomografia komputerowa ręki, • tomografia komputerowa stawu biodrowego, • tomografia komputerowa stawu kolanowego, • tomografia komputerowa stawu łokciowego, • tomografia komputerowa stawu ramiennego (bark), • tomografia komputerowa stawu skokowego, • tomografia komputerowa stopy, • tomografia komputerowa szyi, • tomografia komputerowa uda, • tomografia komputerowa układu moczowego (urografia CT), • tomografia komputerowa zatok obocznych nosa.	bezpłatnie, bez limitu
Rezonans magnetyczny (MRI) Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów kontrastu, a także angio-MRI, enterografii-MRI, MRI serca.	
• rezonans magnetyczny całego kręgosłupa, • rezonans magnetyczny głowy, • rezonans magnetyczny jamy brzusznej, • rezonans magnetyczny klatki piersiowej, • rezonans magnetyczny kości miednicy, • rezonans magnetyczny kręgosłupa lędźwiowego, • rezonans magnetyczny kręgosłupa piersiowego, • rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego, • rezonans magnetyczny miednicy małej, • rezonans magnetyczny nadgarstka, • rezonans magnetyczny oczodołów, • rezonans magnetyczny podudzia, • rezonans magnetyczny przedramienia, • rezonans magnetyczny przysadki mózgowej, • rezonans magnetyczny ramienia, • rezonans magnetyczny ręki, • rezonans magnetyczny stawu biodrowego, • rezonans magnetyczny stawu kolanowego, • rezonans magnetyczny stawu łokciowego, • rezonans magnetyczny stawu ramiennego (bark), • rezonans magnetyczny stawu skokowego, • rezonans magnetyczny stopy, • rezonans magnetyczny uda, • rezonans magnetyczny układu moczowego (urografia MRI), • rezonans magnetyczny zatok obocznych nosa.	bezpłatnie, bez limitu
DIAGNOSTYKA SPECJALISTYCZNA Badania są wykonywane w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.	
Badania endoskopowe Ubezpieczenie nie obejmuje kosztu nagrania badania na płycie CD.	
• gastroskopia bez pobierania wycinków, • gastroskopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego, • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas gastroskopii, • test ureazowy w gastroskopii, • kolonoskopia bez pobierania wycinków, • kolonoskopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego, • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas kolonoskopii,	bezpłatnie, bez limitu

• rektoskopia bez pobierania wycinków, • rektoskopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego, • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas rektoskopii, • sigmoidoskopia bez pobierania wycinków, • sigmoidoskopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego, • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas sigmoidoskopii.	bezpłatnie, bez limitu
Badania kardiologiczne	
• całodobowy pomiar ciśnienia tętniczego metodą Holtera, • EKG – badanie spoczynkowe bez opisu, • EKG – badanie spoczynkowe z opisem, • EKG – badanie wysiłkowe, • EKG – całodobowa rejestracja metodą Holtera.	bezpłatnie, bez limitu
Badania neurologiczne	
• EEG (elektroencefalografia) – zapis w czuwaniu (z wyłączeniem EEG we śnie, EEG biofeedback, EEG video), • EMG – badanie ilościowe jednego mięśnia, • EMG – elektrostymulacyjna próba męczliwości jednego mięśnia (próba miasteniczna), • EMG – próba ischemiczna (tężyczkowa), • ENG (elektroneurografia) – badanie przewodnictwa w obwodowych nerwach ruchowych i czuciowych, • ENG (elektroneurografia) – badanie przewodnictwa w obwodowych nerwach ruchowych i czuciowych + fala F.	bezpłatnie, bez limitu
Badania alergologiczne	
• testy alergiczne skórne – panel mieszany (pediatryczny), • testy alergiczne skórne – panel pokarmowy, • testy alergiczne skórne – panel wziewny, • testy alergiczne skórne metodą nakłuć (1 pkt), • testy alergiczne skórne płatkowe (1 alergen).	bezpłatnie, bez limitu
Badania audiologiczne	
• audiometria impedancyjna (tympanogram), • audiometria impedancyjna z oceną funkcji trąbki słuchowej, • audiometria tonalna.	bezpłatnie, bez limitu
Biopsje	
• biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG (z badaniem cytologicznym).	bezpłatnie, bez limitu
Badania reumatologiczne	
• densytometria całego kośćca, • densytometria kości obu rąk, • densytometria kości udowej, • densytometria kręgosłupa.	bezpłatnie, bez limitu
Badania pulmonologiczne	
• spirometria.	bezpłatnie, bez limitu

PROWADZENIE CIĄŻY

Konsultacje lekarskie z zakresu położnictwa i ginekologii obejmują prowadzenie ciąży wraz z poradnictwem w zakresie przebiegu ciąży i porodu. Konsultacje lekarskie, ambulatoryjne i telemedyczne realizujemy bez skierowania. Badania diagnostyczne związane z prowadzeniem ciąży realizujemy zgodnie z zakresem ubezpieczenia, na podstawie skierowania lekarskiego.

W ramach zakresu możesz zrealizować:
- oznaczenie grupy krwi układu ABO, antygenu D z układu Rh z oceną hemolizyn,
- morfologia krwi z płytkami krwi z rozmazem automatycznym z rozmazem ręcznym,
- glukoza,
- test obciążenia glukozą 3 pkt 75g,
- hormon tyreotropowy (TSH) we krwi,
- badanie ogólne moczu,

• kiła – test VDRL, • Toxoplasma gondii – przeciwciała IgG (bez badania awidności), • Toxoplasma gondii – przeciwciała IgG (awidność), • Toxoplasma gondii – przeciwciała IgM, • wirus HIV – test COMBO (przeciwciała anty HIV1, anty HIV2, antygen p24), • wirus różyczki – przeciwciała IgG (bez badania awidności), • wirus różyczki – przeciwciała IgG (awidność), • wirus różyczki – przeciwciała IgM, • wirus zapalenia wątroby typu B – antygen HBs, • wirus zapalenia wątroby typu C – przeciwciała anty HCV, • posiew wymazu z odbytu – w kierunku beta-hemolizujących grupy B, • posiew wymazu z pochwy – w kierunku beta-hemolizujących grupy B, • badanie tętna płodu – KTG, • cytologia wymazu szyjki macicy (nie obejmuje cytologii na podłożu płynnym), • USG ciąży bez oceny anatomii płodu pod kątem występowania wad genetycznych lub wad wrodzonych, • USG ciąży z oceną anatomii płodu pod kątem występowania wad genetycznych lub wad wrodzonych, • przegląd stomatologiczny (raz w roku w 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy).	
SZKOŁA RODZENIA	
Ubezpieczonemu, współubezpieczonemu, ubezpieczonemu bliskiemu, który uczestniczył w zajęciach w ramach szkoły rodzenia, przysługuje zwrot poniesionych kosztów w kwocie wskazanej na fakturze/rachunku, jednak nie wyższej niż 300,00 zł. Szczegółowe informacje dotyczące zwrotu kosztów za szkołę rodzenia znajdują się w załączniku do umowy.	
SZCZEPIENIA OCHRONNE Usługa obejmuje konsultację kwalifikującą do szczepienia, iniekcję oraz koszt szczepionki.	
• szczepienie przeciwko grypie,	raz w roku w 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy
• anatoksyna przeciw tężcowi, • szczepienie przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu.	bezpłatnie, bez limitu
OPIEKA STOMATOLOGICZNA	
• przegląd stomatologiczny (badanie dentystyczne) dorosły, • przegląd stomatologiczny (badanie dentystyczne) dziecko.	raz w roku w 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy
Stomatologia zachowawcza	
• aplikacja leku do kanału, • całkowite opracowanie i wypełnienie ubytku na 1 powierzchni, • całkowite opracowanie i wypełnienie ubytku na 2 powierzchniach, • całkowite opracowanie i wypełnienie ubytku na 3 i więcej powierzchniach, • całkowite opracowanie kanału – metoda maszynowa, • całkowite opracowanie kanału – metoda ręczna, • częściowe opracowanie kanału – metoda maszynowa, • częściowe opracowanie kanału – metoda ręczna, • dewitalizacja miazgi zęba mlecznego z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem glasjonomerowym, • dewitalizacja miazgi zęba stałego z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem glasjonomerowym, • ekstyrpacja przyżyciowa miazgi zęba, • ekstyrpacja zdewitalizowanej miazgi zęba, • fluoryzacja (lakierowanie zębów fluorem), • instruktaż higieny jamy ustnej, • lakowanie (zabezpieczanie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym), • leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej, • odbudowa zęba metodą bezpośrednią – materiał kompozytowy podstawowy, • opatrunek leczniczy (fleczer), • opatrunek leczniczy (tlenek cynku), • pantonogram, • piaskowanie (usuwanie osadu), • ponowne udrożnienie wypełnionego kanału, • RTG zęba,	20% zniżki, bez limitu

• skaling (usunięcie kamienia), • trepanacja komory zęba mlecznego, • usunięcie zęba mlecznego bez zresorbowanych korzeni, • usunięcie zęba mlecznego ze zresorbowanymi korzeniami, • usunięcie złamanego narzędzia z kanału, • wypełnienie kanału, • wypełnienie kanału pod mikroskopem, • wypełnienie kompozytowe zęba mlecznego duże – materiał podstawowy, • wypełnienie kompozytowe zęba mlecznego małe – materiał podstawowy, • znieczulenie metodą komputerową, • znieczulenie nasiękowe lub śródwięzadłowe, • znieczulenie przewodowe wewnątrzustne.	20% zniżki, bez limitu
WIZYTY DOMOWE	
Wizyta domowa odbywa się w domu ubezpieczonego, współubezpieczonego, ubezpieczonego bliskiego i obejmuje zgodnie z profilem danej specjalności: fizykalne badanie pacjenta, zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia oraz wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. Organizujemy całodobowo wizyty domowe z zakresu chorób wewnętrznych (interny), pediatrii i medycyny rodzinnej, wyłącznie w przypadkach nagłych zachorowań lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, który uniemożliwia ubezpieczonemu, współubezpieczonemu, ubezpieczonemu bliskiemu przybycie do placówki medycznej. Nie organizujemy wizyt domowych dla ubezpieczonych, współubezpieczonych, ubezpieczonych bliskich w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Nie organizujemy wizyt domowych lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora. Wizyta domowa realizowana jest na terytorium określonym przez świadczeniodawcę (informacja o organizacji wizyty domowej dostępna jest na infolinii). Decyzja o konieczności realizacji wizyty domowej podejmowana jest na podstawie przeprowadzonego wywiadu przez infolinię.	4 wizyty w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy
RECEPTA – KONTYNUACJA LECZENIA	
Usługa medyczna umożliwiająca zamówienie i otrzymanie recept lekarskich niezbędnych do kontynuacji leczenia, bez osobistego kontaktu z lekarzem – jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia ubezpieczonego, współubezpieczonego, ubezpieczonego bliskiego. • Recepty są wystawiane tylko w tej placówce świadczeniodawcy, w której wcześniej wystawiono recepty na zamawiane leki. • Recepty są wystawiane tylko w celu kontynuacji wcześniej rozpoczętego leczenia w sytuacji, gdy dokumentacja medyczna zawiera informację na temat rozpoznania, sposobu leczenia oraz wymaganych wizyt kontrolnych. • Recepty na leki refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia są wystawiane przez placówkę medyczną świadczeniodawcy po weryfikacji tych uprawnień w systemie informatycznym udostępnionym przez NFZ. • Zamówienie recept na leki odbywa się poprzez kontakt telefoniczny, elektroniczny lub osobisty z placówką medyczną, w której kontynuowany jest proces leczenia poprzez udostępniony przez daną placówkę medyczną sposób przyjmowania zamówienia. Odbiór recept odbywa się według zasad wskazywanych przez placówkę medyczną świadczeniodawcy. • Lekarz może odmówić wystawienia recept bez dokonania badania pacjenta, jeżeli jest to uzasadnione względami medycznymi lub wynika z powszechnie obowiązujących regulacji prawnych.	bezpłatnie, bez limitu

Zniżki są realizowane w stosunku do ceny usługi obowiązującej w placówce medycznej.

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE TWOJE ZDROWIE – USŁUGI MEDYCZNE

Zakres usług medycznych OPTIMUM

JAK UMÓWIĆ SIĘ NA USŁUGĘ MEDYCZNĄ?

Na usługi medyczne umawiamy za pośrednictwem:

Serwisu mojePZU (po zalogowaniu otrzymasz dostęp do grafików przychodni, które zostały udostępnione w Serwisie mojePZU i możesz bezpośrednio umówić dogodny termin konsultacji),

całodobowej infolinii pod nr 801 405 905 lub 22 505 15 48 (opłata zgodna z taryfą operatora).

SERWIS SMS

Potwierdzenie terminu i miejsca realizacji usługi medycznej za pośrednictwem SMS.

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
OPIEKA PODSTAWOWA	
Konsultacje ambulatoryjne Konsultacje ambulatoryjne realizujemy bez skierowania. Odbywają się w placówce medycznej i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: – fizykalne badanie pacjenta, – zebranie wywiadu chorobowego, – postawienie diagnozy, – zalecenia co do sposobu leczenia, – wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.	
Konsultacje ambulatoryjne z zakresu: **1.** chorób wewnętrznych (interny), **2.** medycyny rodzinnej, **3.** pediatrii.	bezpłatnie, bez limitu
Konsultacje telemedyczne Konsultacje telemedyczne realizujemy bez skierowania. Odbywają się telefonicznie, przez czat lub video czat i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: – zebranie wywiadu chorobowego, – postawienie diagnozy, – zalecenia co do sposobu leczenia – wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. Z konsultacji telemedycznych można skorzystać przez całą dobę, także w święta i dni ustawowo wolne od pracy. Przed rozpoczęciem konsultacji akceptujesz regulamin Dostawcy Telemedycznego. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.	
Konsultacje telemedyczne z zakresu: **1.** chorób wewnętrznych (interny), **2.** pediatrii.	bezpłatnie, bez limitu

OPIEKA SPECJALISTYCZNA	
Konsultacje ambulatoryjne Konsultacje ambulatoryjne realizujemy bez skierowania. Odbywają się w placówce medycznej i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: – fizykalne badanie pacjenta, – zebranie wywiadu chorobowego, – postawienie diagnozy, – zalecenia co do sposobu leczenia, – wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, organizacja konsultacji specjalistycznej w danej lokalizacji zależy od jej dostępności. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.	
Konsultacje ambulatoryjne z zakresu: **1.** alergologii, **2.** anestezjologii, **3.** audiologii, **4.** chirurgii ogólnej, **5.** chirurgii naczyniowej, **6.** chirurgii onkologicznej, **7.** chorób zakaźnych, **8.** dermatologii, **9.** diabetologii, **10.** endokrynologii, **11.** fizjoterapii, **12.** gastroenterologii, **13.** ginekologii i położnictwa, **14.** hematologii, **15.** hepatologii, **16.** kardiologii, **17.** nefrologii, **18.** neurochirurgii, **19.** neurologii, **20.** okulistyki, **21.** onkologii, **22.** ortopedii i traumatologii narządu ruchu, **23.** otolaryngologii, **24.** proktologii, **25.** pulmonologii, **26.** rehabilitacji medycznej, **27.** reumatologii, **28.** urologii, **29.** wenerologii,	bezpłatnie, bez limitu
30. psychiatrii, **31.** psychologii.	4 wizyty w roku w 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy (wliczając wizyty telemedyczne)
Konsultacje telemedyczne Konsultacje telemedyczne realizujemy bez skierowania. Odbywają się telefonicznie, przez czat lub video czat i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: – zebranie wywiadu chorobowego, – postawienie diagnozy, – zalecenia co do sposobu leczenia – wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. Z konsultacji telemedycznych można skorzystać od poniedziałku do piątku w godzinach 7:00-22:00. Przed rozpoczęciem konsultacji akceptujesz regulamin Dostawcy Telemedycznego. W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, organizacja konsultacji specjalistycznej w danej lokalizacji zależy od jej dostępności. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.	

Konsultacje telemedyczne z zakresu: **1.** alergologii, **2.** chirurgii ogólnej, **3.** dermatologii, **4.** diabetologii, **5.** endokrynologii, **6.** ginekologii i położnictwa, **7.** hematologii, **8.** kardiologii, **9.** nefrologii, **10.** neurochirurgii, **11.** neurologii, **12.** onkologii, **13.** ortopedii i traumatologii narządu ruchu, **14.** pulmonologii, **15.** urologii,	bezpłatnie, bez limitu
16. psychologii.	4 wizyty w roku w 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy (wliczając wizyty ambulatoryjne)
BADANIA I ZABIEGI AMBULATORYJNE Badania i zabiegi są wykonywane przez lekarza (w ramach konsultacji lekarskiej) lub przez pielęgniarkę, jeśli istnieje wskazanie medyczne i możliwość ich wykonania w warunkach ambulatoryjnych w danej placówce medycznej (bez szkody dla pacjenta).	
Pielęgniarskie	
• iniekcja domięśniowa (bez kosztu produktu leczniczego), • iniekcja dożylna (bez kosztu produktu leczniczego), • iniekcja podskórna (bez kosztu produktu leczniczego), • pobranie krwi, • podłączenie wlewu kroplowego (bez kosztu produktu leczniczego), • pomiar wzrostu i wagi ciała.	bezpłatnie, bez limitu
Ogólnolekarskie	
• unieruchomienie po nieskomplikowanym złamaniu kości kończyny dolnej – bez kosztu ortezy, gipsu, • unieruchomienie po nieskomplikowanym złamaniu kości kończyny górnej – bez kosztu ortezy, gipsu, • unieruchomienie po skręceniu lub zwichnięciu stawu kończyny dolnej – bez kosztu ortezy, gipsu, • unieruchomienie po skręceniu lub zwichnięciu stawu kończyny górnej – bez kosztu ortezy, gipsu, • usunięcie kleszcza, • założenie cewnika do pęcherza moczowego (bez kosztu cewnika) • założenie opatrunku rany skóry lub tkanki podskórnej.	bezpłatnie, bez limitu
Alergologiczne	
• odczulanie (bez kosztów produktu leczniczego).	bezpłatnie, bez limitu
Chirurgiczne	
• całkowite usunięcie płytki paznokciowej, • częściowe usunięcie płytki paznokciowej, • drenaż ropnia skóry lub tkanki podskórnej, • nacięcie ropnia skóry lub tkanki podskórnej, • resekcja klinowa wrastającego paznokcia, • szycie rany skóry do 3 cm, • szycie rany skóry powyżej 3 cm, • założenie prostego opatrunku, • zdjęcie szwów, • zmiana prostego opatrunku.	bezpłatnie, bez limitu
Otolaryngologiczne	
• cytologiczne badanie błony śluzowej nosa, • opatrunek uszny z lekiem,	bezpłatnie, bez limitu

• płukanie ucha, • przedmuchiwanie trąbki słuchowej metodą Politzera, • usunięcie ciała obcego z gardła, • usunięcie ciała obcego z nosa, • usunięcie ciała obcego z ucha, • usunięcie woskowiny z ucha, • założenie lub zmiana przedniej tamponady nosa.	
Okulistyczne	
• badanie ciśnienia śródgałkowego komputerowe (nie obejmuje tonometrii dynamicznej, tonometrii indukcyjnej), • badanie dna oka, • badanie ostrości widzenia do dali i do bliży – badanie komputerowe, • badanie ostrości widzenia do dali i do bliży – na tablicach Snellena, • badanie pola widzenia komputerowe (nie obejmuje perymetrii zdwojonej częstotliwości, mikroperymetrii), • dobór szkieł korekcyjnych, • usunięcie ciała obcego z oka.	bezpłatnie, bez limitu
Ginekologiczne	
• badanie tętna płodu – KTG, • cytologia wymazu szyjki macicy (nie obejmuje cytologii na podłożu płynnym), • czystość pochwy.	bezpłatnie, bez limitu
Urologiczne	
• badanie uroflowmetryczne, • założenie cewnika do pęcherza moczowego (bez kosztu cewnika).	bezpłatnie, bez limitu
DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA Badania są wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.	
Badania hematologiczne i układu krzepnięcia krwi	
• czas częściowej tromboplastyny po aktywacji/czas kaolinowo-kefalinowy (APTT), • czas protrombinowy (PT/INR), • czas trombinowy (TT), • fibrynogen (FIBR), • hematokryt, • hemoglobina, • leukocyty, • morfologia krwi z płytkami krwi bez rozmazu, • morfologia krwi z płytkam krwi z rozmazem automatycznym, • morfologia krwi z płytkami krwi z rozmazem automatycznym z rozmazem ręcznym, • odczyn Biernackiego (OB.), • płytki krwi, • retikulocyty.	bezpłatnie, bez limitu
Badania biochemczne krwi	
• albuminy, • amylaza, • apolioprotiena A1 (apoA1), • białko całkowite, • białko C-reaktywne (CRP), • bilirubina bezpośrednia, • bilirubina całkowita, • bilirubina pośrednia, • całkowita zdolność wiązania żelaza (TIBC), • ceruloplazmina, • chlorki (Cl), • cholesterol całkowity, • cholesterol HDL, • cholesterol LDL, • dehydrogenaza mleczanowa (LDH), • esteraza acetylocholinowa, • ferrytyna,	bezpłatnie, bez limitu

• fosfataza kwaśna całkowita, • fosfataza kwaśna sterczowa, • fosfataza zasadowa (alkaliczna/ALP), • fosfor/fosforany, • gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP), • glukoza, • hemoglobina glikowana (HbA1C), • kinaza fosfokreatynowa – izoenzym CK-MB aktywność, • kinaza fosfokreatynowa (CK, CPK), • kreatynina, • kwas foliowy, • kwas moczowy, • lipaza, • lipidogram: cholesterol całkowity, cholesterol HDL, cholesterol LDL, trójglicerydy, • magnez (Mg), • miedź (Cu), • mocznik – azot mocznika (BUN), • osteokalcyna, • potas (K), • proteinogram, • seromukoid, • sód (Na), • test obciążenia glukozą 1 pkt 50g, • test obciążenia glukozą 1 pkt 75g, • test obciążenia glukozą 3 pkt 50g, • test obciążenia glukozą 3 pkt 75g, • transaminaza alaninowa (GPT/ALT/ALAT), • transaminaza asparaginianowa (GOT/AST/ASPAT), • transferyna, • troponina, • trójglicerydy, • tyreoglobulina, • wapń całkowity (Ca), • witamina B12, • witamina D3 - metabolit 1,25(OH)2D3, • witamina D3 - metabolit 25(OH)D3, • żelazo (Fe).	bezpłatnie, bez limitu
Badania serologiczne i immunologiczne krwi	
• antystreptolizyna O (ASO), • badanie przeglądowe na obecność przeciwciał (bez identyfikacji i oznaczenia miana), • Borrelia spp. – przeciwciała IgG metodą ELISA, • Borrelia spp. – przeciwciała IgM metodą ELISA, • Chlamydia pneumoniae – przeciwciała IgA, • Chlamydia pneumoniae – przeciwciała IgG, • Chlamydia pneumoniae – przeciwciała IgM, • Chlamydia trachomatis – przeciwciała IgA, • Chlamydia trachomatis – przeciwciała IgG, • Chlamydia trachomatis – przeciwciała IgM, • Chlamydia trachomatis – przeciwciała, IgG/IgM • Cytomegalovirus (CMV) – przeciwciała IgA, • Cytomegalovirus (CMV) – przeciwciała IgG, • Cytomegalovirus (CMV) – przeciwciała IgM, • czynnik reumatoidalny (RF), • Helicobacter pylori – przeciwciała IgG, • immunoglobulina A (IgA), • immunoglobulina E (IgE całkowite), • immunoglobulina G (IgG), • immunoglobulina M (IgM), • kiła – test RPR, • kiła – test USR, • kiła – test VDRL, • odczyn Coombsa bezpośredni (bezpośredni test antyglobulinowy, BTA), • odczyn Waalera-Rosego, • oznaczenie grupy krwi układu ABO, antygenu D z układu Rh z oceną hemolizyn,	bezpłatnie, bez limitu

• przeciwciała przeciw cytoplazmie granuclocytów obojętnochłonnych (ANCA), • przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej (ATPO, TPOAb), • przeciwciała przeciw tyreoglobulinie (ATG, TgAb), • przeciwciała przeciwjądrowe (ANA) – test ANA1, • PSA całkowity (tPSA), • PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA/PSA), • PSA wolny (fPSA), • Toxoplasma gondii - przeciwciała IgG (bez badania awidności), • Toxoplasma gondii - przeciwciała IgG (awidność), • Toxoplasma gondii – przeciwciała IgM, • wirus Epstein-Barr – przeciwciała anty VCA w klasie IgM, • wirus HIV – test COMBO (przeciwciała anty HIV1, anty HIV2, antygen p24), • wirus różyczki – przeciwciała IgG (bez badania awidności), • wirus różyczki - przeciwciała IgG (awidność), • wirus różyczki – przeciwciała IgM, • wirus zapalenia wątroby typu B – antygen HBe, • wirus zapalenia wątroby typu B – antygen HBs, • wirus zapalenia wątroby typu B – przeciwciała anty HBc w klasie IgM, • wirus zapalenia wątroby typu B – przeciwciała anty HBe, • wirus zapalenia wątroby typu B – przeciwciała anty HBs, • wirus zapalenia wątroby typu C - przeciwciała anty HCV.	bezpłatnie, bez limitu
Badania hormonalne	
• 17-hydroksykortykosteroidy z dobowej próbki moczu, • adrenalina we krwi, • ALA kwas aminolewulinowy we krwi, • aldosteron we krwi, • androstendion we krwi, • estradiol we krwi, • gonadotropina kosmówkowa (beta – HCG) we krwi, • hormon adrenokortykotropowy (ACTH) we krwi, • hormon folikulotropowy (FSH) we krwi, • hormon luteinizujący (LH) we krwi, • hormon tyreotropowy (TSH) we krwi, • hormon wzrostu (hGH) we krwi (nie obejmuje testu stymulacji i hamowania), • insulina we krwi, • kalcytonina we krwi, • kortyzol we krwi, • parathormon (PTH) we krwi, • parathormon intact (iPTH) we krwi, • progesteron (PRG) we krwi, • prolaktyna (PRL) we krwi, • prolaktyna test z metoclopramidem – test 2 pkt we krwi, • prolaktyna test z metoclopramidem – test 3 pkt we krwi, • siarczan dehydroepiandrosteronu (DHEA-S) we krwi, • testosteron całkowity (TT) we krwi, • trijodotyronina całkowita (TT3) we krwi, • trijodotyronina wolna (fT3) we krwi, • tyroksyna całkowita (TT4) we krwi, • tyroksyna wolna (fT4) we krwi.	bezpłatnie, bez limitu
Badania bakteriologiczne	
• antybiogram (dotyczy tylko posiewów z zakresu badań bakteriologicznych), • posiew kału ogólny, • posiew kału w kierunku bakterii Shigella, Salmonella, • posiew moczu, • posiew nasienia, • posiew plwociny, • posiew wymazu z cewki moczowej, • posiew wymazu z gardła, • posiew wymazu z kanału szyjki macicy, • posiew wymazu z nosa, • posiew wymazu z odbytu, • posiew wymazu z odbytu - w kierunku beta-hemolizujących grupy B, • posiew wymazu z oka,	bezpłatnie, bez limitu

• posiew wymazu z pochwy, • posiew wymazu z pochwy - w kierunku beta-hemolizujących grupy B, • posiew wymazu z rany, • posiew wymazu z ucha, • posiew wymazu ze zmian skórnych.	bezpłatnie, bez limitu
Badania mykologiczne	
• badanie mykologiczne mikroskopowe – zeskrobin paznokci, • badanie mykologiczne mikroskopowe – zeskrobin skóry gładkiej, • badanie mykologiczne mikroskopowe – zeskrobin skóry owłosionej, • mykogram (dotyczy tylko posiewów z zakresu usług medycznych), • posiew – zeskrobin paznokci, • posiew – zeskrobin skóry gładkiej, • posiew – zeskrobin skóry owłosionej.	bezpłatnie, bez limitu
Badania moczu	
• amylaza, • badanie ogólne moczu, • białko, • bilirubina, • ciała ketonowe, • fosforany (próbka z dobowej zbiórki moczu), • glukoza, • glukoza (próbka z dobowej zbiórki moczu), • kreatynina, • kwas moczowy (próbka z dobowej zbiórki moczu), • magnez, • magnez (próbka z dobowej zbiórki moczu), • potas, • potas (próbka z dobowej zbiórki moczu), • sód, • sód (próbka z dobowej zbiórki moczu), • wapń, • wapń (próbka z dobowej zbiórki moczu).	bezpłatnie, bez limitu
Badania kału	
• badanie kału w kierunku Giargia lamblia – metoda ELISA, • badanie kału w kierunku pasożytów – mikroskopowe, • badanie ogólne kału, • krew utajona w kale/ F.O.B., • resztki pokarmowe w kale.	bezpłatnie, bez limitu
Markery nowotworowe	
• alfa – fetoproteina (AFP), • antygen CA 125, • antygen CA 15-3 (CA 15-3), • antygen CA 19-9 – antygen raka przewodu pokarmowego, • antygen CEA – carcinoembrionalny.	bezpłatnie, bez limitu
DIAGNOSTYKA OBRAZOWA Badania są wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.	
Badania radiologiczne (RTG)	
• mammografia, • RTG czaszki, • RTG czaszki okolicy czołowej, • RTG gruczołu ślinowego, • RTG jamy brzusznej – zdjęcie przeglądowe, • RTG języczka, • RTG klatki piersiowej – AP, • RTG klatki piersiowej – bok, • RTG klatki piersiowej – AP + bok, • RTG kości łódeczkowatej,	bezpłatnie, bez limitu

• RTG kości miednicy, • RTG kości ogonowej (guzicznej) – AP, • RTG kości ogonowej (guzicznej) – bok, • RTG kości ogonowej (guzicznej) – AP + bok, • RTG kości piętowej – bok, • RTG kości piętowej – osiowe, • RTG kości piętowej – bok + osiowe, • RTG kości podudzia – AP, • RTG kości podudzia – bok, • RTG kości podudzia – AP + bok, • RTG kości przedramienia – AP, • RTG kości przedramienia – bok, • RTG kości przedramienia – AP + bok, • RTG kości ramiennej – AP, • RTG kości ramiennej – bok, • RTG kości ramiennej – AP + bok, • RTG kości udowej – AP, • RTG kości udowej – bok, • RTG kości udowej – AP + bok, • RTG kręgosłupa całego – AP, • RTG kręgosłupa całego – bok, • RTG kręgosłupa całego – AP + bok, • RTG kręgosłupa całego – badanie czynnościowe, • RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – AP, • RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – bok, • RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – AP + bok, • RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – badanie czynnościowe, • RTG kręgosłupa piersiowego – AP, • RTG kręgosłupa piersiowego – bok, • RTG kręgosłupa piersiowego – AP + bok, • RTG kręgosłupa szyjnego – AP, • RTG kręgosłupa szyjnego – bok, • RTG kręgosłupa szyjnego – AP + bok, • RTG kręgosłupa szyjnego – badanie czynnościowe, • RTG krtani, • RTG łopatki, • RTG miednicy, • RTG mostka, • RTG nadgarstka – AP, • RTG nadgarstka – bok, • RTG nadgarstka – skos, • RTG nadgarstka – AP + bok, • RTG nadgarstka – AP + bok + skos, • RTG nosa, • RTG nosogardzieli, • RTG obojczyka, • RTG obydwu nadgarstków – AP + bok + skos, • RTG obydwu stawów biodrowych – AP + osiowe, • RTG obydwu stawów biordowych – osiowe, • RTG obydwu stawów ramiennych (bark)– osiowe, • RTG obydwu stóp – AP + bok + skos, • RTG oczodołu, • RTG palca/palców ręki – AP, • RTG palca/palców ręki – bok, • RTG palca/palców ręki – skos, • RTG palca/palców ręki – AP + bok, • RTG palca/palców ręki – AP + bok + skos, • RTG palca/palców stopy – AP, • RTG palca/palców stopy – bok, • RTG palca/palców ręki – skos, • RTG palca/palców stopy – AP + bok, • RTG palca/palców stopy – AP + bok + skos, • RTG przewodu nosowo-łzowego, • RTG ręki – AP, • RTG ręki – skos, • RTG ręki – AP + skos,	bezpłatnie, bez limitu

• RTG rzepki – AP • RTG rzepki – bok, • RTG rzepki – osiowe, • RTG rzepki – AP + bok, • RTG rzepki – AP + bok + osiowe, • RTG stawów krzyżowo-biodrowych – skos, • RTG stawu biodrowego – AP, • RTG stawu biodrowego – osiowe, • RTG stawu biodrowego – AP + osiowe, • RTG stawu kolanowego – AP, • RTG stawu kolanowego – bok, • RTG stawu kolanowego – AP + bok, • RTG stawu łokciowego, • RTG stawu ramiennego (bark) – AP, • RTG stawu ramiennego (bark) – osiowe, • RTG stawu ramiennego (bark) – skos, • RTG stawu ramiennego (bark) – AP + osiowe, • RTG stawu ramiennego (bark) – AP + osiowe + skos, • RTG stawu skokowego (kostki) – AP, • RTG stawu skokowego (kostki) – bok, • RTG stawu skokowego (kostki) – AP + bok, • RTG stopy – AP, • RTG stopy – bok, • RTG stopy – skos, • RTG stopy – AP + bok, • RTG stopy – AP + bok + skos, • RTG szczęki, • RTG tarczycy, • RTG tunelowe stawu kolanowego, • RTG zatok obocznych nosa, • RTG żebra, • RTG żuchwy, • urografia, • wlew doodbytniczy.	bezpłatnie, bez limitu
Badania ultrasonograficzna (USG) Ubezpieczenie nie obejmuje badań USG w wersji 3D i 4D.	
• USG ciąży bez oceny anatomii płodu pod kątem występowania wad genetycznych lub wad wrodzonych, • USG ciąży z oceną anatomii płodu pod kątem występowania wad genetycznych lub wad wrodzonych, • USG ginekologiczne – przez powłoki brzuszne, • USG ginekologiczne – przezpochwowe (transwaginalne, TV), • USG gruczołu krokowego – przez powłoki brzuszne, • USG gruczołu krokowego – przezodbytnicze (transrektalne, TRUS), • USG jamy brzusznej, • USG jąder (bez badania przepływów), • USG krtani, • USG miednicy małej – przez powłoki brzuszne, • USG miednicy małej – przezodbytnicze (transrektalne, TRUS), • USG miednicy małej – przezpochwowe (transwaginalne, TV), • USG mięśni, • USG nadgarstka, • USG piersi, • USG stawów biodrowych u dzieci, • USG stawów i więzadeł, • USG stawu biodrowego, • USG stawu kolanowego, • USG stawu łokciowego, • USG stawu ramiennego (bark), • USG stawu skokowego, • USG ścięgna, • USG śródręcza i palców, • USG śródstopia (stopy), • USG tarczycy,	bezpłatnie, bez limitu

• USG tkanki podskórnej, • USG układu moczowego (nerek, moczowodów, pęcherza moczowego), • USG węzłów chłonnych, • USG serca (echokardiografia, ECHO) – badanie przezklatkowe dziecka, • USG serca (echokardiografia, ECHO) – badanie przezklatkowe osoby dorosłej, • USG naczyń jamy brzusznej – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic i żył jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic i żył obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic i żył szyi – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic nerkowych – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic szyi – badanie metodą Dopplera, • USG żył jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG żył obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera, • USG żył szyi – badanie metodą Dopplera.	bezpłatnie, bez limitu
Tomografia komputerowa (CT) Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów kontrastu, a także angio-CT, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, CT-kolonoskopii wirtualnej, HRCT, HRT, OCT, SL-OCT, CT serca.	
• tomografia komputerowa całego kręgosłupa, • tomografia komputerowa głowy, • tomografia komputerowa jamy brzusznej, • tomografia komputerowa klatki piersiowej, • tomografia komputerowa kości miednicy, • tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego, • tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego, • tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego, • tomografia komputerowa krtani, • tomografia komputerowa miednicy małej, • tomografia komputerowa nadgarstka, • tomografia komputerowa oczodołów, • tomografia komputerowa piramid kości skroniowych, • tomografia komputerowa podudzia, • tomografia komputerowa przedramienia, • tomografia komputerowa przysadki mózgowej, • tomografia komputerowa ramienia, • tomografia komputerowa ręki, • tomografia komputerowa stawu biodrowego, • tomografia komputerowa stawu kolanowego, • tomografia komputerowa stawu łokciowego, • tomografia komputerowa stawu ramiennego (bark), • tomografia komputerowa stawu skokowego, • tomografia komputerowa stopy, • tomografia komputerowa szyi, • tomografia komputerowa uda, • tomografia komputerowa układu moczowego (urografia CT), • tomografia komputerowa zatok obocznych nosa.	bezpłatnie, bez limitu
Rezonans magnetyczny (MRI) Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów kontrastu, a także angio-MRI, enterografii-MRI, MRI serca.	
• rezonans magnetyczny całego kręgosłupa, • rezonans magnetyczny głowy, • rezonans magnetyczny jamy brzusznej, • rezonans magnetyczny klatki piersiowej, • rezonans magnetyczny kości miednicy, • rezonans magnetyczny kręgosłupa lędźwiowego, • rezonans magnetyczny kręgosłupa piersiowego, • rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego, • rezonans magnetyczny miednicy małej, • rezonans magnetyczny nadgarstka, • rezonans magnetyczny oczodołów, • rezonans magnetyczny podudzia, • rezonans magnetyczny przedramienia, • rezonans magnetyczny przysadki mózgowej,	bezpłatnie, bez limitu

• rezonans magnetyczny ramienia, • rezonans magnetyczny ręki, • rezonans magnetyczny stawu biodrowego, • rezonans magnetyczny stawu kolanowego, • rezonans magnetyczny stawu łokciowego, • rezonans magnetyczny stawu ramiennego (bark), • rezonans magnetyczny stawu skokowego, • rezonans magnetyczny stopy, • rezonans magnetyczny uda, • rezonans magnetyczny układu moczowego (urografia MRI), • rezonans magnetyczny zatok obocznych nosa.	bezpłatnie, bez limitu
DIAGNOSTYKA SPECJALISTYCZNA Badania są wykonywane, w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.	
Badania endoskopowe Ubezpieczenie nie obejmuje kosztu nagrania badania na płycie CD.	
• anoskopia bez pobierania wycinków, • anoskopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego, • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas anoskopii, • gastroskopia bez pobierania wycinków, • gastroskopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego, • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas gastroskopii, • test ureazowy w gastroskopii, • kolonoskopia bez pobierania wycinków, • kolonoskopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego, • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas kolonoskopii, • rektoskopia bez pobierania wycinków, • rektoskopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego, • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas rektoskopii, • sigmoidoskopia bez pobierania wycinków, • sigmoidoskopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego, • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas sigmoidoskopii.	bezpłatnie, bez limitu
Badania kardiologiczne	
• całodobowy pomiar ciśnienia tętniczego metodą Holtera, • EKG - badanie spoczynkowe bez opisu, • EKG - badanie spoczynkowe z opisem, • EKG - badanie wysiłkowe, • EKG - całodobowa rejestracja metodą Holtera.	bezpłatnie, bez limitu
Badania neurologiczne	
• EEG (elektroencefalografia) - zapis w czuwaniu (z wyłączeniem EEG we śnie, EEG biofeedback, EEG video), • EMG - badanie ilościowe jednego mięśnia, • EMG - elektrostymulacyjna próba męczliwości jednego mięśnia (próba miasteniczna), • EMG - próba ischemiczna (tężyczkowa), • ENG (elektroneurografia) - badanie przewodnictwa w obwodowych nerwach ruchowych i czuciowych, • ENG (elektroneurografia) - badanie przewodnictwa w obwodowych nerwach ruchowych i czuciowych + fala F.	bezpłatnie, bez limitu
Badania alergologiczne	
• testy alergiczne skórne - panel mieszany (pediatryczny), • testy alergiczne skórne - panel pokarmowy, • testy alergiczne skórne - panel wziewny, • testy alergiczne skórne metodą nakłuć (1 pkt), • testy alergiczne skórne płatkowe (1 alergen).	bezpłatnie, bez limitu
Badania audiologiczne	
• audiometria impedancyjna (tympanogram), • audiometria impedancyjna z oceną trąbki słuchowej, • audiometria tonalna.	bezpłatnie, bez limitu

Biopsje	
• biopsja cienkoigłowa guzka piersi pod kontrolą USG (z badaniem cytologicznym), • biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG (z badaniem cytologicznym).	bezpłatnie, bez limitu
Badania reumatologiczne	
• densytometria całego kośćca, • densytometria kości obu rąk, • densytometria kości udowej, • densytometria kręgosłupa.	bezpłatnie, bez limitu
Badania pulmonologiczne	
• spirometria.	bezpłatnie, bez limitu

PROWADZENIE CIĄŻY

Konsultacje lekarskie z zakresu położnictwa i ginekologii obejmują prowadzenie ciąży wraz z poradnictwem w zakresie przebiegu ciąży i porodu. Konsultacje lekarskie, ambulatoryjne i telemedyczne realizujemy bez skierowania. Badania diagnostyczne związane z prowadzeniem ciąży realizujemy zgodnie z zakresem ubezpieczenia, na podstawie skierowania lekarskiego.

W ramach zakresu możesz zrealizować:
- oznaczenie grupy krwi układu ABO, antygenu D z układu Rh z oceną hemolizyn,
- morfologia krwi z płytkami krwi z rozmazem automatycznym z rozmazem ręcznym,
- glukoza,
- test obciążenia glukozą 3 pkt 75g,
- hormon tyreotropowy (TSH) we krwi,
- badanie ogólne moczu,
- kiła - test VDRL,
- Toxoplasma gondii - przeciwciała IgG (bez badania awidności),
- Toxoplasma gondii - przeciwciała IgG (awidność),
- Toxoplasma gondii - przeciwciała IgM,
- wirus HIV - test COMBO (przeciwciała anty HIV1, anty HIV2, antygen p24),
- wirus różyczki - przeciwciała IgG (bez badania awidności),
- wirus różyczki - przeciwciała IgG (awidność),
- wirus różyczki - przeciwciała IgM,
- wirus zapalenia wątroby typu B - antygen HBs,
- wirus zapalenia wątroby typu C - przeciwciała anty HCV,
- posiew wymazu z odbytu - w kierunku beta-hemolizujących grupy B,
- posiew wymazu z pochwy - w kierunku beta-hemolizujących grupy B,
- badanie tętna płodu - KTG,
- cytologia wymazu szyjki macicy (nie obejmuje cytologii na podłożu płynnym),
- USG ciąży bez oceny anatomii płodu pod kątem występowania wad genetycznych lub wad wrodzonych,
- USG ciąży z oceną anatomii płodu pod kątem występowania wad genetycznych lub wad wrodzonych,
- przegląd stomatologiczny (raz w roku w 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy).

SZKOŁA RODZENIA

Ubezpieczonemu, współubezpieczonemu, ubezpieczonemu bliskiemu, który uczestniczył w zajęciach w ramach szkoły rodzenia, przysługuje zwrot poniesionych kosztów w kwocie wskazanej na fakturze/rachunku, jednak nie wyższej niż 300,00 zł. Szczegółowe informacje dotyczące zwrotu kosztów za szkołę rodzenia znajdują się w załączniku do umowy.

SZCZEPIENIA OCHRONNE
Usługa obejmuje konsultację kwalifikującą do szczpienia, iniekcję oraz koszt szczepionki.

szczepienie przeciwko grypie,	raz w roku w 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy
• anatoksyna przeciw tężcowi, • szczepienie przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu, • szczepienie przeciw WZW typu A, • szczepienie przeciw WZW typu A i B, • szczepienie przeciw WZW typu B.	bezpłatnie, bez limitu

OPIEKA STOMATOLOGICZNA	
• przegląd stomatologiczny (badanie dentystyczne) dorosły, • przegląd stomatologiczny (badanie dentystyczne) dziecko.	raz w roku w 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy
Stomatologia zachowawcza	
• aplikacja leku do kanału, • całkowite opracowanie i wypełnienie ubytku na 1 powierzchni, • całkowite opracowanie i wypełnienie ubytku na 2 powierzchniach, • całkowite opracowanie i wypełnienie ubytku na 3 i więcej powierzchniach, • całkowite opracowanie kanału – metoda maszynowa, • całkowite opracowanie kanału – metoda ręczna, • częściowe opracowanie kanału – metoda maszynowa, • częściowe opracowanie kanału – metoda ręczna, • dewitalizacja miazgi zęba mlecznego z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem glasjonomerowym, • dewitalizacja miazgi zęba stałego z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem glasjonomerowym, • ekstyrpacja przyżyciowa miazgi zęba, • ekstyrpacja zdewitalizowanej miazgi zęba, • fluoryzacja (lakierowanie zębów fluorem), • instruktaż higieny jamy ustnej, • lakowanie (zabezpieczanie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym), • leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej, • odbudowa zęba metodą bezpośrednią – materiał kompozytowy podstawowy, • opatrunek leczniczy (fleczer), • opatrunek leczniczy (tlenek cynku), • pantonogram, • piaskowanie (usuwanie osadu), • ponowne udrożnienie wypełnionego kanału, • RTG zęba, • skaling (usunięcie kamienia), • trepanacja komory zęba mlecznego, • usunięcie zęba mlecznego bez zresorbowanych korzeni, • usunięcie zęba mlecznego ze zresorbowanymi korzeniami, • usunięcie złamanego narzędzia z kanału, • wypełnienie kanału, • wypełnienie kanału pod mikroskopem, • wypełnienie kompozytowe zęba mlecznego duże – materiał podstawowy, • wypełnienie kompozytowe zęba mlecznego małe – materiał podstawowy, • znieczulenie metodą komputerową, • znieczulenie nasiękowe lub śródwięzadłowe, • znieczulenie przewodowe wewnątrzustne.	20% zniżki, bez limitu
REHABILITACJA AMBULATORYJNA Zabiegi rehabilitacyjne są wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania od lekarza lub fizjoterapeuty.	
Zabiegi fizykoterapii	
• elektrostymulacja, • fonoforeza, • galwanizacja, • jonoforeza, • laseroterapia punktowa, • magnetoterapia, • prądy diadynamiczne, • prądy interferencyjne, • prądy TENS, • prądy Traberta, • Sollux, • ultradźwięki miejscowe, • ultrafonoreza.	bezpłatnie, 30 zabiegów w 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy

Zabiegi kinezyterapii	
• ćwiczenia bierne, • ćwiczenia czynne w odciążeniu, • ćwiczenia czynne wolne, • ćwiczenia czynne z oporem, • ćwiczenia izometryczne, • ćwiczenia ogólnousprawniające, • masaż suchy częściowy, • mobilizacje i manipulacje, • neuromobilizacje, • wyciągi.	bezpłatnie, 30 zabiegów w 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy
WIZYTY DOMOWE	
Wizyta domowa odbywa się w domu ubezpieczonego, współubezpieczonego, ubezpieczonego bliskiego i obejmuje zgodnie z profilem danej specjalności: fizykalne badanie pacjenta, zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia oraz wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. Organizujemy całodobowo wizyty domowe z zakresu chorób wewnętrznych (interny), pediatrii i medycyny rodzinnej, wyłącznie w przypadkach nagłych zachorowań lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, który uniemożliwia ubezpieczonemu, współubezpieczonemu, ubezpieczonemu bliskiemu przybycie do placówki medycznej. Nie organizujemy wizyt domowych dla ubezpieczonych, współubezpieczonych, ubezpieczonych bliskich w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Nie organizujemy wizyt domowych lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora. Wizyta domowa realizowana jest na terytorium określonym przez świadczeniodawcę (informacja o organizacji wizyty domowej dostępna jest na infolinii). Decyzja o konieczności realizacji wizyty domowej podejmowana jest na podstawie przeprowadzonego wywiadu przez infolinię.	4 wizyty w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy
RECEPTA – KONTYNUACJA LECZENIA	
Usługa medyczna umożliwiająca zamówienie i otrzymanie recept lekarskich niezbędnych do kontynuacji leczenia, bez osobistego kontaktu z lekarzem – jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia ubezpieczonego, współubezpieczonego, ubezpieczonego bliskiego. • Recepty są wystawiane tylko w tej placówce świadczeniodawcy, w której wcześniej wystawiono recepty na zamawiane leki. • Recepty są wystawiane tylko w celu kontynuacji wcześniej rozpoczętego leczenia w sytuacji, gdy dokumentacja medyczna zawiera informację na temat rozpoznania, sposobu leczenia oraz wymaganych wizyt kontrolnych. • Recepty na leki refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia są wystawiane przez placówkę medyczną świadczeniodawcy po weryfikacji tych uprawnień w systemie informatycznym udostępnionym przez NFZ. • Zamówienie recept na leki odbywa się poprzez kontakt telefoniczny, elektroniczny lub osobisty z placówką medyczną, w której kontynuowany jest proces leczenia poprzez udostępniony przez daną placówkę medyczną sposób przyjmowania zamówienia. Odbiór recept odbywa się według zasad wskazywanych przez placówkę medyczną świadczeniodawcy. • Lekarz może odmówić wystawienia recept bez dokonania badania pacjenta, jeżeli jest to uzasadnione względami medycznymi lub wynika z powszechnie obowiązujących regulacji prawnych.	bezpłatnie, bez limitu

Zniżki są realizowane w stosunku do ceny usługi obowiązującej w placówce medycznej.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA Z KARTĄ LEKOWĄ

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE Z KARTĄ LEKOWĄ

Kod warunków: ULGP55

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 z Kartą lekową, kod warunków: ULGP55 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU oraz zakresem leków. 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?

Zgodnie z wolą stron określoną we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzoną polisą ubezpieczamy zdrowie:
- ubezpieczonego podstawowego albo
- ubezpieczonego podstawowego i współubezpieczonego, albo
- ubezpieczonego podstawowego i ubezpieczonego bliskiego, albo
- ubezpieczonego podstawowego, współubezpieczonego i ubezpieczonego bliskiego.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje wystąpienie choroby lub uszkodzenia ciała u ubezpieczonego podstawowego, współubezpieczonego lub ubezpieczonego bliskiego w okresie ochrony, potwierdzonych wystawieniem recepty na lek w okresie ochrony – wtedy realizujemy świadczenie zdrowotne (zgodnie z zakresem leków oraz na zasadach określonych w Regulaminie Karty lekowej).

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus albo w trakcie jego trwania.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ, KOGO UBEZPIECZAMY?

Ubezpieczenie dodatkowe zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.
Do ubezpieczenia dodatkowego może przystąpić ubezpieczony podstawowy, ubezpieczony bliski, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.
Możliwość przystąpienia do ubezpieczenia dodatkowego przysługuje w każdym momencie współubezpieczonemu, jeżeli:
- jest małżonkiem ubezpieczonego podstawowego oraz w dniu podpisania deklaracji przystąpienia ukończył 16 lat i nie ukończył 69 lat albo jest partnerem życiowym ubezpieczonego podstawowego oraz w dniu podpisania deklaracji przystąpienia ukończył 18 lat i nie ukończył 69 lat, lub
- jest dzieckiem ubezpieczonego podstawowego lub dzieckiem małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego podstawowego, które w dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie ukończyło 18 lat, a w razie gdy uczęszcza do szkoły – nie ukończyło 25 lat;
- podpisze deklarację przystąpienia oraz
- oświadczy, że w dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych, na świadczeniu rehabilitacyjnym oraz nie jest osobą uznaną za niezdolną do pracy lub niezdolną do służby mundurowej na podstawie orzeczenia właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.

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.

JAK I KIEDY PŁACI SIĘ SKŁADKĘ?

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

KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA?

Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym wobec ubezpieczonego podstawowego lub ubezpieczonego bliskiego rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym wobec współubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi dla ubezpieczonego podstawowego.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym wobec ubezpieczonego podstawowego rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym w stosunku do ubezpieczonego podstawowego i ubezpieczonego bliskiego kończy się:
- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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 wyrazili oni wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym w stosunku do współubezpieczonego kończy się:
- z dniem zakończenia ochrony względem ubezpieczonego podstawowego, którego jesteś małżonkiem albo partnerem życiowym lub dzieckiem,
- z chwilą śmierci współubezpieczonego,
- z dniem rocznicy polisy przypadającym w roku, w którym małżonek albo partner życiowy kończy 70 lat,
- z dniem rocznicy polisy przypadającym w roku, w którym dziecko kończy 18 lat lub 25 lat jeśli uczęszcza do szkoły,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym zrezygnujesz z naszej ochrony,
- z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli współubezpieczony nie wyraził wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego.

GŁÓWNE WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ – CZEGO NIE OBEJMUJE UBEZPIECZENIE?

Nie wypłacimy świadczenia w przypadku:
- leków dostępnych bez recepty,
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia, w przypadku świadczenia realizowanego w formie pieniężnej.

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 ppkt 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.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia z Kartą lekową, kod warunków ULGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika 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 pkt 4 pkt 39-42 pkt 46
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 9-15 pkt 16-18 pkt 19-20 pkt 46

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA Z KARTĄ LEKOWĄ

Kod OWU: ULGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia z Kartą lekową uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

1) **apteka** – każda ogólnodostępna apteka lub punkt apteczny, które działają w Polsce zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne;
2) **choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, która prowadzi do powstania w organizmie zmian funkcjonalnych lub morfologicznych, a jej leczenie lub diagnoza wymaga podania leku;
3) **dziecko** – dziecko, które nie ukończyło 18 lat, a w razie gdy uczęszcza do szkoły – nie ukończyło 25 lat. Może nim być:
   a) dziecko ubezpieczonego podstawowego,
   b) dziecko małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego podstawowego;
4) **Karta lekowa** – wydana przez PZU Życie dla ubezpieczonego, współubezpieczonego lub ubezpieczonego bliskiego karta lub inny nośnik danych uprawniający do zakupu leków w aptece, których cena jest pomniejszona o kwotę świadczenia zdrowotnego. Zasady działania Karty lekowej opisujemy w Regulaminie Karty lekowej;
5) **lek** – gotowy produkt leczniczy określony w zakresie leków, 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,
   c) można kupić wyłącznie na podstawie recepty;
6) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wobec osób wskazanych w pkt 3 OWU;
7) **partner życiowy** – osoba, która pozostaje z ubezpieczonym podstawowym we wspólnym pożyciu oraz:
   a) składa deklarację,
   b) nie jest krewnym ubezpieczonego podstawowego,
   c) nie pozostaje w związku małżeńskim.
   Ubezpieczony podstawowy może zgłosić do ubezpieczenia partnera życiowego tylko wtedy, gdy sam nie pozostaje w związku małżeńskim. Partner życiowy może przystąpić do ubezpieczenia dodatkowego jako współubezpieczony albo jako ubezpieczony bliski, pod warunkiem, że spełnia definicję ubezpieczonego bliskiego;
8) **poziom współpłacenia** – procentowy udział PZU Życie SA w odpłatności za lek lub zamiennik leku. Wysokość procentowego udziału ustalamy z ubezpieczającym i zapisujemy ją w polisie;
9) **produkt leczniczy** – substancja lub mieszanina substancji o właściwości zapobiegania chorobie lub jej leczenia. Produkt leczniczy podaje się, aby postawić diagnozę lub przywrócić, poprawić, zmodyfikować fizjologiczne funkcje organizmu – poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne;
10) **recepta** – dowód wystawiony przez uprawnioną do tego osobę potwierdzający zalecenie zastosowania leku w celu leczenia choroby lub uszkodzenia ciała, spełniający wymogi powszechnie obowiązujących przepisów w sprawie recept lekarskich. Odpowiadamy wyłącznie za takie recepty, które zostały wystawione ubezpieczonemu podstawowemu, współubezpieczonemu lub ubezpieczonemu bliskiemu w okresie naszej ochrony;
11) **świadczenie zdrowotne** – kwota stanowiąca równowartość poziomu współpłacenia za lek wskazany na wystawionej w okresie naszej ochrony recepcie lub jego zamiennik, gdy ubezpieczony podstawowy, współubezpieczony lub ubezpieczony bliski decyduje się na zakup zamiennika leku;
12) **uczęszczanie do szkoły** – kształcenie się w publicznej lub niepublicznej szkole lub uczelni, w trybie dziennym, wieczorowym, zaocznym, w rozumieniu przepisów o oświacie lub szkolnictwie wyższym, z wyłączeniem wszelkich kursów, szkoleń oraz kształcenia korespondencyjnego;
13) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;

14) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
15) **uszkodzenie ciała** – uszkodzenie ciała, które powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
16) **współubezpieczony** – małżonek albo partner życiowy ubezpieczonego podstawowego lub dziecko, którzy przystąpili do ubezpieczenia dodatkowego;
17) **wydruk informacyjny** - dokument potwierdzający wystawienie recepty, pobrany z Internetowego Konta Pacjenta na portalu pacjent.gov.pl lub wydany przez lekarza; jest wymagany w przypadku złożenia wniosku o realizację świadczenia bez użycia Karty lekowej (w formie gotówkowej);
18) **zakres leków** – wykaz leków, których dofinansowanie proponujemy w ubezpieczeniu dodatkowym. Zakres leków obowiązujący ubezpieczonego, współubezpieczonego lub ubezpieczonego bliskiego jest dostępny na pzu.pl oraz pod numerem infolinii PZU 801 102 102;
19) **zamiennik leku** – wymieniony w zakresie leków inny lek niż ten przepisany na recepcie, ale o tym samym wskazaniu terapeutycznym i tej samej:
   a) nazwie międzynarodowej,
   b) dawce,
   c) postaci farmaceutycznej, która nie powoduje powstania różnic terapeutycznych.

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. Zgodnie z wolą stron określoną we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzoną polisą ubezpieczamy zdrowie:
1) ubezpieczonego podstawowego albo
2) ubezpieczonego podstawowego i współubezpieczonego, albo
3) ubezpieczonego podstawowego i ubezpieczonego bliskiego, albo
4) ubezpieczonego podstawowego, współubezpieczonego i ubezpieczonego bliskiego.

ZAKRES UBEZPIECZENIA
– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje wystąpienie choroby lub uszkodzenia ciała u osób wskazanych w pkt 3 OWU w okresie ochrony, potwierdzonych wystawieniem recepty na lek w okresie ochrony – wtedy realizujemy świadczenie zdrowotne (zgodnie z zakresem leków oraz na zasadach określonych w Regulaminie Karty lekowej).

ZMIANY W ZAKRESIE LEKÓW
– kiedy można je wprowadzić

5. W czasie trwania umowy zakres leków może zmienić się wyłącznie, jeśli:
1) lek zostanie usunięty z Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Polski lub przekwalifikowany w tym rejestrze na lek dostępny wyłącznie bez recepty;
2) lek zostanie dodany do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Polski;
3) cena leku, który zostanie dodany do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Polski, będzie wyższa niż 5000 zł. W takim przypadku zakres leków nie będzie obejmował tych substancji czynnych, które znajdują się w tym leku.

Opisane w ppkt 1-3 zmiany nie wymagają zgody ubezpieczonego podstawowego, współubezpieczonego, ubezpieczonego bliskiego ani ubezpieczającego.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

6. Wysokość składki:
1) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
2) zależy od:
   a) zakresu leków,
   b) poziomu współpłacenia,
   c) liczby osób przystępujących do ubezpieczenia w stosunku do liczby zatrudnionych,
   d) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

7. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.

8. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

9. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.
10. Do ubezpieczenia dodatkowego może przystąpić ubezpieczony podstawowy, ubezpieczony bliski którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.
11. Możliwość przystąpienia do ubezpieczenia dodatkowego przysługuje w każdym momencie współubezpieczonemu, jeżeli:
1) jest małżonkiem ubezpieczonego podstawowego oraz w dniu podpisania deklaracji przystąpienia ukończył 16 lat i nie ukończył 69 lat albo jest partnerem życiowym ubezpieczonego podstawowego oraz w dniu podpisania deklaracji przystąpienia ukończył 18 lat i nie ukończył 69 lat, albo jest dzieckiem ubezpieczonego podstawowego lub dzieckiem małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego podstawowego, które w dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie ukończyło 18 lat, a w razie gdy uczęszcza do szkoły – nie ukończyło 25 lat;
2) podpisze deklarację przystąpienia;
3) oświadczy, że w dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych, na świadczeniu rehabilitacyjnym oraz nie jest osobą uznaną za niezdolną do pracy lubniezdolną do służby mundurowej na podstawie orzeczenia właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.

12. W przypadku rezygnacji z ubezpieczenia dodatkowego ubezpieczony podstawowy, współubezpieczony, ubezpieczony bliski mogą przystąpić ponownie do ubezpieczenia dodatkowego:
1) z pierwszym dniem miesiąca po miesiącu, z końcem którego ustała nasza odpowiedzialność względem niego albo
2) nie wcześniej niż w rocznicę polisy lub po tej dacie
- zgodnie z wolą stron określoną we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzoną polisą

13. Ubezpieczony podstawowy lub współubezpieczony lub ubezpieczony bliski zobowiązani są podać do naszej wiadomości wszystkie znane okoliczności, o które pytamy przed przystąpieniem do ubezpieczenia w deklaracji przystąpienia albo w innym piśmie.
14. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, których z naruszeniem pkt 13 OWU nie podaliście do naszej wiadomości. Jeżeli nie podaliście umyślnie do naszej wiadomości wszystkich znanych Wam okoliczności, o które pytaliśmy przed przystąpieniem do ubezpieczenia 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.
15. Jeżeli do zdarzenia objętego naszą ochroną doszło po upływie trzech lat od chwili przystąpienia ubezpieczonego podstawowego lub współubezpieczonego lub ubezpieczonego bliskiego do ubezpieczenia, to nie możemy podnieść zarzutu, że przy przystępowaniu do umowy podaliście nieprawdziwe informacje.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

16. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym wobec ubezpieczonego podstawowego lub ubezpieczonego bliskiego rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
17. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym wobec współubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi dla ubezpieczonego podstawowego.
18. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym wobec ubezpieczonego podstawowego rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

19. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym w stosunku do ubezpieczonego podstawowego i ubezpieczonego bliskiego kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyrazili oni wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

20. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym w stosunku do współubezpieczonego kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony względem ubezpieczonego podstawowego, którego jesteś małżonkiem albo partnerem życiowym lub dzieckiem;
2) z chwilą śmierci współubezpieczonego;
3) z dniem rocznicy polisy przypadającym w roku, w którym małżonek albo partner życiowy kończy 70 lat;
4) z dniem rocznicy polisy przypadającym w roku, w którym dziecko kończy 18 lat lub 25 lat jeśli uczęszcza do szkoły;
5) z ostatnim dniem miesiąca, w którym zrezygnujesz z naszej ochrony;
6) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli współubezpieczony nie wyraził wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego.

ZMIANY W UBEZPIECZENIU DODATKOWYM
– czyli jak można je wprowadzić

21. Wszelkie zmiany ubezpieczenia dodatkowego wymagają zachowania formy pisemnej.
22. Potrzebujemy zgody ubezpieczonego podstawowego, współubezpieczonego, ubezpieczonego bliskiego zanim wprowadzimy zmianę w ubezpieczeniu dodatkowym na niekorzyść ubezpieczonego podstawowego, współubezpieczonego lub ubezpieczonego bliskiego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

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

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

24. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony podstawowy, współubezpieczony lub ubezpieczony bliski nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
25. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

26. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
27. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
28. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

29. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
30. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
31. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO PODSTAWOWEGO LUB WSPÓŁUBEZPIECZONEGO LUB UBEZPIECZONEGO BLISKIEGO
– czyli co czym powinieneś pamiętać

32. Prawa i obowiązki ubezpieczonego podstawowego, ubezpieczonego bliskiego określa ubezpieczenie dodatkowe oraz ubezpieczenie podstawowe.
33. Współubezpieczony ma te same prawa i obowiązki jak ubezpieczony podstawowy.
34. W przypadku rezygnacji z ubezpieczenia ubezpieczony podstawowy, współubezpieczony lub ubezpieczony bliski mogą przystąpić ponownie do ubezpieczenia – na zasadach wskazanych w pkt 12 OWU.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO
– czyli jakie zobowiązania bierze na siebie ubezpieczający

35. Obowiązki ubezpieczającego zostały wskazane w ubezpieczeniu podstawowym.
36. Obowiązki ubezpieczającego wobec współubezpieczonego są takie same jak obowiązki ubezpieczającego wobec ubezpieczonego podstawowego.

NASZE OBOWIĄZKI
– czyli jakie zobowiązania bierze na siebie PZU Życie

37. Nasze obowiązki zostały wskazane w ubezpieczeniu podstawowym.
38. Nasze obowiązki wobec współubezpieczonego są takie same jak nasze obowiązki wobec ubezpieczonego podstawowego.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO
– czyli jak skorzystać z dofinansowania zakupu leków

39. Dofinansowujemy zakup leku wskazanego na recepcie lub zamiennika leku. Recepta musi być wystawiona w okresie naszej ochrony.
40. Korzystając z tego ubezpieczenia można otrzymać dofinansowanie do leków na receptę wykupionych w dowolnej aptece w Polsce.
41. Z ubezpieczenia można skorzystać w dwóch formach:
1) bezgotówkowej – w aptekach, które akceptują Karty lekowe – na podstawie:
   a) recept wystawionych dla ubezpieczonego oraz
   b) Karty lekowej osoby, na którą wystawiona jest recepta.
   Cudzoziemcy dodatkowo okazują paszport albo inny dokument potwierdzający tożsamość;
2) gotówkowej – na podstawie:
   a) kserokopii, zdjęcia, skanu recepty lub wydruku informacyjnego oraz
   b) dowodu zakupu leku lub zamiennika leku (paragonu lub faktury).

42. Szczegółowe zasady korzystania z ubezpieczenia opisaliśmy w Regulaminie Karty lekowej.

ODMOWA REALIZACJI ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO
– jak o niej poinformujemy

43. Jeśli świadczenie zdrowotne nie przysługuje, poinformujemy osobę składającą roszczenie:
1) dlaczego nie możemy zrealizować tego świadczenia w całości lub części w przewidzianym terminie. Wtedy wypłacimy tylko bezsporną część świadczenia;
2) że świadczenie zdrowotne nie przysługuje w całości lub części. Wtedy wskazujemy przyczyny i podstawę prawną, które uzasadniają naszą decyzję, oraz informujemy o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

44. O odmowie realizacji świadczenia zdrowotnego poinformujemy również ubezpieczonego podstawowego, albo współubezpieczonego, albo ubezpieczonego bliskiego, jeśli nie wystąpili o realizację tego świadczenia.
45. W okresie zawieszenia umowy, o którym mowa w ubezpieczeniu podstawowym, nie są realizowane świadczenia zdrowotne.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

46. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

REGULAMIN KARTY LEKOWEJ

Załącznik do dodatkowego grupowego ubezpieczenia z Kartą lekową

Regulamin przedstawia zasady:
- korzystania z Karty lekowej,
- dofinansowania zakupu leków.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W Regulaminie używamy terminów:
   1) **zakup leku bez użycia Karty lekowej** – zakup leku na receptę lub jego zamiennika w aptece, która nie akceptuje Karty lekowej. Po opłaceniu leku ubezpieczony podstawowy lub współubezpieczony, lub ubezpieczony bliski przesyła do nas wniosek o realizację świadczenia zdrowotnego;
   2) **użytkownik** – ubezpieczony podstawowy lub współubezpieczony, lub ubezpieczony bliski, a także inna osoba, która z użyciem Karty lekowej kupuje lek dla ubezpieczonego podstawowego lub współubezpieczonego lub ubezpieczonego bliskiego na podstawie recepty;
   3) **zakup leku przy użyciu Karty lekowej** – zakup leku na receptę lub jego zamiennika w aptece, przy użyciu Karty lekowej na przepisany dla ubezpieczonego podstawowego lub współubezpieczonego lub ubezpieczonego bliskiego lek z jednoczesną realizacją świadczenia zdrowotnego, w ramach której pokrywamy określoną odpłatność za lek lub zamiennik leku wynikającą z poziomu współpłacenia. Ubezpieczony podstawowy, współubezpieczony, ubezpieczony bliski lub użytkownik ponosi koszt w kwocie obowiązującej go odpłatności za lek lub zamiennik leku.
2. W Regulaminie używamy także terminów, których znaczenie wyjaśniliśmy w Słowniczku ubezpieczenia.

KARTA LEKOWA

– najważniejsze informacje

3. Karta lekowa potwierdza prawo do otrzymania świadczenia zdrowotnego, czyli dofinansowania zakupu leków na receptę oraz ich zamienników, w razie choroby lub uszkodzenia ciała.
   Na pzu.pl oraz pod numerem infolinii PZU 801 102 102 udzielamy informacji o:
   1) aktualnym wykazie aptek, które akceptują Karty lekowe;
   2) zasadach zakupu leków z użyciem i bez użycia Karty lekowej;
   3) aktualnym zakresie leków.
4. Możemy zmienić wykaz aptek, wyłącznie gdy:
   1) apteka wskazana do tej pory w wykazie przestanie akceptować Kartę lekową lub
   2) apteka niewskazana do tej pory w wykazie zacznie akceptować Kartę lekową.
5. Karta lekowa zawiera:
   1) imię i nazwisko ubezpieczonego podstawowego lub współubezpieczonego lub ubezpieczonego bliskiego;
   2) numer identyfikacyjny;
   3) numer karty;
   4) kod kreskowy.
6. Kartę lekową aktywujemy automatycznie pierwszego dnia naszej ochrony.
7. Pod numerem infolinii PZU 801 102 102 ubezpieczony powinien jak najszybciej zgłosić utratę, zniszczenie lub uszkodzenie swojej Karty lekowej.
   W takim przypadku wydajemy duplikat Karty lekowej, który:
   1) uwzględnia wartość zakupionych do tej pory leków;
   2) jest od razu aktywny.
8. Pod numer infolinii PZU 801 102 102 ubezpieczony może zadzwonić także w razie trudności z użyciem Karty lekowej w aptece.

ZAKUP LEKU Z UŻYCIEM KARTY LEKOWEJ

– czyli jak skorzystać z dofinansowania w trakcie płacenia w aptece

9. Z dofinansowania zakupu leku można skorzystać:
   1) w aptece, która akceptuje Kartę lekową;
   2) po okazaniu Karty lekowej i recepty wystawionej na ubezpieczonego podstawowego, współubezpieczonego lub ubezpieczonego bliskiego. Cudzoziemcy dodatkowo okazują paszport albo inny dokument potwierdzający tożsamość.
10. Ubezpieczony podstawowy, współubezpieczony lub ubezpieczony bliski przekazując Kartę lekową i receptę innej osobie, upoważnia ją do zakupu leku z użyciem Karty lekowej.
11. Ubezpieczony podstawowy, współubezpieczony, ubezpieczony bliski lub użytkownik pokrywa koszt leków nieuwzględnionych w zakresie leków, koszt leków przekraczający poziom współpłacenia lub koszty innych produktów sprzedawanych w aptece, nie będących lekami.

12. Realizacja świadczenia zdrowotnego przy użyciu Karty lekowej nie jest możliwa, jeżeli wygaśnie bądź zostanie wycofane pozwolenie o dopuszczeniu leku do obrotu i lek zostanie usunięty z Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Polski.
13. Karty lekowej nie można wymienić na gotówkę.
14. Użytkownik nie może zwrócić leku ani zamiennika leku, jeśli kupił go z użyciem Karty lekowej. Użytkownik może złożyć reklamację wadliwego leku lub jego zamiennika (zob. pkt 28-31 Regulaminu).
15. Zakres leków może ulec zmianie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia w przypadkach określonych pkt 16.
16. Zakres leków ulega zmianie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia wyłącznie w przypadku:
1) usunięcia leków, które zostały wykreślone lub przekwalifikowane na leki dostępne wyłącznie bez recepty w Rejestrze Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Polski;
2) dodania nowych leków w Rejestrze Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Polski;
3) gdy cena leku, który zostanie dodany do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Polski, będzie wyższa niż 5000 zł. W takim przypadku zakres leków nie będzie obejmował tych substancji czynnych, które znajdują się w tym leku.

17. W przypadku braku możliwości nabycia leku wskazanego na recepcie w aptece akceptującej Karty lekowe z uwagi na jego niedostępność, apteka umożliwi jego nabycie w czasie nie dłuższym niż 24 godziny, chyba że lek jest czasowo lub trwale niedostępny w 11 największych hurtowniach leków w Polsce.
18. W każdym przypadku, apteka wypełnia obowiązek, o którym mowa w art. 44 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych poprzez zaproponowanie ubezpieczonemu podstawowemu, współubezpieczonemu, ubezpieczonemu bliskiemu lub użytkownikowi możliwości nabycia zamiennika leku.

ZAKUP LEKU BEZ UŻYCIA KARTY LEKOWEJ
– czyli jak skorzystać z dofinansowania w formie gotówkowej

19. Z dofinansowania leku w formie gotówkowej można skorzystać w razie:
1) zakupu leku lub zamiennika w aptece, która nie akceptuje Karty lekowej;
2) wznowienia naszej ochrony.

20. Użytkownik pokrywa w aptece całość kosztów leków.
21. W celu skorzystania z dofinansowania leków w formie gotówkowej, ubezpieczony podstawowy, współubezpieczony lub ubezpieczony bliski zgłasza do nas wniosek:
1) przez formularz on-line dostępny na stronie www.pzu.pl;
2) przez aplikację mobilną PZU Apteka;
3) pisemnie na adres epruf rozliczenia sp. z o.o., ul. Zbąszyńska 3, 91-342 Łódź, z dopiskiem „PZU Ubezpieczenie z Kartą lekową";
4) osobiście w Oddziale PZU.

22. Wniosek powinien zawierać:
1) dane osobowe i adresowe ubezpieczonego podstawowego, współubezpieczonego lub ubezpieczonego bliskiego;
2) kserokopię, zdjęcie, skan recepty lub wydruku informacyjnego;
3) dowód zakupu leku lub zamiennika leku (paragon lub faktura);
4) numer rachunku bankowego, na który mają być przelane pieniądze.

23. Świadczenie realizujemy zgodnie z zakresem leków i poziomem współpłacenia do 30 dni od otrzymania wniosku. Informację o wypłacie przekazujemy:
1) e-mailem;
2) SMS-em lub
3) pisemnie na adres podany we wniosku.

24. Ubezpieczonego podstawowego, współubezpieczonego lub ubezpieczonego bliskiego, którzy składają wniosek o wypłatę świadczenia informujemy o:
1) odmowie wypłaty świadczenia albo
2) wypłacie świadczenia w wysokości innej, niż wnioskowana wskazując jednocześnie podstawę decyzji oraz zasady złożenia odwołania.

25. W razie odmowy lub wypłaty w wysokości innej niż wnioskowana informujemy ubezpieczonego podstawowego, współubezpieczonego, ubezpieczonego bliskiego:
1) na jakiej podstawie podjęliśmy naszą decyzję i
2) jak można się od niej odwołać.

26. Ubezpieczony podstawowy, współubezpieczony lub ubezpieczony bliski może złożyć odwołanie do 30 dni od otrzymania naszej decyzji.
27. Odwołania rozpatrujmy do 14 dni od ich otrzymania.

REKLAMACJA LEKU LUB ZAMIENNIKA LEKU
– kto i jak może ją zgłosić

28. Reklamacje leku lub zamiennika leku z powodu wady jakościowej lub niewłaściwego ich wydania rozpatruje apteka, w której zakupiono ten lek lub zamiennik leku. Reklamacje są rozpatrywane zgodnie z przepisami prawa.

29. W razie reklamacji leku lub zamiennika leku użytkownik decyduje, czy apteka ma:
1) wydać lek pozbawiony wad, które były przyczyną reklamacji;
2) zwrócić faktycznie zapłaconą kwotę za lek lub zamiennik leku – bez kwoty dofinansowania (świadczenia zdrowotnego). W takiej sytuacji przywracamy sumę ubezpieczenia na Karcie lekowej sprzed transakcji zakończonej zwrotem.

30. Podstawą reklamacji jest paragon lub faktura (tzw. dowód zakupu) za lek lub zamiennik leku.

31. Ubezpieczony podstawowy, współubezpieczony lub ubezpieczony bliski mogą zgłosić w formie reklamacji również problemy z zakupem leku lub zamiennika leku.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

32. W sprawach, których nie reguluje ten Regulamin stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia z Kartą lekową, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Kod warunków: TUGP56

Wersja dokumentu z 21 września 2024 r.

Ten materiał zawiera informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków: TUGP56 (OWU). Zanim zdecydujesz się zawrzeć umowę, zapoznaj się z OWU. Użyte w OWU definicje mogą odbiegać od powszechnie przyjętego pojęcia, dlatego zwróć na nie szczególną uwagę.
Zawarcie umowy jest dobrowolne.

INFORMACJA O PRODUKCIE:

- jest materiałem informacyjnym,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna być wyłączną podstawą do tego, aby podjąć decyzję o zawarciu umowy.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA – CZYLI CO UBEZPIECZAMY I JAKIE ZDARZENIA OBEJMUJEMY OCHRONĄ

Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego.
Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte w zakresie:
- podstawowym,
- podstawowym z opcją wypłaty progresywnej,
- rozszerzonym,
- rozszerzonym z opcją wypłaty progresywnej.

Zakres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego:
- uszczerbku na zdrowiu wskazanego w Tabeli uszczerbków na zdrowiu w zakresie podstawowym, który powstał w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ochrony – gdy ubezpieczenie dodatkowe zostało zawarte w zakresie podstawowym lub w zakresie podstawowym z opcją wypłaty progresywnej,
- uszczerbku na zdrowiu wskazanego w Tabeli uszczerbków na zdrowiu w zakresie rozszerzonym, który powstał w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ochrony – gdy ubezpieczenie dodatkowe zostało zawarte w zakresie rozszerzonym lub w zakresie rozszerzonym z opcją wypłaty progresywnej.

Przy czym, zgodnie z OWU, uszczerbek na zdrowiu to uszkodzenie ciała, które powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ochrony, wskazane w Tabeli uszczerbków na zdrowiu, ustalane po upływie terminów wskazanych w pkt 10 OWU.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA

Jeśli ubezpieczenie dodatkowe nie obejmuje opcji wypłaty progresywnej, w razie wystąpienia u ubezpieczonego uszczerbku na zdrowiu, za 1% uszczerbku na zdrowiu wypłacimy świadczenie równe iloczynowi sumy ubezpieczenia i procentu sumy ubezpieczenia określonych w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
Jeśli ubezpieczenie dodatkowe obejmuje opcję wypłaty progresywnej, w razie wystąpienia u ubezpieczonego uszczerbku na zdrowiu, za 1% uszczerbku na zdrowiu wypłacimy świadczenie równe iloczynowi sumy ubezpieczenia i procentu sumy ubezpieczenia określonych w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia pomnożonemu przez współczynnik progresji zgodny z Tabelą progresji wskazaną w OWU.
Wysokość świadczenia ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia oraz procentu sumy ubezpieczenia aktualnych na dzień wystąpienia nieszczęśliwego wypadku. Procent uszczerbku na zdrowiu ustalamy na podstawie Tabeli uszczerbków na zdrowiu.
Ponosimy odpowiedzialność:
- jeśli istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a uszczerbkiem na zdrowiu,
- maksymalnie za 100% uszczerbku na zdrowiu z powodu jednego nieszczęśliwego wypadku.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus – albo w trakcie jego trwania.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ I KOGO UBEZPIECZAMY

Ubezpieczenie dodatkowe zawiera ubezpieczający, który jest zobowiązany do zapłaty składki za ubezpieczenie.
Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

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, nasza ochrona trwa do najbliższej rocznicy polisy.

GDZIE OBOWIĄZUJE UBEZPIECZENIE

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie.

JAK I KIEDY PŁACI SIĘ SKŁADKĘ

Składka przekazywana jest 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.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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

Nie wypłacimy świadczenia m.in. w przypadku:

- braku naszej ochrony w dniu nieszczęśliwego wypadku skutkującego wystąpieniem uszczerbku na zdrowiu,
- braku normalnego związku przyczynowo – skutkowego między nieszczęśliwym wypadkiem a uszczerbkiem na zdrowiu,
- gdy ubezpieczony był 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.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, w tym przyjętych definicji, 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:

- 7 dni od zawarcia umowy – jeśli jest przedsiębiorcą,
- 30 dni od zawarcia umowy – jeśli nie jest przedsiębiorcą. 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 adres 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 ppkt 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, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej" 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.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków TUGP56 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.
Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1-2 pkt 4-17 pkt 22-24 pkt 42 pkt 43-48 pkt 49
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 11-17 pkt 18-21 pkt 39-40 pkt 41 pkt 49

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

WWW **na pzu.pl**

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

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

Kod OWU: TUGP56

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem uchwałą nr UZ/119/2024 z dnia 18 czerwca 2024 roku (zwane dalej OWU).
OWU wchodzą w życie 21 września 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 października 2024 roku.
Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
1) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
2) **Tabela uszczerbków na zdrowiu** – tabela stanowiąca załącznik do OWU;
3) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają te OWU;
4) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
5) **uszczerbek na zdrowiu** – uszkodzenie ciała, które powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ochrony, wskazane w Tabeli uszczerbków na zdrowiu, ustalane po upływie terminów wskazanych w pkt 10 OWU;
6) **wypłata progresywna** – świadczenie przysługujące ubezpieczonemu w ubezpieczeniu dodatkowym zawartym z opcją wypłaty progresywnej. Wysokość tego świadczenia ustala się jako iloczyn kwoty należnego ubezpieczonemu świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu powstałego w wyniku jednego nieszczęśliwego wypadku i współczynnika progresji wskazanego w Tabeli progresji zawartej w OWU.

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 ŚWIADCZENIA
– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte w zakresie:
1) podstawowym;
2) podstawowym z opcją wypłaty progresywnej;
3) rozszerzonym;
4) rozszerzonym z opcją wypłaty progresywnej.

5. Zakres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

6. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje:
1) wystąpienie u Ciebie uszczerbku na zdrowiu wskazanego w Tabeli uszczerbków na zdrowiu w zakresie podstawowym, który powstał w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ochrony – gdy ubezpieczenie dodatkowe zostało zawarte w zakresie podstawowym lub w zakresie podstawowym z opcją wypłaty progresywnej;
2) wystąpienie u Ciebie uszczerbku na zdrowiu wskazanego w Tabeli uszczerbków na zdrowiu w zakresie rozszerzonym, który powstał w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ochrony – gdy ubezpieczenie dodatkowe zostało zawarte w zakresie rozszerzonym lub w zakresie rozszerzonym z opcją wypłaty progresywnej.

7. Jeśli Twoje ubezpieczenie dodatkowe nie obejmuje opcji wypłaty progresywnej, w razie wystąpienia u Ciebie uszczerbku na zdrowiu, za 1% uszczerbku na zdrowiu wypłacimy Ci świadczenie równe iloczynowi sumy ubezpieczenia i procentu sumy ubezpieczenia określonych w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

8. Jeśli Twoje ubezpieczenie dodatkowe obejmuje opcję wypłaty progresywnej, w razie wystąpienia u Ciebie uszczerbku na zdrowiu, za 1% uszczerbku na zdrowiu wypłacimy Ci świadczenie równe iloczynowi sumy ubezpieczenia i procentu sumy ubezpieczenia określonych w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia pomnożonemu przez współczynnik progresji zgodny z poniższą Tabelą progresji.

Tabela progresji

Procent ustalonego uszczerbku na zdrowiu w wyniku jednego nieszczęśliwego wypadku	Współczynnik progresji
od 0,5% do 20%	1
powyżej 20% do 40%	2
powyżej 40% do 60%	3
powyżej 60% do 80%	4
powyżej 80% do 100%	5

Przykłady

Procent ustalonego uszczerbku na zdrowiu w wyniku jednego nieszczęśliwego wypadku	Przykładowa kwota świadczenia za 1% uszczerbku (iloczyn sumy ubezpieczenia i procentu sumy ubezpieczenia)	Wysokość należnego świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu w ubezpieczeniu dodatkowym bez opcji wypłaty progresywnej	Współczynnik progresji	Wysokość należnego świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu w ubezpieczeniu dodatkowym z opcją wypłaty progresywnej
12%	500 zł	12x500 zł = 6 000 zł	1	1x12x500 zł = 6 000 zł
23%	500 zł	23x500 zł = 11 500 zł	2	2x23x500 zł = 23 000 zł
61%	500 zł	61x500 zł = 30 500 zł	4	4x61x500 zł = 122 000 zł

9. Wysokość świadczenia ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia oraz procentu sumy ubezpieczenia aktualnych na dzień wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.

10. Uszczerbek na zdrowiu ustalamy:
1) w odniesieniu do uszczerbków wskazanych w Tabeli uszczerbków na zdrowiu w punktach:
   a) 1.1.4–1.1.6, 1.2.4, 1.3.4–1.3.7, 1.4.4–1.4.7,
   b) 3.1.38–3.1.42,
   c) 4.1–4.28, 4.32–4.112,
   d) 5.1–5.23, 5.26, 5.28–5.35,
   e) 6.1–6.5,
   f) 7.1–7.3,
   g) 8.6–8.7, 8.17–8.20,
   h) 9.39
   – nie wcześniej niż 6 miesięcy po wystąpieniu nieszczęśliwego wypadku;
2) w odniesieniu do pozostałych uszczerbków na zdrowiu wskazanych w Tabeli uszczerbków na zdrowiu – nie wcześniej niż z dniem nieszczęśliwego wypadku.

11. Ponosimy odpowiedzialność:
1) jeśli istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a uszczerbkiem na zdrowiu;
2) maksymalnie za 100% uszczerbku na zdrowiu z powodu jednego nieszczęśliwego wypadku.

12. W sytuacji, gdy po wypłacie świadczenia okaże się, że Twój uszczerbek na zdrowiu, związany z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, kwalifikuje się jako uszczerbek o wyższej wartości procentowej zgodnie z Tabelą uszczerbków na zdrowiu, wypłacimy Ci świadczenie w kwocie stanowiącej różnicę pomiędzy świadczeniem należnym za ten wyższy procent uszczerbku a wypłaconym wcześniej świadczeniem.

13. Jeśli uszczerbek na zdrowiu obejmuje uszkodzenie ciała wymienione w Tabeli uszczerbków na zdrowiu leczone zachowawczo i operacyjnie w rozumieniu Tabeli uszczerbków na zdrowiu, wypłacimy świadczenie maksymalnie jak za uszkodzenie leczone operacyjnie.

14. Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za wszystkie uszkodzenia z Tabeli uszczerbków na zdrowiu dotyczące:
- skóry,
- kości i stawów,
- mięśni i ścięgien,
- układu nerwowego,
- układu krążenia,
- oparzenia i odmrożenia,

które powodują uszczerbek na zdrowiu w obrębie kończyny. Za wszystkie te uszkodzenia w całym okresie ochrony, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków, wypłacimy łącznie świadczenia maksymalnie jak za utratę tej części kończyny, której uszkodzenia dotyczą.

15. Za uszczerbek na zdrowiu wskazany w pkt 13.1 Tabeli uszczerbków na zdrowiu, wypłacimy Ci świadczenie na zasadach w niej określonych wyłącznie wtedy, gdy Twoje ubezpieczenie dodatkowe zostało zawarte w zakresie rozszerzonym oraz gdy nie

przysługuje Ci świadczenie za jakikolwiek inny uszczerbek na zdrowiu wskazany w tej tabeli, będący następstwem tego samego nieszczęśliwego wypadku. Wypłacimy maksymalnie jedno takie świadczenie w roku polisowym.

16. Jeśli wypłacimy Ci świadczenie za uszczerbek na zdrowiu wskazany w pkt 13.1 Tabeli uszczerbków na zdrowiu, a następnie ustalimy, że należne jest Ci świadczenie z tytułu jakiegokolwiek innego uszczerbku na zdrowiu wskazanego w tej tabeli, a będącego następstwem tego samego nieszczęśliwego wypadku, to wysokość należnego Ci świadczenia pomniejszymy o wcześniej wypłaconą kwotę za uszczerbek na zdrowiu z pkt 13.1 Tabeli uszczerbków na zdrowiu.

17. Pozostałe limity świadczeń wskazujemy w Tabeli uszczerbków na zdrowiu.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

18. Aby określić wyłączenia naszej ochrony, używamy terminu **wyczynowe uprawianie sportu**. Jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
1) 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
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.

19. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, jeśli nieszczęśliwy wypadek wydarzył się przed początkiem okresu ochrony lub nastąpił:
1) w wyniku działań wojennych;
2) w wyniku Twojego czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
3) w wyniku popełnienia przez Ciebie lub usiłowania popełnienia przez Ciebie czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
4) gdy 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 nieszczęśliwego wypadku;
5) gdy 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;
6) w wyniku samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
7) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem lub użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi, środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
8) w wyniku użycia przez Ciebie produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
9) wskutek wyczynowego uprawiania przez Ciebie sportu.

20. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje wystąpienia uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, który był spowodowany leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.

21. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje:
1) złamania patologicznego kości, czyli nieurazowego złamania kości zmienionej chorobowo;
2) złamania zmęczeniowego kości, czyli nieurazowego złamania kości zmienionej wskutek przewlekłych zmian przeciążeniowych;
3) uszkodzenia sztucznego narządu lub urządzenia wszczepionego do ciała.

SUMA UBEZPIECZENIA

– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

22. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.

23. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujemy w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

24. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może zmienić się za porozumieniem stron.

SKŁADKA

– od czego zależy i kiedy ją opłacać

25. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe:
1) jest stała, ale może zmienić się za porozumieniem stron;

2) zależy od:
   a) zakresu ubezpieczenia dodatkowego,
   b) sumy ubezpieczenia,
   c) wysokości świadczenia,
   d) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

26. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.

27. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO

– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

28. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.

29. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

30. 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, nasza ochrona trwa do najbliższej rocznicy polisy.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

31. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.

32. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

33. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.

34. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.

35. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

36. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.

37. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.

38. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

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

40. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

41. Nasza ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;

5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

42. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie, czyli ubezpieczonemu.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

43. Jeśli wystąpi u Ciebie uszczerbek na zdrowiu, dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie uszczerbku na zdrowiu;
3) dokumentację, która potwierdza okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku.

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

45. Jeśli będzie to potrzebne, możemy dodatkowo:
1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
2) zlecić badania medyczne.

46. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.

47. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.

48. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

49. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy.

ZAŁĄCZNIK
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

TABELA USZCZERBKÓW NA ZDROWIU

SPIS TREŚCI

1. Uszkodzenia skóry 6
2. Uszkodzenia ścięgien i mięśni 9
3. Uszkodzenia kości i stawów 11
4. Uszkodzenia układu nerwowego 23
5. Uszkodzenia narządu wzroku 27
6. Uszkodzenia narządu słuchu 29
7. Uszkodzenia układu krążenia i śledziony 30
8. Uszkodzenia układu oddechowego 32
9. Uszkodzenia układu pokarmowego 33
10. Uszkodzenia układu moczowego 35
11. Uszkodzenia narządów płciowych 36
12. Oparzenia, odmrożenia i uszkodzenia ciała związane z narażeniem na czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne 37
13. Inne uszkodzenia ciała 38
14. Słowniczek 38

ZAKRES PODSTAWOWY

1. USZKODZENIA SKÓRY

	Procent uszczerbku na zdrowiu
1.1. Uszkodzenia skóry głowy	
Uszkodzenia wymienione w pkt. 1.1.1–1.1.3 dotyczą skóry twarzy, w tym skóry powiek, nosa, małżowin usznych, oraz owłosionej skóry głowy. Rany urazowe skóry głowy z utratą skóry owłosionej oceniamy łącznie wg pkt. 1.1.7–1.1.8.	
Rany urazowe skóry głowy (z wyjątkiem oparzeń i odmrożeń) Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 1.1.1–1.1.3. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 20% uszczerbku na zdrowiu.	
1.1.1 pojedyncza rana urazowa skóry głowy do 4 cm długości – pozostawiająca bliznę	2%
1.1.2 pojedyncza rana urazowa skóry głowy powyżej 4 cm do 10 cm długości – pozostawiająca bliznę	3%
1.1.3 pojedyncza rana urazowa skóry głowy powyżej 10 cm długości lub co najmniej dwie rany (niezależnie od ich długości) – pozostawiające bliznę	6%
Blizny skóry upośledzające funkcje twarzy Uszkodzenia wymienione w pkt. 1.1.4–1.1.6 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
1.1.4 blizny skóry upośledzające funkcję ochronną powiek (jednego oka)	5%
1.1.5 blizny skóry upośledzające oddychanie przez nos	5%
1.1.6 blizny skóry upośledzające: artykulację lub przyjmowanie pokarmów	5%
Utrata owłosionej skóry głowy	
1.1.7 utrata owłosionej skóry głowy o łącznej powierzchni do 1% TBSA	4%
1.1.8 utrata owłosionej skóry głowy o łącznej powierzchni powyżej 1% TBSA	4% za 1% TBSA

1.2. Uszkodzenia skóry szyi i tułowia	
Uszkodzenia wymienione w pkt. 1.2.1–1.2.3 dotyczą skóry: szyi, grzbietu, klatki piersiowej, piersi, brzucha, pleców, pośladków, krocza.	
Rany urazowe skóry szyi i tułowia (z wyjątkiem oparzeń i odmrożeń) Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 1.2.1–1.2.3. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 15% uszczerbku na zdrowiu.	
1.2.1 pojedyncza rana urazowa skóry szyi lub tułowia do 4 cm długości – pozostawiająca bliznę	1%
1.2.2 pojedyncza rana urazowa skóry szyi lub tułowia powyżej 4 cm do 10 cm długości – pozostawiająca bliznę	2%
1.2.3 pojedyncza rana urazowa skóry szyi lub tułowia powyżej 10 cm długości lub co najmniej dwie rany (niezależnie od ich długości) – pozostawiające bliznę	4%
Blizny skóry upośledzające funkcje szyi Uszkodzenia wymienione w pkt. 1.2.4 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
1.2.4 blizny skóry upośledzające ruchomość szyi	5%
1.3. Uszkodzenia skóry kończyny górnej	
Rany urazowe skóry kończyny górnej (z wyjątkiem oparzeń i odmrożeń) Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia jednej kończyny górnej z pkt. 1.3.1–1.3.3. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 20% uszczerbku na zdrowiu.	
1.3.1 pojedyncza rana urazowa skóry kończyny górnej do 4 cm długości – pozostawiająca bliznę	1%
1.3.2 pojedyncza rana urazowa skóry kończyny górnej powyżej 4 cm do 10 cm długości – pozostawiająca bliznę	2%
1.3.3 pojedyncza rana urazowa skóry kończyny górnej powyżej 10 cm długości lub co najmniej dwie rany (niezależnie od ich długości) – pozostawiające bliznę	4%
Blizny skóry upośledzające funkcje kończyny górnej Uszkodzenia wymienione w pkt. 1.3.4–1.3.7 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
1.3.4 blizny skóry ograniczające ruchomość stawu ramiennego (jednej kończyny)	5%
1.3.5 blizny skóry ograniczające ruchomość stawu łokciowego (jednej kończyny)	4%
1.3.6 blizny skóry ograniczające ruchomość nadgarstka (jednej kończyny)	3%
1.3.7 blizny skóry ograniczające ruchomość palca ręki (jednego palca)	1%
1.4. Uszkodzenia skóry kończyny dolnej	
Rany urazowe skóry kończyny dolnej (z wyjątkiem oparzeń i odmrożeń) Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia jednej kończyny dolnej z pkt. 1.4.1–1.4.3. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 15% uszczerbku na zdrowiu.	
1.4.1 pojedyncza rana urazowa skóry kończyny dolnej do 4 cm długości – pozostawiająca bliznę	1%
1.4.2 pojedyncza rana urazowa skóry kończyny dolnej powyżej 4 cm do 10 cm długości – pozostawiająca bliznę	2%
1.4.3 pojedyncza rana urazowa skóry kończyny dolnej powyżej 10 cm długości lub co najmniej dwie rany (niezależnie od ich długości) – pozostawiające bliznę	4%
Blizny skóry upośledzające funkcje kończyny dolnej Uszkodzenia wymienione w pkt. 1.4.4–1.4.7 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
1.4.4 blizny skóry ograniczające ruchomość stawu biodrowego (jednej kończyny)	5%
1.4.5 blizny skóry ograniczające ruchomość stawu kolanowego (jednej kończyny)	4%
1.4.6 blizny skóry ograniczające ruchomość stawu skokowego (jednej kończyny)	3%
1.4.7 blizny skóry ograniczające ruchomość palca stopy (jednego palca)	0,5%

1.5. Pobranie skóry do przeszczepu

Pobranie skóry do przeszczepu
Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 1.5.1–1.5.3. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 10% uszczerbku na zdrowiu.

1.5.1 pobranie skóry do przeszczepu pośredniej grubości (jedno pobranie)	2%
1.5.2 pobranie skóry do przeszczepu pełnej grubości (jedno pobranie)	3%
1.5.3 pobranie skóry do przeszczepu płatowego (jedno pobranie)	4%

2. USZKODZENIA ŚCIĘGIEN I MIĘŚNI	
	Procent uszczerbku na zdrowiu
2.1. Uszkodzenia ścięgien i mięśni głowy	
Uszkodzenia ścięgien i mięśni głowy Uszkodzenia wymienione w pkt. 2.1.3–2.1.4 dotyczą ścięgien i mięśni: twarzy, w tym małżowin usznych, nozdrzy, otoczenia szpar powiekowych, otoczenia szpary ust oraz mięśni sklepienia czaszki. Wyjątkiem są uszkodzenia mięśni ruchowych gałki ocznej, które oceniamy wg pkt. 5.30–5.35.	
2.1.1 naderwanie: ścięgna lub mięśnia skroniowo-żuchwowego (jednego mięśnia)	2%
2.1.2 zerwanie: ścięgna lub mięśnia skroniowo-żuchwowego (jednego mięśnia)	4%
2.1.3 naderwanie: innego ścięgna lub innego mięśnia głowy (jednego mięśnia)	1%
2.1.4 zerwanie: innego ścięgna lub innego mięśnia głowy (jednego mięśnia)	2%
2.2. Uszkodzenia ścięgien i mięśni szyi i tułowia	
Uszkodzenia ścięgien i mięśni szyi i tułowia Uszkodzenia wymienione w pkt. 2.2.4–2.2.5 dotyczą ścięgien i mięśni: szyi, grzbietu, klatki piersiowej, jamy brzusznej, pleców, pośladków, krocza.	
2.2.1 przerwanie ciągłości mięśnia przepony	5%
2.2.2 naderwanie: ścięgna lub mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego (jednego mięśnia)	2%
2.2.3 zerwanie: ścięgna lub mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego (jednego mięśnia)	4%
2.2.4 naderwanie: innego ścięgna lub innego mięśnia szyi lub tułowia (jednego mięśnia)	1%
2.2.5 zerwanie: innego ścięgna lub innego mięśnia szyi lub tułowia (jednego mięśnia)	2%
2.3. Uszkodzenia ścięgien i mięśni kończyny górnej	
Uszkodzenia ścięgien i mięśni kończyny górnej	
2.3.1 naderwanie lub zerwanie – ścięgna lub mięśnia nadgrzebieniowego stożka rotatorów (jednej kończyny)	1,5%
2.3.2 naderwanie lub zerwanie – ścięgna lub mięśnia podgrzebieniowego stożka rotatorów (jednej kończyny)	1,5%
2.3.3 naderwanie lub zerwanie – ścięgna lub mięśnia podłopatkowego stożka rotatorów (jednej kończyny)	1,5%
2.3.4 naderwanie lub zerwanie – ścięgna lub mięśnia obłego mniejszego stożka rotatorów (jednej kończyny)	1,5%
2.3.5 naderwanie: ścięgna lub mięśnia dwugłowego ramienia (jednej kończyny)	2%
2.3.6 zerwanie: ścięgna lub mięśnia dwugłowego ramienia (jednej kończyny)	4%
2.3.7 naderwanie: ścięgna lub mięśnia trójgłowego ramienia (jednej kończyny)	2%
2.3.8 zerwanie: ścięgna lub mięśnia trójgłowego ramienia (jednej kończyny)	4%
2.3.9 naderwanie: innego ścięgna lub innego mięśnia kończyny górnej (jednego mięśnia)	1%
2.3.10 zerwanie: innego ścięgna lub innego mięśnia kończyny górnej (jednego mięśnia)	2%
2.4. Uszkodzenia ścięgien i mięśni kończyny dolnej	
Uszkodzenia ścięgien i mięśni kończyny dolnej	
2.4.1 naderwanie: ścięgna lub mięśnia czworogłowego uda (jednej kończyny)	2%
2.4.2 zerwanie: ścięgna lub mięśnia czworogłowego uda (jednej kończyny)	5%
2.4.3 naderwanie: ścięgna lub mięśnia dwugłowego uda (jednej kończyny)	2%
2.4.4 zerwanie: ścięgna lub mięśnia dwugłowego uda (jednej kończyny)	4%
2.4.5 naderwanie mięśnia brzuchatego łydki (jednej kończyny)	2%

2.4.6 zerwanie mięśnia brzuchatego łydki (jednej kończyny)	4%
2.4.7 naderwanie mięśnia płaszczkowatego (jednej kończyny)	1%
2.4.8 zerwanie mięśnia płaszczkowatego (jednej kończyny)	2%
2.4.9 naderwanie ścięgna Achillesa (jednej kończyny)	2%
2.4.10 zerwanie ścięgna Achillesa (jednej kończyny)	4%
2.4.11 naderwanie: innego ścięgna lub innego mięśnia kończyny dolnej (jednego mięśnia)	1%
2.4.12 zerwanie: innego ścięgna lub innego mięśnia kończyny dolnej (jednego mięśnia)	2%

3. USZKODZENIA KOŚCI I STAWÓW	Procent uszczerbku na zdrowiu
3.1. Uszkodzenia kości i stawów głowy	
Złamania kości czołowej	
3.1.1 złamanie kości czołowej bez przemieszczenia odłamów	1%
3.1.2 złamanie kości czołowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów	2%
Złamania kości ciemieniowej	
3.1.3 złamanie kości ciemieniowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kości)	1%
3.1.4 złamanie kości ciemieniowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kości)	2%
Złamania kości potylicznej	
3.1.5 złamanie kości potylicznej bez przemieszczenia odłamów	1%
3.1.6 złamanie kości potylicznej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów	2%
Złamania kości skroniowej	
3.1.7 złamanie kości skroniowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kości)	2%
3.1.8 złamanie kości skroniowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kości)	3%
Złamania kości jarzmowej	
3.1.9 złamanie kości jarzmowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kości)	1%
3.1.10 złamanie kości jarzmowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kości)	2%
Złamania kości klinowej, sitowej i łzowej	
3.1.11 złamanie kości klinowej	1%
3.1.12 złamanie kości sitowej (sitowia)	1%
3.1.13 złamanie kości łzowej	1%
Złamania kości oczodołu Uszkodzenia wymienione w pkt. 3.1.14 oceniamy niezależnie od oceny innych złamań kości tworzących oczodół.	
3.1.14 złamanie oczodołu (jednego oczodołu)	3%
Złamania i utrata nosa Uszkodzenia wymienione w pkt. 3.1.18–3.1.19 obejmują utratę części chrzęstnej i kostnej nosa oraz wszystkich utraconych tkanek.	
3.1.15 złamanie części chrzęstnej nosa	1%
3.1.16 złamanie części kostnej nosa bez przemieszczenia odłamów	1%
3.1.17 złamanie części kostnej nosa: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów	2%
3.1.18 utrata części chrzęstnej nosa	10%
3.1.19 utrata części kostnej i chrzęstnej nosa	20%
Złamania kości podniebiennej i utrata podniebienia twardego Uszkodzenia wymienione w pkt. 3.1.21–3.1.23 obejmują utratę kości oraz wszystkich utraconych tkanek.	
3.1.20 złamanie kości podniebiennej (jednej kości)	1%
3.1.21 utrata do 5% podniebienia twardego	2%
3.1.22 utrata powyżej 5% do 25% podniebienia twardego	5%
3.1.23 utrata powyżej 25% podniebienia twardego	10%
Złamania i utrata kości szczękowej Uszkodzenia wymienione w pkt. 3.1.26–3.1.29 obejmują utratę kości i zębów oraz wszystkich utraconych tkanek.	
3.1.24 złamanie kości szczękowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kości)	2%
3.1.25 złamanie kości szczękowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kości)	3%

3.1.26 utrata do 5% kości szczękowej (jednej kości)	2%
3.1.27 utrata powyżej 5% do 25% kości szczękowej (jednej kości)	4%
3.1.28 utrata powyżej 25% do 50% kości szczękowej (jednej kości)	8%
3.1.29 utrata powyżej 50% kości szczękowej (jednej kości)	15%
Złamania i utrata żuchwy Uszkodzenia wymienione w pkt. 3.1.32–3.1.35 obejmują utratę kości i zębów oraz wszystkich utraconych tkanek.	
3.1.30 złamanie żuchwy bez przemieszczenia odłamów	3%
3.1.31 złamanie żuchwy: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów	8%
3.1.32 utrata do 5% żuchwy	3%
3.1.33 utrata powyżej 5% do 25% żuchwy	10%
3.1.34 utrata powyżej 25% do 50% żuchwy	20%
3.1.35 utrata powyżej 50% żuchwy	40%
Uszkodzenia stawu skroniowo-żuchwowego	
3.1.36 zwichnięcie stawu skroniowo-żuchwowego (jednego stawu)	2%
Staw rzekomy kości czaszki	
3.1.37 staw rzekomy żuchwy	3%
Utrata kości sklepienia czaszki Uszkodzenia wymienione w pkt. 3.1.38–3.1.42 obejmują utratę kości oraz wszystkich utraconych tkanek. Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 3.1.38–3.1.42. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 20% uszczerbku na zdrowiu. Uszkodzenia wymienione w pkt. 3.1.38–3.1.42 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
3.1.38 utrata kości sklepienia czaszki o łącznej powierzchni do 1 cm^2	1%
3.1.39 utrata kości sklepienia czaszki o łącznej powierzchni powyżej 1cm^2 do 5 cm^2	3%
3.1.40 utrata kości sklepienia czaszki o łącznej powierzchni powyżej 5 cm^2 do 25 cm^2	6%
3.1.41 utrata kości sklepienia czaszki o łącznej powierzchni powyżej 25 cm^2 do 50 cm^2	12%
3.1.42 utrata kości sklepienia czaszki o łącznej powierzchni powyżej 50 cm^2	20%
3.2. Uszkodzenia kości klatki piersiowej, kręgosłupa i miednicy	
Złamania żeber Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 3.2.1. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 24% uszczerbku na zdrowiu.	
3.2.1 złamanie żebra (jednego żebra)	1%
Złamania mostka i kości gnykowej	
3.2.2 złamanie mostka bez przemieszczenia odłamów	2%
3.2.3 złamanie mostka: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów	4%
3.2.4 złamanie kości gnykowej	1%
Złamania w odcinku szyjnym kręgosłupa Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 3.2.5–3.2.8. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 40% uszczerbku na zdrowiu.	
3.2.5 złamanie trzonu kręgu w odcinku szyjnym kręgosłupa bez przemieszczenia odłamów (jednego kręgu)	5%
3.2.6 złamanie trzonu kręgu w odcinku szyjnym kręgosłupa z przemieszczeniem odłamów (jednego kręgu)	7%
3.2.7 złamanie wyrostka lub wyrostków kręgu lub łuku kręgu – w odcinku szyjnym kręgosłupa (jednego kręgu)	1%

3.2.8 złamanie osteofitu lub osteofitów – w odcinku szyjnym kręgosłupa (jednego kręgu)	1%
Złamania w odcinku piersiowym kręgosłupa Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 3.2.9–3.2.12. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 20% uszczerbku na zdrowiu.	
3.2.9 złamanie trzonu kręgu w odcinku piersiowym kręgosłupa bez przemieszczenia odłamów (jednego kręgu)	4%
3.2.10 złamanie trzonu kręgu w odcinku piersiowym kręgosłupa z przemieszczeniem odłamów (jednego kręgu)	6%
3.2.11 złamanie wyrostka lub wyrostków kręgu lub łuku kręgu – w odcinku piersiowym kręgosłupa (jednego kręgu)	1%
3.2.12 złamanie osteofitu lub osteofitów – w odcinku piersiowym kręgosłupa (jednego kręgu)	1%
Złamania w odcinku lędźwiowym kręgosłupa Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 3.2.13–3.2.16. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 30% uszczerbku na zdrowiu.	
3.2.13 złamanie trzonu kręgu w odcinku lędźwiowym kręgosłupa bez przemieszczenia odłamów (jednego kręgu)	5%
3.2.14 złamanie trzonu kręgu w odcinku lędźwiowym kręgosłupa z przemieszczeniem odłamów (jednego kręgu)	7%
3.2.15 złamanie wyrostka lub wyrostków kręgu lub łuku kręgu – w odcinku lędźwiowym kręgosłupa (jednego kręgu)	1%
3.2.16 złamanie osteofitu lub osteofitów – w odcinku lędźwiowym kręgosłupa (jednego kręgu)	1%
Inne uszkodzenia kręgosłupa	
3.2.17 kręgozmyk lub tyłozmyk leczony zachowawczo	5%
3.2.18 kręgozmyk, tyłozmyk lub zwichnięcie kręgosłupa - leczone operacyjnie	7%
Złamania kości obręczy miednicznej	
3.2.19 złamanie kolca biodrowego przedniego górnego lub przedniego dolnego kości biodrowej (jednej kości)	1%
3.2.20 złamanie talerza lub trzonu kości biodrowej (jednej kości)	4%
3.2.21 złamanie panewki stawu biodrowego (jednej panewki)	4%
3.2.22 złamanie kości łonowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kości)	2%
3.2.23 złamanie kości łonowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kości)	4%
3.2.24 złamanie kości kulszowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kości)	2%
3.2.25 złamanie kości kulszowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kości)	4%
3.2.26 złamanie kości krzyżowej bez przemieszczenia odłamów	2%
3.2.27 złamanie kości krzyżowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów	4%
3.2.28 złamanie kości guzicznej bez przemieszczenia odłamów	1%
3.2.29 złamanie kości guzicznej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów	2%
Przerwanie obręczy miednicznej Uszkodzenia wymienione w pkt. 3.2.30–3.2.33 oceniamy niezależnie od oceny złamań kości miednicy. Uszkodzenia wymienione w pkt. 3.2.30–3.2.33 nie obejmują uszkodzeń spojenia łonowego i stawu krzyżowo-biodrowego.	
3.2.30 przerwanie obręczy miednicznej w odcinku przednim jednostronne	2%
3.2.31 przerwanie obręczy miednicznej w odcinku przednim obustronne	4%
3.2.32 przerwanie obręczy miednicznej w odcinku tylnym jednostronne	2%
3.2.33 przerwanie obręczy miednicznej w odcinku tylnym obustronne	4%

Uszkodzenia spojenia łonowego i stawu krzyżowo-biodrowego	
3.2.34 rozejście lub rozerwanie spojenia łonowego – leczone zachowawczo	3%
3.2.35 rozejście lub rozerwanie spojenia łonowego – leczone operacyjnie	6%
3.2.36 zwichnięcie, rozejście lub rozerwanie – w stawie krzyżowo-biodrowym (jednego stawu)	4%
Staw rzekomy kości klatki piersiowej i miednicy	
3.2.37 staw rzekomy żebra (jednego żebra)	1%
3.2.38 staw rzekomy mostka	2%
3.2.39 staw rzekomy kości łonowej (jednej kości)	2%
3.2.40 staw rzekomy kości kulszowej (jednej kości)	2%
3.2.41 staw rzekomy kości biodrowej (jednej kości)	2%
3.3. Uszkodzenia kości i stawów kończyny górnej	
Złamania łopatki	
3.3.1 złamanie łopatki bez przemieszczenia odłamów (jednej łopatki)	2%
3.3.2 złamanie łopatki: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej łopatki)	4%
Złamania obojczyka	
3.3.3 złamanie obojczyka bez przemieszczenia odłamów (jednego obojczyka)	2%
3.3.4 złamanie obojczyka: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednego obojczyka)	3%
Złamania kości ramiennej	
3.3.5 złamanie nasady bliższej kości ramiennej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	4%
3.3.6 złamanie nasady bliższej kości ramiennej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	8%
3.3.7 złamanie trzonu kości ramiennej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	5%
3.3.8 złamanie trzonu kości ramiennej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	10%
3.3.9 złamanie nasady dalszej kości ramiennej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	2%
3.3.10 złamanie nasady dalszej kości ramiennej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	4%
Złamania kości łokciowej	
3.3.11 złamanie nasady bliższej kości łokciowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	2%
3.3.12 złamanie nasady bliższej kości łokciowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	4%
3.3.13 złamanie trzonu kości łokciowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	2%
3.3.14 złamanie trzonu kości łokciowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	4%
3.3.15 złamanie nasady dalszej kości łokciowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	2%
3.3.16 złamanie nasady dalszej kości łokciowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	3%
Złamania kości promieniowej	
3.3.17 złamanie nasady bliższej kości promieniowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	2%
3.3.18 złamanie nasady bliższej kości promieniowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	4%
3.3.19 złamanie trzonu kości promieniowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	2%

3.3.20 złamanie trzonu kości promieniowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	4%
3.3.21 złamanie nasady dalszej kości promieniowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	2%
3.3.22 złamanie nasady dalszej kości promieniowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	3%
Złamania kości nadgarstka	
3.3.23 złamanie kości łódeczkowatej nadgarstka bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	0,5%
3.3.24 złamanie kości łódeczkowatej nadgarstka: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	1%
3.3.25 złamanie kości czworobocznej mniejszej nadgarstka (jednej kończyny)	0,5%
3.3.26 złamanie kości czworobocznej większej nadgarstka (jednej kończyny)	0,5%
3.3.27 złamanie kości grochowatej nadgarstka (jednej kończyny)	0,5%
3.3.28 złamanie kości haczykowatej nadgarstka (jednej kończyny)	0,5%
3.3.29 złamanie kości główkowatej nadgarstka (jednej kończyny)	0,5%
3.3.30 złamanie kości księżycowatej nadgarstka (jednej kończyny)	0,5%
3.3.31 złamanie kości trójgraniastej nadgarstka (jednej kończyny)	0,5%
Złamania kości śródręcza	
3.3.32 złamanie I kości śródręcza bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	1%
3.3.33 złamanie I kości śródręcza: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	2%
3.3.34 złamanie II kości śródręcza bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	1%
3.3.35 złamanie II kości śródręcza: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	2%
3.3.36 złamanie III kości śródręcza bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	1%
3.3.37 złamanie III kości śródręcza: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	2%
3.3.38 złamanie IV kości śródręcza bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	1%
3.3.39 złamanie IV kości śródręcza: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	2%
3.3.40 złamanie V kości śródręcza bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	1%
3.3.41 złamanie V kości śródręcza: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	2%
Złamania kości palców ręki	
3.3.42 złamanie paliczka lub paliczków – palca I ręki (jednej kończyny)	2%
3.3.43 złamanie paliczka lub paliczków – palca II ręki (jednej kończyny)	2%
3.3.44 złamanie paliczka lub paliczków – palca III ręki (jednej kończyny)	1%
3.3.45 złamanie paliczka lub paliczków – palca IV ręki (jednej kończyny)	1%
3.3.46 złamanie paliczka lub paliczków – palca V ręki (jednej kończyny)	1%
3.3.47 złamanie trzeszczki palca ręki (jednego palca)	0,5%
Uszkodzenia stawu mostkowo-obojczykowego Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia jednej kończyny górnej z pkt. 3.3.48–3.3.50. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 8% uszczerbku na zdrowiu.	
3.3.48 zwichnięcie w stawie mostkowo-obojczykowym z przemieszczeniem obojczyka leczone zachowawczo (jednej kończyny)	2%
3.3.49 zwichnięcie w stawie mostkowo-obojczykowym leczone operacyjnie (jednej kończyny)	4%
3.3.50 zastarzałe nieodprowadzone zwichnięcie w stawie mostkowo-obojczykowym (jednej kończyny)	6%

Uszkodzenia stawu barkowo-obojczykowego Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia jednej kończyny górnej z pkt. 3.3.51–3.3.53. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 8% uszczerbku na zdrowiu.		
3.3.51	zwichnięcie w stawie barkowo-obojczykowym z przemieszczeniem obojczyka leczone zachowawczo (jednej kończyny)	2%
3.3.52	zwichnięcie w stawie barkowo-obojczykowym lub uszkodzenie więzozrostu barkowo-obojczykowego – leczone operacyjnie (jednej kończyny)	4%
3.3.53	zastarzałe nieodprowadzone zwichnięcie w stawie barkowo-obojczykowym (jednej kończyny)	6%
Uszkodzenia stawu ramiennego Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia jednej kończyny górnej z pkt. 3.3.54–3.3.56. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 12% uszczerbku na zdrowiu.		
3.3.54	zwichnięcie w stawie ramiennym z repozycją zamkniętą (jednej kończyny)	3%
3.3.55	zwichnięcie w stawie ramiennym z repozycją operacyjną (jednej kończyny)	6%
3.3.56	zastarzałe nieodprowadzone zwichnięcie w stawie ramiennym (jednej kończyny)	9%
Uszkodzenia stawu łokciowego Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia jednej kończyny górnej z pkt. 3.3.57–3.3.59. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 8% uszczerbku na zdrowiu.		
3.3.57	zwichnięcie w stawie łokciowym z repozycją zamkniętą (jednej kończyny)	2%
3.3.58	zwichnięcie w stawie łokciowym z repozycją operacyjną (jednej kończyny)	4%
3.3.59	zastarzałe nieodprowadzone zwichnięcie w stawie łokciowym (jednej kończyny)	6%
Uszkodzenia stawu promieniowo-łokciowego dalszego i stawów nadgarstka Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia jednej kończyny górnej z pkt. 3.3.60–3.3.63. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 8% uszczerbku na zdrowiu.		
3.3.60	zwichnięcie w stawie promieniowo-łokciowym dalszym (jednej kończyny)	2%
3.3.61	zwichnięcie w jednym lub wielu stawach nadgarstka – z repozycją zamkniętą (jednej kończyny)	2%
3.3.62	zwichnięcie w jednym lub wielu stawach nadgarstka – z repozycją operacyjną (jednej kończyny)	4%
3.3.63	zastarzałe nieodprowadzone zwichnięcie: w jednym lub wielu stawach nadgarstka (jednej kończyny)	6%
Uszkodzenia stawów śródręczno-paliczkowych ręki		
3.3.64	zwichnięcie w stawie śródręczno-paliczkowym palca I ręki z repozycją: zamkniętą lub operacyjną (jednej kończyny)	1,5%
3.3.65	zwichnięcie w stawie śródręczno-paliczkowym palca II ręki z repozycją: zamkniętą lub operacyjną (jednej kończyny)	1,5%
3.3.66	zwichnięcie w stawie śródręczno-paliczkowym palca III ręki z repozycją: zamkniętą lub operacyjną (jednej kończyny)	1%
3.3.67	zwichnięcie w stawie śródręczno-paliczkowym palca IV ręki z repozycją: zamkniętą lub operacyjną (jednej kończyny)	1%
3.3.68	zwichnięcie w stawie śródręczno-paliczkowym palca V ręki z repozycją: zamkniętą lub operacyjną (jednej kończyny)	1%
Uszkodzenia stawów międzypaliczkowych ręki		
3.3.69	zwichnięcie w stawie międzypaliczkowym palca I ręki z repozycją: zamkniętą lub operacyjną (jednej kończyny)	1%
3.3.70	zwichnięcie w stawach międzypaliczkowych palca II ręki z repozycją: zamkniętą lub operacyjną (jednej kończyny)	1%
3.3.71	zwichnięcie w stawach międzypaliczkowych palca III ręki z repozycją: zamkniętą lub operacyjną (jednej kończyny)	1%

3.3.72 zwichnięcie w stawach międzypaliczkowych palca IV ręki z repozycją: zamkniętą lub operacyjną (jednej kończyny)	1%
3.3.73 zwichnięcie w stawach międzypaliczkowych palca V ręki z repozycją: zamkniętą lub operacyjną (jednej kończyny)	1%
Staw rzekomy kończyny górnej	
3.3.74 staw rzekomy łopatki (jednej łopatki)	2%
3.3.75 staw rzekomy obojczyka (jednego obojczyka)	2%
3.3.76 staw rzekomy kości ramiennej (jednej kończyny)	4%
3.3.77 staw rzekomy kości łokciowej (jednej kończyny)	2%
3.3.78 staw rzekomy kości promieniowej (jednej kończyny)	2%
3.3.79 staw rzekomy kości łódeczkowatej nadgarstka (jednej kończyny)	0,5%
3.3.80 staw rzekomy kości śródręcza (jednej kości)	1%
3.3.81 staw rzekomy paliczka lub paliczków – palca ręki (jednego palca)	1%
Skrócenie kończyny górnej Uszkodzenia wymienione w pkt. 3.3.82–3.3.84 oceniamy niezależnie od innych uszkodzeń kości i stawów.	
3.3.82 złamanie kości lub zwichnięcie stawu – ze skróceniem kończyny górnej powyżej 1 cm do 3 cm	2%
3.3.83 złamanie kości lub zwichnięcie stawu – ze skróceniem kończyny górnej powyżej 3 cm do 5 cm	4%
3.3.84 złamanie kości lub zwichnięcie stawu – ze skróceniem kończyny górnej powyżej 5 cm	6%
Utrata w obrębie palca I ręki	
3.3.85 utrata całej płytki paznokciowej z uszkodzeniem macierzy paznokcia palca I ręki (jednej kończyny)	1%
3.3.86 utrata części lub całej opuszki palca I ręki (jednej kończyny)	1%
3.3.87 utrata palca I ręki: w obrębie paliczka dalszego lub całego paliczka dalszego (jednej kończyny)	8%
3.3.88 utrata palca I ręki: w obrębie paliczka bliższego lub całych dwóch paliczków (jednej kończyny)	16%
3.3.89 utrata palca I ręki: z częściową lub całkowitą utratą I kości śródręcza (jednej kończyny)	18%
Utrata w obrębie palca II ręki	
3.3.90 utrata całej płytki paznokciowej z uszkodzeniem macierzy paznokcia palca II ręki (jednej kończyny)	1%
3.3.91 utrata części lub całej opuszki palca II ręki (jednej kończyny)	1%
3.3.92 utrata palca II ręki: w obrębie paliczka dalszego lub całego paliczka dalszego (jednej kończyny)	6%
3.3.93 utrata palca II ręki: w obrębie paliczka środkowego lub całych dwóch paliczków (jednej kończyny)	12%
3.3.94 utrata palca II ręki: w obrębie paliczka bliższego lub całych trzech paliczków (jednej kończyny)	14%
3.3.95 utrata palca II ręki: z częściową lub całkowitą utratą II kości śródręcza (jednej kończyny)	16%
Utrata w obrębie palca III ręki	
3.3.96 utrata całej płytki paznokciowej z uszkodzeniem macierzy paznokcia palca III ręki (jednej kończyny)	1%
3.3.97 utrata części lub całej opuszki palca III ręki (jednej kończyny)	1%
3.3.98 utrata palca III ręki: w obrębie paliczka dalszego lub całego paliczka dalszego (jednej kończyny)	3%
3.3.99 utrata palca III ręki: w obrębie paliczka środkowego lub całych dwóch paliczków (jednej kończyny)	5%
3.3.100 utrata palca III ręki: w obrębie paliczka bliższego lub całych trzech paliczków (jednej kończyny)	6%
3.3.101 utrata palca III ręki: z częściową lub całkowitą utratą III kości śródręcza (jednej kończyny)	7%
Utrata w obrębie palca IV ręki	
3.3.102 utrata całej płytki paznokciowej z uszkodzeniem macierzy paznokcia palca IV ręki (jednej kończyny)	1%

3.3.103 utrata części lub całej opuszki palca IV ręki (jednej kończyny)	1%
3.3.104 utrata palca IV ręki: w obrębie paliczka dalszego lub całego paliczka dalszego (jednej kończyny)	3%
3.3.105 utrata palca IV ręki: w obrębie paliczka środkowego lub całych dwóch paliczków (jednej kończyny)	5%
3.3.106 utrata palca IV ręki: w obrębie paliczka bliższego lub całych trzech paliczków (jednej kończyny)	6%
3.3.107 utrata palca IV ręki: z częściową lub całkowitą utratą IV kości śródręcza (jednej kończyny)	7%
Utrata w obrębie palca V ręki	
3.3.108 utrata całej płytki paznokciowej palca V ręki z uszkodzeniem macierzy paznokcia (jednej kończyny)	1%
3.3.109 utrata części lub całej opuszki palca V ręki (jednej kończyny)	1%
3.3.110 utrata palca V ręki: w obrębie paliczka dalszego lub całego paliczka dalszego (jednej kończyny)	3%
3.3.111 utrata palca V ręki: w obrębie paliczka środkowego lub całych dwóch paliczków (jednej kończyny)	4%
3.3.112 utrata palca V ręki: w obrębie paliczka bliższego lub całych trzech paliczków (jednej kończyny)	5%
3.3.113 utrata palca V ręki: z częściową lub całkowitą utratą V kości śródręcza (jednej kończyny)	6%
Utrata kończyny górnej	
3.3.114 utrata kończyny górnej w obrębie nadgarstka ze śródręczem i wszystkimi palcami (jednej kończyny)	55%
3.3.115 utrata kończyny górnej w obrębie przedramienia z zachowaniem stawu łokciowego (jednej kończyny)	60%
3.3.116 utrata kończyny górnej w stawie łokciowym (jednej kończyny)	65%
3.3.117 utrata kończyny górnej w obrębie ramienia z zachowaniem stawu ramiennego (jednej kończyny)	70%
3.3.118 utrata kończyny górnej w stawie ramiennym (jednej kończyny)	75%
3.3.119 utrata kończyny górnej: z częściową lub całkowitą utratą łopatki (jednej kończyny)	80%
3.4. Uszkodzenia kości i stawów kończyny dolnej	
Złamania kości udowej	
3.4.1 złamanie nasady bliższej kości udowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	6%
3.4.2 złamanie nasady bliższej kości udowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	12%
3.4.3 złamanie trzonu kości udowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	6%
3.4.4 złamanie trzonu kości udowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	12%
3.4.5 złamanie nasady dalszej kości udowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	4%
3.4.6 złamanie nasady dalszej kości udowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	6%
Złamania kości piszczelowej i strzałki Jednoczasowe złamanie kostki przyśrodkowej i kostki bocznej oceniamy wyłącznie jak złamanie dwukostkowe z pkt. 3.4.15. Jednoczasowe złamanie kostki przyśrodkowej, kostki bocznej i nasady dalszej kości piszczelowej oceniamy wyłącznie jak złamanie trójkostkowe z pkt. 3.4.16.	
3.4.7 złamanie nasady bliższej kości piszczelowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	4%
3.4.8 złamanie nasady bliższej kości piszczelowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	6%
3.4.9 złamanie trzonu kości piszczelowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	6%
3.4.10 złamanie trzonu kości piszczelowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	12%
3.4.11 złamanie nasady dalszej kości piszczelowej lub złamanie kostki przyśrodkowej (jednej kończyny)	4%

3.4.12 złamanie nasady bliższej strzałki (jednej kończyny)	1%
3.4.13 złamanie trzonu strzałki (jednej kończyny)	2%
3.4.14 złamanie nasady dalszej strzałki lub złamanie kostki bocznej (jednej kończyny)	2%
3.4.15 złamanie dwukostkowe (jednej kończyny)	6%
3.4.16 złamanie trójkostkowe (jednej kończyny)	10%
Złamania rzepki	
3.4.17 złamanie rzepki bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	3%
3.4.18 złamanie rzepki: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	5%
Złamania i utrata kości piętowej Uszkodzenia wymienione w pkt. 3.4.21–3.4.22 obejmują utratę kości oraz wszystkich utraconych tkanek.	
3.4.19 złamanie kości piętowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	3%
3.4.20 złamanie kości piętowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	6%
3.4.21 utrata pięty z częścią kości piętowej (jednej kończyny)	15%
3.4.22 utrata pięty z całą kością piętową (jednej kończyny)	20%
Złamania i utrata kości skokowej Uszkodzenia wymienione w pkt. 3.4.25 obejmują utratę kości oraz wszystkich utraconych tkanek.	
3.4.23 złamanie kości skokowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	3%
3.4.24 złamanie kości skokowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	6%
3.4.25 utrata kości skokowej (jednej kończyny)	10%
Złamania kości stępu	
3.4.26 złamanie kości sześciennej stępu (jednej kończyny)	1%
3.4.27 złamanie kości łódkowatej stępu (jednej kończyny)	1%
3.4.28 złamanie kości klinowatej bocznej stępu (jednej kończyny)	1%
3.4.29 złamanie kości klinowatej przyśrodkowej stępu (jednej kończyny)	1%
3.4.30 złamanie kości klinowatej pośredniej stępu (jednej kończyny)	1%
Złamania kości śródstopia	
3.4.31 złamanie I kości śródstopia bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	1%
3.4.32 złamanie I kości śródstopia: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	2%
3.4.33 złamanie II kości śródstopia bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	0,5%
3.4.34 złamanie II kości śródstopia: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	1%
3.4.35 złamanie III kości śródstopia bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	0,5%
3.4.36 złamanie III kości śródstopia: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	1%
3.4.37 złamanie IV kości śródstopia bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	0,5%
3.4.38 złamanie IV kości śródstopia: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	1%
3.4.39 złamanie V kości śródstopia bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	0,5%
3.4.40 złamanie V kości śródstopia: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	1%
Złamania kości palców stopy	
3.4.41 złamanie paliczka lub paliczków – palca I stopy (jednej kończyny)	2%
3.4.42 złamanie paliczka lub paliczków – palca II stopy (jednej kończyny)	1%
3.4.43 złamanie paliczka lub paliczków – palca III stopy (jednej kończyny)	1%
3.4.44 złamanie paliczka lub paliczków – palca IV stopy (jednej kończyny)	1%

3.4.45 złamanie paliczka lub paliczków – palca V stopy (jednej kończyny)	1%
3.4.46 złamanie trzeszczki palca stopy (jednego palca)	0,5%
Uszkodzenia stawu biodrowego Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia jednej kończyny dolnej z pkt. 3.4.47–3.4.49. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 16% uszczerbku na zdrowiu.	
3.4.47 zwichnięcie w stawie biodrowym z repozycją zamkniętą (jednej kończyny)	4%
3.4.48 zwichnięcie w stawie biodrowym z repozycją operacyjną (jednej kończyny)	8%
3.4.49 zastarzałe nieodprowadzone zwichnięcie w stawie biodrowym (jednej kończyny)	12%
Uszkodzenia stawu kolanowego Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia jednej kończyny dolnej z pkt. 3.4.50–3.4.61. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 12% uszczerbku na zdrowiu.	
3.4.50 uszkodzenie stawu kolanowego z wynaczynieniem krwi do jamy stawowej bez uszkodzenia więzadeł i łąkotek (jednej kończyny)	1%
3.4.51 uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej (MM) stawu kolanowego (jednej kończyny)	2%
3.4.52 uszkodzenie łąkotki bocznej (ML) stawu kolanowego (jednej kończyny)	2%
3.4.53 naderwanie lub zerwanie – więzadła krzyżowego przedniego (ACL) stawu kolanowego (jednej kończyny)	4%
3.4.54 naderwanie lub zerwanie – więzadła krzyżowego tylnego (PCL) stawu kolanowego (jednej kończyny)	2%
3.4.55 naderwanie lub zerwanie – więzadła pobocznego przyśrodkowego (MCL) stawu kolanowego (jednej kończyny)	2%
3.4.56 naderwanie lub zerwanie – więzadła pobocznego bocznego (LCL) stawu kolanowego (jednej kończyny)	2%
3.4.57 zwichnięcie rzepki z repozycją zamkniętą (jednej kończyny)	2%
3.4.58 zwichnięcie rzepki z repozycją operacyjną (jednej kończyny)	4%
3.4.59 naderwanie lub zerwanie – więzadła rzepki (jednej kończyny)	3%
3.4.60 naderwanie lub zerwanie – troczka przyśrodkowego rzepki (jednej kończyny)	1%
3.4.61 naderwanie lub zerwanie – troczka bocznego rzepki (jednej kończyny)	1%
Uszkodzenia stawu skokowego Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia jednej kończyny dolnej z pkt. 3.4.62–3.4.66. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 8% uszczerbku na zdrowiu.	
3.4.62 naderwanie lub zerwanie – więzozrostu piszczelowo-strzałkowego (jednej kończyny)	1%
3.4.63 naderwanie lub zerwanie – więzadła skokowo-strzałkowego przedniego (ATFL) stawu skokowego (jednej kończyny)	2%
3.4.64 naderwanie lub zerwanie – więzadła skokowo-strzałkowego tylnego (PTFL) stawu skokowego (jednej kończyny)	2%
3.4.65 naderwanie lub zerwanie – więzadła piętowo-strzałkowego (CFL) stawu skokowego (jednej kończyny)	2%
3.4.66 naderwanie lub zerwanie – więzadła trójgraniastego stawu skokowego (jednej kończyny)	2%
Uszkodzenia stawów śródstopno-paliczkowych i międzypaliczkowych palca I stopy	
3.4.67 zwichnięcie w stawie śródstopno-paliczkowym palca I stopy z repozycją: zamkniętą lub operacyjną (jednej kończyny)	1%
3.4.68 zwichnięcie w stawie międzypaliczkowym palca I stopy z repozycją: zamkniętą lub operacyjną (jednej kończyny)	1%

Staw rzekomy kończyny dolnej	
3.4.69 staw rzekomy kości udowej (jednej kończyny)	6%
3.4.70 staw rzekomy kości piszczelowej (jednej kończyny)	6%
3.4.71 staw rzekomy strzałki (jednej kończyny)	2%
3.4.72 staw rzekomy rzepki (jednej kończyny)	3%
3.4.73 staw rzekomy kości skokowej (jednej kończyny)	3%
3.4.74 staw rzekomy kości piętowej (jednej kończyny)	3%
3.4.75 staw rzekomy kości śródstopia (jednej kości)	1%
3.4.76 staw rzekomy paliczka lub paliczków – palca stopy (jednego palca)	1%
Skrócenie kończyny dolnej Uszkodzenia wymienione w pkt. 3.4.77–3.4.79 oceniamy niezależnie od innych uszkodzeń kości i stawów.	
3.4.77 złamanie kości lub zwichnięcie stawu – ze skróceniem kończyny dolnej powyżej 1 cm do 3 cm	2%
3.4.78 złamanie kości lub zwichnięcie stawu – ze skróceniem kończyny dolnej powyżej 3 cm do 5 cm	4%
3.4.79 złamanie kości lub zwichnięcie stawu – ze skróceniem kończyny dolnej powyżej 5 cm	8%
Utrata w obrębie palca I stopy	
3.4.80 utrata całej płytki paznokciowej z uszkodzeniem macierzy paznokcia palca I stopy (jednej kończyny)	1%
3.4.81 utrata części lub całej opuszki palca I stopy (jednej kończyny)	1%
3.4.82 utrata palca I stopy: w obrębie paliczka dalszego lub całego paliczka dalszego (jednej kończyny)	5%
3.4.83 utrata palca I stopy: w obrębie paliczka bliższego lub całych dwóch paliczków (jednej kończyny)	7%
3.4.84 utrata palca I stopy: z częściową lub całkowitą utratą I kości śródstopia (jednej kończyny)	10%
Utrata w obrębie palca II stopy	
3.4.85 utrata całej płytki paznokciowej z uszkodzeniem macierzy paznokcia palca II stopy (jednej kończyny)	0,5%
3.4.86 utrata części lub całej opuszki palca II stopy (jednej kończyny)	0,5%
3.4.87 utrata palca II stopy: w obrębie paliczka dalszego lub całego paliczka dalszego (jednej kończyny)	1%
3.4.88 utrata palca II stopy: w obrębie paliczka środkowego lub całych dwóch paliczków (jednej kończyny)	1,5%
3.4.89 utrata palca II stopy: w obrębie paliczka bliższego lub całych trzech paliczków (jednej kończyny)	2%
3.4.90 utrata palca II stopy: z częściową lub całkowitą utratą II kości śródstopia (jednej kończyny)	3%
Utrata w obrębie palca III stopy	
3.4.91 utrata całej płytki paznokciowej z uszkodzeniem macierzy paznokcia palca III stopy (jednej kończyny)	0,5%
3.4.92 utrata części lub całej opuszki palca III stopy (jednej kończyny)	0,5%
3.4.93 utrata palca III stopy: w obrębie paliczka dalszego lub całego paliczka dalszego (jednej kończyny)	1%
3.4.94 utrata palca III stopy: w obrębie paliczka środkowego lub całych dwóch paliczków (jednej kończyny)	1,5%
3.4.95 utrata palca III stopy: w obrębie paliczka bliższego lub całych trzech paliczków (jednej kończyny)	2%
3.4.96 utrata palca III stopy: z częściową lub całkowitą utratą III kości śródstopia (jednej kończyny)	3%
Utrata w obrębie palca IV stopy	
3.4.97 utrata całej płytki paznokciowej z uszkodzeniem macierzy paznokcia palca IV stopy (jednej kończyny)	0,5%

3.4.98 utrata części lub całej opuszki palca IV stopy (jednej kończyny)	0,5%
3.4.99 utrata palca IV stopy: w obrębie paliczka dalszego lub całego paliczka dalszego (jednej kończyny)	1%
3.4.100 utrata palca IV stopy: w obrębie paliczka środkowego lub całych dwóch paliczków (jednej kończyny)	1,5%
3.4.101 utrata palca IV stopy: w obrębie paliczka bliższego lub całych trzech paliczków (jednej kończyny)	2%
3.4.102 utrata palca IV stopy: z częściową lub całkowitą utratą IV kości śródstopia (jednej kończyny)	3%
Utrata w obrębie palca V stopy	
3.4.103 utrata całej płytki paznokciowej z uszkodzeniem macierzy paznokcia palca V stopy (jednej kończyny)	0,5%
3.4.104 utrata części lub całej opuszki palca V stopy (jednej kończyny)	0,5%
3.4.105 utrata palca V stopy: w obrębie paliczka dalszego lub całego paliczka dalszego (jednej kończyny)	1%
3.4.106 utrata palca V stopy: w obrębie paliczka środkowego lub całych dwóch paliczków (jednej kończyny)	1,5%
3.4.107 utrata palca V stopy: w obrębie paliczka bliższego lub całych trzech paliczków (jednej kończyny)	2%
3.4.108 utrata palca V stopy: z częściową lub całkowitą utratą V kości śródstopia (jednej kończyny)	8%
Utrata kończyny dolnej	
3.4.109 utrata kończyny dolnej w stawach stępowo-śródstopnych ze wszystkimi palcami (jednej kończyny)	30%
3.4.110 utrata kończyny dolnej w obrębie kości stępu (jednej kończyny)	40%
3.4.111 utrata kończyny dolnej w stawie skokowym (jednej kończyny)	50%
3.4.112 utrata kończyny dolnej w obrębie podudzia z zachowaniem stawu kolanowego (jednej kończyny)	60%
3.4.113 utrata kończyny dolnej w stawie kolanowym (jednej kończyny)	65%
3.4.114 utrata kończyny dolnej w obrębie uda z zachowaniem stawu biodrowego (jednej kończyny)	70%
3.4.115 utrata kończyny dolnej w stawie biodrowym (jednej kończyny)	80%

4. USZKODZENIA UKŁADU NERWOWEGO

Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 4.1–4.112. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 100% uszczerbku na zdrowiu.

	Procent uszczerbku na zdrowiu
Uszkodzenia mózgowia bez trwałych ubytków neurologicznych Uszkodzenia wymienione w pkt. 4.1–4.2 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
4.1 rozlany aksonalny uraz mózgowia bez trwałych ubytków neurologicznych	5%
4.2 stłuczenie mózgowia, krwiak mózgowia lub krwotok śródczaszkowy – bez trwałych ubytków neurologicznych	5%
Uszkodzenia mózgowia, rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych z niedowładem lub porażeniem kończyn górnych Uszkodzenia wymienione w pkt. 4.3–4.6 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
4.3 niedowład kończyny górnej: upośledzający wyłącznie precyzyjne ruchy ręki lub IV° skali Lovetta (jednej kończyny)	10%
4.4 niedowład kończyny górnej: nie upośledzający pokonania ciężaru kończyny lub III° skali Lovetta (jednej kończyny)	20%
4.5 niedowład kończyny górnej: uniemożliwiający pokonanie ciężaru kończyny lub II° skali Lovetta (jednej kończyny)	40%
4.6 porażenie kończyny górnej: 0° lub I° skali Lovetta (jednej kończyny)	50%
Uszkodzenia mózgowia, rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych z niedowładem lub porażeniem kończyn dolnych Uszkodzenia wymienione w pkt. 4.7–4.10 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
4.7 niedowład kończyny dolnej: z męczliwością chodu, bez utykania i bez upośledzenia podparcia lub IV° skali Lovetta (jednej kończyny)	10%
4.8 niedowład kończyny dolnej: z męczliwością chodu i utykaniem, bez upośledzenia podparcia lub III° skali Lovetta (jednej kończyny)	20%
4.9 niedowład kończyny dolnej: uniemożliwiający chodzenie i podparcie lub II° skali Lovetta (jednej kończyny)	30%
4.10 porażenie kończyny dolnej: 0° lub I° skali Lovetta (jednej kończyny)	50%
Uszkodzenia mózgowia z zaburzeniami mowy Uszkodzenia wymienione w pkt. 4.11–4.15 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
4.11 afazja niewielkiego stopnia: z utratą płynności mowy i zachowaną zdolnością rozumienia mowy	10%
4.12 afazja niewielkiego stopnia: ze zubożeniem mowy lub z nieznaczną utratą zdolności rozumienia mowy	15%
4.13 afazja umiarkowanego stopnia: z utratą zdolności wypowiadania lub rozumienia złożonych poleceń	25%
4.14 afazja znacznego stopnia: z utratą zdolności wypowiadania lub rozumienia prostych poleceń	50%
4.15 afazja całkowita: z całkowitą utratą zdolności wypowiadania słów lub całkowitą utratą zdolności rozumienia mowy	100%
Uszkodzenia mózgowia z zespołem pozapiramidowym Uszkodzenia wymienione w pkt. 4.16–4.18 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
4.16 zespół pozapiramidowy z możliwością samodzielnego chodzenia	15%
4.17 zespół pozapiramidowy z możliwością chodzenia wyłącznie ze wsparciem pomocy ortopedycznych	30%
4.18 zespół pozapiramidowy z całkowitą utratą możliwości samodzielnego chodzenia	70%
Uszkodzenia mózgowia z zespołem móżdżkowym Uszkodzenia wymienione w pkt. 4.19–4.21 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
4.19 zespół móżdżkowy z możliwością samodzielnego chodzenia	15%

4.20 zespół móżdżkowy z możliwością chodzenia wyłącznie ze wsparciem pomocy ortopedycznych	30%
4.21 zespół móżdżkowy z całkowitą utratą możliwości samodzielnego chodzenia	70%
Uszkodzenia mózgowia z padaczką Uszkodzenia wymienione w pkt. 4.22–4.23 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
4.22 padaczka z napadami bez utrat przytomności	10%
4.23 padaczka z napadami z utratami przytomności	15%
Uszkodzenia mózgowia z zaburzeniami sfery psychicznej Uszkodzenia wymienione w pkt. 4.24–4.28 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
4.24 organiczne zaburzenia nastroju lub zaburzenia poznawcze – utrudniające pełnienie ról społecznych bez wpływu na samodzielne funkcjonowanie	15%
4.25 organiczna chwiejność afektywna lub otępienie – uniemożliwiające pełnienie ról społecznych bez wpływu na samodzielne funkcjonowanie	30%
4.26 organiczne zaburzenia urojeniowe, organiczny zespół amnestyczny lub otępienie – utrudniające samodzielne funkcjonowanie	60%
4.27 organiczne zaburzenia urojeniowe, organiczny zespół amnestyczny lub otępienie – uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie	80%
4.28 śpiączka lub stan wegetatywny	100%
Inne następstwa uszkodzeń mózgowia, rdzenia kręgowego i opon mózgowo-rdzeniowych Uszkodzenia wymienione w pkt. 4.32–4.33 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
4.29 uszkodzenie opony mózgu: z płynotokiem nosowym lub płynotokiem usznym	5%
4.30 wodogłowie leczone zachowawczo	10%
4.31 wodogłowie leczone operacyjnie	15%
4.32 moczówka prosta	10%
4.33 uszkodzenie mózgowia lub rdzenia kręgowego – z nietrzymaniem moczu lub nietrzymaniem stolca	30%
Uszkodzenia nerwów czaszkowych Uszkodzenia wymienione w pkt. 4.34–4.48 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
4.34 uszkodzenie nerwów węchowych: z częściową lub całkowitą utratą węchu	3%
4.35 uszkodzenie jednostronne nerwu trójdzielnego: z upośledzeniem czucia lub neuralgią	3%
4.36 uszkodzenie jednostronne nerwu trójdzielnego z upośledzeniem funkcji żucia	5%
4.37 uszkodzenie jednostronne nerwu twarzowego: z częściowym lub całkowitym upośledzeniem marszczenia czoła	2%
4.38 uszkodzenie jednostronne nerwu twarzowego z niedomykalnością szpary powiekowej	5%
4.39 uszkodzenie jednostronne nerwu twarzowego z częściowym opadaniem kącika ust	5%
4.40 uszkodzenie jednostronne nerwu twarzowego z całkowitym opadaniem kącika ust	10%
4.41 uszkodzenie jednostronne nerwu twarzowego lub nerwu językowo-gardłowego – z częściową lub całkowitą utratą smaku	3%
4.42 uszkodzenie jednostronne nerwu językowo-gardłowego z neuralgią	2%
4.43 uszkodzenie jednostronne nerwu językowo-gardłowego lub nerwu błędnego – z zaburzeniami mowy	10%
4.44 uszkodzenie jednostronne nerwu językowo-gardłowego lub nerwu błędnego – z zaburzeniami połykania	10%
4.45 uszkodzenie jednostronne nerwu dodatkowego z niedowładem: mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego lub mięśnia czworobocznego	3%
4.46 uszkodzenie jednostronne nerwu dodatkowego z porażeniem: mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego lub mięśnia czworobocznego	6%
4.47 uszkodzenie jednostronne nerwu podjęzykowego z połowiczym niedowładem języka	5%
4.48 uszkodzenie jednostronne nerwu podjęzykowego z połowiczym porażeniem języka	15%

Uszkodzenia korzeni nerwów rdzeniowych Uszkodzenia wymienione w pkt. 4.49–4.54 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
4.49 uszkodzenie korzeni nerwowych szyjnego odcinka kręgosłupa z zespołem korzeniowym bólowym (jednostronne)	2%
4.50 uszkodzenie korzeni nerwowych szyjnego odcinka kręgosłupa: z zespołem korzeniowym czuciowym lub z osłabieniem odruchów (jednostronne)	4%
4.51 uszkodzenie korzeni nerwowych piersiowego odcinka kręgosłupa z zespołem korzeniowym bólowym (jednostronne)	1%
4.52 uszkodzenie korzeni nerwowych piersiowego odcinka kręgosłupa: z zespołem korzeniowym czuciowym lub z osłabieniem odruchów (jednostronne)	2%
4.53 uszkodzenie korzeni nerwowych lędźwiowo-krzyżowego odcinka kręgosłupa z zespołem korzeniowym bólowym (jednostronne)	2%
4.54 uszkodzenie korzeni nerwowych lędźwiowo-krzyżowego odcinka kręgosłupa: z zespołem korzeniowym czuciowym lub z osłabieniem odruchów (jednostronne)	4%
Uszkodzenia nerwów splotu szyjnego Uszkodzenia wymienione w pkt. 4.55–4.61 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
4.55 uszkodzenie nerwu usznego wielkiego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	2%
4.56 uszkodzenie nerwu potylicznego większego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	2%
4.57 uszkodzenie nerwu potylicznego mniejszego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	2%
4.58 uszkodzenie nerwu poprzecznego szyi: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	2%
4.59 uszkodzenie nerwu nadobojczykowego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	2%
4.60 uszkodzenie nerwu przeponowego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	5%
4.61 uszkodzenie innego nerwu splotu szyjnego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	1%
Uszkodzenia nerwów splotu ramiennego Uszkodzenia wymienione w pkt. 4.62–4.92 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
4.62 uszkodzenie nerwu grzbietowego łopatki: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	5%
4.63 uszkodzenie nerwu nadłopatkowego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	5%
4.64 uszkodzenie nerwu podobojczykowego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	2%
4.65 uszkodzenie nerwu piersiowego długiego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	5%
4.66 uszkodzenie nerwu piersiowego bocznego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	3%
4.67 uszkodzenie nerwu piersiowego przyśrodkowego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	3%
4.68 uszkodzenie nerwu podłopatkowego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	5%
4.69 uszkodzenie nerwu piersiowo-grzbietowego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	3%
4.70 uszkodzenie nerwu pachowego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	5%
4.71 uszkodzenie nerwu skórnego przyśrodkowego ramienia: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	2%
4.72 uszkodzenie nerwu skórnego przyśrodkowego przedramienia: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	2%
4.73 uszkodzenie nerwu mięśniowo-skórnego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	3%
4.74 uszkodzenie nerwu łokciowego częściowe: w okolicy barku lub ramienia (jednego nerwu)	5%
4.75 uszkodzenie nerwu łokciowego całkowite: w okolicy barku lub ramienia (jednego nerwu)	10%
4.76 uszkodzenie nerwu łokciowego częściowe: w okolicy łokcia lub przedramienia (jednego nerwu)	4%
4.77 uszkodzenie nerwu łokciowego całkowite: w okolicy łokcia lub przedramienia (jednego nerwu)	8%
4.78 uszkodzenie nerwu łokciowego częściowe w okolicy nadgarstka (jednego nerwu)	3%
4.79 uszkodzenie nerwu łokciowego całkowite w okolicy nadgarstka (jednego nerwu)	6%

4.80 uszkodzenie nerwu pośrodkowego częściowe: w okolicy barku lub ramienia (jednego nerwu)	5%
4.81 uszkodzenie nerwu pośrodkowego całkowite: w okolicy barku lub ramienia (jednego nerwu)	10%
4.82 uszkodzenie nerwu pośrodkowego częściowe: w okolicy łokcia lub przedramienia (jednego nerwu)	4%
4.83 uszkodzenie nerwu pośrodkowego całkowite: w okolicy łokcia lub przedramienia (jednego nerwu)	8%
4.84 uszkodzenie nerwu pośrodkowego częściowe w okolicy nadgarstka (jednego nerwu)	3%
4.85 uszkodzenie nerwu pośrodkowego całkowite w okolicy nadgarstka (jednego nerwu)	6%
4.86 uszkodzenie nerwu promieniowego częściowe: w okolicy barku lub ramienia (jednego nerwu)	5%
4.87 uszkodzenie nerwu promieniowego całkowite: w okolicy barku lub ramienia (jednego nerwu)	10%
4.88 uszkodzenie nerwu promieniowego częściowe: w okolicy łokcia lub przedramienia (jednego nerwu)	4%
4.89 uszkodzenie nerwu promieniowego całkowite: w okolicy łokcia lub przedramienia (jednego nerwu)	8%
4.90 uszkodzenie nerwu promieniowego częściowe w okolicy nadgarstka (jednego nerwu)	3%
4.91 uszkodzenie nerwu promieniowego całkowite w okolicy nadgarstka (jednego nerwu)	6%
4.92 uszkodzenie innego nerwu splotu ramiennego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	1%
Uszkodzenia nerwów splotu lędźwiowo-krzyżowego Uszkodzenia wymienione w pkt. 4.93–4.112 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
4.93 uszkodzenie nerwu biodrowo-podbrzusznego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	4%
4.94 uszkodzenie nerwu biodrowo-pachwinowego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	4%
4.95 uszkodzenie nerwu skórnego uda bocznego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	4%
4.96 uszkodzenie nerwu skórnego uda tylnego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	4%
4.97 uszkodzenie nerwu guzicznego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	4%
4.98 uszkodzenie nerwu pośladkowego górnego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	5%
4.99 uszkodzenie nerwu pośladkowego dolnego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	5%
4.100 uszkodzenie nerwu zasłonowego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	5%
4.101 uszkodzenie nerwu płciowo-udowego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	5%
4.102 uszkodzenie nerwu sromowego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	5%
4.103 uszkodzenie nerwu kulszowego częściowe (jednego nerwu)	15%
4.104 uszkodzenie nerwu kulszowego całkowite (jednego nerwu)	30%
4.105 uszkodzenie nerwu strzałkowego częściowe (jednego nerwu)	6%
4.106 uszkodzenie nerwu strzałkowego całkowite (jednego nerwu)	12%
4.107 uszkodzenie nerwu piszczelowego częściowe (jednego nerwu)	6%
4.108 uszkodzenie nerwu piszczelowego całkowite (jednego nerwu)	12%
4.109 uszkodzenie nerwu udowego częściowe (jednego nerwu)	6%
4.110 uszkodzenie nerwu udowego całkowite (jednego nerwu)	12%
4.111 uszkodzenie nerwu udowo-goleniowego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	5%
4.112 uszkodzenie innego nerwu splotu lędźwiowo-krzyżowego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	1%

5. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 5.1–5.37. Za wszystkie te uszkodzenia jednego oka, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 38% uszczerbku na zdrowiu. Za wszystkie te uszkodzenia obu oczu, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 100% uszczerbku na zdrowiu.

	Procent uszczerbku na zdrowiu
Utrata ostrości widzenia Uszkodzenia wymienione w pkt. 5.1–5.11 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku. Pogorszenie ostrości widzenia oceniamy wg widzenia do dali po korekcji optycznej.	
5.1 pogorszenie ostrości widzenia o 0.1 dioptrii (jednego oka)	2,5%
5.2 pogorszenie ostrości widzenia o 0.2 dioptrii (jednego oka)	5%
5.3 pogorszenie ostrości widzenia o 0.3 dioptrii (jednego oka)	7,5%
5.4 pogorszenie ostrości widzenia o 0.4 dioptrii (jednego oka)	10%
5.5 pogorszenie ostrości widzenia o 0.5 dioptrii (jednego oka)	12,5%
5.6 pogorszenie ostrości widzenia o 0.6 dioptrii (jednego oka)	15%
5.7 pogorszenie ostrości widzenia o 0.7 dioptrii (jednego oka)	20%
5.8 pogorszenie ostrości widzenia o 0.8 dioptrii (jednego oka)	25%
5.9 pogorszenie ostrości widzenia o 0.9 dioptrii (jednego oka)	30%
5.10 całkowita utrata ostrości widzenia w jednym oku	35%
5.11 całkowita utrata ostrości widzenia w obu oczach	100%
Utrata pola widzenia Uszkodzenia wymienione w pkt. 5.12–5.23 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
5.12 ograniczenie pola widzenia koncentryczne do 50° (jednego oka)	5%
5.13 ograniczenie pola widzenia koncentryczne do 40° (jednego oka)	10%
5.14 ograniczenie pola widzenia koncentryczne do 30° (jednego oka)	15%
5.15 ograniczenie pola widzenia koncentryczne do 20° (jednego oka)	20%
5.16 ograniczenie pola widzenia koncentryczne do 10° (jednego oka)	25%
5.17 ograniczenie pola widzenia koncentryczne do mniej niż 10° (jednego oka)	35%
5.18 niedowidzenie jednostronne kwadrantowe (jednego oka)	5%
5.19 niedowidzenie jednostronne połowicze (jednego oka)	10%
5.20 niedowidzenie jednoimienne boczne (obu oczu)	25%
5.21 niedowidzenie połowicze dwunosowe (obu oczu)	30%
5.22 niedowidzenie połowicze dolne (obu oczu)	40%
5.23 niedowidzenie połowicze dwuskroniowe (obu oczu)	60%
Uszkodzenia rogówki Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 5.24. Za wszystkie te uszkodzenia jednego oka, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 2% uszczerbku na zdrowiu.	
5.24 rana urazowa lub oparzenie rogówki – pozostawiające bliznę (jednego oka)	0,5%
Uszkodzenia siatkówki Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 5.25. Za wszystkie te uszkodzenia jednego oka, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 6% uszczerbku na zdrowiu.	
5.25 przedarcie siatkówki lub odwarstwienie siatkówki (jednego oka)	2%

Uszkodzenia ciała szklistego Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 5.26. Za wszystkie te uszkodzenia jednego oka, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 3% uszczerbku na zdrowiu. Uszkodzenia wymienione w pkt. 5.26 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
5.26 uszkodzenie ciała szklistego z pozostawieniem mętów (jednego oka)	1%
Utrata soczewki	
5.27 utrata soczewki (jednego oka)	10%
Uszkodzenia kąta przesączania oka Uszkodzenia wymienione w pkt. 5.28 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
5.28 uszkodzenie kąta przesączania z jaskrą (jednego oka)	2%
Uszkodzenia dróg łzowych Uszkodzenia wymienione w pkt. 5.29 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
5.29 upośledzenie drożności dróg łzowych z łzawieniem (jednego oka)	7%
Uszkodzenia mięśni lub nerwów ruchowych gałki ocznej Uszkodzenia wymienione w pkt. 5.30–5.35 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku. Nerwy ruchowe gałki ocznej to nerw: okoruchowy, bloczkowy, odwodzący.	
5.30 uszkodzenie mięśni lub nerwów ruchowych gałki ocznej jednego lub obu oczu – z dwojeniem obrazu przy patrzeniu na wprost	15%
5.31 uszkodzenie mięśni lub nerwów ruchowych gałki ocznej jednego lub obu oczu – z dwojeniem obrazu przy patrzeniu w dół	10%
5.32 uszkodzenie mięśni lub nerwów ruchowych gałki ocznej jednego lub obu oczu – z dwojeniem obrazu przy patrzeniu w lewo lub w prawo	5%
5.33 uszkodzenie mięśni lub nerwów ruchowych gałki ocznej jednego lub obu oczu – z dwojeniem obrazu przy patrzeniu w górę	2%
5.34 uszkodzenie mięśnia dźwigacza powieki z opadaniem powieki (jednego oka)	5%
5.35 uszkodzenie mięśnia zwieracza źrenicy lub nerwu okoruchowego – z zaburzeniami odruchu źrenicznego (jednego oka)	5%
Inne uszkodzenia gałki ocznej	
5.36 wytrzeszcz tętniący gałki ocznej (jednego oka)	30%
5.37 utrata gałki ocznej (jednego oka)	38%

6. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 6.1–6.8. Za wszystkie te uszkodzenia jednego ucha, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 35% uszczerbku na zdrowiu. Za wszystkie te uszkodzenia obu uszu, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 70% uszczerbku na zdrowiu.

	Procent uszczerbku na zdrowiu
Utrata słuchu Uszkodzenia wymienione w pkt. 6.1–6.3 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku. Utratę słuchu obliczamy na podstawie audiogramu, jako średnią arytmetyczną ubytków słuchu dźwięków o częstotliwościach 500, 1000 i 2000 Hz.	
6.1 utrata słuchu z ubytkiem powyżej 25 do 40 dB (jednego ucha)	10%
6.2 utrata słuchu z ubytkiem powyżej 40 do 70 dB (jednego ucha)	15%
6.3 utrata słuchu z ubytkiem powyżej 70 dB (jednego ucha)	25%
Szum uszny Uszkodzenia wymienione w pkt. 6.4 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
6.4 uszkodzenie jednego lub obu uszu – z szumem usznym	2%
Uszkodzenia ucha wewnętrznego Uszkodzenia wymienione w pkt. 6.5 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
6.5 uszkodzenie ucha wewnętrznego jednego lub obu uszu – z zawrotami głowy lub zaburzeniami równowagi	5%
Uszkodzenia ucha środkowego	
6.6 perforacja błony bębenkowej (jednego ucha)	2%
6.7 rozłączenie, zwichnięcie lub złamanie – kosteczek słuchowych (jednego ucha)	5%
6.8 przewlekłe zapalenie ucha środkowego z perlakiem (jednego ucha)	5%
Uszkodzenia ucha zewnętrznego	
6.9 rana urazowa lub oparzenie przewodu słuchowego zewnętrznego – pozostawiające bliznę (jednego ucha)	1%
6.10 utrata do 5% małżowiny usznej (jednego ucha)	1%
6.11 utrata powyżej 5% do 25% małżowiny usznej (jednego ucha)	5%
6.12 utrata powyżej 25% do 50% małżowiny usznej (jednego ucha)	10%
6.13 utrata powyżej 50% małżowiny usznej (jednego ucha)	15%

7. USZKODZENIA UKŁADU KRĄŻENIA I ŚLEDZIONY	
	Procent uszczerbku na zdrowiu
Uszkodzenie serca Uszkodzenia wymienione w pkt. 7.1–7.3 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
7.1 uszkodzenie mięśnia przedniej ściany lewej komory lub przegrody międzykomorowej serca – z upośledzeniem kurczliwości	15%
7.2 uszkodzenie mięśnia dolnej ściany lewej komory serca z upośledzeniem kurczliwości	10%
7.3 uszkodzenie innej części mięśnia serca z upośledzeniem kurczliwości	5%
7.4 uszkodzenie zastawki aortalnej leczone operacyjnie	7%
7.5 uszkodzenie zastawki mitralnej leczone operacyjnie	7%
7.6 uszkodzenie zastawki trójdzielnej leczone operacyjnie	7%
7.7 uszkodzenie zastawki płucnej leczone operacyjnie	7%
7.8 uszkodzenie osierdzia leczone operacyjnie	7%
Uszkodzenia tętnic	
7.9 rozwarstwienie lub tętniak aorty – leczone zachowawczo lub operacyjnie	15%
7.10 inne uszkodzenie aorty leczone operacyjnie	10%
7.11 uszkodzenie tętnicy płucnej leczone operacyjnie	10%
7.12 uszkodzenie pnia ramienno-głowowego leczone operacyjnie	8%
7.13 rozwarstwienie lub tętniak tętnicy szyjnej wspólnej – leczone zachowawczo lub operacyjnie (jednej tętnicy)	6%
7.14 inne uszkodzenie tętnicy szyjnej wspólnej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	4%
7.15 rozwarstwienie lub tętniak tętnicy szyjnej wewnętrznej – leczone zachowawczo lub operacyjnie (jednej tętnicy)	6%
7.16 inne uszkodzenie tętnicy szyjnej wewnętrznej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	4%
7.17 rozwarstwienie lub tętniak tętnicy szyjnej zewnętrznej – leczone zachowawczo lub operacyjnie (jednej tętnicy)	5%
7.18 inne uszkodzenie tętnicy szyjnej zewnętrznej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	3%
7.19 uszkodzenie tętnicy podobojczykowej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	5%
7.20 uszkodzenie tętnicy kręgowej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	4%
7.21 uszkodzenie tętnicy pachowej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	4%
7.22 uszkodzenie tętnicy ramiennej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	4%
7.23 uszkodzenie tętnicy promieniowej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	3%
7.24 uszkodzenie tętnicy łokciowej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	3%
7.25 uszkodzenie tętnicy biodrowej wspólnej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	6%
7.26 uszkodzenie tętnicy biodrowej wewnętrznej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	5%
7.27 uszkodzenie tętnicy biodrowej zewnętrznej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	5%
7.28 uszkodzenie tętnicy udowej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	4%
7.29 uszkodzenie tętnicy podkolanowej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	3%
7.30 uszkodzenie tętnicy piszczelowej przedniej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	2%
7.31 uszkodzenie tętnicy piszczelowej tylnej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	2%
7.32 uszkodzenie pnia trzewnego lub tętnicy krezkowej górnej lub tętnicy krezkowej dolnej – leczone operacyjnie	6%

Uszkodzenia żył	
7.33 uszkodzenie żyły głównej górnej leczone operacyjnie	10%
7.34 uszkodzenie żyły głównej dolnej leczone operacyjnie	10%
7.35 uszkodzenie żyły ramienno-głowowej leczone operacyjnie (jednej żyły)	5%
7.36 uszkodzenie żyły szyjnej wspólnej leczone operacyjnie (jednej żyły)	5%
7.37 uszkodzenie żyły szyjnej wewnętrznej leczone operacyjnie (jednej żyły)	5%
7.38 uszkodzenie żyły szyjnej zewnętrznej leczone operacyjnie (jednej żyły)	5%
7.39 uszkodzenie żyły podobojczykowej leczone operacyjnie (jednej żyły)	5%
7.40 uszkodzenie żyły kręgowej leczone operacyjnie (jednej żyły)	3%
7.41 uszkodzenie żyły pachowej leczone operacyjnie (jednej żyły)	3%
7.42 uszkodzenie żyły ramiennej leczone operacyjnie (jednej żyły)	3%
7.43 uszkodzenie żyły promieniowej leczone operacyjnie (jednej żyły)	2%
7.44 uszkodzenie żyły łokciowej leczone operacyjnie (jednej żyły)	2%
7.45 uszkodzenie żyły biodrowej wspólnej leczone operacyjnie (jednej żyły)	6%
7.46 uszkodzenie żyły odpiszczelowej leczone operacyjnie (jednej żyły)	3%
7.47 uszkodzenie żyły odstrzałkowej leczone operacyjnie (jednej żyły))	3%
7.48 uszkodzenie żyły wrotnej leczone operacyjnie	6%
Uszkodzenia śledziony	
7.49 pęknięcie śledziony lub krwiak śledziony – leczone zachowawczo bez utraty śledziony	2%
7.50 pęknięcie śledziony lub krwiak śledziony – leczone operacyjnie bez utraty śledziony	5%
7.51 utrata do 50% śledziony	10%
7.52 utrata powyżej 50% śledziony	15%

8. USZKODZENIA UKŁADU ODDECHOWEGO	Procent uszczerbku na zdrowiu
Uszkodzenia gardła Uszkodzenia wymienione w pkt. 8.1–8.3 obejmują jamę gardła za łukiem podniebienno-gardłowym.	
8.1 rana urazowa śluzówki gardła pozostawiająca bliznę (jedna lub więcej ran)	1%
8.2 oparzenie śluzówki gardła lub odmrożenie śluzówki gardła – pozostawiające bliznę	1%
8.3 perforacja ściany gardła	4%
8.4 uszkodzenie jednego lub wielu migdałków – leczone operacyjnie bez utraty migdałków	1%
8.5 utrata migdałka (jednego migdałka)	2%
Uszkodzenia krtani i tchawicy Uszkodzenia wymienione w pkt. 8.6–8.7 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
8.6 uszkodzenie fałdu głosowego z niedowładem (jednego fałdu głosowego)	2%
8.7 uszkodzenie fałdu głosowego z porażeniem (jednego fałdu głosowego)	5%
8.8 zwichnięcie lub złamanie jednej lub wielu chrząstek krtani – leczone zachowawczo	5%
8.9 zwichnięcie lub złamanie jednej lub wielu chrząstek krtani – leczone operacyjnie	10%
8.10 perforacja tchawicy	5%
8.11 tracheostomia czasowa	2%
8.12 tracheostomia definitywna	5%
8.13 zwężenie krtani lub tchawicy – wymagające poszerzenia bez rekonstrukcji narządu	10%
8.14 zwężenie krtani lub tchawicy – wymagające rekonstrukcji narządu	15%
Uszkodzenia płuc Uszkodzenia wymienione w pkt. 8.17–8.20 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku, wyjątek stanowi chirurgiczne usunięcie płuca, które oceniamy od razu.	
8.15 rozerwanie miąższu płuca lub krwiak śródmiąższowy płuca – leczone operacyjnie (jednego płuca)	6%
8.16 toksyczne włóknienie płuc	10%
8.17 utrata do 5% czynnego miąższu płucnego (jednego płuca)	5%
8.18 utrata powyżej 5% do 25% czynnego miąższu płucnego (jednego płuca)	10%
8.19 utrata powyżej 25% do 50% czynnego miąższu płucnego (jednego płuca)	20%
8.20 utrata powyżej 50% czynnego miąższu płucnego (jednego płuca)	40%
Uszkodzenia opłucnej	
8.21 odma jamy opłucnej lub krwiak jamy opłucnej – leczone zachowawczo (jednego płuca)	1%
8.22 odma jamy opłucnej lub krwiak jamy opłucnej – leczone drenażem (jednego płuca)	2%

9. USZKODZENIA UKŁADU POKARMOWEGO	
	Procent uszczerbku na zdrowiu
Uszkodzenia warg	
9.1 rana urazowa wargi pozostawiająca bliznę bez utraty wargi (jednej wargi)	1%
9.2 oparzenie wargi lub odmrożenie wargi – pozostawiające bliznę (jednej wargi)	1%
9.3 rozerwanie wędzidełka wargi (jednej wargi)	1%
9.4 utrata do 5% wargi (jednej wargi)	2%
9.5 utrata powyżej 5% do 25% wargi (jednej wargi)	5%
9.6 utrata powyżej 25% wargi (jednej wargi)	10%
Uszkodzenia jamy ustnej Uszkodzenia wymienione w pkt. 9.7–9.8 obejmują śluzówki: przedsionka jamy ustnej, dna jamy ustnej, dziąseł, policzków, podniebienia miękkiego, podniebienia twardego.	
9.7 rana urazowa śluzówki jamy ustnej pozostawiająca bliznę (jedna lub więcej ran)	1%
9.8 oparzenie śluzówki jamy ustnej lub odmrożenie śluzówki jamy ustnej – pozostawiające bliznę	1%
9.9 utrata do 5% podniebienia miękkiego	1%
9.10 utrata powyżej 5% do 25% podniebienia miękkiego	2%
9.11 utrata powyżej 25% podniebienia miękkiego	5%
9.12 uszkodzenie jednej lub wielu ślinianek – leczone operacyjnie	3%
Uszkodzenia języka	
9.13 rana urazowa języka pozostawiająca bliznę bez utraty języka (jedna lub więcej ran)	1%
9.14 oparzenie języka lub odmrożenie języka – pozostawiające bliznę	1%
9.15 rozerwanie wędzidełka języka	1%
9.16 utrata do 5% języka	2%
9.17 utrata powyżej 5% do 25% języka	10%
9.18 utrata powyżej 25% do 50% języka	15%
9.19 utrata powyżej 50% języka	25%
Uszkodzenia zębów stałych Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 9.20–9.24. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 20% uszczerbku na zdrowiu.	
9.20 złamanie korzenia lub korzeni – zęba stałego (jednego zęba)	0,5%
9.21 złamanie korony zęba stałego w obrębie szkliwa i zębiny – bez obnażenia miazgi (jednego zęba)	0,5%
9.22 złamanie korony zęba stałego w obrębie szkliwa i zębiny – z obnażeniem miazgi (jednego zęba)	1%
9.23 utrata całkowita korony zęba stałego z zachowaniem korzeni (jednego zęba)	1,5%
9.24 utrata całkowita korony zęba stałego z utratą korzenia lub korzeni zęba (jednego zęba)	2%
Uszkodzenia przewodu pokarmowego Uszkodzenia wymienione w pkt. 9.39 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
9.25 perforacja przełyku	5%
9.26 zwężenie przełyku wymagające poszerzenia bez rekonstrukcji przełyku	10%
9.27 zwężenie przełyku wymagające rekonstrukcji przełyku	15%
9.28 uszkodzenie żołądka, jelita, krezki lub sieci – leczone operacyjnie bez utraty narządu	5%
9.29 utrata części sieci lub całej sieci	3%

9.30 utrata do 50% żołądka	10%
9.31 utrata powyżej 50% żołądka	15%
9.32 utrata do 25% jelita cienkiego	10%
9.33 utrata powyżej 25% do 50% jelita cienkiego	15%
9.34 utrata powyżej 50% jelita cienkiego	25%
9.35 utrata do 25% jelita grubego	10%
9.36 utrata powyżej 25% do 50% jelita grubego	15%
9.37 utrata powyżej 50% jelita grubego	25%
9.38 uszkodzenie zwieracza odbytu leczone operacyjnie	5%
9.39 uszkodzenie zwieracza odbytu z nietrzymaniem stolca	10%
Stomia przewodu pokarmowego Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 9.40–9.45. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 10% uszczerbku na zdrowiu.	
9.40 stomia czasowa wytworzona operacyjnie w obrębie żołądka	2%
9.41 stomia czasowa wytworzona operacyjnie w obrębie jelita cienkiego	2%
9.42 stomia czasowa wytworzona operacyjnie w obrębie jelita grubego	2%
9.43 stomia definitywna wytworzona operacyjnie w obrębie żołądka	5%
9.44 stomia definitywna wytworzona operacyjnie w obrębie jelita cienkiego	5%
9.45 stomia definitywna wytworzona operacyjnie w obrębie jelita grubego	5%
Uszkodzenia wątroby i dróg żółciowych	
9.46 pęknięcie wątroby lub krwiak wątroby – leczone zachowawczo bez utraty wątroby	2%
9.47 pęknięcie wątroby lub krwiak wątroby – leczone operacyjnie bez utraty wątroby	5%
9.48 utrata do 50% wątroby	15%
9.49 utrata powyżej 50% wątroby	30%
9.50 przerwanie ciągłości zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych leczone operacyjnie	5%
9.51 zwężenie zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych wymagające poszerzenia bez rekonstrukcji dróg żółciowych	10%
9.52 zwężenie zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych wymagające rekonstrukcji dróg żółciowych	20%
Uszkodzenia trzustki	
9.53 uszkodzenie trzustki leczone operacyjnie bez utraty trzustki	5%
9.54 utrata części trzustki w obrębie ogona trzustki	15%
9.55 utrata części trzustki w obrębie głowy trzustki	20%
9.56 utrata całej trzustki	35%

10. USZKODZENIA UKŁADU MOCZOWEGO	
	Procent uszczerbku na zdrowiu
Uszkodzenia nerek	
10.1 pęknięcie nerki lub krwiak nerki – leczone zachowawczo (jednej nerki)	2%
10.2 uszkodzenie nerki lub szypuły naczyniowej nerki – leczone operacyjnie bez utraty nerki (jednej nerki)	5%
10.3 utrata do 50% nerki (jednej nerki)	20%
10.4 utrata powyżej 50% nerki (jednej nerki)	35%
Uszkodzenia moczowodów, pęcherza moczowego i cewki moczowej	
10.5 uszkodzenie moczowodu leczone operacyjnie (jednego moczowodu)	5%
10.6 uszkodzenie pęcherza moczowego leczone zachowawczo	2%
10.7 uszkodzenie pęcherza moczowego leczone operacyjnie bez utraty pęcherza moczowego	5%
10.8 utrata do 50% pęcherza moczowego	15%
10.9 utrata powyżej 50% pęcherza moczowego	25%
10.10 przerwanie ciągłości cewki moczowej	5%
10.11 zwężenie cewki moczowej wymagające poszerzenia bez rekonstrukcji cewki moczowej	5%
10.12 zwężenie cewki moczowej wymagające poszerzenia z rekonstrukcją cewki moczowej	10%
Stomia dróg moczowych Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 10.13–10.14. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 5% uszczerbku na zdrowiu.	
10.13 urostomia czasowa wytworzona operacyjnie w obrębie dróg moczowych	2%
10.14 urostomia definitywna wytworzona operacyjnie w obrębie dróg moczowych	5%

11. USZKODZENIA NARZĄDÓW PŁCIOWYCH	Procent uszczerbku na zdrowiu
Uszkodzenia jajników i jajowodów	
11.1 pęknięcie jajnika, krwiak jajnika lub wodniak jajnika – leczone zachowawczo (jednego jajnika)	2%
11.2 uszkodzenie jajnika leczone operacyjnie bez utraty jajnika (jednego jajnika)	5%
11.3 utrata do 50% jajnika (jednego jajnika)	10%
11.4 utrata powyżej 50% jajnika (jednego jajnika)	20%
11.5 pęknięcie jajowodu, krwiak jajowodu lub wodniak jajowodu – leczone zachowawczo (jednego jajowodu)	2%
11.6 uszkodzenie jajowodu leczone operacyjnie bez utraty jajowodu (jednego jajowodu)	3%
11.7 utrata jajowodu (jednego jajowodu)	5%
Uszkodzenia macicy, pochwy i sromu	
11.8 uszkodzenie macicy leczone operacyjnie bez utraty macicy	10%
11.9 utrata macicy	40%
11.10 uszkodzenie śluzówki pochwy pozostawiające bliznę	1%
11.11 pęknięcie pochwy	5%
11.12 uszkodzenie sromu leczone operacyjnie	5%
Uszkodzenia jąder i worka mosznowego	
11.13 uszkodzenie worka mosznowego pozostawiające bliznę	2%
11.14 krwiak jądra lub wodniak jądra – leczone zachowawczo (jednego jądra)	2%
11.15 uszkodzenie jądra, najądrza lub nasieniowodu – leczone operacyjnie bez utraty narządu (jednostronne)	5%
11.16 utrata jądra (jednego jądra)	20%
Uszkodzenia prącia	
11.17 uszkodzenie skóry prącia lub napletka – pozostawiające bliznę	2%
11.18 uszkodzenie jednego lub obu ciał jamistych prącia – leczone operacyjnie	5%
11.19 uszkodzenie ciała gąbczastego prącia leczone operacyjnie	3%
11.20 utrata części napletka lub całego napletka	3%
11.21 utrata do 50% prącia	30%
11.22 utrata powyżej 50% prącia	40%
Uszkodzenia gruczołu sutkowego Uszkodzenia wymienione w pkt. 11.25–11.28 obejmują utratę gruczołu sutkowego oraz wszystkich utraconych tkanek.	
11.23 utrata części brodawki sutkowej (jednej brodawki)	1%
11.24 utrata całej brodawki sutkowej (jednej brodawki)	5%
11.25 utrata do 5% gruczołu sutkowego (jednego gruczołu sutkowego)	5%
11.26 utrata powyżej 5% do 25% gruczołu sutkowego (jednego gruczołu sutkowego)	10%
11.27 utrata powyżej 25% do 50% gruczołu sutkowego (jednego gruczołu sutkowego)	20%
11.28 utrata powyżej 50% gruczołu sutkowego (jednego gruczołu sutkowego)	30%

12. OPARZENIA, ODMROŻENIA I USZKODZENIA CIAŁA ZWIĄZANE Z NARAŻENIEM NA CZYNNIKI FIZYCZNE, CHEMICZNE I BIOLOGICZNE

Zdarzenia wymienione w pkt. 12.1–12.17, które spowodowały uszkodzenia ciała wymienione w innych punktach Tabeli uszczerbków na zdrowiu – oceniamy dodatkowo.
Oparzenie skóry różnych okolic ciała oceniamy łącznie wg jednego punktu Tabeli uszczerbków na zdrowiu.

	Procent uszczerbku na zdrowiu
Oparzenia skóry mieszane I i II stopnia Uszkodzenia wymienione w pkt. 12.1–12.2 nie obejmują oparzeń wyłącznie I stopnia.	
12.1 oparzenie skóry mieszane I i II stopnia – o łącznej powierzchni do 4% TBSA	0,5%
12.2 oparzenie skóry mieszane I i II stopnia – o łącznej powierzchni powyżej 4% TBSA	0,25% za 1% TBSA
Oparzenia skóry wyłącznie II stopnia	
12.3 oparzenie skóry wyłącznie II stopnia – o łącznej powierzchni do 2% TBSA	1%
12.4 oparzenie skóry wyłącznie II stopnia – o łącznej powierzchni powyżej 2% TBSA	0,5% za 1% TBSA
Oparzenia skóry mieszane II i III stopnia lub wyższego stopnia	
12.5 oparzenie skóry mieszane II i III stopnia lub wyższego stopnia – o łącznej powierzchni do 1% TBSA	1%
12.6 oparzenie skóry mieszane II i III stopnia lub wyższego stopnia – o łącznej powierzchni powyżej 1% TBSA	1% za 1% TBSA
Oparzenia przełyku i dróg oddechowych	
12.7 oparzenie przełyku wymagające leczenia szpitalnego	2%
12.8 oparzenie dróg oddechowych wymagające leczenia szpitalnego	2%
Odmrożenia skóry w stopniu II lub wyższym	
12.9 odmrożenie w stopniu II lub wyższym – skóry nosa	2%
12.10 odmrożenie w stopniu II lub wyższym – skóry ucha (jednego ucha)	2%
12.11 odmrożenie w stopniu II lub wyższym – skóry ręki (jednej kończyny górnej)	3%
12.12 odmrożenie w stopniu II lub wyższym – skóry stopy (jednej kończyny dolnej)	3%
Uszkodzenia ciała związane z narażeniem na czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne	
12.13 porażenie prądem elektrycznym wymagające leczenia szpitalnego	1%
12.14 porażenie piorunem wymagające leczenia szpitalnego	1%
12.15 wdychanie szkodliwych gazów, dymów, pyłów lub par związków chemicznych – wymagające leczenia szpitalnego	1%
12.16 kontakt z jadowitym zwierzęciem wymagający leczenia szpitalnego	1%
12.17 kontakt z toksyczną rośliną wymagający leczenia szpitalnego	1%

ZAKRES ROZSZERZONY

W zakresie rozszerzonym PZU Życie SA obejmuje odpowiedzialnością zdarzenia wymienione w zakresie podstawowym oraz dodatkowo:

13. INNE USZKODZENIA CIAŁA

Za uszkodzenie z pkt. 13.1 wypłacimy świadczenie raz w roku polisowym, niezależnie od liczby takich uszkodzeń ciała wskutek nieszczęśliwego wypadku i liczby takich wypadków.
Za uszkodzenie z pkt. 13.1 nie wypłacimy świadczenia, jeśli z tytułu tego samego nieszczęśliwego wypadku wypłacimy świadczenie za uszkodzenie ciała, które jest wymienione w powyższych punktach Tabeli uszczerbków na zdrowiu.

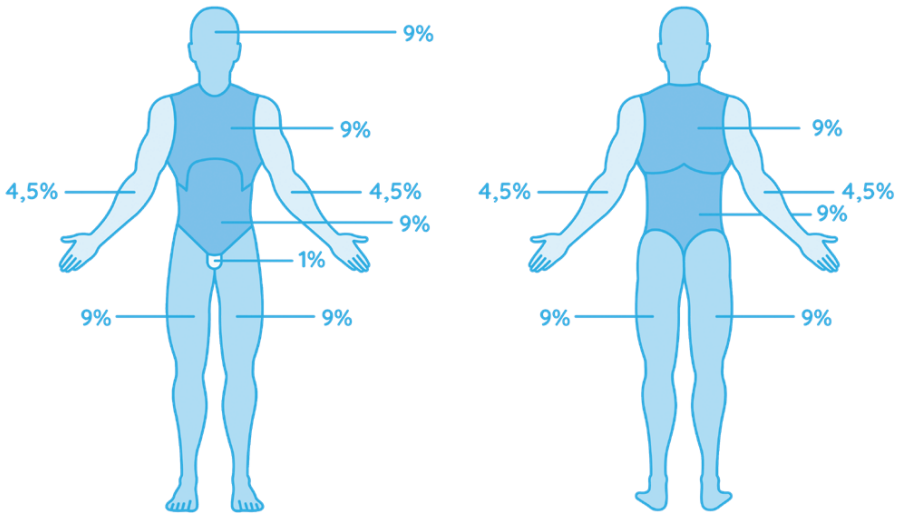
		Procent uszczerbku na zdrowiu
13.1	uszkodzenie ciała, które nie jest wymienione w powyższych punktach Tabeli uszczerbków na zdrowiu, o ile leczenie tego uszkodzenia obejmowało co najmniej dwie stacjonarne konsultacje lekarskie	0,5%

14. SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają terminy, których używamy w Tabeli uszczerbków na zdrowiu

W Tabeli uszczerbków na zdrowiu używamy terminów:

1) **leczenie operacyjne** – leczenie inwazyjne, w którym dostęp do miejsca operowanego uzyskuje się przez nacięcie powłok ciała lub z wykorzystaniem innych technik operacyjnych np. endoskopowych, artroskopowych, śródnaczyniowych;
2) **leczenie szpitalne** – pobyt w szpitalu związany z obserwacją i postępowaniem diagnostyczno-leczniczym, trwający co najmniej 2 dni. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu przyjmuje się dzień przyjęcia do szpitala, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala;
3) **leczenie zachowawcze** – leczenie, w którym uszkodzenie ciała nie było leczone operacyjnie;
4) **naderwanie mięśnia** – częściowe przerwanie ciągłości mięśnia, potwierdzone w badaniach obrazowych lub śródoperacyjnie. Naderwanie w obrębie połączenia mięśniowo-ścięgnistego oceniamy jak naderwanie ścięgna;
5) **naderwanie ścięgna** – częściowe przerwanie ciągłości ścięgna, potwierdzone w badaniach obrazowych lub śródoperacyjnie. Naderwanie w obrębie połączenia mięśniowo-ścięgnistego oceniamy jak naderwanie ścięgna;
6) **naderwanie więzadła** – częściowe przerwanie ciągłości więzadła, potwierdzone w badaniach obrazowych lub śródoperacyjnie;
7) **rana urazowa skóry pozostawiająca bliznę** – rana, która jest następstwem nieszczęśliwego wypadku i niezależnie od sposobu jej leczenia pozostawia bliznę. Wielkość rany określamy w centymetrach. Długością rany jest jej największy wymiar. Raną urazową skóry nie jest rana pooperacyjna, rana spowodowana oparzeniem lub odmrożeniem;
8) **repozycja operacyjna** – metoda leczenia z naruszeniem ciągłości tkanek, stosowana w celu przywrócenia prawidłowych stosunków anatomicznych kości w stawie, w którym doszło do zwichnięcia;
9) **repozycja zamknięta** – metoda leczenia bez naruszenia ciągłości tkanek, stosowana w celu przywrócenia prawidłowych stosunków anatomicznych kości w stawie, w którym doszło do zwichnięcia;
10) **TBSA (ang. Total Body Surface Area)** – całkowita powierzchnia ciała. W Tabeli uszczerbków na zdrowiu stosujemy regułę, zgodnie z którą u człowieka dorosłego wewnętrzna powierzchnia ręki ze złączonymi palcami odpowiada 1% TBSA. Powierzchnia głowy i szyi to 9% TBSA, powierzchnia tułowia to 36% TBSA, powierzchnia krocza to 1% TBSA, powierzchnia każdej kończyny górnej to 9% TBSA, powierzchnia każdej kończyny dolnej to 18% TBSA. W przypadku dzieci w pierwszym roku życia powierzchnia głowy i szyi to 18% TBSA, a powierzchnia kończyny dolnej to 14% TBSA. W każdym kolejnym roku życia dziecka powierzchnia głowy zmniejsza się o 1%, a powierzchnia każdej kończyny dolnej zwiększa się o 0,5%;



11) **utrata kości sklepienia czaszki** – ubytek kości sklepienia czaszki, który jest następstwem nieszczęśliwego wypadku lub leczenia urazu głowy (np. otwór trepanacyjny, kraniektomia) i który nie został uzupełniony w ciągu 6 miesięcy;
12) **zastarzałe nieodprowadzone zwichnięcie stawu** – zwichnięcie stawu, które nie zostało odprowadzone w ciągu 6 miesięcy;
13) **zerwanie mięśnia** – całkowite przerwanie ciągłości mięśnia, potwierdzone w badaniach obrazowych lub śródoperacyjnie. Zerwanie w obrębie połączenia mięśniowo-ścięgnistego oceniamy jak zerwanie ścięgna;
14) **zerwanie ścięgna** – całkowite przerwanie ciągłości ścięgna, potwierdzone w badaniach obrazowych lub śródoperacyjnie. Zerwanie w obrębie połączenia mięśniowo-ścięgnistego oceniamy jak zerwanie ścięgna;
15) **zerwanie więzadła** – całkowite przerwanie ciągłości więzadła, potwierdzone w badaniach obrazowych lub śródoperacyjnie;
16) **złamanie kości** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej. Urazowe złuszczenie chrząstki nasadowej oceniamy tak, jak złamanie kości;
17) **złamanie kości bez przemieszczenia odłamów** – złamanie, w którym odłamy złamanej kości nie przemieściły się poza jej anatomiczny obrys. Pęknięcie kości, złamanie podokostnowe, złamanie tzw. zielonej gałązki, nadłamanie, wgniecenie lub zgniecenie – oceniamy tak, jak złamanie kości bez przemieszczenia odłamów;
18) **złamanie kości wieloodłamowe** – złamanie na więcej niż dwa odłamy lub złamanie wielofragmentowe;
19) **złamanie kości z przemieszczeniem odłamów** – złamanie, w którym odłam złamanej kości przemieścił się poza jej anatomiczny obrys. Otwarte złamanie kości, złamanie awulsyjne, złamanie z wklinowaniem (zaklinowane), wgłobienie kości czaszki – oceniamy tak, jak złamanie z przemieszczeniem odłamów;
20) **zwichnięcie stawu** – przemieszczenie kości tworzących staw, z całkowitą utratą kontaktu powierzchni stawowych. Podwichnięcie lub nadwichnięcie stawu oceniamy tak, jak zwichnięcie stawu.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU

Kod warunków: TZGP56

Wersja dokumentu z 21 września 2024 r.

Ten materiał zawiera informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu, kod warunków: TZGP56 (OWU). Zanim zdecydujesz się zawrzeć umowę, zapoznaj się z OWU. Użyte w OWU definicje mogą odbiegać od powszechnie przyjętego pojęcia, dlatego zwróć na nie szczególną uwagę. Zawarcie umowy jest dobrowolne.

INFORMACJA O PRODUKCIE:

- jest materiałem informacyjnym,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna być wyłączną podstawą do tego, aby podjąć decyzję o zawarciu umowy.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA – CZYLI CO UBEZPIECZAMY I JAKIE ZDARZENIA OBEJMUJEMY OCHRONĄ

Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego.
Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego uszczerbku na zdrowiu wymienionego w Tabeli uszczerbków na zdrowiu stanowiącej załącznik do OWU, który powstał w wyniku zawału serca lub udaru mózgu zaistniałych w okresie ochrony.
Przy czym, zgodnie z OWU, uszczerbek na zdrowiu to uszkodzenie ciała, które powstało w wyniku zawału serca lub udaru mózgu zaistniałych w okresie ochrony, wskazane w Tabeli uszczerbków na zdrowiu, ustalane po upływie terminów wskazanych w pkt 7 OWU.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA

Jeśli wystąpi u ubezpieczonego uszczerbek na zdrowiu, za 1% uszczerbku na zdrowiu wypłacimy świadczenie równe iloczynowi sumy ubezpieczenia i procentu sumy ubezpieczenia określonych w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
Wysokość świadczenia ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia oraz procentu sumy ubezpieczenia aktualnych na dzień wystąpienia zawału serca albo udaru mózgu. Procent uszczerbku na zdrowiu ustalamy na podstawie Tabeli uszczerbków na zdrowiu.
Ponosimy odpowiedzialność:
- jeśli istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy między zawałem serca lub udarem mózgu a uszczerbkiem na zdrowiu,
- maksymalnie za 100% uszczerbku na zdrowiu z powodu jednego udaru mózgu.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus – albo w trakcie jego trwania.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ I KOGO UBEZPIECZAMY

Ubezpieczenie dodatkowe zawiera ubezpieczający, który jest zobowiązany do zapłaty składki za ubezpieczenie.
Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

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, nasza ochrona trwa do najbliższej rocznicy polisy.

GDZIE OBOWIĄZUJE UBEZPIECZENIE

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

JAK I KIEDY PŁACI SIĘ SKŁADKĘ

Składka przekazywana jest 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.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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

Nie wypłacimy świadczenia m.in. w przypadku:

- braku naszej ochrony w dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu skutkującego uszczerbkiem na zdrowiu,
- braku normalnego związku przyczynowo – skutkowego między zawałem serca lub udarem mózgu a uszczerbkiem na zdrowiu,
- nie dostarczenia dokumentów koniecznych, aby ustalić zasadność roszczenia.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, w tym przyjętych definicji, 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:

- 7 dni od zawarcia umowy – jeśli jest przedsiębiorcą,
- 30 dni od zawarcia umowy – jeśli nie jest przedsiębiorcą. 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 adres 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 ppkt 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, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej" 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.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu, kod warunków TZGP56 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.
Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1-2 pkt 4-9 pkt 10-12 pkt 30 pkt 31-36 pkt 37
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 7-9 pkt 27-28 pkt 29 pkt 37

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

WWW **na pzu.pl**

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU

Kod OWU: TZGP56

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu uchwałą nr UZ/119/2024 z dnia 18 czerwca 2024 roku (zwane dalej OWU).
OWU wchodzą w życie 21 września 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 października 2024 roku.
Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
1) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
2) **Tabela uszczerbków na zdrowiu** – tabela stanowiąca załącznik do OWU;
3) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają te OWU;
4) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do którego ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
5) **udar mózgu** – nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu spowodowane wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany. Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu:
   a) który rozpoznano na podstawie obecności świeżych zmian naczyniopochodnych w badaniu obrazowym mózgu lub
   b) który był leczony trombolitycznie.
   Nasza ochrona w tym ubezpieczeniu nie obejmuje przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA) oraz takiego udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu.
   Dniem wystąpienia udaru mózgu jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
   a) rozpoznano udar mózgu w sposób opisany powyżej lub
   b) zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia udaru mózgu;
6) **uszczerbek na zdrowiu** – uszkodzenie ciała, które powstało w wyniku zawału serca lub udaru mózgu zaistniałych w okresie ochrony, wskazane w Tabeli uszczerbków na zdrowiu, ustalane po upływie terminów wskazanych w pkt 7 OWU;
7) **zawał serca** – uszkodzenie części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia.
   Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:
   a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,
   b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,
   c) nowy ubytek 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.
   Dniem wystąpienia zawału serca jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano zawał serca w sposób opisany powyżej.

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 ŚWIADCZENIA
– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje wystąpienie u Ciebie uszczerbku na zdrowiu wskazanego w Tabeli uszczerbków na zdrowiu, który powstał w wyniku zawału serca lub udaru mózgu zaistniałych w okresie ochrony.
5. Jeśli wystąpi u Ciebie uszczerbek na zdrowiu, za 1% uszczerbku na zdrowiu wypłacimy Ci świadczenie równe iloczynowi sumy ubezpieczenia i procentu sumy ubezpieczenia określonych w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
6. Wysokość świadczenia ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia oraz procentu sumy ubezpieczenia aktualnych na dzień wystąpienia zawału serca albo udaru mózgu.
7. Uszczerbek na zdrowiu ustalamy:
1) w odniesieniu do uszczerbków na zdrowiu spowodowanych zawałem serca wskazanych w Tabeli uszczerbków na zdrowiu – nie wcześniej niż 3 miesiące po wystąpieniu zawału serca;
2) w odniesieniu do uszczerbków na zdrowiu spowodowanych udarem mózgu wskazanych w Tabeli uszczerbków na zdrowiu – nie wcześniej niż 6 miesięcy po wystąpieniu udaru mózgu, przy czym w odniesieniu do uszczerbków na zdrowiu wskazanych w Tabeli uszczerbków na zdrowiu w punktach 27 i 28 – nie wcześniej niż z dniem wystąpienia udaru mózgu.

8. Ponosimy odpowiedzialność:
1) jeśli istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy między zawałem serca lub udarem mózgu a uszczerbkiem na zdrowiu;
2) maksymalnie za 100% uszczerbku na zdrowiu z powodu jednego udaru mózgu.

9. W sytuacji, gdy po wypłacie świadczenia okaże się, że Twój uszczerbek na zdrowiu, związany z tym samym zawałem serca lub udarem mózgu kwalifikuje się jako uszczerbek o wyższej wartości procentowej zgodnie Tabelą uszczerbków na zdrowiu, wypłacimy Ci świadczenie w kwocie stanowiącej różnicę pomiędzy świadczeniem należnym za ten wyższy procent uszczerbku a wypłaconym wcześniej świadczeniem.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

10. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.
11. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujemy w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
12. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może zmienić się za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

13. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe:
1) jest stała, ale może zmienić się za porozumieniem stron;
2) zależy od:
a) sumy ubezpieczenia,
b) wysokości świadczenia,
c) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

14. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
15. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

16. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.
17. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

18. 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, nasza ochrona trwa do najbliższej rocznicy polisy.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

19. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
20. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

21. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
22. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
23. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

24. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
25. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
26. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

27. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
28. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

29. Nasza ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

30. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie, czyli ubezpieczonemu.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy Ci świadczenie

31. Jeśli wystąpi u Ciebie uszczerbek na zdrowiu, dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie uszczerbku na zdrowiu;
3) dokumentację, która potwierdza zawał serca lub udaru mózgu.
32. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
33. Jeśli będzie to potrzebne, możemy dodatkowo:
1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
2) zlecić badania medyczne.
34. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.

35. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
36. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

37. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy.

ZAŁĄCZNIK
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU

TABELA USZCZERBKÓW NA ZDROWIU

I. Tabela uszczerbków na zdrowiu spowodowanych zawałem serca

Stopień zaburzeń kurczliwości mięśnia serca i wielkość frakcji wyrzutowej oceniamy na podstawie badań obrazowych serca wykonanych najwcześniej 3 miesiące po wystąpieniu zawału serca.

		Procent uszczerbku na zdrowiu
1.	zawał serca bez zaburzeń kurczliwości	5%
2.	zawał serca z niewielkimi zaburzeniami kurczliwości	10%
3.	zawał serca z umiarkowanymi zaburzeniami kurczliwości lub z frakcją wyrzutową powyżej 45% do 50%	20%
4.	zawał serca z nasilonymi zaburzeniami kurczliwości lub z frakcją wyrzutową powyżej 35% do 45%	40%
5.	zawał serca ze znacznymi zaburzeniami kurczliwości lub z frakcją wyrzutową do 35%	60%

II. Tabela uszczerbków na zdrowiu spowodowanych udarem mózgu

		Procent uszczerbku na zdrowiu
Niedowłady i porażenia kończyn górnych		
Uszkodzenia wymienione w pkt. 1–4 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po wystąpieniu udaru mózgu.		
1.	niedowład kończyny górnej: upośledzający wyłącznie precyzyjne ruchy ręki lub IV° skali Lovetta (jednej kończyny)	10%
2.	niedowład kończyny górnej: nie upośledzający pokonania ciężaru kończyny lub III° skali Lovetta (jednej kończyny)	20%
3.	niedowład kończyny górnej: uniemożliwiający pokonanie ciężaru kończyny lub II° skali Lovetta (jednej kończyny)	40%
4.	porażenie kończyny górnej: 0° lub I° skali Lovetta (jednej kończyny)	50%
Niedowłady i porażenia kończyn dolnych		
Uszkodzenia wymienione w pkt. 5–8 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po wystąpieniu udaru mózgu.		
5.	niedowład kończyny dolnej: z męczliwością chodu, bez utykania i bez upośledzenia podparcia lub IV° skali Lovetta (jednej kończyny)	10%
6.	niedowład kończyny dolnej: z męczliwością chodu i utykaniem, bez upośledzenia podparcia lub III° skali Lovetta (jednej kończyny)	20%
7.	niedowład kończyny dolnej: uniemożliwiający chodzenie i podparcie lub II° skali Lovetta (jednej kończyny)	30%
8.	porażenie kończyny dolnej: 0° lub I° skali Lovetta (jednej kończyny)	50%
Zaburzenia mowy		
Uszkodzenia wymienione w pkt. 9–13 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po wystąpieniu udaru mózgu.		
9.	afazja niewielkiego stopnia: z utratą płynności mowy i zachowaną zdolnością rozumienia mowy	10%
10.	afazja niewielkiego stopnia: ze zubożeniem mowy lub z nieznaczną utratą zdolności rozumienia mowy	15%
11.	afazja umiarkowanego stopnia: z utratą zdolności wypowiadania lub rozumienia złożonych poleceń	25%
12.	afazja znacznego stopnia: z utratą zdolności wypowiadania lub rozumienia prostych poleceń	50%
13.	afazja całkowita: z całkowitą utratą zdolności wypowiadania słów lub całkowitą utratą zdolności rozumienia mowy	100%
Zespół pozapiramidowy		
Uszkodzenia wymienione w pkt. 14–16 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po wystąpieniu udaru mózgu.		
14.	zespół pozapiramidowy z możliwością samodzielnego chodzenia	15%
15.	zespół pozapiramidowy z możliwością chodzenia wyłącznie ze wsparciem pomocy ortopedycznych	30%

		Procent uszczerbku na zdrowiu
16.	zespół pozapiramidowy z całkowitą utratą możliwości samodzielnego chodzenia	70%
Zespół móżdżkowy		
Uszkodzenia wymienione w pkt. 17–19 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po wystąpieniu udaru mózgu.		
17.	zespół móżdżkowy z możliwością samodzielnego chodzenia	15%
18.	zespół móżdżkowy z możliwością chodzenia wyłącznie ze wsparciem pomocy ortopedycznych	30%
19.	zespół móżdżkowy z całkowitą utratą możliwości samodzielnego chodzenia	70%
Zaburzenia sfery psychicznej		
Uszkodzenia wymienione w pkt. 20–24 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po wystąpieniu udaru mózgu.		
20.	organiczne zaburzenia nastroju lub zaburzenia poznawcze – utrudniające pełnienie ról społecznych bez wpływu na samodzielne funkcjonowanie	15%
21.	organiczna chwiejność afektywna lub otępienie – uniemożliwiające pełnienie ról społecznych bez wpływu na samodzielne funkcjonowanie	30%
22.	organiczne zaburzenia urojeniowe, organiczny zespół amnestyczny lub otępienie – utrudniające samodzielne funkcjonowanie	60%
23.	organiczne zaburzenia urojeniowe, organiczny zespół amnestyczny lub otępienie – uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie	80%
24.	śpiączka lub stan wegetatywny	100%
Padaczka		
Uszkodzenia wymienione w pkt. 25–26 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po wystąpieniu udaru mózgu.		
25.	padaczka z napadami bez utrat przytomności	10%
26.	padaczka z napadami z utratami przytomności	15%
Inne następstwa udaru mózgu		
Uszkodzenia wymienione w pkt. 29–30 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po wystąpieniu udaru mózgu.		
27.	wodogłowie leczone zachowawczo	10%
28.	wodogłowie leczone operacyjnie	15%
29.	moczówka prosta	10%
30.	nietrzymanie moczu lub nietrzymanie stolca	30%
Uszkodzenia nerwów węchowych		
Uszkodzenia wymienione w pkt. 31 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po wystąpieniu udaru mózgu.		
31.	uszkodzenie nerwów węchowych z częściową lub całkowitą utratą węchu	3%
Uszkodzenie nerwu wzrokowego		
Uszkodzenia wymienione w pkt. 32–53 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po wystąpieniu udaru mózgu. Pogorszenie ostrości widzenia oceniamy wg widzenia do dali po korekcji optycznej.		
32.	pogorszenie ostrości widzenia o 0.1 dioptrii (jednego oka)	2,5%
33.	pogorszenie ostrości widzenia o 0.2 dioptrii (jednego oka)	5%
34.	pogorszenie ostrości widzenia o 0.3 dioptrii (jednego oka)	7,5%
35.	pogorszenie ostrości widzenia o 0.4 dioptrii (jednego oka)	10%
36.	pogorszenie ostrości widzenia o 0.5 dioptrii (jednego oka)	12,5%
37.	pogorszenie ostrości widzenia o 0.6 dioptrii (jednego oka)	15%
38.	pogorszenie ostrości widzenia o 0.7 dioptrii (jednego oka)	20%
39.	pogorszenie ostrości widzenia o 0.8 dioptrii (jednego oka)	25%
40.	pogorszenie ostrości widzenia o 0.9 dioptrii (jednego oka)	30%
41.	całkowita utrata ostrości widzenia w jednym oku	35%
42.	całkowita utrata ostrości widzenia w obu oczach	100%
43.	ograniczenie pola widzenia koncentryczne do 50° (jednego oka)	5%
44.	ograniczenie pola widzenia koncentryczne do 40° (jednego oka)	10%
45.	ograniczenie pola widzenia koncentryczne do 30° (jednego oka)	15%
46.	ograniczenie pola widzenia koncentryczne do 20° (jednego oka)	20%

		Procent uszczerbku na zdrowiu
47.	ograniczenie pola widzenia koncentryczne do 10° (jednego oka)	25%
48.	ograniczenie pola widzenia koncentryczne do mniej niż 10° (jednego oka)	35%
49.	niedowidzenie jednostronne kwadrantowe (jednego oka)	5%
50.	niedowidzenie jednoimienne boczne (obu oczu)	25%
51.	niedowidzenie połowicze dwunosowe (obu oczu)	30%
52.	niedowidzenie połowicze dolne (obu oczu)	40%
53.	niedowidzenie połowicze dwuskroniowe (obu oczu)	60%
Uszkodzenia nerwów ruchowych gałki ocznej		
Nerwy ruchowe gałki ocznej to nerw: okoruchowy, bloczkowy i odwodzący. Uszkodzenia wymienione w pkt. 54–58 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po wystąpieniu udaru mózgu.		
54.	uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej jednego lub obu oczu – z dwojeniem obrazu przy patrzeniu na wprost	15%
55.	uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej jednego lub obu oczu – z dwojeniem obrazu przy patrzeniu w dół	10%
56.	uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej jednego lub obu oczu – z dwojeniem obrazu przy patrzeniu w lewo lub w prawo	5%
57.	uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej jednego lub obu oczu – z dwojeniem obrazu przy patrzeniu w górę	2%
58.	uszkodzenie nerwu okoruchowego jednego oka z zaburzeniami odruchu źrenicznego	5%
Uszkodzenia nerwu trójdzielnego		
Uszkodzenia wymienione w pkt. 59–60 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po wystąpieniu udaru mózgu.		
59.	uszkodzenie jednostronne nerwu trójdzielnego: z upośledzeniem czucia lub neuralgią	3%
60.	uszkodzenie jednostronne nerwu trójdzielnego z upośledzeniem funkcji żucia	5%
Uszkodzenia nerwów: twarzowego, językowo-gardłowego, błędnego		
Uszkodzenia wymienione w pkt. 61–68 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po wystąpieniu udaru mózgu.		
61.	uszkodzenie jednostronne nerwu twarzowego: z częściowym lub całkowitym upośledzeniem marszczenia czoła	2%
62.	uszkodzenie jednostronne nerwu twarzowego z niedomykalnością szpary powiekowej	5%
63.	uszkodzenie jednostronne nerwu twarzowego z częściowym opadaniem kącika ust	5%
64.	uszkodzenie jednostronne nerwu twarzowego z całkowitym opadaniem kącika ust	10%
65.	uszkodzenie jednostronne nerwu twarzowego lub nerwu językowo-gardłowego – z częściową lub całkowitą utratą smaku	3%
66.	uszkodzenie jednostronne nerwu językowo-gardłowego z neuralgią	2%
67.	uszkodzenie jednostronne nerwu językowo-gardłowego lub nerwu błędnego – z zaburzeniami mowy	10%
68.	uszkodzenie jednostronne nerwu językowo-gardłowego lub nerwu błędnego – z zaburzeniami połykania	10%
Uszkodzenie nerwu przedsionkowo-ślimakowego		
Uszkodzenia wymienione w pkt. 69–73 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po wystąpieniu udaru mózgu. Utratę słuchu obliczamy na podstawie audiogramu, jako średnią arytmetyczną ubytków słuchu dźwięków o częstotliwościach 500, 1000 i 2000 Hz.		
69.	utrata słuchu z ubytkiem powyżej 25 do 40 dB (jednego ucha)	10%
70.	utrata słuchu z ubytkiem powyżej 40 do 70 dB (jednego ucha)	15%
71.	utrata słuchu z ubytkiem powyżej 70 dB (jednego ucha)	25%
72.	uszkodzenie nerwu przedsionkowo-ślimakowego z szumem usznym	5%
73.	uszkodzenie ucha wewnętrznego jednego lub obu uszu – z zawrotami głowy lub zaburzeniami równowagi	5%
Uszkodzenia nerwu dodatkowego		
Uszkodzenia wymienione w pkt. 74–75 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po wystąpieniu udaru mózgu.		
74.	uszkodzenie jednostronne nerwu dodatkowego z niedowładem mięśnia: mostkowo-obojczykowo-sutkowego lub czworobocznego	3%

		Procent uszczerbku na zdrowiu
75.	uszkodzenie jednostronne nerwu dodatkowego z porażeniem mięśnia: mostkowo-obojczykowo-sutkowego lub czworobocznego	6%
Uszkodzenia nerwu podjęzykowego		
Uszkodzenia wymienione w pkt. 76–77 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po wystąpieniu udaru mózgu.		
76.	uszkodzenie jednostronne nerwu podjęzykowego z połowiczym niedowładem języka	5%
77.	uszkodzenie jednostronne nerwu podjęzykowego z połowiczym porażeniem języka	15%

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO UBEZPIECZONEGO

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO UBEZPIECZONEGO

Kod warunków: LSGP56

Wersja dokumentu z 22 listopada 2025 r.

Ten materiał zawiera informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego, kod warunków: LSGP56 (OWU). Zanim zdecydujesz się zawrzeć umowę, zapoznaj się z OWU. Użyte w OWU definicje mogą odbiegać od powszechnie przyjętego pojęcia, dlatego zwróć na nie szczególną uwagę.
Zawarcie umowy jest dobrowolne.

NINIEJSZY DOKUMENT:

- jest materiałem informacyjnym,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinien być wyłączną podstawą do tego, aby podjąć decyzję o zawarciu umowy.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA – CZYLI CO UBEZPIECZAMY I JAKIE ZDARZENIA OBEJMUJEMY OCHRONĄ

Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego.
Zakres ubezpieczenia obejmuje poniższe zdarzenia, które wystąpią w okresie ochrony:
- pobyt w szpitalu z powodu choroby,
- pobyt w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA

Za każdy dzień Twojego pobytu w szpitalu z powodu choroby lub nieszczęśliwego wypadku (jeśli pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni i miał na celu leczenie szpitalne) wypłacimy Ci świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który potwierdzamy w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
Jeśli Twój pobyt w szpitalu rozpoczął się po 12 miesiącach od daty nieszczęśliwego wypadku, to uznamy go za pobyt w szpitalu z powodu choroby.
Za każdy dzień Twojego pierwszego pobytu w szpitalu z powodu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby (jeśli pobyt ten rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po zakończeniu pobytu w szpitalu ubezpieczonego, za który wypłaciliśmy świadczenie, i który był związany – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą) wypłacimy Ci świadczenie w wysokości jak za pobyt w szpitalu z powodu choroby.
Wypłatę ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu pobytu w szpitalu.
Jeśli przebywałeś w szpitalu bądź kilku szpitalach w ciągłości, to uznajemy, że jest to jeden pobyt w szpitalu.

Wypłacimy świadczenie maksymalnie za 365 dni pobytu ubezpieczonego w szpitalu w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus – albo w trakcie jego trwania.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ I KOGO UBEZPIECZAMY

Ubezpieczenie dodatkowe zawiera ubezpieczający, który jest zobowiązany do zapłaty składki za ubezpieczenie.
Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

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

Naszą ochroną obejmujemy pobyt w szpitalu na całym świecie.

JAK I KIEDY PŁACI SIĘ SKŁADKĘ

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego z częstotliwością miesięczną 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.

Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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

Nie wypłacimy świadczenia w przypadku:
- pobytu w szpitalu, który trwał krócej niż 4 dni,
- braku naszej ochrony w czasie pobytu w szpitalu,
- niedostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności jeśli dane zdarzenie nie jest objęte zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność oraz w innych przypadkach wskazanych w OWU.

JAK ROZWIĄZAĆ UMOWĘ

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie:
- 7 dni od zawarcia umowy – jeśli jest przedsiębiorcą,
- 30 dni od zawarcia umowy – jeśli nie jest przedsiębiorcą.

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) 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 którym 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.

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 ppkt 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, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej” 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.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego, kod warunków LSGP56 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.
Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1-2 pkt 4-11 pkt 17-19 pkt 37 pkt 38-41 pkt 42
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 12-14 pkt 15-16 pkt 34-35 pkt 36 pkt 42

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO UBEZPIECZONEGO

Kod OWU: LSGP56

Zarząd PZU Życie SA uchwalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego uchwałą nr UZ/165/2025 z dnia 14 października 2025 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie 22 listopada 2025 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 grudnia 2025 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, 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;
2) **leczenie szpitalne** – stacjonarne leczenie w szpitalu:
   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) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
4) **pobyt w szpitalu** – pobyt w szpitalu, który trwa nieprzerwanie co najmniej 4 dni i ma na celu leczenie szpitalne; za pierwszy dzień pobytu w szpitalu przyjmuje się dzień rejestracji, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala;
5) **przepustka w trakcie pobytu w szpitalu** – czasowa, udokumentowana nieobecność ubezpieczonego w szpitalu, udzielona na podstawie decyzji lekarza prowadzącego i potwierdzona odpowiednim wpisem w dokumentacji medycznej;
6) **szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, w którym przez całą dobę wykonywane są świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;
7) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
8) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe.

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 ŚWIADCZENIA
– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje poniższe zdarzenia, które wystąpią w okresie ochrony:
1) pobyt w szpitalu z powodu choroby;
2) pobyt w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku.

5. Naszą ochroną obejmujemy pobyt w szpitalu na całym świecie.

6. Za każdy dzień Twojego pobytu w szpitalu z powodu choroby lub nieszczęśliwego wypadku wypłacimy Ci świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który potwierdzamy w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia – z uwzględnieniem punktu następnego.

7. Jeśli Twój pobyt w szpitalu rozpoczął się po 12 miesiącach od daty nieszczęśliwego wypadku, to uznamy go za pobyt w szpitalu z powodu choroby.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

8. Za każdy dzień Twojego pierwszego pobytu w szpitalu z powodu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, o którym mowa w pkt 12 ppkt 14, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości jak za pobyt w szpitalu z powodu choroby.
9. Wypłacimy świadczenie maksymalnie za 365 dni pobytu w szpitalu w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy.
10. Wypłatę ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu pobytu w szpitalu.
11. Jeśli przebywałeś w szpitalu bądź kilku szpitalach w ciągłości, to uznajemy, że jest to jeden pobyt w szpitalu. Warunek ciągłości jest spełniony, jeśli przebywałeś w dwóch lub więcej oddziałach szpitalnych w bezpośrednio następujących po sobie dniach – bez względu na godzinę wypisu oraz przyjęcia.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

12. Nasza odpowiedzialność 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 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;
    6) gdy ubezpieczony był 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 zdarzenia wskazanego w pkt 4;
    7) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
    8) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem lub użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi, środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – lub w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
    9) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza lub niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. produktów;
    10) w związku z leczeniem zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania umiejscowionych w kategoriach F00 – F99 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 lub 6A00 – 6E8Z Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-11, wskazanych w załączniku do OWU;
    11) w związku z leczeniem niepłodności;
    12) w związku z wykonaniem operacji chirurgicznej w celu kosmetycznym lub estetycznym z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw:
        a) nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie ochrony lub
        b) choroby nowotworowej, która wystąpiła w okresie ochrony;
    13) w związku z wykonaniem operacji chirurgicznej w celu zmiany płci;
    14) w związku z rehabilitacją – 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 12 miesięcy po zakończeniu pobytu w szpitalu ubezpieczonego, za który wypłaciliśmy świadczenie, i który był związany – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą;
    15) w wyniku nieszczęśliwego wypadku – gdy ubezpieczony uprawiał którykolwiek z następujących sportów: sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczkę skałkową albo wysokogórską (rozumianą jako każda wspinaczka uprawiana na wysokości powyżej 2000 metrów nad poziomem morza), speleologię, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą z wyłączeniem fajki nurkowej, skoki do wody, skoki na linie (ang. bungee jumping) – o ile którakolwiek z tych okoliczności miała wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku.
13. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje pobytu:
    1) w hospicjach, placówkach lecznictwa odwykowego, placówkach dla przewlekle chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych ani zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
    2) w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego – takich jak sanatoria, szpitale uzdrowiskowe;
    3) w ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych – z wyjątkiem pobytu, o którym mowa w pkt 12 ppkt 14;
    4) na oddziałach dziennych;
    5) w takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.
14. Świadczenie nie jest należne za pełne dni, w których ubezpieczony przebywał na przepustce w trakcie pobytu w szpitalu. Świadczenie jest należne za dzień wyjścia na przepustkę i dzień powrotu z przepustki.

KARENCJA
– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego nie ponosimy odpowiedzialności lub ponosimy ją w ograniczonym zakresie

15. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 30 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.
16. Odpowiedzialność ponosimy jeśli pobyt w szpitalu był wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu pierwszych 30 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem wyłączeń z punktu 12-14.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

17. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.
18. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujemy w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
19. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może zmienić się za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

20. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe:
   1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu dodatkowym;
   2) jest stała, ale może zmienić się za porozumieniem stron;
   3) zależy od:
      a) sumy ubezpieczenia,
      b) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

21. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
22. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

23. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.
24. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

25. 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, nasza ochrona trwa do najbliższej rocznicy polisy.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

26. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
27. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

28. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
29. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
30. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

31. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
32. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
33. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

34. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
35. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

36. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

37. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

38. 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 – pierwszy wniosek po 30. dniach a kolejny wniosek po 60. dniu od rozpoczęcia pobytu w szpitalu;
2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego – gdy zakończysz pobyt w szpitalu;
3) dokument, który potwierdza przyczynę pobytu w szpitalu wydany przez lekarza prowadzącego – gdy składasz wniosek o wypłatę świadczenia w trakcie pobytu w szpitalu.

39. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
40. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
41. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

42. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy.

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

I. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania sklasyfikowane zgodnie Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10:	
F00	Otępienie w chorobie Alzheimera
F01	Otępienie naczyniowe
F02	Otępienie w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
F03	Otępienie nieokreślone
F04	Organiczny zespół amnestyczny nie wywołany alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi
F05	Majaczenie niespowodowane przez alkohol ani inne substancje psychoaktywne
F06	Inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną
F07	Zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu
F09	Nieokreślone zaburzenia psychiczne organiczne lub objawowe
F10	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu
F11	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opioidów
F12	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kanabinoli
F13	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji uspokajających i nasennych
F14	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kokainy
F15	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem innych substancji stymulujących, w tym kofeiny
F16	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem halucynogenów
F17	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu
F18	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane odurzaniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi
F19	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych
F20	Schizofrenia
F21	Zaburzenie schizotypowe
F22	Uporczywe zaburzenia urojeniowe
F23	Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne
F24	Indukowane zaburzenie urojeniowe
F25	Zaburzenia schizoafektywne
F28	Inne nieorganiczne zaburzenia psychotyczne
F29	Nieokreślona psychoza nieorganiczna
F30	Epizod maniakalny
F31	Zaburzenia afektywne dwubiegunowe
F32	Epizod depresyjny
F33	Zaburzenie depresyjne nawracające
F34	Uporczywe zaburzenia nastroju [afektywne]
F38	Inne zaburzenia nastroju [afektywne]
F39	Zaburzenia nastroju [afektywne], nieokreślone
F40	Zaburzenia lękowe w postaci fobii
F41	Inne zaburzenia lękowe
F42	Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne
F43	Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne
F44	Zaburzenia dysocjacyjne [konwersyjne]
F45	Zaburzenia występujące pod maską somatyczną
F48	Inne zaburzenia nerwicowe

F50	Zaburzenia odżywiania
F51	Nieorganiczne zaburzenia snu
F52	Zaburzenia seksualne niespowodowane zaburzeniem organicznym ani chorobą somatyczną
F53	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z połogiem, niesklasyfikowane gdzie indziej
F54	Czynniki psychologiczne lub behawioralne związane z zaburzeniami lub chorobami sklasyfikowanymi gdzie indziej
F55	Nadużywanie substancji, które nie powodują uzależnienia
F59	Nieokreślone zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi
F60	Specyficzne zaburzenia osobowości
F61	Zaburzenia osobowości mieszane i inne
F62	Trwałe zmiany osobowości niewynikające z uszkodzenia ani z choroby mózgu
F63	Zaburzenia nawyków i popędów
F64	Zaburzenia identyfikacji płciowej
F65	Zaburzenia preferencji seksualnych
F66	Zaburzenia psychologiczne i zaburzenia zachowania związane z rozwojem i orientacją seksualną
F68	Inne zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych
F69	Nieokreślone zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych
F70	Upośledzenie umysłowe lekkiego stopnia
F71	Upośledzenie umysłowe umiarkowanego stopnia
F72	Upośledzenie umysłowe znacznego stopnia
F73	Upośledzenie umysłowe głębokiego stopnia
F78	Inne upośledzenie umysłowe
F79	Nieokreślone upośledzenie umysłowe
F80	Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka
F81	Specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych
F82	Specyficzne zaburzenia rozwojowe funkcji motorycznych
F83	Mieszane specyficzne zaburzenia rozwojowe
F84	Całościowe zaburzenia rozwojowe
F88	Inne zaburzenia rozwoju psychologicznego
F90	Zaburzenia hiperkinetyczne
F91	Zaburzenia zachowania
F92	Mieszane zaburzenia zachowania i emocji
F93	Zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie
F94	Zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym
F95	Tiki
F98	Inne zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym
F99	Zaburzenie psychiczne nieokreślone inaczej
II. Zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe sklasyfikowane zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób dla statystyki śmiertelności i zachorowalności ICD-11:	
6A00	Zaburzenia rozwoju umysłowego
6A01	Zaburzenia rozwojowe mowy i języka
6A02	Zaburzenie ze spektrum autyzmu
6A03	Zaburzenie rozwojowe uczenia się
6A04	Zaburzenie rozwojowe koordynacji motorycznej
6A05	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi
6A06	Stereotypowe zaburzenie ruchowe
6A0Y	Inne określone zaburzenia neurorozwojowe
6A0Z	Zaburzenia neurorozwojowe, nieokreślone
6A20	Schizofrenia
6A21	Zaburzenie schizoafektywne
6A22	Zaburzenie schizotypowe

6A23	Ostre i przemijające zaburzenie psychotyczne
6A24	Zaburzenie urojeniowe
6A25	Objawowe manifestacje pierwotnych zaburzeń psychotycznych
6A2Y	Inne określone pierwotne zaburzenie psychotyczne
6A2Z	Schizofrenia lub inne pierwotne zaburzenia psychotyczne, nieokreślone
6A40	Katatonia związana z innym zaburzeniem psychicznym
6A41	Katatonia wywołana przez substancje lub leki
6A4Z	Katatonia, nieokreślona
6A60	Zaburzenie dwubiegunowe typu I
6A61	Zaburzenie dwubiegunowe typu II
6A62	Zaburzenie cyklotymiczne
6A6Y	Inne określone zaburzenia dwubiegunowe lub pokrewne
6A6Z	Zaburzenia dwubiegunowe lub pokrewne, nieokreślone
6A70	Zaburzenie depresyjne z pojedynczym epizodem
6A71	Zaburzenie depresyjne nawracające
6A72	Zaburzenie dystymiczne
6A73	Zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane
6A7Y	Inne określone zaburzenia depresyjne
6A7Z	Zaburzenia depresyjne, nieokreślone
6A80	Manifestacje związane z objawami i przebiegiem epizodów nastroju w zaburzeniach nastroju
6A8Y	Inne określone zaburzenia nastroju
6A8Z	Zaburzenia nastroju, nieokreślone
6B00	Zaburzenie lękowe uogólnione
6B01	Zaburzenie lękowe z napadami paniki
6B02	Agorafobia
6B03	Fobia specyficzna
6B04	Zaburzenie związane z lękiem społecznym
6B05	Zaburzenie związane z lękiem przed separacją
6B06	Mutyzm wybiórczy
6B0Y	Inne określone zaburzenia związane z lękiem lub strachem
6B0Z	Zaburzenia związane z lękiem lub strachem, nieokreślone
6B20	Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne
6B21	Zaburzenie dysmorficzne ciała
6B22	Zaburzenie odnoszenia węchowego
6B23	Hipochondria
6B24	Zaburzenie związane ze zbieraniem (patologiczne zbieractwo, syllogomania)
6B25	Powtarzające się zaburzenia behawioralne skoncentrowane na ciele
6B2Y	Inne określone zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne lub zaburzenia pokrewne
6B2Z	Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne lub zaburzenia pokrewne, nieokreślone
6B40	Zespół stresu pourazowego
6B41	Złożony zespół stresu pourazowego
6B42	Zespół przedłużonej (powikłanej) żałoby
6B43	Zaburzenie adaptacyjne
6B44	Reaktywne zaburzenie przywiązania
6B45	Nadmierna łatwość w nawiązywaniu relacji społecznych w dzieciństwie
6B4Y	Inne określone zaburzenia w szczególności związane ze stresem
6B4Z	Zaburzenia w szczególności związane ze stresem, nieokreślone
6B60	Dysocjacyjny zespół objawów neurologicznych
6B61	Amnezja dysocjacyjna
6B62	Zaburzenie transowe

6B63	Zaburzenia transowo-opętaniowe
6B64	Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości
6B65	Częściowe dysocjacyjne zaburzenie tożsamości
6B66	Zaburzenie depersonalizacyjno-derealizacyjne
6B6Y	Inne określone zaburzenia dysocjacyjne
6B6Z	Zaburzenia dysocjacyjne, nieokreślone
6B80	Jadłowstręt psychiczny
6B81	Bulimia
6B82	Zespół napadowego objadania się
6B83	Zespół unikania i ograniczania przyjmowania pokarmu
6B84	Pica
6B85	Zespół ruminacji z regurgitacją
6B8Y	Inne określone zaburzenia żywienia lub odżywiania
6B8Z	Zaburzenia żywienia lub odżywiania, nieokreślone
6C00	Moczenie mimowolne
6C01	Zanieczyszczanie się kałem
6C0Z	Zaburzenia wydalania, nieokreślone
6C20	Zaburzenie związane z cierpieniem fizycznym
6C21	Dysforia integralności ciała
6C2Y	Inne określone zaburzenia związane z cierpieniem fizycznym lub doświadczeniem cielesnym
6C2Z	Zaburzenia związane z cierpieniem fizycznym lub doświadczeniem, cielesnym, nieokreślone
6C40	Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu
6C41	Zaburzenia związane z używaniem kannabinoidów pochodzenia roślinnego
6C42	Zaburzenia związane z używaniem syntetycznych kannabinoidów
6C43	Zaburzenia związane z używaniem opioidów
6C44	Zaburzenia związane z używaniem leków uspokajających, nasennych lub przeciwlękowych
6C45	Zaburzenia związane z używaniem kokainy
6C46	Zaburzenia związane z używaniem środków pobudzających, w tym amfetaminy, metamfetaminy lub metylkatynonu
6C47	Zaburzenia spowodowane używaniem syntetycznych katynonów
6C48	Zaburzenia spowodowane używaniem kofeiny
6C49	Zaburzenia spowodowane używaniem halucynogenów
6C4A	Zaburzenia spowodowane używaniem nikotyny
6C4B	Zaburzenia spowodowane używaniem lotnych środków wziewnych
6C4C	Zaburzenia spowodowane używaniem MDMA lub narkotyków pokrewnych, w tym MDA
6C4D	Zaburzenia spowodowane używaniem narkotyków dysocjacyjnych, w tym ketaminy i fencyklidyny [PCP]
6C4E	Zaburzenia spowodowane używaniem innych określonych substancji psychoaktywnych, w tym leków
6C4F	Zaburzenia spowodowane używaniem wielu określonych substancji psychoaktywnych, w tym leków
6C4G	Zaburzenia spowodowane używaniem nieznanych lub nieokreślonych substancji psychoaktywnych
6C4H	Zaburzenia spowodowane używaniem substancji niepsychoaktywnych
6C4Y	Inne określone zaburzenia spowodowane używaniem substancji
6C4Z	Zaburzenia spowodowane używaniem substancji, nieokreślone
6C50	Zaburzenie związane z uprawianiem hazardu (patologiczny hazard)
6C51	Zaburzenie związane z graniem
6C5Y	Inne określone zaburzenia spowodowane zachowaniami nałogowymi
6C5Z	Zaburzenia spowodowane zachowaniami nałogowymi, nieokreślone
6C70	Piromania
6C71	Kleptomania
6C72	Zaburzenie związane z kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi
6C73	Zaburzenie związane z okresowymi zachowaniami eksplozywnymi
6C7Y	Inne określone zaburzenia kontroli impulsów

6C7Z	Zaburzenia kontroli impulsów, nieokreślone
6C90	Zaburzenie opozycyjno-buntownicze
6C91	Dyssocjalne zaburzenie behawioralne
6C9Y	Inne określone zachowanie destrukcyjne lub zaburzenia dyssocjalne
6C9Z	Zachowanie destrukcyjne lub zaburzenia dyssocjalne, nieokreślone
6D10	Zaburzenie osobowości
6D11	Wyraźne cechy lub wzorce osobowości
6D30	Zaburzenie ekshibicjonistyczne
6D31	Zaburzenie związane z podglądaniem (voyeryzm, oglądactwo)
6D32	Zaburzenie pedofilne
6D33	Zaburzenie związane z seksualnym sadyzmem z użyciem przymusu
6D34	Zaburzenie frotterystyczne (ocieractwo)
6D35	Inne zaburzenie parafiliczne obejmujące osoby niewyrażające zgody
6D36	Zaburzenie parafiliczne obejmujące zachowanie samotnicze lub osoby wyrażające zgodę
6D3Z	Zaburzenia parafiliczne, nieokreślone
6D50	Zaburzenie pozorowane skierowane wobec siebie
6D51	Zaburzenie pozorowane skierowane wobec innej osoby
6D5Z	Zaburzenia pozorowane, nieokreślone
6D70	Majaczenie
6D71	Łagodne zaburzenie neuropoznawcze
6D72	Zaburzenie amnestyczne
6D80	Otępienie spowodowane chorobą Alzheimera
6D81	Otępienie spowodowane chorobą naczyń mózgowych
6D82	Otępienie spowodowane chorobą z ciałami Lewy'ego
6D83	Otępienie czołowo-skroniowe
6D84	Otępienie spowodowane substancjami psychoaktywnymi, w tym lekami
6D85	Otępienie spowodowane chorobami sklasyfikowanymi gdzie indziej
6D86	Zaburzenia behawioralne lub psychologiczne w otępieniu
6D8Y	Otępienie, inna określona przyczyna
6D8Z	Otępienie, nieznana lub nieokreślona przyczyna
6E0Y	Inne określone zaburzenia neuropoznawcze
6E0Z	Zaburzenia neuropoznawcze, nieokreślone
6E20	Zaburzenia psychiczne lub behawioralne związane z ciążą, porodem lub połogiem bez objawów psychotycznych
6E21	Zaburzenia psychiczne lub behawioralne związane z ciążą, porodem lub połogiem, z objawami psychotycznymi
6E2Z	Zaburzenia psychiczne lub behawioralne związane z ciążą, porodem lub połogiem, nieokreślone
6E40	Czynniki psychologiczne lub behawioralne wpływające na zaburzenia lub choroby sklasyfikowane gdzie indziej
6E60	Wtórny zespół neurorozwojowy
6E61	Wtórny zespół psychotyczny
6E62	Wtórny zespół zaburzeń nastroju
6E63	Wtórny zespół lękowy
6E64	Wtórny zespół obsesyjno-kompulsyjny lub pokrewny
6E65	Wtórny zespół dysocjacyjny
6E66	Wtórny zespół zaburzenia kontroli impulsów
6E67	Wtórny zespół neuropoznawczy
6E68	Wtórna zmiana osobowości
6E69	Wtórny zespół katatoniczny
6E6Y	Inny określony wtórny zespół psychiczny lub behawioralny
6E6Z	Wtórny zespół psychiczny lub behawioralny, nieokreślony
6E8Y	Inne określone zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe
6E8Z	Zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe, nieokreślone

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO UBEZPIECZONEGO PLUS

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO UBEZPIECZONEGO PLUS

Kod warunków: LPGP56

Wersja dokumentu z 22 listopada 2025 r.

Ten materiał zawiera informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego Plus, kod warunków: LPGP56 (OWU). Zanim zdecydujesz się zawrzeć umowę, zapoznaj się z OWU. Użyte w OWU definicje mogą odbiegać od powszechnie przyjętego pojęcia, dlatego zwróć na nie szczególną uwagę.
Zawarcie umowy jest dobrowolne.

NINIEJSZY DOKUMENT:

- jest materiałem informacyjnym,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinien być wyłączną podstawą do tego, aby podjąć decyzję o zawarciu umowy.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA – CZYLI CO UBEZPIECZAMY I JAKIE ZDARZENIA OBEJMUJEMY OCHRONĄ

Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego.
Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje, w zależności od wyboru ubezpieczającego, 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 oddziale intensywnej terapii,
- rekonwalescencja – jeśli Twój pobyt w szpitalu trwał co najmniej 14 dni

– pod warunkiem, że wypłaciliśmy świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu na podstawie dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego,

- pobyt na oddziale psychiatrycznym,
- pobyt na oddziale rehabilitacyjnym,
- pobyt w sanatorium.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA

W zależności od obowiązującego zakresu umowy:

1. Wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (jeśli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni) w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.
2. Wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego (jeśli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni) w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po wypadku komunikacyjnym.
3. Wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku w pracy (jeśli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni) w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po wypadku w pracy.
4. Wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu (jeśli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni) w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu, pod warunkiem, że pobyt ten:
   - jest Twoim pierwszym pobytem spowodowanym danym zawałem serca lub udarem mózgu i
   - rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
5. Jeśli przebywasz na oddziale intensywnej terapii, wypłacimy świadczenie jednorazowe w wysokości równej określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

6. Za każdy dzień rekonwalescencji wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
7. Za każdy dzień pobytu na oddziale psychiatrycznym wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia (jeśli pobyt na oddziale psychiatrycznym trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni).
8. Za każdy dzień pobytu na oddziale rehabilitacyjnym wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia (jeśli pobyt na oddziale rehabilitacyjnym trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni). Nasza ochrona obejmuje pobyt na oddziale rehabilitacyjnym z powodu choroby albo nieszczęśliwego wypadku, który rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po zakończeniu pobytu ubezpieczonego w szpitalu, za który wypłaciliśmy świadczenie na podstawie dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego, i który był związany – odpowiednio – z tą samą chorobą albo tym samym nieszczęśliwym wypadkiem.
9. Jeśli przebywasz w sanatorium, wypłacimy świadczenie jednorazowe w wysokości równej określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia (jeśli pobyt w sanatorium trwał nieprzerwanie co najmniej 7 dni). Nasza ochrona obejmuje pobyt w sanatorium z powodu choroby albo nieszczęśliwego wypadku, na podstawie skierowania wystawionego nie później niż 12 miesięcy po zakończeniu pobytu ubezpieczonego w szpitalu, za który wypłaciliśmy świadczenie na podstawie dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego, i który był związany – odpowiednio – z tą samą chorobą albo tym samym nieszczęśliwym wypadkiem. Za sanatorium uznajemy również szpital uzdrowiskowy.

W każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy zapłacimy maksymalnie:
- za 365 dni pobytu w szpitalu,
- za 30 dni pobytu na oddziale psychiatrycznym,
- za 30 dni pobytu na oddziale rehabilitacyjnym,
- za 90 dni rekonwalescencji,
- jedno świadczenie za pobyt w sanatorium.

Jeśli będziesz przebywać w szpitalu lub na oddziale intensywnej terapii w czasie rekonwalescencji, to wypłacimy świadczenie:
- za pobyt w szpitalu i za pobyt na oddziale intensywnej terapii (jeśli przebywałeś na oddziale intensywnej terapii) albo
- za rekonwalescencję

– według Twojego wyboru.

Decydujesz o tym, składając wniosek o wypłatę:
- za pobyt w szpitalu i pobyt na oddziale intensywnej terapii (jeśli przebywałeś na oddziale intensywnej terapii) albo
- za rekonwalescencję.

Wypłatę ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna odpowiednio w dniu pobytu w szpitalu, w dniu rozpoczęcia pobytu na oddziale intensywnej terapii, w dniu rekonwalescencji, w dniu pobytu na oddziale psychiatrycznym, w dniu pobytu na oddziale rehabilitacyjnym, w dniu rozpoczęcia pobytu w sanatorium.

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 I 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

Naszą ochroną obejmujemy:
- pobyt w szpitalu, na oddziale intensywnej terapii, na oddziale psychiatrycznym, na oddziale rehabilitacyjnym na całym świecie,
- pobyt w sanatorium w miejscowości uzdrowiskowej w Polsce.

JAK I KIEDY PŁACI SIĘ SKŁADKĘ

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego z częstotliwością miesięczną 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

Nie wypłacimy świadczenia w przypadku:
- pobytu w szpitalu, który trwał krócej niż 4 dni,
- braku naszej ochrony w czasie pobytu w szpitalu,
- niedostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności jeśli dane zdarzenie nie jest objęte zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność oraz w innych przypadkach wskazanych w OWU.

JAK ROZWIĄZAĆ UMOWĘ

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie:
- 7 dni od zawarcia umowy – jeśli jest przedsiębiorcą,
- 30 dni od zawarcia umowy – jeśli nie jest przedsiębiorcą.

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) 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 którym 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.
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 ppkt 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, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej" 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.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego Plus, kod warunków LPGP56 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.
Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1-2 pkt 4-16 pkt 26-28 pkt 50 pkt 51-55 pkt 56
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 17-20 pkt 21-22 pkt 23-25 pkt 47-48 pkt 49 pkt 56

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO UBEZPIECZONEGO PLUS

Kod OWU: LPGP56

Zarząd PZU Życie SA uchwalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego Plus uchwałą nr UZ/165/2025 z dnia 14 października 2025 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie 22 listopada 2025 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 grudnia 2025 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

1) **dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego** – wskazane przez PZU Życie SA w umowie ubezpieczenie dodatkowe na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego;
2) **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;
3) **oddział rehabilitacyjny** – oddział wyodrębniony w strukturach szpitala, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji medycznej;
4) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
5) **pobyt na oddziale intensywnej terapii** – pobyt na oddziale intensywnej terapii, który trwa nieprzerwanie co najmniej 24 godziny;
6) **pobyt na oddziale psychiatrycznym** – stacjonarny pobyt, trwający nieprzerwanie co najmniej 4 dni, na oddziale psychiatrycznym, który został wyodrębniony w strukturach szpitala. Nasza ochrona obejmuje wyłącznie pobyt na oddziale psychiatrycznym, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych w związku z rozpoznaniem:
   a) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (kody od F00 do F99), za wyjątkiem zaburzeń psychicznych i zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (kody od F10 do F19) lub
   b) zaburzeń psychicznych, behawioralnych lub neurorozwojowych zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób dla statystyki śmiertelności i zachorowalności ICD-11 (kody od 6A00 do 6E8Z) za wyjątkiem zaburzeń spowodowanych używaniem substancji lub zachowaniami nałogowymi (kody od 6C40 do 6C5Z).

   Zaburzenia, o których mowa powyżej, wskazane są w załączniku do OWU;
7) **pobyt na oddziale rehabilitacyjnym** – stacjonarny pobyt na oddziale rehabilitacyjnym, który trwa nieprzerwanie co najmniej 4 dni. Nasza ochrona obejmuje wyłącznie pobyt na oddziale rehabilitacyjnym z powodu choroby albo nieszczęśliwego wypadku, który rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po zakończeniu pobytu ubezpieczonego w szpitalu, za który wypłaciliśmy świadczenie z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego, i który był związany – odpowiednio – z tą samą chorobą albo tym samym nieszczęśliwym wypadkiem;
8) **pobyt w sanatorium** – stacjonarny pobyt w sanatorium, który trwa nieprzerwanie co najmniej 7 dni. Nasza ochrona obejmuje wyłącznie pobyt w sanatorium z powodu choroby albo nieszczęśliwego wypadku, na podstawie skierowania wystawionego nie później niż 12 miesięcy po zakończeniu pobytu ubezpieczonego w szpitalu, za który wypłaciliśmy świadczenie z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego, i który był związany – odpowiednio – z tą samą chorobą albo tym samym nieszczęśliwym wypadkiem;
9) **rekonwalescencja** – maksymalnie 30-dniowy nieprzerwany pobyt na zwolnieniu lekarskim bezpośrednio po pobycie w szpitalu;
10) **sanatorium** – zakład lecznictwa uzdrowiskowego zlokalizowany w miejscowości uzdrowiskowej w Polsce, który udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji medycznej i zapewnia opiekę lekarską oraz całodobową opiekę pielęgniarską. Za sanatorium uznajemy również szpital uzdrowiskowy;

11) **statek** – pasażerski albo towarowy statek morski albo statek śródlądowy, który ma napęd silnikowy lub żaglowy – statkiem nie są okręty wojenne;
12) **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;
13) **szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, w którym przez całą dobę wykonywane są świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;
14) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
15) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
16) **udar mózgu** – nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu spowodowane wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany. Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu:
    a) który rozpoznano na podstawie obecności świeżych zmian naczyniopochodnych w badaniu obrazowym mózgu lub
    b) który był leczony trombolitycznie.

    Nasza ochrona w tym ubezpieczeniu nie obejmuje przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA) oraz takiego udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu.
    Dniem wystąpienia udaru mózgu jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
    a) rozpoznano udar mózgu w sposób opisany powyżej lub
    b) zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia udaru mózgu;
17) **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 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;
18) **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;
19) **zawał serca** – uszkodzenie części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia.
    Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:
    a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,
    b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,
    c) nowy ubytek 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.

    Dniem wystąpienia zawału serca jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano zawał serca w sposób opisany powyżej.

2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA
– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA
– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje, w zależności od wyboru ubezpieczającego, poniższe zdarzenia, które wystąpią w okresie ochrony:
   1) pobyt w szpitalu z powodu:
      a) nieszczęśliwego wypadku,
      b) wypadku komunikacyjnego,
      c) wypadku w pracy,
      d) zawału serca lub udaru mózgu;
   2) pobyt na oddziale intensywnej terapii;
   3) rekonwalescencja – jeśli Twój pobyt w szpitalu trwał co najmniej 14 dni

   – pod warunkiem, że wypłaciliśmy świadczenie za pobyt w szpitalu z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego;
   4) pobyt na oddziale psychiatrycznym;
   5) pobyt na oddziale rehabilitacyjnym;
   6) pobyt w sanatorium.

5. Naszą ochroną obejmujemy pobyt w szpitalu, na oddziale intensywnej terapii, na oddziale psychiatrycznym, na oddziale rehabilitacyjnym na całym świecie.

6. Zakres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

7. Wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.

8. Wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po wypadku komunikacyjnym.

9. Wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku w pracy w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po wypadku w pracy.

10. Wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu 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:
   1) jest Twoim pierwszym pobytem spowodowanym danym zawałem serca lub udarem mózgu i
   2) rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.

11. Jeśli przebywasz na oddziale intensywnej terapii, wypłacimy świadczenie jednorazowe w wysokości równej określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

12. Za każdy dzień rekonwalescencji wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

13. Za każdy dzień pobytu na oddziale psychiatrycznym wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

14. Za każdy dzień pobytu na oddziale rehabilitacyjnym wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

15. Jeśli przebywasz w sanatorium, wypłacimy świadczenie jednorazowe w wysokości równej określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

16. Wypłatę ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna odpowiednio w dniu pobytu w szpitalu, w dniu rozpoczęcia pobytu na oddziale intensywnej terapii, w dniu rekonwalescencji, w dniu pobytu na oddziale psychiatrycznym, w dniu pobytu na oddziale rehabilitacyjnym, w dniu rozpoczęcia pobytu w sanatorium.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

17. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje pobytu w szpitalu, pobytu na oddziale intensywnej terapii, pobytu na oddziale rehabilitacyjnym, pobytu na oddziale psychiatrycznym, pobytu w sanatorium, który rozpoczął się przed początkiem naszej ochrony lub pobytu w szpitalu, pobytu na oddziale intensywnej terapii, pobytu na oddziale rehabilitacyjnym, pobytu na oddziale psychiatrycznym, pobytu w sanatorium, 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 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;

6) gdy ubezpieczony był 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 zdarzenia wskazanego w pkt 4;
7) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
8) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem lub użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi, środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – lub w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
9) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza lub niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. produktów;
10) w związku z leczeniem zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania umiejscowionych w kategoriach F00 – F99 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 lub 6A00 – 6E8Z Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-11, wskazanych w załączniku do OWU. Jeśli zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje pobyt na oddziale psychiatrycznym, wyłączenie to nie ma zastosowania do pobytu na oddziale psychiatrycznym;
11) w związku z leczeniem niepłodności;
12) w związku z wykonaniem operacji chirurgicznej w celu kosmetycznym lub estetycznym z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw:
    a) nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie ochrony lub
    b) choroby nowotworowej, która wystąpiła w okresie ochrony;
13) w związku z wykonaniem operacji chirurgicznej w celu zmiany płci;
14) w związku z rehabilitacją. Jeśli zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje pobyt na oddziale rehabilitacyjnym lub pobyt w sanatorium, wyłączenie to nie ma zastosowania odpowiednio do pobytu na oddziale rehabilitacyjnym, pobytu w sanatorium;
15) w wyniku nieszczęśliwego wypadku – gdy ubezpieczony uprawiał którykolwiek z następujących sportów: sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczkę skałkową albo wysokogórską (rozumianą jako każda wspinaczka uprawiana na wysokości powyżej 2000 metrów nad poziomem morza), speleologię, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą z wyłączeniem fajki nurkowej, skoki do wody, skoki na linie (ang. bungee jumping) – o ile którakolwiek z tych okoliczności miała wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku.

18. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje pobytu:
1) w hospicjach, placówkach lecznictwa odwykowego, placówkach dla przewlekle chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych ani zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
2) w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, takich jak sanatoria, szpitale uzdrowiskowe. Jeśli zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje pobyt w sanatorium, wyłączenie to nie ma zastosowania do pobytu w sanatorium;
3) w ośrodkach rehabilitacyjnych;
4) w szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych. Jeśli zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje pobyt na oddziale rehabilitacyjnym, wyłączenie to nie ma zastosowania do pobytu na oddziale rehabilitacyjnym;
5) na oddziałach dziennych;
6) w takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.

19. Nasza odpowiedzialność 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.

20. Świadczenie nie jest należne za pełne dni, w których ubezpieczony przebywał na przepustce w trakcie pobytu w szpitalu (w tym w trakcie pobytu na oddziale psychiatrycznym, pobytu na oddziale rehabilitacyjnym). Świadczenie jest należne za dzień wyjścia na przepustkę i dzień powrotu z przepustki.

OGRANICZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach i ile maksymalnie wypłacimy z ubezpieczenia

21. W każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy zapłacimy maksymalnie:
1) za 365 dni pobytu w szpitalu;
2) za 30 dni pobytu na oddziale psychiatrycznym;
3) za 30 dni pobytu na oddziale rehabilitacyjnym;
4) za 90 dni rekonwalescencji;
5) jedno świadczenie za pobyt w sanatorium.

22. Jeśli będziesz przebywać w szpitalu lub na oddziale intensywnej terapii w czasie rekonwalescencji, to wypłacimy świadczenie:
1) za pobyt w szpitalu i za pobyt na oddziale intensywnej terapii (jeśli przebywałeś na oddziale intensywnej terapii) albo
2) za rekonwalescencję

– według Twojego wyboru.

Decydujesz o tym, składając wniosek o wypłatę:
1) za pobyt w szpitalu i pobyt na oddziale intensywnej terapii (jeśli przebywałeś na oddziale intensywnej terapii) albo
2) za rekonwalescencję.

KARENCJA
– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego nie ponosimy odpowiedzialności lub ponosimy ją w ograniczonym zakresie

23. Nie ponosimy odpowiedzialności za pobyt w szpitalu, pobyt na oddziale intensywnej terapii, rekonwalescencję, pobyt na oddziale psychiatrycznym przez okres pierwszych 30 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.
24. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli pobyt w szpitalu, pobyt na oddziale intensywnej terapii, rekonwalescencja oraz pobyt na oddziale psychiatrycznym był wynikiem:
1) nieszczęśliwego wypadku,
2) wypadku komunikacyjnego,
3) wypadku w pracy
– który wydarzył się w ciągu pierwszych 30 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem wyłączeń z punktu 17–20.
25. Jeśli zmienisz zakres ubezpieczenia, nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 30 dni dla tych zdarzeń wskazanych w pkt 4, które nie były objęte naszą ochroną w poprzednim zakresie ubezpieczenia. Okres 30 dni jest w takim przypadku liczony od rozpoczęcia ochrony dla nowego zakresu ubezpieczenia. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli zdarzenie wskazane w pkt 4 było wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu tych 30 dni.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

26. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.
27. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujemy w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
28. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może zmienić się za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

29. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe:
1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu dodatkowym;
2) jest stała, ale może zmienić się za porozumieniem stron;
3) zależy od:
a) sumy ubezpieczenia,
b) zakresu ubezpieczenia,
c) wysokości świadczenia,
d) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.
30. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie i w polisie.
31. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

32. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania, pod warunkiem jednoczesnego zawarcia albo obowiązywania u ubezpieczającego umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego.
33. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

34. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

35. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na

kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.

36. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

37. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
38. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
39. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.
40. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego, skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
41. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, nie skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

42. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
43. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
44. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.
45. Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego, skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
46. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, nie skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

47. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
48. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym i dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

49. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

– czyli komu należy się wypłata

50. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

51. W razie pobytu w szpitalu (w tym na oddziale psychiatrycznym, oddziale rehabilitacyjnym), 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 od rozpoczęcia pobytu w szpitalu;

2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową z oddziału intensywnej terapii – gdy zakończysz pobyt w szpitalu i rekonwalescencję;
3) dokument, który potwierdza pobyt w szpitalu oraz kartę wypisową z oddziału intensywnej terapii (jeśli przebywałeś na oddziale intensywnej terapii), wydane przez lekarza prowadzącego – w trakcie pobytu w szpitalu;
4) w razie rekonwalescencji – dodatkowo dokument (kopię, wydruk) zwolnienia lekarskiego potwierdzony za zgodność z oryginałem przez ubezpieczającego albo zaświadczenie wydane przez ubezpieczającego o pobieranym zasiłku chorobowym w związku z Twoim pobytem na zwolnieniu lekarskim.

52. W razie pobytu w sanatorium, dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) dokument (kopię, wydruk) wystawionego skierowania;
3) kartę informacyjną z leczenia uzdrowiskowego (sanatoryjnego).

53. 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.

54. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.

55. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

56. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy.

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

I. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania sklasyfikowane zgodnie Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10:	
F00	Otępienie w chorobie Alzheimera
F01	Otępienie naczyniowe
F02	Otępienie w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
F03	Otępienie nieokreślone
F04	Organiczny zespół amnestyczny nie wywołany alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi
F05	Majaczenie niespowodowane przez alkohol ani inne substancje psychoaktywne
F06	Inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną
F07	Zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu
F09	Nieokreślone zaburzenia psychiczne organiczne lub objawowe
F10	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu
F11	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opioidów
F12	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kanabinoli
F13	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji uspokajających i nasennych
F14	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kokainy
F15	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem innych substancji stymulujących, w tym kofeiny
F16	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem halucynogenów
F17	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu
F18	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane odurzaniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi
F19	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych
F20	Schizofrenia
F21	Zaburzenie schizotypowe
F22	Uporczywe zaburzenia urojeniowe
F23	Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne
F24	Indukowane zaburzenie urojeniowe
F25	Zaburzenia schizoafektywne
F28	Inne nieorganiczne zaburzenia psychotyczne
F29	Nieokreślona psychoza nieorganiczna
F30	Epizod maniakalny
F31	Zaburzenia afektywne dwubiegunowe
F32	Epizod depresyjny
F33	Zaburzenie depresyjne nawracające
F34	Uporczywe zaburzenia nastroju [afektywne]

F38	Inne zaburzenia nastroju [afektywne]
F39	Zaburzenia nastroju [afektywne], nieokreślone
F40	Zaburzenia lękowe w postaci fobii
F41	Inne zaburzenia lękowe
F42	Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne
F43	Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne
F44	Zaburzenia dysocjacyjne [konwersyjne]
F45	Zaburzenia występujące pod maską somatyczną
F48	Inne zaburzenia nerwicowe
F50	Zaburzenia odżywiania
F51	Nieorganiczne zaburzenia snu
F52	Zaburzenia seksualne niespowodowane zaburzeniem organicznym ani chorobą somatyczną
F53	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z połogiem, niesklasyfikowane gdzie indziej
F54	Czynniki psychologiczne lub behawioralne związane z zaburzeniami lub chorobami sklasyfikowanymi gdzie indziej
F55	Nadużywanie substancji, które nie powodują uzależnienia
F59	Nieokreślone zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi
F60	Specyficzne zaburzenia osobowości
F61	Zaburzenia osobowości mieszane i inne
F62	Trwałe zmiany osobowości niewynikające z uszkodzenia ani z choroby mózgu
F63	Zaburzenia nawyków i popędów
F64	Zaburzenia identyfikacji płciowej
F65	Zaburzenia preferencji seksualnych
F66	Zaburzenia psychologiczne i zaburzenia zachowania związane z rozwojem i orientacją seksualną
F68	Inne zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych
F69	Nieokreślone zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych
F70	Upośledzenie umysłowe lekkiego stopnia
F71	Upośledzenie umysłowe umiarkowanego stopnia
F72	Upośledzenie umysłowe znacznego stopnia
F73	Upośledzenie umysłowe głębokiego stopnia
F78	Inne upośledzenie umysłowe
F79	Nieokreślone upośledzenie umysłowe
F80	Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka
F81	Specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych
F82	Specyficzne zaburzenia rozwojowe funkcji motorycznych
F83	Mieszane specyficzne zaburzenia rozwojowe
F84	Całościowe zaburzenia rozwojowe
F88	Inne zaburzenia rozwoju psychologicznego

F90	Zaburzenia hiperkinetyczne
F91	Zaburzenia zachowania
F92	Mieszane zaburzenia zachowania i emocji
F93	Zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie
F94	Zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym
F95	Tiki
F98	Inne zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym
F99	Zaburzenie psychiczne nieokreślone inaczej

II. Zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe sklasyfikowane zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób dla statystyki śmiertelności i zachorowalności ICD-11:

6A00	Zaburzenia rozwoju umysłowego
6A01	Zaburzenia rozwojowe mowy i języka
6A02	Zaburzenie ze spektrum autyzmu
6A03	Zaburzenie rozwojowe uczenia się
6A04	Zaburzenie rozwojowe koordynacji motorycznej
6A05	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi
6A06	Stereotypowe zaburzenie ruchowe
6A0Y	Inne określone zaburzenia neurorozwojowe
6A0Z	Zaburzenia neurorozwojowe, nieokreślone
6A20	Schizofrenia
6A21	Zaburzenie schizoafektywne
6A22	Zaburzenie schizotypowe
6A23	Ostre i przemijające zaburzenie psychotyczne
6A24	Zaburzenie urojeniowe
6A25	Objawowe manifestacje pierwotnych zaburzeń psychotycznych
6A2Y	Inne określone pierwotne zaburzenie psychotyczne
6A2Z	Schizofrenia lub inne pierwotne zaburzenia psychotyczne, nieokreślone
6A40	Katatonia związana z innym zaburzeniem psychicznym
6A41	Katatonia wywołana przez substancje lub leki
6A4Z	Katatonia, nieokreślona
6A60	Zaburzenie dwubiegunowe typu I
6A61	Zaburzenie dwubiegunowe typu II
6A62	Zaburzenie cyklotymiczne
6A6Y	Inne określone zaburzenia dwubiegunowe lub pokrewne
6A6Z	Zaburzenia dwubiegunowe lub pokrewne, nieokreślone
6A70	Zaburzenie depresyjne z pojedynczym epizodem
6A71	Zaburzenie depresyjne nawracające

6A72	Zaburzenie dystymiczne
6A73	Zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane
6A7Y	Inne określone zaburzenia depresyjne
6A7Z	Zaburzenia depresyjne, nieokreślone
6A80	Manifestacje związane z objawami i przebiegiem epizodów nastroju w zaburzeniach nastroju
6A8Y	Inne określone zaburzenia nastroju
6A8Z	Zaburzenia nastroju, nieokreślone
6B00	Zaburzenie lękowe uogólnione
6B01	Zaburzenie lękowe z napadami paniki
6B02	Agorafobia
6B03	Fobia specyficzna
6B04	Zaburzenie związane z lękiem społecznym
6B05	Zaburzenie związane z lękiem przed separacją
6B06	Mutyzm wybiórczy
6B0Y	Inne określone zaburzenia związane z lękiem lub strachem
6B0Z	Zaburzenia związane z lękiem lub strachem, nieokreślone
6B20	Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne
6B21	Zaburzenie dysmorficzne ciała
6B22	Zaburzenie odnoszenia węchowego
6B23	Hipochondria
6B24	Zaburzenie związane ze zbieraniem (patologiczne zbieractwo, syllogomania)
6B25	Powtarzające się zaburzenia behawioralne skoncentrowane na ciele
6B2Y	Inne określone zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne lub zaburzenia pokrewne
6B2Z	Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne lub zaburzenia pokrewne, nieokreślone
6B40	Zespół stresu pourazowego
6B41	Złożony zespół stresu pourazowego
6B42	Zespół przedłużonej (powikłanej) żałoby
6B43	Zaburzenie adaptacyjne
6B44	Reaktywne zaburzenie przywiązania
6B45	Nadmierna łatwość w nawiązywaniu relacji społecznych w dzieciństwie
6B4Y	Inne określone zaburzenia w szczególności związane ze stresem
6B4Z	Zaburzenia w szczególności związane ze stresem, nieokreślone
6B60	Dysocjacyjny zespół objawów neurologicznych
6B61	Amnezja dysocjacyjna
6B62	Zaburzenie transowe
6B63	Zaburzenia transowo-opętaniowe
6B64	Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości

6B65	Częściowe dysocjacyjne zaburzenie tożsamości
6B66	Zaburzenie depersonalizacyjno-derealizacyjne
6B6Y	Inne określone zaburzenia dysocjacyjne
6B6Z	Zaburzenia dysocjacyjne, nieokreślone
6B80	Jadłowstręt psychiczny
6B81	Bulimia
6B82	Zespół napadowego objadania się
6B83	Zespół unikania i ograniczania przyjmowania pokarmu
6B84	Pica
6B85	Zespół ruminacji z regurgitacją
6B8Y	Inne określone zaburzenia żywienia lub odżywiania
6B8Z	Zaburzenia żywienia lub odżywiania, nieokreślone
6C00	Moczenie mimowolne
6C01	Zanieczyszczanie się kałem
6C0Z	Zaburzenia wydalania, nieokreślone
6C20	Zaburzenie związane z cierpieniem fizycznym
6C21	Dysforia integralności ciała
6C2Y	Inne określone zaburzenia związane z cierpieniem fizycznym lub doświadczeniem cielesnym
6C2Z	Zaburzenia związane z cierpieniem fizycznym lub doświadczeniem, cielesnym, nieokreślone
6C40	Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu
6C41	Zaburzenia związane z używaniem kannabinoidów pochodzenia roślinnego
6C42	Zaburzenia związane z używaniem syntetycznych kannabinoidów
6C43	Zaburzenia związane z używaniem opioidów
6C44	Zaburzenia związane z używaniem leków uspokajających, nasennych lub przeciwlękowych
6C45	Zaburzenia związane z używaniem kokainy
6C46	Zaburzenia związane z używaniem środków pobudzających, w tym amfetaminy, metamfetaminy lub metylkatynonu
6C47	Zaburzenia spowodowane używaniem syntetycznych katynonów
6C48	Zaburzenia spowodowane używaniem kofeiny
6C49	Zaburzenia spowodowane używaniem halucynogenów
6C4A	Zaburzenia spowodowane używaniem nikotyny
6C4B	Zaburzenia spowodowane używaniem lotnych środków wziewnych
6C4C	Zaburzenia spowodowane używaniem MDMA lub narkotyków pokrewnych, w tym MDA
6C4D	Zaburzenia spowodowane używaniem narkotyków dysocjacyjnych, w tym ketaminy i fencyklidyny [PCP]
6C4E	Zaburzenia spowodowane używaniem innych określonych substancji psychoaktywnych, w tym leków
6C4F	Zaburzenia spowodowane używaniem wielu określonych substancji psychoaktywnych, w tym leków
6C4G	Zaburzenia spowodowane używaniem nieznanych lub nieokreślonych substancji psychoaktywnych
6C4H	Zaburzenia spowodowane używaniem substancji niepsychoaktywnych

6C4Y	Inne określone zaburzenia spowodowane używaniem substancji
6C4Z	Zaburzenia spowodowane używaniem substancji, nieokreślone
6C50	Zaburzenie związane z uprawianiem hazardu (patologiczny hazard)
6C51	Zaburzenie związane z graniem
6C5Y	Inne określone zaburzenia spowodowane zachowaniami nałogowymi
6C5Z	Zaburzenia spowodowane zachowaniami nałogowymi, nieokreślone
6C70	Piromania
6C71	Kleptomania
6C72	Zaburzenie związane z kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi
6C73	Zaburzenie związane z okresowymi zachowaniami eksplozywnymi
6C7Y	Inne określone zaburzenia kontroli impulsów
6C7Z	Zaburzenia kontroli impulsów, nieokreślone
6C90	Zaburzenie opozycyjno-buntownicze
6C91	Dyssocjalne zaburzenie behawioralne
6C9Y	Inne określone zachowanie destrukcyjne lub zaburzenia dyssocjalne
6C9Z	Zachowanie destrukcyjne lub zaburzenia dyssocjalne, nieokreślone
6D10	Zaburzenie osobowości
6D11	Wyraźne cechy lub wzorce osobowości
6D30	Zaburzenie ekshibicjonistyczne
6D31	Zaburzenie związane z podglądaniem (voyeryzm, oglądactwo)
6D32	Zaburzenie pedofilne
6D33	Zaburzenie związane z seksualnym sadyzmem z użyciem przymusu
6D34	Zaburzenie frotterystyczne (ocieractwo)
6D35	Inne zaburzenie parafiliczne obejmujące osoby niewyrażające zgody
6D36	Zaburzenie parafiliczne obejmujące zachowanie samotnicze lub osoby wyrażające zgodę
6D3Z	Zaburzenia parafiliczne, nieokreślone
6D50	Zaburzenie pozorowane skierowane wobec siebie
6D51	Zaburzenie pozorowane skierowane wobec innej osoby
6D5Z	Zaburzenia pozorowane, nieokreślone
6D70	Majaczenie
6D71	Łagodne zaburzenie neuropoznawcze
6D72	Zaburzenie amnestyczne
6D80	Otępienie spowodowane chorobą Alzheimera
6D81	Otępienie spowodowane chorobą naczyń mózgowych
6D82	Otępienie spowodowane chorobą z ciałami Lewy’ego
6D83	Otępienie czołowo-skroniowe
6D84	Otępienie spowodowane substancjami psychoaktywnymi, w tym lekami

6D85	Otępienie spowodowane chorobami sklasyfikowanymi gdzie indziej
6D86	Zaburzenia behawioralne lub psychologiczne w otępieniu
6D8Y	Otępienie, inna określona przyczyna
6D8Z	Otępienie, nieznana lub nieokreślona przyczyna
6E0Y	Inne określone zaburzenia neuropoznawcze
6E0Z	Zaburzenia neuropoznawcze, nieokreślone
6E20	Zaburzenia psychiczne lub behawioralne związane z ciążą, porodem lub połogiem bez objawów psychotycznych
6E21	Zaburzenia psychiczne lub behawioralne związane z ciążą, porodem lub połogiem, z objawami psychotycznymi
6E2Z	Zaburzenia psychiczne lub behawioralne związane z ciążą, porodem lub połogiem, nieokreślone
6E40	Czynniki psychologiczne lub behawioralne wpływające na zaburzenia lub choroby sklasyfikowane gdzie indziej
6E60	Wtórny zespół neurorozwojowy
6E61	Wtórny zespół psychotyczny
6E62	Wtórny zespół zaburzeń nastroju
6E63	Wtórny zespół lękowy
6E64	Wtórny zespół obsesyjno-kompulsyjny lub pokrewny
6E65	Wtórny zespół dysocjacyjny
6E66	Wtórny zespół zaburzenia kontroli impulsów
6E67	Wtórny zespół neuropoznawczy
6E68	Wtórna zmiana osobowości
6E69	Wtórny zespół katatoniczny
6E6Y	Inny określony wtórny zespół psychiczny lub behawioralny
6E6Z	Wtórny zespół psychiczny lub behawioralny, nieokreślony
6E8Y	Inne określone zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe
6E8Z	Zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe, nieokreślone

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO

Kod warunków: MLGP56

Wersja dokumentu z 22 listopada 2025 r.

Ten materiał zawiera informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego, kod warunków: MLGP56 (OWU). Zanim zdecydujesz się zawrzeć umowę, zapoznaj się z OWU. Użyte w OWU definicje mogą odbiegać od powszechnie przyjętego pojęcia, dlatego zwróć na nie szczególną uwagę.
Zawarcie umowy jest dobrowolne.

NINIEJSZY DOKUMENT:

- jest materiałem informacyjnym,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinien być wyłączną podstawą do tego, aby podjąć decyzję o zawarciu umowy.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA – CZYLI CO UBEZPIECZAMY I JAKIE ZDARZENIA OBEJMUJEMY OCHRONĄ

Ubezpieczamy zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu spowodowany:
- chorobą,
- nieszczęśliwym wypadkiem

– który wystąpił w okresie ochrony, trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni i miał na celu leczenie szpitalne.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA

Za każdy dzień pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu z powodu choroby lub nieszczęśliwego wypadku wypłacimy Ci świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który potwierdzamy w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
Jeśli pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu rozpoczął się po 12 miesiącach od daty nieszczęśliwego wypadku, to uznamy go za pobyt w szpitalu z powodu choroby.
Za każdy dzień pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu z powodu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby (jeśli pobyt ten rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po zakończeniu pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu, za który wypłaciliśmy świadczenie, i który był związany – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą) wypłacimy Ci świadczenie w wysokości jak za pobyt w szpitalu z powodu choroby.
Wypłatę ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu.
Jeśli małżonek albo partner życiowy przebywał w szpitalu bądź kilku szpitalach w ciągłości, to uznajemy, że jest to jeden pobyt w szpitalu.

Wypłacimy świadczenie maksymalnie za 365 dni pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus – albo w trakcie jego trwania.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ I KOGO UBEZPIECZAMY

Ubezpieczenie dodatkowe zawiera ubezpieczający, który jest zobowiązany do zapłaty składki za ubezpieczenie.
Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

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.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

GDZIE OBOWIĄZUJE UBEZPIECZENIE

Naszą ochroną obejmujemy pobyt w szpitalu na całym świecie.

JAK I KIEDY PŁACI SIĘ SKŁADKĘ

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego z częstotliwością miesięczną 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.

Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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

Nie wypłacimy świadczenia w przypadku:
- pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu, który trwał krócej niż 4 dni,
- braku naszej ochrony w czasie pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu,
- niedostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności jeśli dane zdarzenie nie jest objęte zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność oraz w innych przypadkach wskazanych w OWU.

JAK ROZWIĄZAĆ UMOWĘ

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie:
- 7 dni od zawarcia umowy – jeśli jest przedsiębiorcą,
- 30 dni od zawarcia umowy – jeśli nie jest przedsiębiorcą.

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) 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 którym 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.

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 ppkt 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, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej” 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.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego, kod warunków MLGP56 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.
Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1-2 pkt 4-11 pkt 18-20 pkt 38 pkt 39-42 pkt 43
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 12-15 pkt 16-17 pkt 35-36 pkt 37 pkt 38 pkt 43

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO

Kod OWU: MLGP56

Zarząd PZU Życie SA uchwalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego uchwałą nr UZ/165/2025 z dnia 14 października 2025 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie 22 listopada 2025 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 grudnia 2025 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, 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;
2) **leczenie szpitalne** – stacjonarne leczenie w szpitalu:
   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) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
4) **pobyt w szpitalu** – pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu, który trwa nieprzerwanie co najmniej 4 dni i ma na celu leczenie szpitalne; za pierwszy dzień pobytu w szpitalu przyjmuje się dzień rejestracji, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala;
5) **przepustka w trakcie pobytu w szpitalu** – czasowa, udokumentowana nieobecność małżonka albo partnera życiowego w szpitalu, udzielona na podstawie decyzji lekarza prowadzącego i potwierdzona odpowiednim wpisem w dokumentacji medycznej;
6) **szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, w którym przez całą dobę wykonywane są świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;
7) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
8) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe.

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 pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA
– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu spowodowany:
1) chorobą;
2) nieszczęśliwym wypadkiem
– który wystąpił w okresie ochrony.

5. Naszą ochroną obejmujemy pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu na całym świecie.

6. Za każdy dzień pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu z powodu choroby lub nieszczęśliwego wypadku wypłacimy Ci świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który potwierdzamy w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia – z uwzględnieniem punktu następnego.

7. Jeśli pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu rozpoczął się po 12 miesiącach od daty nieszczęśliwego wypadku, to uznamy go za pobyt w szpitalu z powodu choroby.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

8. Za każdy dzień pierwszego pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu z powodu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, o którym mowa w pkt 12 ppkt 14, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości jak za pobyt w szpitalu z powodu choroby.
9. Wypłacimy świadczenie maksymalnie za 365 dni pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy.
10. Wypłatę ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu.
11. Jeśli małżonek albo partner życiowy przebywał w szpitalu bądź kilku szpitalach w ciągłości, to uznajemy, że jest to jeden pobyt w szpitalu. Warunek ciągłości jest spełniony, jeśli małżonek albo partner życiowy przebywał w dwóch lub więcej oddziałach szpitalnych w bezpośrednio następujących po sobie dniach – bez względu na godzinę wypisu oraz przyjęcia.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

12. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu, który rozpoczął się przed początkiem naszej ochrony lub pobytu małżonka albo partnera życiowego 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 małżonka albo partnera życiowego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
    4) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez małżonka albo partnera życiowego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
    5) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli małżonek albo partner życiowy prowadził 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;
    6) gdy małżonek albo partner życiowy był 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 zdarzenia wskazanego w pkt 4;
    7) w wyniku samookaleczenia się małżonka albo partnera życiowego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera życiowego;
    8) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem lub użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi, środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – lub w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
    9) w wyniku użycia przez małżonka albo partnera życiowego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza lub niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. produktów;
    10) w związku z leczeniem zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania umiejscowionych w kategoriach F00 – F99 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 lub 6A00 – 6E8Z Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-11, wskazanych w załączniku do OWU;
    11) w związku z leczeniem niepłodności;
    12) w związku z wykonaniem operacji chirurgicznej w celu kosmetycznym lub estetycznym z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw:
        a) nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie ochrony lub
        b) choroby nowotworowej, która wystąpiła w okresie ochrony;
    13) w związku z wykonaniem operacji chirurgicznej w celu zmiany płci;
    14) w związku z rehabilitacją – z wyjątkiem pierwszego pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu z powodu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, jeśli pobyt ten rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po zakończeniu pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu, za który wypłaciliśmy świadczenie, i który był związany – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą;
    15) w wyniku nieszczęśliwego wypadku – gdy małżonek albo partner życiowy uprawiał którykolwiek z następujących sportów: sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczkę skałkową albo wysokogórską (rozumianą jako każda wspinaczka uprawiana na wysokości powyżej 2000 metrów nad poziomem morza), speleologię, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą z wyłączeniem fajki nurkowej, skoki do wody, skoki na linie (ang. bungee jumping) – o ile którakolwiek z tych okoliczności miała wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku.
13. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje pobytu małżonka albo partnera życiowego:
    1) w hospicjach, placówkach lecznictwa odwykowego, placówkach dla przewlekle chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych ani zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
    2) w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego – takich jak sanatoria, szpitale uzdrowiskowe;
    3) w ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych – z wyjątkiem pobytu, o którym mowa w pkt 12 ppkt 14;
    4) na oddziałach dziennych;
    5) w takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.

14. Świadczenie nie jest należne za pełne dni, w których małżonek albo partner życiowy przebywał na przepustce w trakcie pobytu w szpitalu. Świadczenie jest należne za dzień wyjścia na przepustkę i dzień powrotu z przepustki.
15. Nie zrealizujemy świadczenia, jeżeli umyślnie przyczyniłeś się do spowodowania choroby lub nieszczęśliwego wypadku, będących przyczyną pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu.

KARENCJA
– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego nie ponosimy odpowiedzialności lub ponosimy ją w ograniczonym zakresie

16. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 30 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.
17. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli zdarzenie w Twoim życiu, którym jest pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu był wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu pierwszych 30 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem wyłączeń z punktu 12-15.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

18. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.
19. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujemy w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
20. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może zmienić się za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

21. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe:
1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu dodatkowym;
2) jest stała, ale może zmienić się za porozumieniem stron;
3) zależy od:
   a) sumy ubezpieczenia,
   b) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

22. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
23. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

24. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.
25. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

26. 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, nasza ochrona trwa do najbliższej rocznicy polisy.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

27. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
28. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

29. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.

30. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
31. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

32. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
33. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
34. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

35. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
36. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

37. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

38. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie. Nie przysługuje Ci świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu partnera życiowego, jeśli w dniu zajścia tego zdarzenia pozostajesz w związku małżeńskim.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

39. W razie pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu, dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia. Możesz dostarczyć go:
   a) gdy małżonek albo partner życiowy zakończył pobyt w szpitalu,
   b) w trakcie pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu – pierwszy wniosek po 30. dniach a kolejny wniosek po 60. dniu od rozpoczęcia pobytu w szpitalu;
2) Twój akt małżeństwa – jeśli dotyczy pobytu w szpitalu małżonka;
3) kartę informacyjną leczenia szpitalnego – gdy małżonek albo partner życiowy zakończył pobyt w szpitalu;
4) dokument, który potwierdza przyczynę pobytu w szpitalu wydany przez lekarza prowadzącego – gdy składasz wniosek o wypłatę świadczenia w trakcie pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu.

40. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
41. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
42. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

43. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy.

ZAŁĄCZNIK
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO

I. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania sklasyfikowane zgodnie Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10:	
F00	Otępienie w chorobie Alzheimera
F01	Otępienie naczyniowe
F02	Otępienie w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
F03	Otępienie nieokreślone
F04	Organiczny zespół amnestyczny nie wywołany alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi
F05	Majaczenie niespowodowane przez alkohol ani inne substancje psychoaktywne
F06	Inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną
F07	Zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu
F09	Nieokreślone zaburzenia psychiczne organiczne lub objawowe
F10	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu
F11	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opioidów
F12	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kanabinoli
F13	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji uspokajających i nasennych
F14	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kokainy
F15	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem innych substancji stymulujących, w tym kofeiny
F16	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem halucynogenów
F17	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu
F18	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane odurzaniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi
F19	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych
F20	Schizofrenia
F21	Zaburzenie schizotypowe
F22	Uporczywe zaburzenia urojeniowe
F23	Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne
F24	Indukowane zaburzenie urojeniowe
F25	Zaburzenia schizoafektywne
F28	Inne nieorganiczne zaburzenia psychotyczne
F29	Nieokreślona psychoza nieorganiczna
F30	Epizod maniakalny
F31	Zaburzenia afektywne dwubiegunowe
F32	Epizod depresyjny
F33	Zaburzenie depresyjne nawracające
F34	Uporczywe zaburzenia nastroju [afektywne]
F38	Inne zaburzenia nastroju [afektywne]
F39	Zaburzenia nastroju [afektywne], nieokreślone
F40	Zaburzenia lękowe w postaci fobii
F41	Inne zaburzenia lękowe
F42	Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne
F43	Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne
F44	Zaburzenia dysocjacyjne [konwersyjne]
F45	Zaburzenia występujące pod maską somatyczną

F48	Inne zaburzenia nerwicowe
F50	Zaburzenia odżywiania
F51	Nieorganiczne zaburzenia snu
F52	Zaburzenia seksualne niespowodowane zaburzeniem organicznym ani chorobą somatyczną
F53	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z połogiem, niesklasyfikowane gdzie indziej
F54	Czynniki psychologiczne lub behawioralne związane z zaburzeniami lub chorobami sklasyfikowanymi gdzie indziej
F55	Nadużywanie substancji, które nie powodują uzależnienia
F59	Nieokreślone zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi
F60	Specyficzne zaburzenia osobowości
F61	Zaburzenia osobowości mieszane i inne
F62	Trwałe zmiany osobowości niewynikające z uszkodzenia ani z choroby mózgu
F63	Zaburzenia nawyków i popędów
F64	Zaburzenia identyfikacji płciowej
F65	Zaburzenia preferencji seksualnych
F66	Zaburzenia psychologiczne i zaburzenia zachowania związane z rozwojem i orientacją seksualną
F68	Inne zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych
F69	Nieokreślone zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych
F70	Upośledzenie umysłowe lekkiego stopnia
F71	Upośledzenie umysłowe umiarkowanego stopnia
F72	Upośledzenie umysłowe znacznego stopnia
F73	Upośledzenie umysłowe głębokiego stopnia
F78	Inne upośledzenie umysłowe
F79	Nieokreślone upośledzenie umysłowe
F80	Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka
F81	Specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych
F82	Specyficzne zaburzenia rozwojowe funkcji motorycznych
F83	Mieszane specyficzne zaburzenia rozwojowe
F84	Całościowe zaburzenia rozwojowe
F88	Inne zaburzenia rozwoju psychologicznego
F90	Zaburzenia hiperkinetyczne
F91	Zaburzenia zachowania
F92	Mieszane zaburzenia zachowania i emocji
F93	Zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie
F94	Zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym
F95	Tiki
F98	Inne zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym
F99	Zaburzenie psychiczne nieokreślone inaczej

II. Zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe sklasyfikowane zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób dla statystyki śmiertelności i zachorowalności ICD-11:	
6A00	Zaburzenia rozwoju umysłowego
6A01	Zaburzenia rozwojowe mowy i języka
6A02	Zaburzenie ze spektrum autyzmu
6A03	Zaburzenie rozwojowe uczenia się
6A04	Zaburzenie rozwojowe koordynacji motorycznej
6A05	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi
6A06	Stereotypowe zaburzenie ruchowe
6A0Y	Inne określone zaburzenia neurorozwojowe
6A0Z	Zaburzenia neurorozwojowe, nieokreślone

6A20	Schizofrenia
6A21	Zaburzenie schizoafektywne
6A22	Zaburzenie schizotypowe
6A23	Ostre i przemijające zaburzenie psychotyczne
6A24	Zaburzenie urojeniowe
6A25	Objawowe manifestacje pierwotnych zaburzeń psychotycznych
6A2Y	Inne określone pierwotne zaburzenie psychotyczne
6A2Z	Schizofrenia lub inne pierwotne zaburzenia psychotyczne, nieokreślone
6A40	Katatonia związana z innym zaburzeniem psychicznym
6A41	Katatonia wywołana przez substancje lub leki
6A4Z	Katatonia, nieokreślona
6A60	Zaburzenie dwubiegunowe typu I
6A61	Zaburzenie dwubiegunowe typu II
6A62	Zaburzenie cyklotymiczne
6A6Y	Inne określone zaburzenia dwubiegunowe lub pokrewne
6A6Z	Zaburzenia dwubiegunowe lub pokrewne, nieokreślone
6A70	Zaburzenie depresyjne z pojedynczym epizodem
6A71	Zaburzenie depresyjne nawracające
6A72	Zaburzenie dystymiczne
6A73	Zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane
6A7Y	Inne określone zaburzenia depresyjne
6A7Z	Zaburzenia depresyjne, nieokreślone
6A80	Manifestacje związane z objawami i przebiegiem epizodów nastroju w zaburzeniach nastroju
6A8Y	Inne określone zaburzenia nastroju
6A8Z	Zaburzenia nastroju, nieokreślone
6B00	Zaburzenie lękowe uogólnione
6B01	Zaburzenie lękowe z napadami paniki
6B02	Agorafobia
6B03	Fobia specyficzna
6B04	Zaburzenie związane z lękiem społecznym
6B05	Zaburzenie związane z lękiem przed separacją
6B06	Mutyzm wybiórczy
6B0Y	Inne określone zaburzenia związane z lękiem lub strachem
6B0Z	Zaburzenia związane z lękiem lub strachem, nieokreślone
6B20	Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne
6B21	Zaburzenie dysmorficzne ciała
6B22	Zaburzenie odnoszenia węchowego
6B23	Hipochondria
6B24	Zaburzenie związane ze zbieraniem (patologiczne zbieractwo, syllogomania)
6B25	Powtarzające się zaburzenia behawioralne skoncentrowane na ciele
6B2Y	Inne określone zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne lub zaburzenia pokrewne
6B2Z	Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne lub zaburzenia pokrewne, nieokreślone
6B40	Zespół stresu pourazowego
6B41	Złożony zespół stresu pourazowego
6B42	Zespół przedłużonej (powikłanej) żałoby
6B43	Zaburzenie adaptacyjne
6B44	Reaktywne zaburzenie przywiązania
6B45	Nadmierna łatwość w nawiązywaniu relacji społecznych w dzieciństwie

6B4Y	Inne określone zaburzenia w szczególności związane ze stresem
6B4Z	Zaburzenia w szczególności związane ze stresem, nieokreślone
6B60	Dysocjacyjny zespół objawów neurologicznych
6B61	Amnezja dysocjacyjna
6B62	Zaburzenie transowe
6B63	Zaburzenia transowo-opętaniowe
6B64	Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości
6B65	Częściowe dysocjacyjne zaburzenie tożsamości
6B66	Zaburzenie depersonalizacyjno-derealizacyjne
6B6Y	Inne określone zaburzenia dysocjacyjne
6B6Z	Zaburzenia dysocjacyjne, nieokreślone
6B80	Jadłowstręt psychiczny
6B81	Bulimia
6B82	Zespół napadowego objadania się
6B83	Zespół unikania i ograniczania przyjmowania pokarmu
6B84	Pica
6B85	Zespół ruminacji z regurgitacją
6B8Y	Inne określone zaburzenia żywienia lub odżywiania
6B8Z	Zaburzenia żywienia lub odżywiania, nieokreślone
6C00	Moczenie mimowolne
6C01	Zanieczyszczanie się kałem
6C0Z	Zaburzenia wydalania, nieokreślone
6C20	Zaburzenie związane z cierpieniem fizycznym
6C21	Dysforia integralności ciała
6C2Y	Inne określone zaburzenia związane z cierpieniem fizycznym lub doświadczeniem cielesnym
6C2Z	Zaburzenia związane z cierpieniem fizycznym lub doświadczeniem, cielesnym, nieokreślone
6C40	Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu
6C41	Zaburzenia związane z używaniem kannabinoidów pochodzenia roślinnego
6C42	Zaburzenia związane z używaniem syntetycznych kannabinoidów
6C43	Zaburzenia związane z używaniem opioidów
6C44	Zaburzenia związane z używaniem leków uspokajających, nasennych lub przeciwlękowych
6C45	Zaburzenia związane z używaniem kokainy
6C46	Zaburzenia związane z używaniem środków pobudzających, w tym amfetaminy, metamfetaminy lub metylkatynonu
6C47	Zaburzenia spowodowane używaniem syntetycznych katynonów
6C48	Zaburzenia spowodowane używaniem kofeiny
6C49	Zaburzenia spowodowane używaniem halucynogenów
6C4A	Zaburzenia spowodowane używaniem nikotyny
6C4B	Zaburzenia spowodowane używaniem lotnych środków wziewnych
6C4C	Zaburzenia spowodowane używaniem MDMA lub narkotyków pokrewnych, w tym MDA
6C4D	Zaburzenia spowodowane używaniem narkotyków dysocjacyjnych, w tym ketaminy i fencyklidyny [PCP]
6C4E	Zaburzenia spowodowane używaniem innych określonych substancji psychoaktywnych, w tym leków
6C4F	Zaburzenia spowodowane używaniem wielu określonych substancji psychoaktywnych, w tym leków
6C4G	Zaburzenia spowodowane używaniem nieznanych lub nieokreślonych substancji psychoaktywnych
6C4H	Zaburzenia spowodowane używaniem substancji niepsychoaktywnych
6C4Y	Inne określone zaburzenia spowodowane używaniem substancji
6C4Z	Zaburzenia spowodowane używaniem substancji, nieokreślone
6C50	Zaburzenie związane z uprawianiem hazardu (patologiczny hazard)
6C51	Zaburzenie związane z graniem
6C5Y	Inne określone zaburzenia spowodowane zachowaniami nałogowymi

6C5Z	Zaburzenia spowodowane zachowaniami nałogowymi, nieokreślone
6C70	Piromania
6C71	Kleptomania
6C72	Zaburzenie związane z kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi
6C73	Zaburzenie związane z okresowymi zachowaniami eksplozywnymi
6C7Y	Inne określone zaburzenia kontroli impulsów
6C7Z	Zaburzenia kontroli impulsów, nieokreślone
6C90	Zaburzenie opozycyjno-buntownicze
6C91	Dyssocjalne zaburzenie behawioralne
6C9Y	Inne określone zachowanie destrukcyjne lub zaburzenia dyssocjalne
6C9Z	Zachowanie destrukcyjne lub zaburzenia dyssocjalne, nieokreślone
6D10	Zaburzenie osobowości
6D11	Wyraźne cechy lub wzorce osobowości
6D30	Zaburzenie ekshibicjonistyczne
6D31	Zaburzenie związane z podglądaniem (voyeryzm, oglądactwo)
6D32	Zaburzenie pedofilne
6D33	Zaburzenie związane z seksualnym sadyzmem z użyciem przymusu
6D34	Zaburzenie frotterystyczne (ocieractwo)
6D35	Inne zaburzenie parafiliczne obejmujące osoby niewyrażające zgody
6D36	Zaburzenie parafiliczne obejmujące zachowanie samotnicze lub osoby wyrażające zgodę
6D3Z	Zaburzenia parafiliczne, nieokreślone
6D50	Zaburzenie pozorowane skierowane wobec siebie
6D51	Zaburzenie pozorowane skierowane wobec innej osoby
6D5Z	Zaburzenia pozorowane, nieokreślone
6D70	Majaczenie
6D71	Łagodne zaburzenie neuropoznawcze
6D72	Zaburzenie amnestyczne
6D80	Otępienie spowodowane chorobą Alzheimera
6D81	Otępienie spowodowane chorobą naczyń mózgowych
6D82	Otępienie spowodowane chorobą z ciałami Lewy'ego
6D83	Otępienie czołowo-skroniowe
6D84	Otępienie spowodowane substancjami psychoaktywnymi, w tym lekami
6D85	Otępienie spowodowane chorobami sklasyfikowanymi gdzie indziej
6D86	Zaburzenia behawioralne lub psychologiczne w otępieniu
6D8Y	Otępienie, inna określona przyczyna
6D8Z	Otępienie, nieznana lub nieokreślona przyczyna
6E0Y	Inne określone zaburzenia neuropoznawcze
6E0Z	Zaburzenia neuropoznawcze, nieokreślone
6E20	Zaburzenia psychiczne lub behawioralne związane z ciążą, porodem lub połogiem bez objawów psychotycznych
6E21	Zaburzenia psychiczne lub behawioralne związane z ciążą, porodem lub połogiem, z objawami psychotycznymi
6E2Z	Zaburzenia psychiczne lub behawioralne związane z ciążą, porodem lub połogiem, nieokreślone
6E40	Czynniki psychologiczne lub behawioralne wpływające na zaburzenia lub choroby sklasyfikowane gdzie indziej
6E60	Wtórny zespół neurorozwojowy
6E61	Wtórny zespół psychotyczny
6E62	Wtórny zespół zaburzeń nastroju
6E63	Wtórny zespół lękowy
6E64	Wtórny zespół obsesyjno-kompulsyjny lub pokrewny
6E65	Wtórny zespół dysocjacyjny
6E66	Wtórny zespół zaburzenia kontroli impulsów
6E67	Wtórny zespół neuropoznawczy

6E68	Wtórna zmiana osobowości
6E69	Wtórny zespół katatoniczny
6E6Y	Inny określony wtórny zespół psychiczny lub behawioralny
6E6Z	Wtórny zespół psychiczny lub behawioralny, nieokreślony
6E8Y	Inne określone zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe
6E8Z	Zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe, nieokreślone

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO PLUS

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO PLUS

Kod warunków: MPGP56

Wersja dokumentu z 22 listopada 2025 r.

Ten materiał zawiera informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego Plus, kod warunków: MPGP56 (OWU). Zanim zdecydujesz się zawrzeć umowę, zapoznaj się z OWU. Użyte w OWU definicje mogą odbiegać od powszechnie przyjętego pojęcia, dlatego zwróć na nie szczególną uwagę. Zawarcie umowy jest dobrowolne.

NINIEJSZY DOKUMENT:

- jest materiałem informacyjnym,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinien być wyłączną podstawą do tego, aby podjąć decyzję o zawarciu umowy.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA – CZYLI CO UBEZPIECZAMY I JAKIE ZDARZENIA OBEJMUJEMY OCHRONĄ

Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje, w zależności od wyboru ubezpieczającego, poniższe zdarzenia w życiu ubezpieczonego, które wystąpią w okresie ochrony:

- pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu z powodu:
  - nieszczęśliwego wypadku,
  - wypadku komunikacyjnego,
  - wypadku w pracy,
  - zawału serca lub udaru mózgu,
- pobyt małżonka albo partnera życiowego na oddziale intensywnej terapii,
- rekonwalescencja – jeśli pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu trwał co najmniej 14 dni

– pod warunkiem, że wypłaciliśmy świadczenie za pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego,

- pobyt małżonka albo partnera życiowego na oddziale psychiatrycznym,
- pobyt małżonka albo partnera życiowego na oddziale rehabilitacyjnym,
- pobyt małżonka albo partnera życiowego w sanatorium.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA

W zależności od obowiązującego zakresu umowy:

1. Wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (jeśli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni) w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.
2. Wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego (jeśli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni) w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po wypadku komunikacyjnym.
3. Wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu w wyniku wypadku w pracy (jeśli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni) w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po wypadku w pracy.
4. Wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu spowodowanego zawałem

serca lub udarem mózgu (jeśli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni) w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu, pod warunkiem, że pobyt ten:
   - jest pierwszym pobytem małżonka albo partnera życiowego spowodowanym danym zawałem serca lub udarem mózgu i
   - rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.

5. Jeśli małżonek albo partner życiowy przebywa na oddziale intensywnej terapii, wypłacimy świadczenie jednorazowe w wysokości równej określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
6. Za każdy dzień rekonwalescencji wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
7. Za każdy dzień pobytu małżonka albo partnera życiowego na oddziale psychiatrycznym wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia (jeśli pobyt na oddziale psychiatrycznym trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni).
8. Za każdy dzień pobytu małżonka albo partnera życiowego na oddziale rehabilitacyjnym wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia (jeśli pobyt na oddziale rehabilitacyjnym trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni). Nasza ochrona obejmuje pobyt małżonka albo partnera życiowego na oddziale rehabilitacyjnym z powodu choroby albo nieszczęśliwego wypadku, który rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po zakończeniu pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu, za który wypłaciliśmy świadczenie z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego, i który był związany – odpowiednio – z tą samą chorobą albo tym samym nieszczęśliwym wypadkiem.
9. Jeśli małżonek albo partner życiowy przebywa w sanatorium, wypłacimy świadczenie jednorazowe w wysokości równej określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia (jeśli pobyt w sanatorium trwał nieprzerwanie co najmniej 7 dni). Nasza ochrona obejmuje pobyt małżonka albo partnera życiowego w sanatorium z powodu choroby albo nieszczęśliwego wypadku, na podstawie skierowania wystawionego nie później niż 12 miesięcy po zakończeniu pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu, za który wypłaciliśmy świadczenie z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego, i który był związany – odpowiednio – z tą samą chorobą albo tym samym nieszczęśliwym wypadkiem. Za sanatorium uznajemy również szpital uzdrowiskowy.

W każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy zapłacimy maksymalnie:
- za 365 dni pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu,
- za 30 dni pobytu małżonka albo partnera życiowego na oddziale psychiatrycznym,
- za 30 dni pobytu małżonka albo partnera życiowego na oddziale rehabilitacyjnym,
- za 90 dni rekonwalescencji,
- jedno świadczenie za pobyt małżonka albo partnera życiowego w sanatorium.

Jeśli małżonek albo partner życiowy będzie przebywać w szpitalu lub na oddziale intensywnej terapii w czasie rekonwalescencji, to wypłacimy świadczenie:
- za pobyt w szpitalu i za pobyt na oddziale intensywnej terapii (jeśli małżonek albo partner życiowy przebywał na oddziale intensywnej terapii) albo
- za rekonwalescencję

– według Twojego wyboru.

Decydujesz o tym, składając wniosek o wypłatę:
- za pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu i pobyt małżonka albo partnera życiowego na oddziale intensywnej terapii (jeśli małżonek albo partner życiowy przebywał na oddziale intensywnej terapii) albo
- za rekonwalescencję.

Wypłatę ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna odpowiednio w dniu pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu, w dniu rozpoczęcia pobytu małżonka albo partnera życiowego na oddziale intensywnej terapii, w dniu rekonwalescencji, w dniu pobytu małżonka albo partnera życiowego na oddziale psychiatrycznym, w dniu pobytu małżonka albo partnera życiowego na oddziale rehabilitacyjnym, w dniu rozpoczęcia pobytu małżonka albo partnera życiowego w sanatorium.

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 małżonka albo partnera życiowego.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ I 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 małżonka albo partnera życiowego.

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

Naszą ochroną obejmujemy:
- pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu, na oddziale intensywnej terapii, na oddziale psychiatrycznym, na oddziale rehabilitacyjnym na całym świecie,
- pobyt małżonka albo partnera życiowego w sanatorium w miejscowości uzdrowiskowej w Polsce.

JAK I KIEDY PŁACI SIĘ SKŁADKĘ

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego z częstotliwością miesięczną 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 małżonka albo partnera życiowego.

Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego,
- 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

Nie wypłacimy świadczenia w przypadku:
- pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu, który trwał krócej niż 4 dni,
- braku naszej ochrony w czasie pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu,
- niedostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności jeśli dane zdarzenie nie jest objęte zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność oraz w innych przypadkach wskazanych w OWU.

JAK ROZWIĄZAĆ UMOWĘ

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie:
- 7 dni od zawarcia umowy – jeśli jest przedsiębiorcą,
- 30 dni od zawarcia umowy – jeśli nie jest przedsiębiorcą.

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) 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 którym 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.

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 ppkt 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, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej" 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.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego Plus, kod warunków MPGP56 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.
Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1-2 pkt 4-16 pkt 27-29 pkt 51 pkt 52-56 pkt 57
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 17-21 pkt 22-23 pkt 24-26 pkt 48-49 pkt 50 pkt 51 pkt 57

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO PLUS

Kod OWU: MPGP56

Zarząd PZU Życie SA uchwalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego Plus uchwałą nr UZ/165/2025 z dnia 14 października 2025 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie 22 listopada 2025 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 grudnia 2025 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

1) **dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego** – wskazane przez PZU Życie SA w umowie ubezpieczenie dodatkowe na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego;
2) **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;
3) **oddział rehabilitacyjny** – oddział wyodrębniony w strukturach szpitala, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji medycznej;
4) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
5) **pobyt na oddziale intensywnej terapii** – pobyt małżonka albo partnera życiowego na oddziale intensywnej terapii, który trwa nieprzerwanie co najmniej 24 godziny;
6) **pobyt na oddziale psychiatrycznym** – stacjonarny pobyt małżonka albo partnera życiowego, trwający nieprzerwanie co najmniej 4 dni, na oddziale psychiatrycznym, który został wyodrębniony w strukturach szpitala. Nasza ochrona obejmuje wyłącznie pobyt małżonka albo partnera życiowego na oddziale psychiatrycznym, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych w związku z rozpoznaniem:
   a) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (kody od F00 do F99), za wyjątkiem zaburzeń psychicznych i zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (kody od F10 do F19) lub
   b) zaburzeń psychicznych, behawioralnych lub neurorozwojowych zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób dla statystyki śmiertelności i zachorowalności ICD-11 (kody od 6A00 do 6E8Z) za wyjątkiem zaburzeń spowodowanych używaniem substancji lub zachowaniami nałogowymi (kody od 6C40 do 6C5Z).
   Zaburzenia, o których mowa powyżej, wskazane są w załączniku do OWU;
7) **pobyt na oddziale rehabilitacyjnym** – stacjonarny pobyt małżonka albo partnera życiowego na oddziale rehabilitacyjnym, który trwa nieprzerwanie co najmniej 4 dni. Nasza ochrona obejmuje wyłącznie pobyt małżonka albo partnera życiowego na oddziale rehabilitacyjnym z powodu choroby albo nieszczęśliwego wypadku, który rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po zakończeniu pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu, za który wypłaciliśmy świadczenie z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego, i który był związany – odpowiednio – z tą samą chorobą albo tym samym nieszczęśliwym wypadkiem;
8) **pobyt w sanatorium** – stacjonarny pobyt małżonka albo partnera życiowego w sanatorium, który trwa nieprzerwanie co najmniej 7 dni. Nasza ochrona obejmuje wyłącznie pobyt małżonka albo partnera życiowego w sanatorium z powodu choroby albo nieszczęśliwego wypadku, na podstawie skierowania wystawionego nie później niż 12 miesięcy po zakończeniu pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu, za który wypłaciliśmy świadczenie z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego, i który był związany – odpowiednio – z tą samą chorobą albo tym samym nieszczęśliwym wypadkiem;
9) **rekonwalescencja** – maksymalnie 30-dniowy nieprzerwany pobyt małżonka albo partnera życiowego na zwolnieniu lekarskim bezpośrednio po pobycie w szpitalu;
10) **sanatorium** – zakład lecznictwa uzdrowiskowego zlokalizowany w miejscowości uzdrowiskowej w Polsce, który udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji medycznej i zapewnia opiekę lekarską oraz całodobową opiekę pielęgniarską. Za sanatorium uznajemy również szpital uzdrowiskowy;

11) **statek** – pasażerski albo towarowy statek morski albo statek śródlądowy, który ma napęd silnikowy lub żaglowy – statkiem nie są okręty wojenne;
12) **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;
13) **szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, w którym przez całą dobę wykonywane są świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;
14) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
15) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
16) **udar mózgu** – nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu spowodowane wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany. Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu:
    a) który rozpoznano na podstawie obecności świeżych zmian naczyniopochodnych w badaniu obrazowym mózgu lub
    b) który był leczony trombolitycznie.

    Nasza ochrona w tym ubezpieczeniu nie obejmuje przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA) oraz takiego udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu.

    Dniem wystąpienia udaru mózgu jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
    a) rozpoznano udar mózgu w sposób opisany powyżej lub
    b) zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia udaru mózgu;
17) **wypadek komunikacyjny** – tylko taki wypadek komunikacyjny, który jest nieszczęśliwym wypadkiem wywołanym:
    a) ruchem pojazdu na drodze (pojazdem jest również tramwaj) – jeśli małżonek albo partner życiowy brał 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 małżonek albo partner życiowy był 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 małżonek albo partner życiowy był 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 małżonek albo partner życiowy był członkiem załogi lub pasażerem, gdy statek:
    • zatonął lub został uszkodzony albo
    • zaginął lub znajduje się w miejscu, do którego nie ma dostępu;
18) **wypadek w pracy** – tylko taki wypadek, który jest nieszczęśliwym wypadkiem i wystąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez małżonka albo partnera życiowego:
    a) zwykłych czynności lub
    b) poleceń przełożonych

    – w ramach stosunku prawnego, w którym małżonek albo partner życiowy pozostaje w chwili wystąpienia wypadku w pracy.

    Wypadkiem w pracy nie jest wypadek w drodze do pracy lub z pracy;
19) **zawał serca** – uszkodzenie części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia.

    Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:
    a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,
    b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,
    c) nowy ubytek 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.

    Dniem wystąpienia zawału serca jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano zawał serca w sposób opisany powyżej.

2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA
– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy zdarzenie w Twoim życiu, którym jest pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu, na oddziale intensywnej terapii, rekonwalescencja małżonka albo partnera życiowego, pobyt małżonka albo partnera życiowego na oddziale psychiatrycznym, na oddziale rehabilitacyjnym, w sanatorium.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA
– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje, w zależności od wyboru ubezpieczającego, poniższe zdarzenia w Twoim życiu, które wystąpią w okresie ochrony:
1) pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu z powodu:
   a) nieszczęśliwego wypadku,
   b) wypadku komunikacyjnego,
   c) wypadku w pracy,
   d) zawału serca lub udaru mózgu;
2) pobyt małżonka albo partnera życiowego na oddziale intensywnej terapii;
3) rekonwalescencja – jeśli pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu trwał co najmniej 14 dni

– pod warunkiem, że wypłaciliśmy świadczenie za pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego;
4) pobyt małżonka albo partnera życiowego na oddziale psychiatrycznym;
5) pobyt małżonka albo partnera życiowego na oddziale rehabilitacyjnym;
6) pobyt małżonka albo partnera życiowego w sanatorium.

5. Naszą ochroną obejmujemy pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu, na oddziale intensywnej terapii, na oddziale psychiatrycznym, na oddziale rehabilitacyjnym na całym świecie.

6. Zakres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

7. Wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.

8. Wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po wypadku komunikacyjnym.

9. Wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu w wyniku wypadku w pracy w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po wypadku w pracy.

10. Wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu, pod warunkiem, że pobyt ten:
1) jest pierwszym pobytem małżonka albo partnera życiowego spowodowanym danym zawałem serca lub udarem mózgu i
2) rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.

11. Jeśli małżonek albo partner życiowy przebywa na oddziale intensywnej terapii, wypłacimy świadczenie jednorazowe w wysokości równej określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

12. Za każdy dzień rekonwalescencji wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

13. Za każdy dzień pobytu małżonka albo partnera życiowego na oddziale psychiatrycznym wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

14. Za każdy dzień pobytu małżonka albo partnera życiowego na oddziale rehabilitacyjnym wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

15. Jeśli małżonek albo partner życiowy przebywa w sanatorium, wypłacimy świadczenie jednorazowe w wysokości równej określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

16. Wypłatę ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna odpowiednio w dniu pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu, w dniu rozpoczęcia pobytu małżonka albo partnera życiowego na oddziale intensywnej terapii, w dniu rekonwalescencji, w dniu pobytu małżonka albo partnera życiowego na oddziale psychiatrycznym, w dniu pobytu małżonka albo partnera życiowego na oddziale rehabilitacyjnym, w dniu rozpoczęcia pobytu małżonka albo partnera życiowego w sanatorium.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

17. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu, na oddziale intensywnej terapii, na oddziale rehabilitacyjnym, na oddziale psychiatrycznym, w sanatorium, który rozpoczął się przed początkiem naszej ochrony lub pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu, na oddziale intensywnej terapii, na oddziale rehabilitacyjnym, na oddziale psychiatrycznym, w sanatorium, który nastąpił:
1) w wyniku działań wojennych;
2) w wyniku katastrof, które powodują skażenie promieniotwórcze, chemiczne lub biologiczne;
3) w wyniku czynnego udziału małżonka albo partnera życiowego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;

4) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez małżonka albo partnera życiowego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
5) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli małżonek albo partner życiowy prowadził 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;
6) gdy małżonek albo partner życiowy był 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 zdarzenia wskazanego w pkt 4;
7) w wyniku samookaleczenia się małżonka albo partnera życiowego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera życiowego;
8) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem lub użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi, środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – lub w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
9) w wyniku użycia przez małżonka albo partnera życiowego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza lub niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. produktów;
10) w związku z leczeniem zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania umiejscowionych w kategoriach F00 – F99 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 lub 6A00 – 6E8Z Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-11, wskazanych w załączniku do OWU. Jeśli zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje pobyt małżonka albo partnera życiowego na oddziale psychiatrycznym, wyłączenie to nie ma zastosowania do pobytu małżonka albo partnera życiowego na oddziale psychiatrycznym;
11) w związku z leczeniem niepłodności;
12) w związku z wykonaniem operacji chirurgicznej w celu kosmetycznym lub estetycznym z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw:
   a) nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie ochrony lub
   b) choroby nowotworowej, która wystąpiła w okresie ochrony;
13) w związku z wykonaniem operacji chirurgicznej w celu zmiany płci;
14) w związku z rehabilitacją. Jeśli zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje pobyt małżonka albo partnera życiowego na oddziale rehabilitacyjnym lub pobyt małżonka albo partnera życiowego w sanatorium, wyłączenie to nie ma zastosowania odpowiednio do pobytu małżonka albo partnera życiowego na oddziale rehabilitacyjnym, pobytu małżonka albo partnera życiowego w sanatorium;
15) w wyniku nieszczęśliwego wypadku – gdy małżonek albo partner życiowy uprawiał którykolwiek z następujących sportów: sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczkę skałkową albo wysokogórską (rozumianą jako każda wspinaczka uprawiana na wysokości powyżej 2000 metrów nad poziomem morza), speleologię, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą z wyłączeniem fajki nurkowej, skoki do wody, skoki na linie (ang. bungee jumping) – o ile którakolwiek z tych okoliczności miała wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku.

18. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje pobytu małżonka albo partnera życiowego:
1) w hospicjach, placówkach lecznictwa odwykowego, placówkach dla przewlekle chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych ani zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
2) w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, takich jak sanatoria, szpitale uzdrowiskowe. Jeśli zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje pobyt małżonka albo partnera życiowego w sanatorium, wyłączenie to nie ma zastosowania do pobytu małżonka albo partnera życiowego w sanatorium;
3) w ośrodkach rehabilitacyjnych;
4) w szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych. Jeśli zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje pobyt małżonka albo partnera życiowego na oddziale rehabilitacyjnym, wyłączenie to nie ma zastosowania do pobytu małżonka albo partnera życiowego na oddziale rehabilitacyjnym;
5) na oddziałach dziennych;
6) w takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.

19. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje rekonwalescencji, jeśli:
1) pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu, po którym bezpośrednio następuje rekonwalescencja, był spowodowany leczeniem niepłodności;
2) rekonwalescencja odbyła się w okresie urlopu małżonka albo partnera życiowego dla poratowania zdrowia albo urlopu zdrowotnego.

20. Świadczenie nie jest należne za pełne dni, w których małżonek albo partner życiowy przebywał na przepustce w trakcie pobytu w szpitalu (w tym w trakcie pobytu na oddziale psychiatrycznym, pobytu na oddziale rehabilitacyjnym). Świadczenie jest należne za dzień wyjścia na przepustkę i dzień powrotu z przepustki.

21. Nie zrealizujemy świadczenia, jeśli umyślnie przyczyniłeś się do spowodowania choroby lub nieszczęśliwego wypadku, będących przyczyną pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu.

OGRANICZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach i ile maksymalnie wypłacimy z ubezpieczenia

22. W każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy zapłacimy maksymalnie:
1) za 365 dni pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu;
2) za 30 dni pobytu małżonka albo partnera życiowego na oddziale psychiatrycznym;
3) za 30 dni pobytu małżonka albo partnera życiowego na oddziale rehabilitacyjnym;
4) za 90 dni rekonwalescencji;
5) jedno świadczenie za pobyt małżonka albo partnera życiowego w sanatorium.

23. Jeśli małżonek albo partner życiowy będzie przebywać w szpitalu lub na oddziale intensywnej terapii w czasie rekonwalescencji, to wypłacimy świadczenie:
1) za pobyt w szpitalu i za pobyt na oddziale intensywnej terapii (jeśli małżonek albo partner życiowy przebywał na oddziale intensywnej terapii) albo
2) za rekonwalescencję
– według Twojego wyboru.
Decydujesz o tym, składając wniosek o wypłatę:
1) za pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu i pobyt małżonka albo partnera życiowego na oddziale intensywnej terapii (jeśli małżonek albo partner życiowy przebywał na oddziale intensywnej terapii) albo
2) za rekonwalescencję.

KARENCJA
– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego nie ponosimy odpowiedzialności lub ponosimy ją w ograniczonym zakresie

24. Nie ponosimy odpowiedzialności za pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu, pobyt małżonka albo partnera życiowego na oddziale intensywnej terapii, rekonwalescencję, pobyt małżonka albo partnera życiowego na oddziale psychiatrycznym przez okres pierwszych 30 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.

25. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu, pobyt małżonka albo partnera życiowego na oddziale intensywnej terapii, rekonwalescencja oraz pobyt małżonka albo partnera życiowego na oddziale psychiatrycznym był wynikiem:
1) nieszczęśliwego wypadku,
2) wypadku komunikacyjnego,
3) wypadku w pracy
– który wydarzył się w ciągu pierwszych 30 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem wyłączeń z punktu 17-21.

26. Jeśli zmienisz zakres ubezpieczenia, nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 30 dni dla tych zdarzeń wskazanych w pkt 4, które nie były objęte naszą ochroną w poprzednim zakresie ubezpieczenia. Okres 30 dni jest w takim przypadku liczony od rozpoczęcia ochrony dla nowego zakresu ubezpieczenia. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli zdarzenie wskazane w pkt 4 było wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu tych 30 dni.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

27. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.

28. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujemy w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

29. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może zmienić się za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

30. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe:
1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu dodatkowym;
2) jest stała, ale może zmienić się za porozumieniem stron;
3) zależy od:
a) sumy ubezpieczenia,
b) zakresu ubezpieczenia,
c) wysokości świadczenia,
d) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

31. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie i w polisie.

32. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

33. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania, pod warunkiem jednoczesnego zawarcia albo obowiązywania u ubezpieczającego umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego.
34. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

35. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

36. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
37. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

38. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
39. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
40. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.
41. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego, skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
42. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, nie skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

43. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
44. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
45. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.
46. Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego, skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
47. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, nie skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

48. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
49. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym i dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

50. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

51. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie. Nie przysługuje Ci świadczenie z tytułu zdarzeń dotyczących partnera życiowego, wskazanych w pkt 4, jeśli w dniu zajścia danego zdarzenia pozostajesz w związku małżeńskim.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

52. W razie pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu (w tym na oddziale psychiatrycznym, oddziale rehabilitacyjnym), dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia. Możesz dostarczyć go:
   a) gdy małżonek albo partner życiowy zakończył pobyt w szpitalu, jeśli nie było rekonwalescencji,
   b) gdy małżonek albo partner życiowy zakończył pobyt w szpitalu i rekonwalescencję,
   c) w trakcie pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu – po 30. lub 60. dniu od rozpoczęcia pobytu w szpitalu;
2) Twój akt małżeństwa – jeśli dotyczy pobytu w szpitalu małżonka;
3) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową z oddziału intensywnej terapii – gdy małżonek albo partner życiowy zakończył pobyt w szpitalu i rekonwalescencję;
4) dokument, który potwierdza pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu oraz kartę wypisową z oddziału intensywnej terapii (jeśli małżonek albo partner życiowy przebywał na oddziale intensywnej terapii), wydane przez lekarza prowadzącego – gdy składasz wniosek o wypłatę świadczenia w trakcie pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu;
5) w razie rekonwalescencji – dodatkowo dokument (kopię, wydruk) zwolnienia lekarskiego.

53. W razie pobytu małżonka albo partnera życiowego w sanatorium, dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) dokument (kopię, wydruk) wystawionego skierowania;
3) kartę informacyjną z leczenia uzdrowiskowego (sanatoryjnego).

54. 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.

55. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.

56. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

57. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy.

ZAŁĄCZNIK
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO PLUS

I. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania sklasyfikowane zgodnie Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10:	
F00	Otępienie w chorobie Alzheimera
F01	Otępienie naczyniowe
F02	Otępienie w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
F03	Otępienie nieokreślone
F04	Organiczny zespół amnestyczny nie wywołany alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi
F05	Majaczenie niespowodowane przez alkohol ani inne substancje psychoaktywne
F06	Inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną
F07	Zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu
F09	Nieokreślone zaburzenia psychiczne organiczne lub objawowe
F10	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu
F11	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opioidów
F12	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kanabinoli
F13	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji uspokajających i nasennych
F14	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kokainy
F15	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem innych substancji stymulujących, w tym kofeiny
F16	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem halucynogenów
F17	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu
F18	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane odurzaniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi
F19	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych
F20	Schizofrenia
F21	Zaburzenie schizotypowe
F22	Uporczywe zaburzenia urojeniowe
F23	Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne
F24	Indukowane zaburzenie urojeniowe
F25	Zaburzenia schizoafektywne
F28	Inne nieorganiczne zaburzenia psychotyczne
F29	Nieokreślona psychoza nieorganiczna
F30	Epizod maniakalny
F31	Zaburzenia afektywne dwubiegunowe
F32	Epizod depresyjny
F33	Zaburzenie depresyjne nawracające
F34	Uporczywe zaburzenia nastroju [afektywne]
F38	Inne zaburzenia nastroju [afektywne]
F39	Zaburzenia nastroju [afektywne], nieokreślone
F40	Zaburzenia lękowe w postaci fobii
F41	Inne zaburzenia lękowe
F42	Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne
F43	Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne
F44	Zaburzenia dysocjacyjne [konwersyjne]
F45	Zaburzenia występujące pod maską somatyczną
F48	Inne zaburzenia nerwicowe
F50	Zaburzenia odżywiania
F51	Nieorganiczne zaburzenia snu

F52	Zaburzenia seksualne niespowodowane zaburzeniem organicznym ani chorobą somatyczną
F53	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z połogiem, niesklasyfikowane gdzie indziej
F54	Czynniki psychologiczne lub behawioralne związane z zaburzeniami lub chorobami sklasyfikowanymi gdzie indziej
F55	Nadużywanie substancji, które nie powodują uzależnienia
F59	Nieokreślone zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi
F60	Specyficzne zaburzenia osobowości
F61	Zaburzenia osobowości mieszane i inne
F62	Trwałe zmiany osobowości niewynikające z uszkodzenia ani z choroby mózgu
F63	Zaburzenia nawyków i popędów
F64	Zaburzenia identyfikacji płciowej
F65	Zaburzenia preferencji seksualnych
F66	Zaburzenia psychologiczne i zaburzenia zachowania związane z rozwojem i orientacją seksualną
F68	Inne zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych
F69	Nieokreślone zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych
F70	Upośledzenie umysłowe lekkiego stopnia
F71	Upośledzenie umysłowe umiarkowanego stopnia
F72	Upośledzenie umysłowe znacznego stopnia
F73	Upośledzenie umysłowe głębokiego stopnia
F78	Inne upośledzenie umysłowe
F79	Nieokreślone upośledzenie umysłowe
F80	Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka
F81	Specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych
F82	Specyficzne zaburzenia rozwojowe funkcji motorycznych
F83	Mieszane specyficzne zaburzenia rozwojowe
F84	Całościowe zaburzenia rozwojowe
F88	Inne zaburzenia rozwoju psychologicznego
F90	Zaburzenia hiperkinetyczne
F91	Zaburzenia zachowania
F92	Mieszane zaburzenia zachowania i emocji
F93	Zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie
F94	Zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym
F95	Tiki
F98	Inne zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym
F99	Zaburzenie psychiczne nieokreślone inaczej

II. Zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe sklasyfikowane zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób dla statystyki śmiertelności i zachorowalności ICD-11:	
6A00	Zaburzenia rozwoju umysłowego
6A01	Zaburzenia rozwojowe mowy i języka
6A02	Zaburzenie ze spektrum autyzmu
6A03	Zaburzenie rozwojowe uczenia się
6A04	Zaburzenie rozwojowe koordynacji motorycznej
6A05	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi
6A06	Stereotypowe zaburzenie ruchowe
6A0Y	Inne określone zaburzenia neurorozwojowe
6A0Z	Zaburzenia neurorozwojowe, nieokreślone
6A20	Schizofrenia
6A21	Zaburzenie schizoafektywne
6A22	Zaburzenie schizotypowe
6A23	Ostre i przemijające zaburzenie psychotyczne

6A24	Zaburzenie urojeniowe
6A25	Objawowe manifestacje pierwotnych zaburzeń psychotycznych
6A2Y	Inne określone pierwotne zaburzenie psychotyczne
6A2Z	Schizofrenia lub inne pierwotne zaburzenia psychotyczne, nieokreślone
6A40	Katatonia związana z innym zaburzeniem psychicznym
6A41	Katatonia wywołana przez substancje lub leki
6A4Z	Katatonia, nieokreślona
6A60	Zaburzenie dwubiegunowe typu I
6A61	Zaburzenie dwubiegunowe typu II
6A62	Zaburzenie cyklotymiczne
6A6Y	Inne określone zaburzenia dwubiegunowe lub pokrewne
6A6Z	Zaburzenia dwubiegunowe lub pokrewne, nieokreślone
6A70	Zaburzenie depresyjne z pojedynczym epizodem
6A71	Zaburzenie depresyjne nawracające
6A72	Zaburzenie dystymiczne
6A73	Zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane
6A7Y	Inne określone zaburzenia depresyjne
6A7Z	Zaburzenia depresyjne, nieokreślone
6A80	Manifestacje związane z objawami i przebiegiem epizodów nastroju w zaburzeniach nastroju
6A8Y	Inne określone zaburzenia nastroju
6A8Z	Zaburzenia nastroju, nieokreślone
6B00	Zaburzenie lękowe uogólnione
6B01	Zaburzenie lękowe z napadami paniki
6B02	Agorafobia
6B03	Fobia specyficzna
6B04	Zaburzenie związane z lękiem społecznym
6B05	Zaburzenie związane z lękiem przed separacją
6B06	Mutyzm wybiórczy
6B0Y	Inne określone zaburzenia związane z lękiem lub strachem
6B0Z	Zaburzenia związane z lękiem lub strachem, nieokreślone
6B20	Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne
6B21	Zaburzenie dysmorficzne ciała
6B22	Zaburzenie odnoszenia węchowego
6B23	Hipochondria
6B24	Zaburzenie związane ze zbieraniem (patologiczne zbieractwo, syllogomania)
6B25	Powtarzające się zaburzenia behawioralne skoncentrowane na ciele
6B2Y	Inne określone zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne lub zaburzenia pokrewne
6B2Z	Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne lub zaburzenia pokrewne, nieokreślone
6B40	Zespół stresu pourazowego
6B41	Złożony zespół stresu pourazowego
6B42	Zespół przedłużonej (powikłanej) żałoby
6B43	Zaburzenie adaptacyjne
6B44	Reaktywne zaburzenie przywiązania
6B45	Nadmierna łatwość w nawiązywaniu relacji społecznych w dzieciństwie
6B4Y	Inne określone zaburzenia w szczególności związane ze stresem
6B4Z	Zaburzenia w szczególności związane ze stresem, nieokreślone
6B60	Dysocjacyjny zespół objawów neurologicznych
6B61	Amnezja dysocjacyjna
6B62	Zaburzenie transowe
6B63	Zaburzenia transowo-opętaniowe

6B64	Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości
6B65	Częściowe dysocjacyjne zaburzenie tożsamości
6B66	Zaburzenie depersonalizacyjno-derealizacyjne
6B6Y	Inne określone zaburzenia dysocjacyjne
6B6Z	Zaburzenia dysocjacyjne, nieokreślone
6B80	Jadłowstręt psychiczny
6B81	Bulimia
6B82	Zespół napadowego objadania się
6B83	Zespół unikania i ograniczania przyjmowania pokarmu
6B84	Pica
6B85	Zespół ruminacji z regurgitacją
6B8Y	Inne określone zaburzenia żywienia lub odżywiania
6B8Z	Zaburzenia żywienia lub odżywiania, nieokreślone
6C00	Moczenie mimowolne
6C01	Zanieczyszczanie się kałem
6C0Z	Zaburzenia wydalania, nieokreślone
6C20	Zaburzenie związane z cierpieniem fizycznym
6C21	Dysforia integralności ciała
6C2Y	Inne określone zaburzenia związane z cierpieniem fizycznym lub doświadczeniem cielesnym
6C2Z	Zaburzenia związane z cierpieniem fizycznym lub doświadczeniem, cielesnym, nieokreślone
6C40	Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu
6C41	Zaburzenia związane z używaniem kannabinoidów pochodzenia roślinnego
6C42	Zaburzenia związane z używaniem syntetycznych kannabinoidów
6C43	Zaburzenia związane z używaniem opioidów
6C44	Zaburzenia związane z używaniem leków uspokajających, nasennych lub przeciwlękowych
6C45	Zaburzenia związane z używaniem kokainy
6C46	Zaburzenia związane z używaniem środków pobudzających, w tym amfetaminy, metamfetaminy lub metylkatynonu
6C47	Zaburzenia spowodowane używaniem syntetycznych katynonów
6C48	Zaburzenia spowodowane używaniem kofeiny
6C49	Zaburzenia spowodowane używaniem halucynogenów
6C4A	Zaburzenia spowodowane używaniem nikotyny
6C4B	Zaburzenia spowodowane używaniem lotnych środków wziewnych
6C4C	Zaburzenia spowodowane używaniem MDMA lub narkotyków pokrewnych, w tym MDA
6C4D	Zaburzenia spowodowane używaniem narkotyków dysocjacyjnych, w tym ketaminy i fencyklidyny [PCP]
6C4E	Zaburzenia spowodowane używaniem innych określonych substancji psychoaktywnych, w tym leków
6C4F	Zaburzenia spowodowane używaniem wielu określonych substancji psychoaktywnych, w tym leków
6C4G	Zaburzenia spowodowane używaniem nieznanych lub nieokreślonych substancji psychoaktywnych
6C4H	Zaburzenia spowodowane używaniem substancji niepsychoaktywnych
6C4Y	Inne określone zaburzenia spowodowane używaniem substancji
6C4Z	Zaburzenia spowodowane używaniem substancji, nieokreślone
6C50	Zaburzenie związane z uprawianiem hazardu (patologiczny hazard)
6C51	Zaburzenie związane z graniem
6C5Y	Inne określone zaburzenia spowodowane zachowaniami nałogowymi
6C5Z	Zaburzenia spowodowane zachowaniami nałogowymi, nieokreślone
6C70	Piromania
6C71	Kleptomania
6C72	Zaburzenie związane z kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi
6C73	Zaburzenie związane z okresowymi zachowaniami eksplozywnymi
6C7Y	Inne określone zaburzenia kontroli impulsów
6C7Z	Zaburzenia kontroli impulsów, nieokreślone

6C90	Zaburzenie opozycyjno-buntownicze
6C91	Dyssocjalne zaburzenie behawioralne
6C9Y	Inne określone zachowanie destrukcyjne lub zaburzenia dyssocjalne
6C9Z	Zachowanie destrukcyjne lub zaburzenia dyssocjalne, nieokreślone
6D10	Zaburzenie osobowości
6D11	Wyraźne cechy lub wzorce osobowości
6D30	Zaburzenie ekshibicjonistyczne
6D31	Zaburzenie związane z podglądaniem (voyeryzm, oglądactwo)
6D32	Zaburzenie pedofilne
6D33	Zaburzenie związane z seksualnym sadyzmem z użyciem przymusu
6D34	Zaburzenie frotterystyczne (ocieractwo)
6D35	Inne zaburzenie parafiliczne obejmujące osoby niewyrażające zgody
6D36	Zaburzenie parafiliczne obejmujące zachowanie samotnicze lub osoby wyrażające zgodę
6D3Z	Zaburzenia parafiliczne, nieokreślone
6D50	Zaburzenie pozorowane skierowane wobec siebie
6D51	Zaburzenie pozorowane skierowane wobec innej osoby
6D5Z	Zaburzenia pozorowane, nieokreślone
6D70	Majaczenie
6D71	Łagodne zaburzenie neuropoznawcze
6D72	Zaburzenie amnestyczne
6D80	Otępienie spowodowane chorobą Alzheimera
6D81	Otępienie spowodowane chorobą naczyń mózgowych
6D82	Otępienie spowodowane chorobą z ciałami Lewy'ego
6D83	Otępienie czołowo-skroniowe
6D84	Otępienie spowodowane substancjami psychoaktywnymi, w tym lekami
6D85	Otępienie spowodowane chorobami sklasyfikowanymi gdzie indziej
6D86	Zaburzenia behawioralne lub psychologiczne w otępieniu
6D8Y	Otępienie, inna określona przyczyna
6D8Z	Otępienie, nieznana lub nieokreślona przyczyna
6E0Y	Inne określone zaburzenia neuropoznawcze
6E0Z	Zaburzenia neuropoznawcze, nieokreślone
6E20	Zaburzenia psychiczne lub behawioralne związane z ciążą, porodem lub połogiem bez objawów psychotycznych
6E21	Zaburzenia psychiczne lub behawioralne związane z ciążą, porodem lub połogiem, z objawami psychotycznymi
6E2Z	Zaburzenia psychiczne lub behawioralne związane z ciążą, porodem lub połogiem, nieokreślone
6E40	Czynniki psychologiczne lub behawioralne wpływające na zaburzenia lub choroby sklasyfikowane gdzie indziej
6E60	Wtórny zespół neurorozwojowy
6E61	Wtórny zespół psychotyczny
6E62	Wtórny zespół zaburzeń nastroju
6E63	Wtórny zespół lękowy
6E64	Wtórny zespół obsesyjno-kompulsyjny lub pokrewny
6E65	Wtórny zespół dysocjacyjny
6E66	Wtórny zespół zaburzenia kontroli impulsów
6E67	Wtórny zespół neuropoznawczy
6E68	Wtórna zmiana osobowości
6E69	Wtórny zespół katatoniczny
6E6Y	Inny określony wtórny zespół psychiczny lub behawioralny
6E6Z	Wtórny zespół psychiczny lub behawioralny, nieokreślony
6E8Y	Inne określone zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe
6E8Z	Zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe, nieokreślone

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO DZIECKA

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO DZIECKA

Kod warunków: DLGP56

Wersja dokumentu z 22 listopada 2025 r.

Ten materiał zawiera informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego dziecka, kod warunków: DLGP56 (OWU). Zanim zdecydujesz się zawrzeć umowę, zapoznaj się z OWU. Użyte w OWU definicje mogą odbiegać od powszechnie przyjętego pojęcia, dlatego zwróć na nie szczególną uwagę.
Zawarcie umowy jest dobrowolne.

NINIEJSZY DOKUMENT:

- jest materiałem informacyjnym,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinien być wyłączną podstawą do tego, aby podjąć decyzję o zawarciu umowy.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA – CZYLI CO UBEZPIECZAMY I JAKIE ZDARZENIA OBEJMUJEMY OCHRONĄ

Ubezpieczamy zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest pobyt dziecka w szpitalu spowodowany:
- chorobą,
- nieszczęśliwym wypadkiem

– który wystąpił w okresie ochrony i trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni (a w przypadku usług medycznych co najmniej 8 dni) i miał na celu leczenie szpitalne.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA

W przypadku zajścia zdarzenia w Twoim życiu, którym jest pobyt dziecka w szpitalu, w zależności od zakresu świadczeń, który obowiązuje w umowie w dniu zajścia zdarzenia:
1) wypłacimy Ci świadczenie pieniężne:
   a) za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu z powodu choroby lub nieszczęśliwego wypadku równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który potwierdzamy w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia. Jeśli pobyt dziecka w szpitalu rozpoczął się po 12 miesiącach od daty nieszczęśliwego wypadku, to uznamy go za pobyt w szpitalu z powodu choroby,
   b) za każdy dzień pierwszego pobytu dziecka w szpitalu z powodu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby (jeśli pobyt ten rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po zakończeniu pobytu dziecka w szpitalu, za który wypłaciliśmy świadczenie, i który był związany – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą) w wysokości jak za pobyt w szpitalu z powodu choroby

   – jeśli w zakresie świadczeń, który obowiązuje w umowie, masz wyłącznie świadczenie pieniężne;
2) wypłacimy Ci świadczenie pieniężne zgodnie z ppkt 1 i przyznamy Ci prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka, jeżeli pobyt dziecka w szpitalu trwał co najmniej 8 dni – jeśli obydwa te świadczenia są w zakresie świadczeń, który obowiązuje w umowie.

Wypłatę ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu pobytu dziecka w szpitalu.
Jeśli dziecko przebywało w szpitalu bądź kilku szpitalach w ciągłości, to uznajemy, że jest to jeden pobyt w szpitalu.

Wypłacimy świadczenie maksymalnie za 365 dni pobytu dziecka w szpitalu w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus – albo w trakcie jego trwania.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ I KOGO UBEZPIECZAMY

Ubezpieczenie dodatkowe zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.
Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

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

Naszą ochroną obejmujemy pobyt w szpitalu na całym świecie.
Usługi medyczne realizowane są we wskazanych placówkach medycznych na terenie Polski.

JAK I KIEDY PŁACI SIĘ SKŁADKĘ

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego z częstotliwością miesięczną 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.

Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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

Nie wypłacimy świadczenia w przypadku:
- pobytu dziecka w szpitalu, który trwał krócej niż 4 dni,
- pobytu w szpitalu dziecka, które w dniu zajścia zdarzenia nie miało ukończonych 3 miesięcy,
- niedostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności jeśli dane zdarzenie nie jest objęte zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność oraz w innych przypadkach wskazanych w OWU.

JAK ROZWIĄZAĆ UMOWĘ

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie:
- 7 dni od zawarcia umowy – jeśli jest przedsiębiorcą,
- 30 dni od zawarcia umowy – jeśli nie jest przedsiębiorcą.

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) 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 którym 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.
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 ppkt 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, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej" 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.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego dziecka, kod warunków DLGP56 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.
Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1-2 pkt 4-11 pkt 19-21 pkt 39-40 pkt 41-46 pkt 47
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 9-10 pkt 12-16 pkt 17-18 pkt 36-37 pkt 38 pkt 47

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO DZIECKA

Kod OWU: DLGP56

Zarząd PZU Życie SA uchwalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego dziecka uchwałą nr UZ/165/2025 z dnia 14 października 2025 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie 22 listopada 2025 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 grudnia 2025 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, 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;
2) **dziecko** – dziecko, które w dniu pobytu w szpitalu miało ukończone 3 miesiące i nie ukończyło 18 lat, a w razie gdy uczęszcza do szkoły – nie ukończyło 25 lat. Może nim być:
   a) dziecko ubezpieczonego,
   b) dziecko małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego (jeżeli nie żyje drugi rodzic dziecka małżonka albo partnera życiowego);
3) **leczenie szpitalne** – stacjonarne leczenie w szpitalu:
   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;
4) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
5) **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;
6) **pobyt w szpitalu** – pobyt dziecka w szpitalu, który trwa nieprzerwanie co najmniej 4 dni (a w przypadku usług medycznych nieprzerwanie co najmniej 8 dni) i ma na celu leczenie szpitalne; za pierwszy dzień pobytu w szpitalu przyjmuje się dzień rejestracji, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala;
7) **przepustka w trakcie pobytu w szpitalu** – czasowa, udokumentowana nieobecność dziecka w szpitalu, udzielona na podstawie decyzji lekarza prowadzącego i potwierdzona odpowiednim wpisem w dokumentacji medycznej;
8) **realizacja świadczenia** – wypłata ubezpieczonemu świadczenia pieniężnego lub przyznanie ubezpieczonemu prawa do korzystania z usług medycznych dla dziecka w razie zajścia zdarzenia objętego naszą ochroną;
9) **szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, w którym przez całą dobę wykonywane są świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;
10) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
11) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
12) **uczęszczanie do szkoły** – kształcenie się w publicznej lub niepublicznej szkole oraz państwowej lub niepaństwowej szkole wyższej w trybie dziennym, wieczorowym lub zaocznym, w rozumieniu przepisów o oświacie i szkolnictwie wyższym, z wyłączeniem wszelkich kursów oraz kształcenia korespondencyjnego;
13) **usługi medyczne** – świadczenia, których listę znajdziesz w Załączniku nr 1 do tych OWU i które przysługują o ile pobyt dziecka w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 8 dni.

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 pobyt dziecka w szpitalu.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I ZAKRES ŚWIADCZEŃ
– czyli za jakie zdarzenie odpowiadamy i jakie świadczenia możesz otrzymać

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest pobyt dziecka w szpitalu spowodowany:
1) chorobą;
2) nieszczęśliwym wypadkiem
– który wystąpił w okresie ochrony i trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni (a w przypadku usług medycznych co najmniej 8 dni).

5. Naszą ochroną obejmujemy pobyt w szpitalu na całym świecie.

6. W razie zajścia zdarzenia w Twoim życiu, którym jest pobyt dziecka w szpitalu, w zależności od zakresu świadczeń, który obowiązuje w umowie w dniu zajścia zdarzenia:
1) wypłacimy Ci świadczenie pieniężne:
a) za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu z powodu choroby lub nieszczęśliwego wypadku równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który potwierdzamy w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia. Jeśli pobyt dziecka w szpitalu rozpoczął się po 12 miesiącach od daty nieszczęśliwego wypadku, to uznamy go za pobyt w szpitalu z powodu choroby,
b) za każdy dzień pierwszego pobytu dziecka w szpitalu z powodu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, o którym mowa w pkt 13 ppkt 14, w wysokości jak za pobyt w szpitalu z powodu choroby
– jeśli w zakresie świadczeń, który obowiązuje w umowie, masz wyłącznie świadczenie pieniężne;
2) wypłacimy Ci świadczenie pieniężne zgodnie z ppkt 1 i przyznamy Ci prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka, jeżeli pobyt dziecka w szpitalu trwał co najmniej 8 dni – jeśli obydwa te świadczenia są w zakresie świadczeń, który obowiązuje w umowie.

7. Zakres ubezpieczenia dodatkowego i zakres świadczeń potwierdzamy w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

8. Wypłacimy świadczenie maksymalnie za 365 dni pobytu dziecka w szpitalu w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy.

9. Wypłatę ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu pobytu dziecka w szpitalu. Z usług medycznych możesz korzystać do wyczerpania się ich limitu (który znajdziesz w Załączniku nr 1 do tych OWU) i nie dłużej niż przez 12 miesięcy licząc od dnia wydania decyzji potwierdzającej prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka.

10. Prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka zostanie przyznane, jeśli to świadczenie znajduje się w zakresie świadczeń umowy oraz jeśli pobyt dziecka w szpitalu trwał co najmniej 8 dni i za ten pobyt należne jest świadczenie pieniężne.

11. Jeśli dziecko przebywało w szpitalu bądź kilku szpitalach w ciągłości, to uznajemy, że jest to jeden pobyt w szpitalu. Warunek ciągłości jest spełniony, jeśli dziecko przebywało w dwóch lub więcej oddziałach szpitalnych w bezpośrednio następujących po sobie dniach – bez względu na godzinę wypisu oraz przyjęcia.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

12. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminu **wrodzona wada rozwojowa** – jest to obecny przy urodzeniu stan spowodowany nieprawidłowym rozwojem określonego regionu ciała, układu lub narządu w okresie prenatalnym, który został sklasyfikowany zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 z zastosowaniem kodu od Q00 do Q99 lub ICD-11 z zastosowaniem kodu od LA00 do LD9Z, wskazany w Załączniku nr 3 do OWU.

13. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje pobytu dziecka w szpitalu, który rozpoczął się przed początkiem okresu ochrony lub pobytu dziecka 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 dziecka w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
4) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez dziecko czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
5) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli dziecko prowadziło pojazd:
a) bez uprawnień do prowadzenia pojazdu, które są określone w przepisach prawa lub
b) niedopuszczony do ruchu w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, lub
c) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości – w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, lub
d) 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;
6) gdy dziecko było w stanie po użyciu alkoholu albo 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 zdarzenia wskazanego w pkt 4;
7) w wyniku umyślnego samookaleczenia się dziecka lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez dziecko;
8) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem lub użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi, środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – lub w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;

9) w wyniku użycia przez dziecko produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza lub niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
10) w związku z leczeniem zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania umiejscowionych w kategoriach F00 – F99 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 lub 6A00 – 6E8Z Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-11, wskazanych w Załączniku nr 3 do OWU;
11) w związku z wykonaniem operacji chirurgicznej w celu kosmetycznym, estetycznym z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie ochrony;
12) w związku z wykonaniem operacji chirurgicznej w celu zmiany płci;
13) w związku z leczeniem wrodzonej wady rozwojowej;
14) w związku z rehabilitacją – z wyjątkiem pierwszego pobytu dziecka w szpitalu z powodu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, jeśli pobyt ten rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po zakończeniu pobytu dziecka w szpitalu, za który wypłaciliśmy świadczenie, i który był związany – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą;
15) w wyniku nieszczęśliwego wypadku – gdy dziecko uprawiało którykolwiek z następujących sportów: sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczkę skałkową albo wysokogórską (rozumianą jako każda wspinaczka uprawiana na wysokości powyżej 2000 metrów nad poziomem morza), speleologię, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą z wyłączeniem fajki nurkowej, skoki do wody, skoki na linie (ang. bungee jumping) – o ile którakolwiek z tych okoliczności miała wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku.

14. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje pobytu dziecka:
1) w placówkach lecznictwa odwykowego, placówkach dla przewlekle chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych ani zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
2) w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego – takich jak sanatoria, szpitale uzdrowiskowe;
3) w ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych – z wyjątkiem pobytu, o którym mowa w pkt 13 ppkt 14;
4) na oddziałach dziennych;
5) w takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.

15. Świadczenie nie jest należne za pełne dni, w których dziecko przebywało na przepustce w trakcie pobytu w szpitalu. Świadczenie jest należne za dzień wyjścia na przepustkę i dzień powrotu z przepustki.

16. Nie zrealizujemy świadczenia, jeżeli umyślnie przyczyniłeś się do spowodowania choroby lub nieszczęśliwego wypadku, będących przyczyną pobytu dziecka w szpitalu.

KARENCJA
– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego nie ponosimy odpowiedzialności lub ponosimy ją w ograniczonym zakresie

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

18. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli zdarzenie w Twoim życiu, którym jest pobyt dziecka w szpitalu było wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu pierwszych 30 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem wyłączeń z punktu 13-16.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

19. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.

20. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujemy w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

21. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może zmienić się za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

22. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe:
1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu dodatkowym;
2) jest stała, ale może zmienić się za porozumieniem stron;
3) zależy od:
   a) sumy ubezpieczenia,
   b) zakresu świadczeń,
   c) wysokości świadczenia,
   d) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

23. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.

24. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

25. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.
26. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

27. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

28. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
29. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

30. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
31. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
32. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

33. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
34. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
35. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

36. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
37. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

38. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata i komu przyznajemy prawo do korzystania z usług medycznych

39. Prawo do świadczenia pieniężnego przysługuje Tobie.

40. Prawo do korzystania z usług medycznych dla dziecka przyznajemy Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie pieniężne i jak zacząć korzystać z usług medycznych

41. W razie pobytu dziecka w szpitalu, dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia. Możesz dostarczyć go:
   a) gdy dziecko zakończyło pobyt w szpitalu,
   b) w trakcie pobytu dziecka w szpitalu – pierwszy wniosek po 30. dniach a kolejny wniosek po 60. dniu od rozpoczęcia pobytu w szpitalu;
2) akt urodzenia dziecka;
3) kartę informacyjną leczenia szpitalnego – gdy dziecko zakończyło pobyt w szpitalu;
4) dokument, który potwierdza przyczynę pobytu w szpitalu i nazwę placówki medycznej, wydany przez lekarza tej placówki prowadzącego – gdy składasz wniosek o wypłatę świadczenia w trakcie pobytu dziecka w szpitalu.

42. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że świadczenie Ci się należy, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.

43. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.

44. Na podstawie dostarczonej dokumentacji podejmiemy decyzję w sprawie wypłaty świadczenia pieniężnego lub przyznania Ci prawa do korzystania z usług medycznych dla dziecka (jeśli posiadasz je w zakresie ubezpieczenia).

45. Po otrzymaniu decyzji o przyznaniu Ci prawa do korzystania z usług medycznych dla dziecka – będziesz mógł rozpocząć korzystanie z tych usług.

46. Aby korzystać z usług medycznych – za naszym pośrednictwem – umawiasz termin usługi medycznej. Możesz to zrobić za pośrednictwem dostępnych kanałów określonych w Załączniku nr 2 do tych OWU.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

47. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy.

ZAŁĄCZNIK NR 1
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO DZIECKA

ZAKRES USŁUG MEDYCZNYCH

USŁUGA MEDYCZNA		LIMIT	OPIS
Konsultacje ambulatoryjne z zakresu	alergologii	2 konsultacje – łączny limit na wszystkie konsultacje	1. Konsultacje ambulatoryjne odbywają się w placówce medycznej i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: fizykalne badanie pacjenta, zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia, wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań (w tym e-skierowań) związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. 2. Z konsultacji ambulatoryjnych możesz korzystać bez skierowania we wskazanej przez nas placówce medycznej. 3. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.
	alergologii dziecięcej		
	chirurgii dziecięcej		
	chirurgii naczyniowej		
	chirurgii ogólnej		
	chirurgii onkologicznej		
	chorób zakaźnych		
	dermatologii		
	dermatologii dziecięcej		
	diabetologii		
	diabetologii dziecięcej		
	endokrynologii		
	endokrynologii dziecięcej		
	gastroenterologii		
	gastroenterologii dziecięcej		
	ginekologii i położnictwa		
	ginekologii dziecięcej		
	hematologii		
	hematologii dziecięcej		
	hepatologii		
	hepatologii dziecięcej		
	kardiochirurgii		
	kardiochirurgii dziecięcej		
	kardiologii		
	kardiologii dziecięcej		
	nefrologii		
	nefrologii dziecięcej		
	neurochirurgii		
	neurochirurgii dziecięcej		
	neurologii		
	neurologii dziecięcej		
	okulistyki		
	okulistyki dziecięcej		

Konsultacje ambulatoryjne z zakresu	onkologii	2 konsultacje – łączny limit na wszystkie konsultacje	1. Konsultacje ambulatoryjne odbywają się w placówce medycznej i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: fizykalne badanie pacjenta, zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia, wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań (w tym e-skierowań) związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. 2. Z konsultacji ambulatoryjnych możesz korzystać bez skierowania we wskazanej przez nas placówce medycznej. 3. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.
	onkologii dziecięcej		
	ortopedii i traumatologii narządu ruchu		
	ortopedii dziecięcej		
	otolaryngologii		
	otolaryngologii dziecięcej		
	psychiatrii		
	psychiatrii dziecięcej		
	pulmonologii		
	pulmonologii dziecięcej		
	rehabilitacji medycznej		
	reumatologii		
	reumatologii dziecięcej		
	urologii		
	urologii dziecięcej		
	wenerologii		
Posiewy i bakteriologia	antybiogram (dotyczy posiewów z zakresu usług medycznych)	2 badania – łączny limit na wszystkie wymienione badania	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	posiew wymazu z cewki moczowej		
	posiew wymazu z kanału szyjki macicy		
	posiew wymazu z oka		
	posiew wymazu z pochwy		
	posiew wymazu z ucha		
	posiew wymazu z rany		
Zabiegi chirurgiczne	zdjęcie szwów	5 zabiegów lub badań – łączny limit na wszystkie wymienione zabiegi i badania (zabiegi chirurgiczne, ogólnolekarskie, badania okulistyczne, zabiegi otolaryngologiczne, ortopedyczne, urologiczne)	Z zabiegów i badań możesz korzystać bez skierowania we wskazanej przez nas placówce medycznej z wyłączeniem założenia cewnika (konieczne jest skierowanie).
	założenie prostego opatrunku		
	zmiana prostego opatrunku		
Zabiegi ogólnolekarskie	zakładanie cewników do pęcherza moczowego (bez kosztu cewnika)		
	unieruchomienie po skręceniu lub zwichnięciu stawu kończyny dolnej – bez kosztu ortezy, gipsu		
	unieruchomienie po skręceniu lub zwichnięciu stawu kończyny górnej – bez kosztu ortezy, gipsu		
	unieruchomienie po nieskomplikowanym złamaniu kości kończyny dolnej – bez kosztu ortezy, gipsu		
	unieruchomienie po nieskomplikowanym złamaniu kości kończyny górnej – bez kosztu ortezy, gipsu		
	założenie opatrunku rany skóry lub tkanki podskórnej		

Badania okulistyczne	badanie ciśnienia śródgałkowego komputerowe (nie obejmuje tonometrii dynamicznej, tonometrii indukcyjnej)	5 zabiegów lub badań – łączny limit na wszystkie wymienione zabiegi i badania (zabiegi chirurgiczne, ogólnolekarskie, badania okulistyczne, zabiegi otolaryngologiczne, ortopedyczne, urologiczne)	Z zabiegów i badań możesz korzystać bez skierowania we wskazanej przez nas placówce medycznej z wyłączeniem założenia cewnika (konieczne jest skierowanie).
	badanie dna oka		
	badanie ostrości widzenia do dali i do bliży – badanie komputerowe		
	badanie ostrości widzenia do dali i do bliży – na tablicach Snellena		
	badanie pola widzenia komputerowe (nie obejmuje perymetrii zdwojonej częstotliwości, mikroperymetrii)		
	dobór szkieł korekcyjnych		
Zabiegi otolaryngologiczne	płukanie uszu		
	przedmuchiwanie trąbki słuchowej metodą Politzera		
	opatrunek uszny z lekiem		
	usunięcie woskowiny z ucha		
Zabiegi ortopedyczne	zdjęcie gipsu		
Zabiegi urologiczne	zakładanie cewników do pęcherza moczowego (bez kosztu cewnika)		
Zabiegi pielęgniarskie	iniekcja – domięśniowa (bez kosztu produktu leczniczego)	10 zabiegów – łączny limit na wszystkie wymienione zabiegi	Z zabiegów i procedur możesz skorzystać na podstawie skierowania we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	iniekcja – dożylna (bez kosztu produktu leczniczego)		
	iniekcja – podskórna (bez kosztu produktu leczniczego)		
	podłączenie wlewu kroplowego (bez kosztu produktu leczniczego)		

ZAŁĄCZNIK NR 2
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO DZIECKA – JAK ZGŁOSIĆ ZDARZENIE I ZREALIZOWAĆ ŚWIADCZENIE

JAK MOŻESZ ZGŁOSIĆ ZDARZENIE?

przez infolinię 801 102 102 lub 22 566 55 55 (opłata zgodna z taryfą operatora)

osobiście w Oddziale PZU

na piśmie pocztą tradycyjną, pocztą elektroniczną

przez stronę pzu.pl

Jeżeli świadczenie jest należne, wypłacimy świadczenie pieniężne albo wypłacimy świadczenie pieniężne i wydamy decyzję o przyznaniu Ci prawa do korzystania z usług medycznych dla dziecka.
W decyzji otrzymasz numer infolinii medycznej.

JAK ZREALIZOWAĆ USŁUGI MEDYCZNE?

Usługi medyczne możesz zrealizować, gdy otrzymasz decyzję o prawie do korzystania z usług medycznych dla dziecka. W celu realizacji usług medycznych:

zadzwoń na całodobową infolinię medyczną (numer infolinii otrzymasz w decyzji)

ZAŁĄCZNIK NR 3
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO DZIECKA

I. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania sklasyfikowane zgodnie Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10:	
F00	Otępienie w chorobie Alzheimera
F01	Otępienie naczyniowe
F02	Otępienie w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
F03	Otępienie nieokreślone
F04	Organiczny zespół amnestyczny nie wywołany alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi
F05	Majaczenie niespowodowane przez alkohol ani inne substancje psychoaktywne
F06	Inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną
F07	Zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu
F09	Nieokreślone zaburzenia psychiczne organiczne lub objawowe
F10	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu
F11	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opioidów
F12	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kanabinoli
F13	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji uspokajających i nasennych
F14	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kokainy
F15	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem innych substancji stymulujących, w tym kofeiny
F16	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem halucynogenów
F17	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu
F18	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane odurzaniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi
F19	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych
F20	Schizofrenia
F21	Zaburzenie schizotypowe
F22	Uporczywe zaburzenia urojeniowe
F23	Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne
F24	Indukowane zaburzenie urojeniowe
F25	Zaburzenia schizoafektywne
F28	Inne nieorganiczne zaburzenia psychotyczne
F29	Nieokreślona psychoza nieorganiczna
F30	Epizod maniakalny
F31	Zaburzenia afektywne dwubiegunowe
F32	Epizod depresyjny
F33	Zaburzenie depresyjne nawracające
F34	Uporczywe zaburzenia nastroju [afektywne]

F38	Inne zaburzenia nastroju [afektywne]
F39	Zaburzenia nastroju [afektywne], nieokreślone
F40	Zaburzenia lękowe w postaci fobii
F41	Inne zaburzenia lękowe
F42	Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne
F43	Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne
F44	Zaburzenia dysocjacyjne [konwersyjne]
F45	Zaburzenia występujące pod maską somatyczną
F48	Inne zaburzenia nerwicowe
F50	Zaburzenia odżywiania
F51	Nieorganiczne zaburzenia snu
F52	Zaburzenia seksualne niespowodowane zaburzeniem organicznym ani chorobą somatyczną
F53	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z połogiem, niesklasyfikowane gdzie indziej
F54	Czynniki psychologiczne lub behawioralne związane z zaburzeniami lub chorobami sklasyfikowanymi gdzie indziej
F55	Nadużywanie substancji, które nie powodują uzależnienia
F59	Nieokreślone zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi
F60	Specyficzne zaburzenia osobowości
F61	Zaburzenia osobowości mieszane i inne
F62	Trwałe zmiany osobowości niewynikające z uszkodzenia ani z choroby mózgu
F63	Zaburzenia nawyków i popędów
F64	Zaburzenia identyfikacji płciowej
F65	Zaburzenia preferencji seksualnych
F66	Zaburzenia psychologiczne i zaburzenia zachowania związane z rozwojem i orientacją seksualną
F68	Inne zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych
F69	Nieokreślone zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych
F70	Upośledzenie umysłowe lekkiego stopnia
F71	Upośledzenie umysłowe umiarkowanego stopnia
F72	Upośledzenie umysłowe znacznego stopnia
F73	Upośledzenie umysłowe głębokiego stopnia
F78	Inne upośledzenie umysłowe
F79	Nieokreślone upośledzenie umysłowe
F80	Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka
F81	Specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych
F82	Specyficzne zaburzenia rozwojowe funkcji motorycznych
F83	Mieszane specyficzne zaburzenia rozwojowe
F84	Całościowe zaburzenia rozwojowe
F88	Inne zaburzenia rozwoju psychologicznego

F90	Zaburzenia hiperkinetyczne
F91	Zaburzenia zachowania
F92	Mieszane zaburzenia zachowania i emocji
F93	Zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie
F94	Zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym
F95	Tiki
F98	Inne zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym
F99	Zaburzenie psychiczne nieokreślone inaczej

II. Zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe sklasyfikowane zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób dla statystyki śmiertelności i zachorowalności ICD-11:	
6A00	Zaburzenia rozwoju umysłowego
6A01	Zaburzenia rozwojowe mowy i języka
6A02	Zaburzenie ze spektrum autyzmu
6A03	Zaburzenie rozwojowe uczenia się
6A04	Zaburzenie rozwojowe koordynacji motorycznej
6A05	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi
6A06	Stereotypowe zaburzenie ruchowe
6A0Y	Inne określone zaburzenia neurorozwojowe
6A0Z	Zaburzenia neurorozwojowe, nieokreślone
6A20	Schizofrenia
6A21	Zaburzenie schizoafektywne
6A22	Zaburzenie schizotypowe
6A23	Ostre i przemijające zaburzenie psychotyczne
6A24	Zaburzenie urojeniowe
6A25	Objawowe manifestacje pierwotnych zaburzeń psychotycznych
6A2Y	Inne określone pierwotne zaburzenie psychotyczne
6A2Z	Schizofrenia lub inne pierwotne zaburzenia psychotyczne, nieokreślone
6A40	Katatonia związana z innym zaburzeniem psychicznym
6A41	Katatonia wywołana przez substancje lub leki
6A4Z	Katatonia, nieokreślona
6A60	Zaburzenie dwubiegunowe typu I
6A61	Zaburzenie dwubiegunowe typu II
6A62	Zaburzenie cyklotymiczne
6A6Y	Inne określone zaburzenia dwubiegunowe lub pokrewne
6A6Z	Zaburzenia dwubiegunowe lub pokrewne, nieokreślone
6A70	Zaburzenie depresyjne z pojedynczym epizodem
6A71	Zaburzenie depresyjne nawracające

6A72	Zaburzenie dystymiczne
6A73	Zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane
6A7Y	Inne określone zaburzenia depresyjne
6A7Z	Zaburzenia depresyjne, nieokreślone
6A80	Manifestacje związane z objawami i przebiegiem epizodów nastroju w zaburzeniach nastroju
6A8Y	Inne określone zaburzenia nastroju
6A8Z	Zaburzenia nastroju, nieokreślone
6B00	Zaburzenie lękowe uogólnione
6B01	Zaburzenie lękowe z napadami paniki
6B02	Agorafobia
6B03	Fobia specyficzna
6B04	Zaburzenie związane z lękiem społecznym
6B05	Zaburzenie związane z lękiem przed separacją
6B06	Mutyzm wybiórczy
6B0Y	Inne określone zaburzenia związane z lękiem lub strachem
6B0Z	Zaburzenia związane z lękiem lub strachem, nieokreślone
6B20	Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne
6B21	Zaburzenie dysmorficzne ciała
6B22	Zaburzenie odnoszenia węchowego
6B23	Hipochondria
6B24	Zaburzenie związane ze zbieraniem (patologiczne zbieractwo, syllogomania)
6B25	Powtarzające się zaburzenia behawioralne skoncentrowane na ciele
6B2Y	Inne określone zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne lub zaburzenia pokrewne
6B2Z	Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne lub zaburzenia pokrewne, nieokreślone
6B40	Zespół stresu pourazowego
6B41	Złożony zespół stresu pourazowego
6B42	Zespół przedłużonej (powikłanej) żałoby
6B43	Zaburzenie adaptacyjne
6B44	Reaktywne zaburzenie przywiązania
6B45	Nadmierna łatwość w nawiązywaniu relacji społecznych w dzieciństwie
6B4Y	Inne określone zaburzenia w szczególności związane ze stresem
6B4Z	Zaburzenia w szczególności związane ze stresem, nieokreślone
6B60	Dysocjacyjny zespół objawów neurologicznych
6B61	Amnezja dysocjacyjna
6B62	Zaburzenie transowe
6B63	Zaburzenia transowo-opętaniowe
6B64	Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości

6B65	Częściowe dysocjacyjne zaburzenie tożsamości
6B66	Zaburzenie depersonalizacyjno-derealizacyjne
6B6Y	Inne określone zaburzenia dysocjacyjne
6B6Z	Zaburzenia dysocjacyjne, nieokreślone
6B80	Jadłowstręt psychiczny
6B81	Bulimia
6B82	Zespół napadowego objadania się
6B83	Zespół unikania i ograniczania przyjmowania pokarmu
6B84	Pica
6B85	Zespół ruminacji z regurgitacją
6B8Y	Inne określone zaburzenia żywienia lub odżywiania
6B8Z	Zaburzenia żywienia lub odżywiania, nieokreślone
6C00	Moczenie mimowolne
6C01	Zanieczyszczanie się kałem
6C0Z	Zaburzenia wydalania, nieokreślone
6C20	Zaburzenie związane z cierpieniem fizycznym
6C21	Dysforia integralności ciała
6C2Y	Inne określone zaburzenia związane z cierpieniem fizycznym lub doświadczeniem cielesnym
6C2Z	Zaburzenia związane z cierpieniem fizycznym lub doświadczeniem, cielesnym, nieokreślone
6C40	Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu
6C41	Zaburzenia związane z używaniem kannabinoidów pochodzenia roślinnego
6C42	Zaburzenia związane z używaniem syntetycznych kannabinoidów
6C43	Zaburzenia związane z używaniem opioidów
6C44	Zaburzenia związane z używaniem leków uspokajających, nasennych lub przeciwlękowych
6C45	Zaburzenia związane z używaniem kokainy
6C46	Zaburzenia związane z używaniem środków pobudzających, w tym amfetaminy, metamfetaminy lub metylkatynonu
6C47	Zaburzenia spowodowane używaniem syntetycznych katynonów
6C48	Zaburzenia spowodowane używaniem kofeiny
6C49	Zaburzenia spowodowane używaniem halucynogenów
6C4A	Zaburzenia spowodowane używaniem nikotyny
6C4B	Zaburzenia spowodowane używaniem lotnych środków wziewnych
6C4C	Zaburzenia spowodowane używaniem MDMA lub narkotyków pokrewnych, w tym MDA
6C4D	Zaburzenia spowodowane używaniem narkotyków dysocjacyjnych, w tym ketaminy i fencyklidyny [PCP]
6C4E	Zaburzenia spowodowane używaniem innych określonych substancji psychoaktywnych, w tym leków
6C4F	Zaburzenia spowodowane używaniem wielu określonych substancji psychoaktywnych, w tym leków
6C4G	Zaburzenia spowodowane używaniem nieznanych lub nieokreślonych substancji psychoaktywnych
6C4H	Zaburzenia spowodowane używaniem substancji niepsychoaktywnych

6C4Y	Inne określone zaburzenia spowodowane używaniem substancji
6C4Z	Zaburzenia spowodowane używaniem substancji, nieokreślone
6C50	Zaburzenie związane z uprawianiem hazardu (patologiczny hazard)
6C51	Zaburzenie związane z graniem
6C5Y	Inne określone zaburzenia spowodowane zachowaniami nałogowymi
6C5Z	Zaburzenia spowodowane zachowaniami nałogowymi, nieokreślone
6C70	Piromania
6C71	Kleptomania
6C72	Zaburzenie związane z kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi
6C73	Zaburzenie związane z okresowymi zachowaniami eksplozywnymi
6C7Y	Inne określone zaburzenia kontroli impulsów
6C7Z	Zaburzenia kontroli impulsów, nieokreślone
6C90	Zaburzenie opozycyjno-buntownicze
6C91	Dyssocjalne zaburzenie behawioralne
6C9Y	Inne określone zachowanie destrukcyjne lub zaburzenia dyssocjalne
6C9Z	Zachowanie destrukcyjne lub zaburzenia dyssocjalne, nieokreślone
6D10	Zaburzenie osobowości
6D11	Wyraźne cechy lub wzorce osobowości
6D30	Zaburzenie ekshibicjonistyczne
6D31	Zaburzenie związane z podglądaniem (voyeryzm, oglądactwo)
6D32	Zaburzenie pedofilne
6D33	Zaburzenie związane z seksualnym sadyzmem z użyciem przymusu
6D34	Zaburzenie frotterystyczne (ocieractwo)
6D35	Inne zaburzenie parafiliczne obejmujące osoby niewyrażające zgody
6D36	Zaburzenie parafiliczne obejmujące zachowanie samotnicze lub osoby wyrażające zgodę
6D3Z	Zaburzenia parafiliczne, nieokreślone
6D50	Zaburzenie pozorowane skierowane wobec siebie
6D51	Zaburzenie pozorowane skierowane wobec innej osoby
6D5Z	Zaburzenia pozorowane, nieokreślone
6D70	Majaczenie
6D71	Łagodne zaburzenie neuropoznawcze
6D72	Zaburzenie amnestyczne
6D80	Otępienie spowodowane chorobą Alzheimera
6D81	Otępienie spowodowane chorobą naczyń mózgowych
6D82	Otępienie spowodowane chorobą z ciałami Lewy'ego
6D83	Otępienie czołowo-skroniowe
6D84	Otępienie spowodowane substancjami psychoaktywnymi, w tym lekami

6D85	Otępienie spowodowane chorobami sklasyfikowanymi gdzie indziej
6D86	Zaburzenia behawioralne lub psychologiczne w otępieniu
6D8Y	Otępienie, inna określona przyczyna
6D8Z	Otępienie, nieznana lub nieokreślona przyczyna
6E0Y	Inne określone zaburzenia neuropoznawcze
6E0Z	Zaburzenia neuropoznawcze, nieokreślone
6E20	Zaburzenia psychiczne lub behawioralne związane z ciążą, porodem lub połogiem bez objawów psychotycznych
6E21	Zaburzenia psychiczne lub behawioralne związane z ciążą, porodem lub połogiem, z objawami psychotycznymi
6E2Z	Zaburzenia psychiczne lub behawioralne związane z ciążą, porodem lub połogiem, nieokreślone
6E40	Czynniki psychologiczne lub behawioralne wpływające na zaburzenia lub choroby sklasyfikowane gdzie indziej
6E60	Wtórny zespół neurorozwojowy
6E61	Wtórny zespół psychotyczny
6E62	Wtórny zespół zaburzeń nastroju
6E63	Wtórny zespół lękowy
6E64	Wtórny zespół obsesyjno-kompulsyjny lub pokrewny
6E65	Wtórny zespół dysocjacyjny
6E66	Wtórny zespół zaburzenia kontroli impulsów
6E67	Wtórny zespół neuropoznawczy
6E68	Wtórna zmiana osobowości
6E69	Wtórny zespół katatoniczny
6E6Y	Inny określony wtórny zespół psychiczny lub behawioralny
6E6Z	Wtórny zespół psychiczny lub behawioralny, nieokreślony
6E8Y	Inne określone zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe
6E8Z	Zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe, nieokreślone

III. Wrodzone wady rozwojowe sklasyfikowane zgodnie Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10:

Q00	Bezmózgowie i podobne wady rozwojowe
Q01	Przepuklina mózgowa
Q02	Małogłowie
Q03	Wodogłowie wrodzone
Q04	Inne wrodzone wady rozwojowe mózgu
Q05	Rozszczep kręgosłupa
Q06	Inne wrodzone wady rozwojowe rdzenia kręgowego
Q07	Inne wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego
Q10	Wrodzone wady rozwojowe powiek, aparatu łzowego i oczodołu
Q11	Bezoczе, małoocze i wielkoocze
Q12	Wrodzone wady rozwojowe soczewki

Q13	Wrodzone wady rozwojowe przedniego odcinka oka
Q14	Wrodzone wady rozwojowe tylnego odcinka oka
Q15	Inne wrodzone wady rozwojowe oka
Q16	Wrodzone wady rozwojowe ucha powodujące upośledzenie słuchu
Q17	Inne wrodzone wady rozwojowe ucha
Q18	Inne wrodzone wady rozwojowe twarzy i szyi
Q20	Wrodzone wady rozwojowe jam i połączeń sercowych
Q21	Wrodzone wady rozwojowe przegród serca
Q22	Wrodzone wady rozwojowe zastawki pnia płucnego i zastawki trójdzielnej
Q23	Wrodzone wady rozwojowe zastawki aortalnej i zastawki mitralnej
Q24	Inne wrodzone wady rozwojowe serca
Q25	Wrodzone wady rozwojowe dużych tętnic
Q26	Wrodzone wady rozwojowe dużych żył układowych
Q27	Inne wrodzone wady rozwojowe obwodowego układu naczyniowego
Q28	Inne wrodzone wady rozwojowe układu krążenia
Q30	Wrodzone wady rozwojowe nosa
Q31	Wrodzone wady rozwojowe krtani
Q32	Wrodzone wady rozwojowe tchawicy i oskrzeli
Q33	Wrodzone wady rozwojowe płuc
Q34	Inne wrodzone wady rozwojowe układu oddechowego
Q35	Rozszczep podniebienia
Q36	Rozszczep wargi
Q37	Rozszczep podniebienia wraz z rozszczepem wargi
Q38	Inne wrodzone wady rozwojowe języka, jamy ustnej i gardła
Q39	Wrodzone wady rozwojowe przełyku
Q40	Inne wrodzone wady rozwojowe górnego odcinka przewodu pokarmowego
Q41	Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita cienkiego
Q42	Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita grubego
Q43	Inne wrodzone wady rozwojowe jelit
Q44	Wrodzone wady rozwojowe pęcherzyka żółciowego, przewodów żółciowych i wątroby
Q45	Inne wrodzone wady rozwojowe układu pokarmowego
Q50	Wrodzone wady rozwojowe jajników, jajowodów i więzadła szerokiego macicy
Q51	Wrodzone wady rozwojowe macicy i szyjki macicy
Q52	Inne wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych żeńskich
Q53	Niezstąpienie jąder
Q54	Spodziectwo
Q55	Inne wrodzone wady rozwojowe męskich narządów płciowych

Q56	Płeć niezdeterminowana i obojnactwo rzekome
Q60	Niewytworzenie się nerki i inne zaburzenia związane z niedorozwojem nerki
Q61	Wielotorbielowatość nerek
Q62	Wrodzone wady rozwojowe miedniczki nerkowej powodujące zastój moczu i wrodzone wady rozwojowe moczowodu
Q63	Inne wrodzone wady rozwojowe nerek
Q64	Inne wrodzone wady rozwojowe układu moczowego
Q65	Wrodzone zniekształcenie stawu biodrowego
Q66	Wrodzone zniekształcenia stóp
Q67	Wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne w zakresie czaszki, twarzy, kręgosłupa i klatki piersiowej
Q68	Inne wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne
Q69	Palce dodatkowe
Q70	Palce zrośnięte
Q71	Wrodzone zniekształcenia zmniejszające kończyny górnej
Q72	Wrodzone zniekształcenia zmniejszające kończyny dolnej
Q73	Wrodzone zniekształcenie zmniejszające nieokreślonej kończyny
Q74	Inne wrodzone wady rozwojowe kończyn
Q75	Inne wrodzone wady rozwojowe kości czaszki i twarzy
Q76	Wrodzone wady rozwojowe kręgosłupa i kości klatki piersiowej
Q77	Dysplazja kostno-chrzęstna z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa
Q78	Inne osteochondrodysplazje
Q79	Wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-szkieletowego, niesklasyfikowane gdzie indziej
Q80	Wrodzona rybia łuska
Q81	Pęcherzowe oddzielanie naskórka
Q82	Inne wrodzone wady rozwojowe skóry
Q83	Wrodzone wady rozwojowe piersi
Q84	Inne wrodzone wady rozwojowe powłok ciała
Q85	Fakomatozy nie sklasyfikowane gdzie indziej
Q86	Zespoły wrodzonych wad rozwojowych spowodowane znanymi czynnikami zewnętrznymi, niesklasyfikowane gdzie indziej
Q87	Inne określone zespoły wrodzonych wad rozwojowych dotyczące wielu układów
Q89	Inne wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej
Q90	Zespół Downa
Q91	Zespół Edwardsa i zespół Pataua
Q92	Inne trisomie i częściowe trisomie autosomów, niesklasyfikowane gdzie indziej
Q93	Monosomie i delecje autosomów niesklasyfikowane gdzie indziej
Q95	Zrównoważone przemieszczenie materiału genetycznego i znaczniki strukturalne, niesklasyfikowane gdzie indziej
Q96	Zespół Turnera
Q97	Inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim, niesklasyfikowane gdzie indziej

Q98	Inne aberracje chromosomów płciowych z męskim fenotypem, niesklasyfikowane gdzie indziej
Q99	Inne aberracje chromosomowe niesklasyfikowane gdzie indziej

IV. Wrodzone wady rozwojowe sklasyfikowane zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób dla statystyki śmiertelności i zachorowalności ICD-11:	
LA00	Bezmózgowie lub podobne wady
LA01	Przepuklina mózgowa
LA02	Rozszczep kręgosłupa
LA03	Malformacja Arnolda i Chiariego typu II
LA04	Wodogłowie wrodzone
LA05	Strukturalne wady rozwojowe mózgu
LA06	Strukturalne wady rozwojowe móżdżku
LA07	Strukturalne wady rozwojowe kanału nerwowego, rdzenia kręgowego lub kręgosłupa
LA0Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe układu nerwowego
LA0Z	Strukturalne wady rozwojowe układu nerwowego, nieokreślone
LA10	Strukturalne wady rozwojowe gałek ocznych
LA11	Strukturalne wady rozwojowe przedniego segmentu oka
LA12	Strukturalne wady rozwojowe soczewki lub obwódki Zinna [więzadełka rzęskowego]
LA13	Strukturalne wady rozwojowe tylnego odcinka oka
LA14	Strukturalne wady rozwojowe powieki, aparatu łzowego lub oczodołu
LA1Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe oka, powieki lub aparatu łzowego
LA1Z	Strukturalne wady rozwojowe oka, powieki lub aparatu łzowego, nieokreślone
LA20	Wada strukturalna aparatu [trąbki] Eustachiusza
LA21	Drobne wady małżowiny usznej
LA22	Strukturalne wady rozwojowe ucha powodujące niedosłuch
LA23	Uchogłowie
LA24	Małżowina uszna dodatkowa
LA2Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe ucha
LA2Z	Strukturalne wady rozwojowe ucha, nieokreślone
LA30	Strukturalne wady rozwojowe zębów i tkanek przyzębia
LA31	Strukturalne wady rozwojowe ust lub języka
LA40	Rozszczep wargi
LA41	Rozszczep wargi i wyrostka zębodołowego
LA42	Rozszczep podniebienia
LA4Y	Inne określone rozszczepy warg, wyrostka zębodołowego lub podniebienia
LA4Z	Rozszczepy warg, wyrostka zębodołowego lub podniebienia, nieokreślone
LA50	Wrodzona niewydolność podniebienno-gardłowa

LA51	Rozszczepy twarzy
LA52	Asymetria twarzy
LA53	Duża warga
LA54	Mała warga
LA55	Twarz ściśnięta
LA56	Sekwencja Pierre’a i Robina [dawniej zespół Pierre’a i Robina]
LA5Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe twarzy, ust lub zębów
LA5Z	Strukturalne wady rozwojowe twarzy, ust lub zębów, nieokreślone
LA60	Szyja płetwiasta
LA61	Wrodzony guz mięśnia mostkowo-sutkowego
LA62	Wrodzony kręcz szyi
LA6Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe szyi
LA6Z	Strukturalne wady rozwojowe szyi, nieokreślone
LA70	Strukturalne wady rozwojowe nosa lub jamy ustnej
LA71	Strukturalne wady rozwojowe krtani
LA72	Rozszczep krtaniowo-tchawiczo-przełykowy
LA73	Strukturalne wady rozwojowe tchawicy
LA74	Strukturalne wady rozwojowe oskrzeli
LA75	Strukturalne wady rozwojowe płuc
LA76	Strukturalne wady rozwojowe opłucnej
LA77	Wrodzona torbiel śródpiersia
LA7Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe układu oddechowego
LA7Z	Strukturalne wady rozwojowe układu oddechowego, nieokreślone
LA80	Nieprawidłowe położenie-orientacja serca
LA81	Nieprawidłowe stosunki między komorami
LA82	Całkowite odbicie lustrzane narządów
LA83	Prawostronny izomeryzm
LA84	Lewostronny izomeryzm
LA85	Wrodzona wada połączenia przedsionkowo-komorowego lub komorowo-tętniczego
LA86	Wrodzona wada żyły śródpiersia
LA87	Wrodzona wada zastawki przedsionkowo-komorowej lub przegrody przedsionkowo-komorowej
LA88	Wrodzona wada komory lub przegrody międzykomorowej
LA89	Serce czynnościowo jednokomorowe
LA8A	Wrodzona wada zastawki komorowo-tętniczej lub obszarów przyległych
LA8B	Wrodzona wada dużych tętnic, w tym przewodu tętniczego
LA8C	Wrodzona wada tętnicy wieńcowej
LA8D	Wrodzona wada osierdzia

LA8E	Wrodzona nieprawidłowość przegrody przedsionkowej
LA8F	Wrodzona wada prawego przedsionka
LA8G	Wrodzona wada lewego przedsionka
LA8Y	Inna określona strukturalna wada rozwojowa serca lub dużych naczyń
LA8Z	Strukturalna wada rozwojowa serca lub dużych naczyń, nieokreślona
LA90	Strukturalne wady rozwojowe obwodowego układu naczyniowego
LA9Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe układu krążenia
LA9Z	Strukturalne wady rozwojowe układu krążenia, nieokreślone
LB00	Strukturalne wady rozwojowe przepony
LB01	Przepuklina pępowinowa
LB02	Wytrzewienie
LB03	Strukturalne wady rozwojowe pępowiny
LB0Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe przepony, ściany jamy brzusznej lub pępowiny
LB0Z	Strukturalne wady rozwojowe przepony, ściany jamy brzusznej lub pępowiny, nieokreślone
LB10	Strukturalne wady rozwojowe gruczołów lub przewodów ślinowych
LB11	Wrodzony uchyłek gardła
LB12	Strukturalne wady rozwojowe przełyku
LB13	Strukturalne wady rozwojowe żołądka
LB14	Strukturalne wady rozwojowe dwunastnicy
LB15	Strukturalne wady rozwojowe jelita cienkiego
LB16	Strukturalne wady rozwojowe jelita grubego
LB17	Strukturalne wady rozwojowe kanału odbytu
LB18	Wrodzone wady umocowania jelit
LB1Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe przewodu pokarmowego
LB1Z	Strukturalne wady rozwojowe przewodu pokarmowego, nieokreślone
LB20	Strukturalne wady rozwojowe pęcherzyka żółciowego, dróg żółciowych lub wątroby
LB21	Strukturalne wady rozwojowe trzustki
LB22	Strukturalne wady rozwojowe śledziony
LB2Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe wątroby, dróg żółciowych, trzustki lub śledziony
LB2Z	Strukturalne wady rozwojowe wątroby, dróg żółciowych, trzustki lub śledziony, nieokreślone
LB30	Strukturalne wady rozwojowe nerek
LB31	Strukturalne wady rozwojowe dróg moczowych
LB3Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe układu moczowego
LB3Z	Strukturalne wady rozwojowe układu moczowego, nieokreślone
LB40	Strukturalne wady rozwojowe sromu
LB41	Strukturalne wady rozwojowe łechtaczki
LB42	Strukturalne wady rozwojowe pochwy

LB43	Strukturalne wady rozwojowe szyjki macicy
LB44	Strukturalne wady rozwojowe macicy, z wyjątkiem szyjki macicy
LB45	Strukturalne wady rozwojowe jajników, jajowodów lub więzadeł szerokich
LB4Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe żeńskiego układu rozrodczego
LB4Z	Strukturalne wady rozwojowe żeńskiego układu rozrodczego, nieokreślone
LB50	Mikropenis lub niewytworzenie prącia
LB51	Anorchia lub mikroorchidia
LB52	Wnętrostwo
LB53	Spodziectwo
LB54	Wrodzona strunowatość prącia
LB55	Wierzchniactwo
LB56	Rozszczep moszny
LB57	Niewytworzenie nasieniowodów
LB58	Poliorchidyzm
LB59	Niedorozwój jądra lub moszny
LB5Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe męskiego układu rozrodczego
LB5Z	Strukturalne wady rozwojowe męskiego układu rozrodczego, nieokreślone
LB60	Niewykształcenie piersi (sutka)
LB61	Brak brodawki sutkowej
LB62	Piersi dodatkowe
LB63	Dodatkowa brodawka sutkowa
LB6Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe piersi
LB6Z	Strukturalne wady rozwojowe piersi, nieokreślone
LB70	Strukturalne wady rozwojowe czaszki
LB71	Strukturalne wady rozwojowe kości twarzy
LB72	Strukturalne wady rozwojowe obręczy barkowej
LB73	Strukturalne wady rozwojowe kręgosłupa lub kości klatki piersiowej
LB74	Strukturalne wady rozwojowe obręczy miednicznej
LB75	Brachydaktylia [krótkopalczastość]
LB76	Kciuk trójpaliczkowy
LB77	Hiperfalangia [zwielokrotnienia liczby paliczków]
LB78	Polidaktylia [palce dodatkowe]
LB79	Syndaktylia [palcozrost]
LB80	Wrodzone zniekształcenia palców rąk
LB81	Wrodzone zniekształcenia palców stóp
LB8Z	Wrodzone zniekształcenia palców rąk i stóp, nieokreślone
LB90	Wady tworzenia się stawów

LB91	Wrodzone zwichnięcie barku
LB92	Wrodzone zwichnięcie łokcia
LB93	Wrodzone zwichnięcie kolana
LB94	Wrodzone zwichnięcie rzepki
LB95	Niewykształcenie lub niedorozwój rzepki
LB96	Wrodzone wygięcie kości długich
LB97	Przerost kończyn
LB98	Wrodzone zniekształcenia stóp
LB99	Wrodzone wady ubytkowe / zmniejszające kończyny górnej
LB9A	Wady ubytkowe / zmniejszające kończyny dolnej
LB9B	Zniekształcenia ubytkowe / zmniejszające kończyn górnych i dolnych
LB9Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe szkieletu [kośćca]
LB9Z	Strukturalne wady rozwojowe szkieletu [kośćca], nieokreślone
LC00	Hamartoma z keratynocytów naskórka
LC01	Hamartoma włosowo-łojowa
LC02	Złożona hamartoma z naskórka
LC0Y	Inne określone hamartoma rozwijające się z naskórka i przydatków naskórka
LC10	Melanocytoza skórna
LC1Y	Wady rozwojowe pigmentacji skóry
LC20	Hamartoma z tkanki łącznej
LC2Y	Inna określona hamartoma pochodząca z tkanki łącznej skóry
LC30	Wady rozwojowe włosów lub wzrastania włosów
LC31	Wady rozwojowe aparatu [narządu] paznokciowego
LC40	Torbiel skórzasta [dermoidalna]
LC50	Wady rozwojowe naczyń włosowatych skóry
LC51	Wady rozwojowe dotyczące naczyń żylnych skóry
LC52	Złożone lub połączone wady rozwojowe dotyczące naczyń krwionośnych skóry
LC5Y	Inne określone wady rozwojowe układu naczyniowego skóry
LC5Z	Wady rozwojowe układu naczyniowego skóry, nieokreślone
LC60	Wrodzony brak skóry
LC7Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe skóry
LC7Z	Strukturalne wady rozwojowe skóry, nieokreślone
LC80	Wrodzony niedorozwój nadnerczy
LC8Y	Inne określone strukturalne anomalie rozwojowe nadnerczy
LC8Z	Strukturalne anomalie rozwojowe nadnerczy, nieokreślone
LD0Y	Inne określone strukturalne anomalie rozwojowe dotyczące głównie jednego układu organizmu
LD0Z	Strukturalne anomalie rozwojowe dotyczące głównie jednego układu organizmu, nieokreślone

LD20	Zespoły z wadami ośrodkowego układu nerwowego jako główną cechą
LD21	Zespoły z anomaliami rozwojowymi oka jako główną cechą
LD22	Zespoły, których główną cechą są anomalie rozwojowe zębów
LD23	Zespoły z anomaliami rozwojowymi naczyń jako główną cechą
LD24	Zespoły z wadami szkieletowymi jako główną cechą
LD25	Zespoły, których główną cechą są wady twarzy lub kończyn
LD26	Zespoły z wadami kończyn jako główną cechą
LD27	Zespoły, których główną cechą są anomalie dotyczące skóry lub błon śluzowych
LD28	Zespoły z zajęciem tkanki łącznej jako główną cechą
LD29	Zespoły z otyłością jako główną cechą
LD2A	Zaburzenia rozwoju płci
LD2B	Zespoły z przedwczesnym starzeniem jako główną cechą
LD2C	Zespoły przerostowe
LD2D	Fakomatozy lub zespoły hamartoneoplastyczne
LD2E	Zespoły z wadami strukturalnymi spowodowanymi wrodzonymi wadami metabolizmu
LD2F	Zespoły z mnogimi wadami strukturalnymi, bez zajęcia dominującego układu organizmu
LD2G	Bliźnięta zrośnięte
LD2H	Syndromiczna głuchota genetycznie uwarunkowana
LD2Y	Inne określone mnogie wady rozwojowe lub zespoły wad
LD2Z	Mnogie wady rozwojowe lub zespoły wad, nieokreślone
LD40	Trisomie całych autosomów
LD41	Duplikacje części autosomów
LD42	Poliploidie
LD43	Monosomie całych autosomów
LD44	Delecje autosomów
LD45	Disomie jednorodzicielskie
LD46	Zburzenia piętnowania genomowego
LD47	Zrównoważone rearanżacje lub rearanżacje strukturalne
LD50	Aberracje liczbowe chromosomu X
LD51	Aberracje strukturalne chromosomu X, z wyjątkiem zespołu Turnera
LD52	Aberracje liczbowe chromosomu Y
LD53	Aberracje strukturalne chromosomu Y
LD54	Mężczyzna z mozaikowością chromosomów płciowych
LD55	Łamliwy chromosom X
LD56	Chimera 46,XX, 46,XY
LD5Y	Inne określone aberracje chromosomów płciowych
LD5Z	Aberracje chromosomów płciowych, nieokreślone

LD7Y	Inne określone aberracje chromosomowe, z wyłączeniem mutacji genowych
LD7Z	Wady chromosomowe, z wyłączeniem mutacji genowych, nieokreślone
LD90	Choroby z zaburzeniami rozwoju intelektualnego jako istotną cechą kliniczną
LD9Y	Inne określone wady rozwojowe
LD9Z	Wady rozwojowe, nieokreślone

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO DZIECKA PLUS

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO DZIECKA PLUS

Kod warunków: DPGP56

Wersja dokumentu z 22 listopada 2025 r.

Ten materiał zawiera informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego dziecka Plus, kod warunków: DPGP56 (OWU). Zanim zdecydujesz się zawrzeć umowę, zapoznaj się z OWU. Użyte w OWU definicje mogą odbiegać od powszechnie przyjętego pojęcia, dlatego zwróć na nie szczególną uwagę.
Zawarcie umowy jest dobrowolne.

NINIEJSZY DOKUMENT:

- jest materiałem informacyjnym,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinien być wyłączną podstawą do tego, aby podjąć decyzję o zawarciu umowy.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA – CZYLI CO UBEZPIECZAMY I JAKIE ZDARZENIA OBEJMUJEMY OCHRONĄ

Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje, w zależności od wyboru ubezpieczającego, poniższe zdarzenia w życiu ubezpieczonego, które wystąpią w okresie ochrony:
- pobyt dziecka w szpitalu z powodu:
  - nieszczęśliwego wypadku,
  - wypadku komunikacyjnego,
- pobyt dziecka na oddziale intensywnej terapii,
- rekonwalescencja – jeśli pobyt dziecka w szpitalu trwał co najmniej 14 dni
- pod warunkiem, że wypłaciliśmy świadczenie za pobyt dziecka w szpitalu z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego dziecka,
- pobyt dziecka na oddziale psychiatrycznym,
- pobyt dziecka na oddziale rehabilitacyjnym,
- pobyt dziecka w sanatorium.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA

W zależności od obowiązującego zakresu umowy:
1. Wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (jeśli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni) w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.
2. Wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego (jeśli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni) w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po wypadku komunikacyjnym.
3. Jeśli dziecko przebywa na oddziale intensywnej terapii, wypłacimy świadczenie jednorazowe w wysokości równej określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
4. W przypadku rekonwalescencji wypłacimy świadczenie jednorazowe równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
5. Za każdy dzień pobytu dziecka na oddziale psychiatrycznym wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia (jeśli pobyt na oddziale psychiatrycznym trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni).
6. Za każdy dzień pobytu dziecka na oddziale rehabilitacyjnym wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia (jeśli pobyt na oddziale rehabilitacyjnym trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni). Nasza ochrona obejmuje pobyt dziecka na oddziale rehabilitacyjnym z powodu choroby albo nieszczęśliwego wypadku, który rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po zakończeniu pobytu dziecka

w szpitalu, za który wypłaciliśmy świadczenie z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego dziecka, i który był związany – odpowiednio – z tą samą chorobą albo tym samym nieszczęśliwym wypadkiem.

7. Jeśli dziecko przebywa w sanatorium, wypłacimy świadczenie jednorazowe w wysokości równej określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia (jeśli pobyt w sanatorium trwał nieprzerwanie co najmniej 7 dni). Nasza ochrona obejmuje pobyt dziecka w sanatorium z powodu choroby albo nieszczęśliwego wypadku, na podstawie skierowania wystawionego nie później niż 12 miesięcy po zakończeniu pobytu dziecka w szpitalu, za który wypłaciliśmy świadczenie z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego dziecka, i który był związany – odpowiednio – z tą samą chorobą albo tym samym nieszczęśliwym wypadkiem. Za sanatorium uznajemy również szpital uzdrowiskowy.

W każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy zapłacimy maksymalnie:
- za 365 dni pobytu dziecka w szpitalu,
- za 30 dni pobytu dziecka na oddziale psychiatrycznym,
- za 30 dni pobytu dziecka na oddziale rehabilitacyjnym,
- jedno świadczenie za pobyt dziecka w sanatorium.

Wypłatę ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna odpowiednio w dniu pobytu dziecka w szpitalu, w dniu rozpoczęcia pobytu dziecka na oddziale intensywnej terapii, w dniu rozpoczęcia rekonwalescencji, w dniu pobytu dziecka na oddziale psychiatrycznym, w dniu pobytu dziecka na oddziale rehabilitacyjnym, w dniu rozpoczęcia pobytu dziecka w sanatorium.

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 dziecka.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ I 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 dziecka.

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

Naszą ochroną obejmujemy:
- pobyt dziecka w szpitalu, na oddziale intensywnej terapii, na oddziale psychiatrycznym, na oddziale rehabilitacyjnym na całym świecie,
- pobyt dziecka w sanatorium w miejscowości uzdrowiskowej w Polsce.

JAK I KIEDY PŁACI SIĘ SKŁADKĘ

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego z częstotliwością miesięczną 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 dziecka.

Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego dziecka,
- 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

Nie wypłacimy świadczenia w przypadku:
- pobytu dziecka w szpitalu, który trwał krócej niż 4 dni,
- pobytu w szpitalu dziecka, które w dniu zajścia zdarzenia nie miało ukończonych 3 miesięcy,
- niedostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności jeśli dane zdarzenie nie jest objęte zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność oraz w innych przypadkach wskazanych w OWU.

JAK ROZWIĄZAĆ UMOWĘ

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie:
- 7 dni od zawarcia umowy – jeśli jest przedsiębiorcą,
- 30 dni od zawarcia umowy – jeśli nie jest przedsiębiorcą.

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) 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 którym 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.
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 ppkt 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, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej" 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.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego dziecka Plus, kod warunków DPGP56 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.
Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1-2 pkt 4-14 pkt 24-26 pkt 48 pkt 49-53 pkt 54
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 15-19 pkt 20 pkt 21-23 pkt 45-46 pkt 47 pkt 54

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO DZIECKA PLUS

Kod warunków: DPGP56

Zarząd PZU Życie SA uchwalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego dziecka Plus uchwałą nr UZ/165/2025 z dnia 14 października 2025 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie 22 listopada 2025 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 grudnia 2025 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

1) **dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego dziecka** – wskazane przez PZU Życie SA w umowie ubezpieczenie dodatkowe na wypadek leczenia szpitalnego dziecka;
2) **dziecko** – dziecko, które w dniu zajścia zdarzenia wskazanego w pkt 4 miało ukończone 3 miesiące i nie ukończyło 18 lat, a w razie gdy uczęszcza do szkoły – nie ukończyło 25 lat. Może nim być:
   a) dziecko ubezpieczonego,
   b) dziecko małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego (jeżeli nie żyje drugi rodzic dziecka małżonka albo partnera życiowego);
3) **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;
4) **oddział rehabilitacyjny** – oddział wyodrębniony w strukturach szpitala, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji medycznej;
5) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
6) **pobyt na oddziale intensywnej terapii** – pobyt dziecka na oddziale intensywnej terapii, który trwa nieprzerwanie co najmniej 24 godziny;
7) **pobyt na oddziale psychiatrycznym** – stacjonarny pobyt dziecka, trwający nieprzerwanie co najmniej 4 dni, na oddziale psychiatrycznym, który został wyodrębniony w strukturach szpitala. Nasza ochrona obejmuje wyłącznie pobyt dziecka na oddziale psychiatrycznym, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych w związku z rozpoznaniem:
   a) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (kody od F00 do F99), za wyjątkiem zaburzeń psychicznych i zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (kody od F10 do F19) lub
   b) zaburzeń psychicznych, behawioralnych lub neurorozwojowych zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób dla statystyki śmiertelności i zachorowalności ICD-11 (kody od 6A00 do 6E8Z) za wyjątkiem zaburzeń spowodowanych używaniem substancji lub zachowaniami nałogowymi (kody od 6C40 do 6C5Z).

   Zaburzenia, o których mowa powyżej, wskazane są w załączniku do OWU;
8) **pobyt na oddziale rehabilitacyjnym** – stacjonarny pobyt dziecka na oddziale rehabilitacyjnym, który trwa nieprzerwanie co najmniej 4 dni. Nasza ochrona obejmuje wyłącznie pobyt dziecka na oddziale rehabilitacyjnym z powodu choroby albo nieszczęśliwego wypadku, który rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po zakończeniu pobytu dziecka w szpitalu, za który wypłaciliśmy świadczenie z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego dziecka, i który był związany – odpowiednio – z tą samą chorobą albo tym samym nieszczęśliwym wypadkiem;
9) **pobyt w sanatorium** – stacjonarny pobyt dziecka w sanatorium, który trwa nieprzerwanie co najmniej 7 dni. Nasza ochrona obejmuje wyłącznie pobyt dziecka w sanatorium z powodu choroby albo nieszczęśliwego wypadku, na podstawie skierowania wystawionego nie później niż 12 miesięcy po zakończeniu pobytu dziecka w szpitalu, za który wypłaciliśmy świadczenie z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego dziecka, i który był związany – odpowiednio – z tą samą chorobą albo tym samym nieszczęśliwym wypadkiem;
10) **rekonwalescencja** – okres mający na celu powrót dziecka do zdrowia bezpośrednio po pobycie w szpitalu;

11) **sanatorium** – zakład lecznictwa uzdrowiskowego zlokalizowany w miejscowości uzdrowiskowej w Polsce, który udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji medycznej i zapewnia opiekę lekarską oraz całodobową opiekę pielęgniarską. Za sanatorium uznajemy również szpital uzdrowiskowy;
12) **statek** – pasażerski albo towarowy statek morski albo statek śródlądowy, który ma napęd silnikowy lub żaglowy – statkiem nie są okręty wojenne;
13) **szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, w którym przez całą dobę wykonywane są świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;
14) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
15) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
16) **wypadek komunikacyjny** – tylko taki wypadek komunikacyjny, który jest nieszczęśliwym wypadkiem wywołanym:
   a) ruchem pojazdu na drodze (pojazdem jest również tramwaj) – jeśli dziecko brało 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 dziecko było 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 dziecko było 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 dziecko było członkiem załogi lub pasażerem, gdy statek:
      • zatonął lub został uszkodzony albo
      • zaginął lub znajduje się w miejscu, do którego nie ma dostępu.

2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego dziecka – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA
– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy zdarzenie w Twoim życiu, którym jest pobyt dziecka w szpitalu, na oddziale intensywnej terapii, rekonwalescencja dziecka, pobyt dziecka na oddziale psychiatrycznym, na oddziale rehabilitacyjnym, w sanatorium.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA
– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje, w zależności od wyboru ubezpieczającego, poniższe zdarzenia w Twoim życiu, które wystąpią w okresie ochrony:
1) pobyt dziecka w szpitalu z powodu:
   a) nieszczęśliwego wypadku,
   b) wypadku komunikacyjnego;
2) pobyt dziecka na oddziale intensywnej terapii;
3) rekonwalescencja – jeśli pobyt dziecka w szpitalu trwał co najmniej 14 dni

– pod warunkiem, że wypłaciliśmy świadczenie za pobyt dziecka w szpitalu z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego dziecka;
4) pobyt dziecka na oddziale psychiatrycznym;
5) pobyt dziecka na oddziale rehabilitacyjnym;
6) pobyt dziecka w sanatorium.

5. Naszą ochroną obejmujemy pobyt dziecka w szpitalu, na oddziale intensywnej terapii, na oddziale psychiatrycznym, na oddziale rehabilitacyjnym na całym świecie.

6. Zakres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

7. Wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.

8. Wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 12 miesięcy po wypadku komunikacyjnym.

9. Jeśli dziecko przebywa na oddziale intensywnej terapii, wypłacimy świadczenie jednorazowe w wysokości równej określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

10. W przypadku rekonwalescencji wypłacimy świadczenie jednorazowe w wysokości równej określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

11. Za każdy dzień pobytu dziecka na oddziale psychiatrycznym wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

12. Za każdy dzień pobytu dziecka na oddziale rehabilitacyjnym wypłacimy świadczenie równe określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

13. Jeśli dziecko przebywa w sanatorium, wypłacimy świadczenie jednorazowe w wysokości równej określonemu procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

14. Wypłatę ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna odpowiednio w dniu pobytu dziecka w szpitalu, w dniu rozpoczęcia pobytu dziecka na oddziale intensywnej terapii, w dniu rozpoczęcia rekonwalescencji, w dniu pobytu dziecka na oddziale psychiatrycznym, w dniu pobytu dziecka na oddziale rehabilitacyjnym, w dniu rozpoczęcia pobytu dziecka w sanatorium.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

15. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminu **wrodzona wada rozwojowa** – jest to obecny przy urodzeniu stan spowodowany nieprawidłowym rozwojem określonego regionu ciała, układu lub narządu w okresie prenatalnym, który został sklasyfikowany zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 z zastosowaniem kodu od Q00 do Q99 lub ICD-11 z zastosowaniem kodu od LA00 do LD9Z, wskazany w załączniku do OWU.

16. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje pobytu dziecka w szpitalu, na oddziale intensywnej terapii, na oddziale rehabilitacyjnym, na oddziale psychiatrycznym, w sanatorium, który rozpoczął się przed początkiem naszej ochrony lub pobytu dziecka w szpitalu, na oddziale intensywnej terapii, na oddziale rehabilitacyjnym, na oddziale psychiatrycznym, w sanatorium, który nastąpił:
1) w wyniku działań wojennych;
2) w wyniku katastrof, które powodują skażenie promieniotwórcze, chemiczne lub biologiczne;
3) w wyniku czynnego udziału dziecka w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
4) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez dziecko czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
5) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli dziecko prowadziło pojazd:
   a) bez uprawnień do prowadzenia pojazdu, które są określone w przepisach prawa lub
   b) niedopuszczony do ruchu w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, lub
   c) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości – w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, lub
   d) 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;
6) gdy dziecko było 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 zdarzenia wskazanego w pkt 4;
7) w wyniku umyślnego samookaleczenia się dziecka lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez dziecko;
8) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem lub użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi, środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – lub w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
9) w wyniku użycia przez dziecko produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza lub niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
10) w związku z leczeniem zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania umiejscowionych w kategoriach F00 – F99 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 lub 6A00 – 6E8Z Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-11, wskazanych w załączniku do OWU. Jeśli zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje pobyt dziecka na oddziale psychiatrycznym, wyłączenie to nie ma zastosowania do pobytu dziecka na oddziale psychiatrycznym;
11) w związku z wykonaniem operacji chirurgicznej w celu kosmetycznym, estetycznym z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie ochrony;
12) w związku z wykonaniem operacji chirurgicznej w celu zmiany płci;
13) w związku z leczeniem wrodzonej wady rozwojowej;
14) w związku z rehabilitacją. Jeśli zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje pobyt dziecka na oddziale rehabilitacyjnym lub pobyt dziecka w sanatorium, wyłączenie to nie ma zastosowania odpowiednio do pobytu dziecka na oddziale rehabilitacyjnym, pobytu dziecka w sanatorium;
15) w wyniku nieszczęśliwego wypadku – gdy dziecko uprawiało którykolwiek z następujących sportów: sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczkę skałkową albo wysokogórską (rozumianą jako każda wspinaczka uprawiana na wysokości powyżej 2000 metrów nad poziomem morza), speleologię, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą z wyłączeniem fajki nurkowej, skoki do wody, skoki na linie (ang. bungee jumping) – o ile którakolwiek z tych okoliczności miała wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku.

17. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje pobytu dziecka:
1) w placówkach lecznictwa odwykowego, placówkach dla przewlekle chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych ani zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
2) w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, takich jak sanatoria, szpitale uzdrowiskowe. Jeśli zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje pobyt dziecka w sanatorium, wyłączenie to nie ma zastosowania do pobytu dziecka w sanatorium;
3) w ośrodkach rehabilitacyjnych;
4) w szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych. Jeśli zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje pobyt dziecka na oddziale rehabilitacyjnym, wyłączenie to nie ma zastosowania do pobytu dziecka na oddziale rehabilitacyjnym;
5) na oddziałach dziennych;
6) w takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.

18. Świadczenie nie jest należne za pełne dni, w których dziecko przebywało na przepustce w trakcie pobytu w szpitalu (w tym w trakcie pobytu na oddziale psychiatrycznym, pobytu na oddziale rehabilitacyjnym). Świadczenie jest należne za dzień wyjścia na przepustkę i dzień powrotu z przepustki.
19. Nie zrealizujemy świadczenia, jeśli umyślnie przyczyniłeś się do spowodowania choroby lub nieszczęśliwego wypadku, będących przyczyną pobytu dziecka w szpitalu.

OGRANICZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach i ile maksymalnie wypłacimy z ubezpieczenia

20. W każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy zapłacimy maksymalnie:
1) za 365 dni pobytu dziecka w szpitalu;
2) za 30 dni pobytu dziecka na oddziale psychiatrycznym;
3) za 30 dni pobytu dziecka na oddziale rehabilitacyjnym;
4) jedno świadczenie za pobyt dziecka w sanatorium.

KARENCJA
– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego nie ponosimy odpowiedzialności lub ponosimy ją w ograniczonym zakresie

21. Nie ponosimy odpowiedzialności za pobyt dziecka w szpitalu, pobyt dziecka na oddziale intensywnej terapii, rekonwalescencję, pobyt dziecka na oddziale psychiatrycznym przez okres pierwszych 30 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.
22. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli pobyt dziecka w szpitalu, pobyt dziecka na oddziale intensywnej terapii, rekonwalescencja oraz pobyt dziecka na oddziale psychiatrycznym był wynikiem:
1) nieszczęśliwego wypadku,
2) wypadku komunikacyjnego
– który wydarzył się w ciągu pierwszych 30 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem wyłączeń z punktu 16-19.
23. Jeśli zmienisz zakres ubezpieczenia, nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 30 dni dla tych zdarzeń wskazanych w pkt 4, które nie były objęte naszą ochroną w poprzednim zakresie ubezpieczenia. Okres 30 dni jest w takim przypadku liczony od rozpoczęcia ochrony dla nowego zakresu ubezpieczenia. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli zdarzenie wskazane w pkt 4 było wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu tych 30 dni.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

24. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.
25. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujemy w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
26. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może zmienić się za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

27. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe:
1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu dodatkowym;
2) jest stała, ale może zmienić się za porozumieniem stron;
3) zależy od:
   a) sumy ubezpieczenia,
   b) zakresu ubezpieczenia,
   c) wysokości świadczenia,
   d) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.
28. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie i w polisie.
29. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

30. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania, pod warunkiem jednoczesnego zawarcia albo obowiązywania u ubezpieczającego umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego dziecka.

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

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

32. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

33. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego dziecka, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
34. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

35. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
36. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
37. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.
38. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego dziecka, skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
39. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, nie skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego dziecka.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

40. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
41. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
42. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.
43. Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego dziecka, skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
44. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, nie skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego dziecka.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

45. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
46. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym i dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego dziecka.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

47. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego dziecka;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;

6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

48. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

49. W razie pobytu dziecka w szpitalu (w tym na oddziale psychiatrycznym, oddziale rehabilitacyjnym), dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia. Możesz dostarczyć go:
   a) gdy dziecko zakończyło pobyt w szpitalu,
   b) w trakcie pobytu dziecka w szpitalu – po 30. lub 60. dniu od rozpoczęcia pobytu w szpitalu;
2) akt urodzenia dziecka;
3) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową z oddziału intensywnej terapii – gdy dziecko zakończyło pobyt w szpitalu;
4) dokument, który potwierdza pobyt w szpitalu oraz kartę wypisową z oddziału intensywnej terapii (jeśli dziecko przebywało na oddziale intensywnej terapii), wydane przez lekarza prowadzącego – gdy składasz wniosek o wypłatę świadczenia w trakcie pobytu dziecka w szpitalu.

50. W razie pobytu dziecka w sanatorium, dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) dokument (kopię, wydruk) wystawionego skierowania;
3) kartę informacyjną z leczenia uzdrowiskowego (sanatoryjnego).

51. 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.

52. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.

53. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

54. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy.

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

I. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania sklasyfikowane zgodnie Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10:	
F00	Otępienie w chorobie Alzheimera
F01	Otępienie naczyniowe
F02	Otępienie w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
F03	Otępienie nieokreślone
F04	Organiczny zespół amnestyczny nie wywołany alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi
F05	Majaczenie niespowodowane przez alkohol ani inne substancje psychoaktywne
F06	Inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną
F07	Zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu
F09	Nieokreślone zaburzenia psychiczne organiczne lub objawowe
F10	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu
F11	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opioidów
F12	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kanabinoli
F13	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji uspokajających i nasennych
F14	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kokainy
F15	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem innych substancji stymulujących, w tym kofeiny
F16	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem halucynogenów
F17	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu
F18	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane odurzaniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi
F19	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych
F20	Schizofrenia
F21	Zaburzenie schizotypowe
F22	Uporczywe zaburzenia urojeniowe
F23	Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne
F24	Indukowane zaburzenie urojeniowe
F25	Zaburzenia schizoafektywne
F28	Inne nieorganiczne zaburzenia psychotyczne
F29	Nieokreślona psychoza nieorganiczna
F30	Epizod maniakalny
F31	Zaburzenia afektywne dwubiegunowe
F32	Epizod depresyjny
F33	Zaburzenie depresyjne nawracające
F34	Uporczywe zaburzenia nastroju [afektywne]
F38	Inne zaburzenia nastroju [afektywne]
F39	Zaburzenia nastroju [afektywne], nieokreślone
F40	Zaburzenia lękowe w postaci fobii
F41	Inne zaburzenia lękowe
F42	Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne
F43	Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne
F44	Zaburzenia dysocjacyjne [konwersyjne]
F45	Zaburzenia występujące pod maską somatyczną
F48	Inne zaburzenia nerwicowe

F50	Zaburzenia odżywiania
F51	Nieorganiczne zaburzenia snu
F52	Zaburzenia seksualne niespowodowane zaburzeniem organicznym ani chorobą somatyczną
F53	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z połogiem, niesklasyfikowane gdzie indziej
F54	Czynniki psychologiczne lub behawioralne związane z zaburzeniami lub chorobami sklasyfikowanymi gdzie indziej
F55	Nadużywanie substancji, które nie powodują uzależnienia
F59	Nieokreślone zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi
F60	Specyficzne zaburzenia osobowości
F61	Zaburzenia osobowości mieszane i inne
F62	Trwałe zmiany osobowości niewynikające z uszkodzenia ani z choroby mózgu
F63	Zaburzenia nawyków i popędów
F64	Zaburzenia identyfikacji płciowej
F65	Zaburzenia preferencji seksualnych
F66	Zaburzenia psychologiczne i zaburzenia zachowania związane z rozwojem i orientacją seksualną
F68	Inne zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych
F69	Nieokreślone zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych
F70	Upośledzenie umysłowe lekkiego stopnia
F71	Upośledzenie umysłowe umiarkowanego stopnia
F72	Upośledzenie umysłowe znacznego stopnia
F73	Upośledzenie umysłowe głębokiego stopnia
F78	Inne upośledzenie umysłowe
F79	Nieokreślone upośledzenie umysłowe
F80	Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka
F81	Specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych
F82	Specyficzne zaburzenia rozwojowe funkcji motorycznych
F83	Mieszane specyficzne zaburzenia rozwojowe
F84	Całościowe zaburzenia rozwojowe
F88	Inne zaburzenia rozwoju psychologicznego
F90	Zaburzenia hiperkinetyczne
F91	Zaburzenia zachowania
F92	Mieszane zaburzenia zachowania i emocji
F93	Zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie
F94	Zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym
F95	Tiki
F98	Inne zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym
F99	Zaburzenie psychiczne nieokreślone inaczej

II. Zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe sklasyfikowane zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób dla statystyki śmiertelności i zachorowalności ICD-11:	
6A00	Zaburzenia rozwoju umysłowego
6A01	Zaburzenia rozwojowe mowy i języka
6A02	Zaburzenie ze spektrum autyzmu
6A03	Zaburzenie rozwojowe uczenia się
6A04	Zaburzenie rozwojowe koordynacji motorycznej
6A05	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi
6A06	Stereotypowe zaburzenie ruchowe
6A0Y	Inne określone zaburzenia neurorozwojowe
6A0Z	Zaburzenia neurorozwojowe, nieokreślone

6A20	Schizofrenia
6A21	Zaburzenie schizoafektywne
6A22	Zaburzenie schizotypowe
6A23	Ostre i przemijające zaburzenie psychotyczne
6A24	Zaburzenie urojeniowe
6A25	Objawowe manifestacje pierwotnych zaburzeń psychotycznych
6A2Y	Inne określone pierwotne zaburzenie psychotyczne
6A2Z	Schizofrenia lub inne pierwotne zaburzenia psychotyczne, nieokreślone
6A40	Katatonia związana z innym zaburzeniem psychicznym
6A41	Katatonia wywołana przez substancje lub leki
6A4Z	Katatonia, nieokreślona
6A60	Zaburzenie dwubiegunowe typu I
6A61	Zaburzenie dwubiegunowe typu II
6A62	Zaburzenie cyklotymiczne
6A6Y	Inne określone zaburzenia dwubiegunowe lub pokrewne
6A6Z	Zaburzenia dwubiegunowe lub pokrewne, nieokreślone
6A70	Zaburzenie depresyjne z pojedynczym epizodem
6A71	Zaburzenie depresyjne nawracające
6A72	Zaburzenie dystymiczne
6A73	Zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane
6A7Y	Inne określone zaburzenia depresyjne
6A7Z	Zaburzenia depresyjne, nieokreślone
6A80	Manifestacje związane z objawami i przebiegiem epizodów nastroju w zaburzeniach nastroju
6A8Y	Inne określone zaburzenia nastroju
6A8Z	Zaburzenia nastroju, nieokreślone
6B00	Zaburzenie lękowe uogólnione
6B01	Zaburzenie lękowe z napadami paniki
6B02	Agorafobia
6B03	Fobia specyficzna
6B04	Zaburzenie związane z lękiem społecznym
6B05	Zaburzenie związane z lękiem przed separacją
6B06	Mutyzm wybiórczy
6B0Y	Inne określone zaburzenia związane z lękiem lub strachem
6B0Z	Zaburzenia związane z lękiem lub strachem, nieokreślone
6B20	Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne
6B21	Zaburzenie dysmorficzne ciała
6B22	Zaburzenie odnoszenia węchowego
6B23	Hipochondria
6B24	Zaburzenie związane ze zbieraniem (patologiczne zbieractwo, syllogomania)
6B25	Powtarzające się zaburzenia behawioralne skoncentrowane na ciele
6B2Y	Inne określone zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne lub zaburzenia pokrewne
6B2Z	Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne lub zaburzenia pokrewne, nieokreślone
6B40	Zespół stresu pourazowego
6B41	Złożony zespół stresu pourazowego
6B42	Zespół przedłużonej (powikłanej) żałoby
6B43	Zaburzenie adaptacyjne
6B44	Reaktywne zaburzenie przywiązania
6B45	Nadmierna łatwość w nawiązywaniu relacji społecznych w dzieciństwie

6B4Y	Inne określone zaburzenia w szczególności związane ze stresem
6B4Z	Zaburzenia w szczególności związane ze stresem, nieokreślone
6B60	Dysocjacyjny zespół objawów neurologicznych
6B61	Amnezja dysocjacyjna
6B62	Zaburzenie transowe
6B63	Zaburzenia transowo-opętaniowe
6B64	Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości
6B65	Częściowe dysocjacyjne zaburzenie tożsamości
6B66	Zaburzenie depersonalizacyjno-derealizacyjne
6B6Y	Inne określone zaburzenia dysocjacyjne
6B6Z	Zaburzenia dysocjacyjne, nieokreślone
6B80	Jadłowstręt psychiczny
6B81	Bulimia
6B82	Zespół napadowego objadania się
6B83	Zespół unikania i ograniczania przyjmowania pokarmu
6B84	Pica
6B85	Zespół ruminacji z regurgitacją
6B8Y	Inne określone zaburzenia żywienia lub odżywiania
6B8Z	Zaburzenia żywienia lub odżywiania, nieokreślone
6C00	Moczenie mimowolne
6C01	Zanieczyszczanie się kałem
6C0Z	Zaburzenia wydalania, nieokreślone
6C20	Zaburzenie związane z cierpieniem fizycznym
6C21	Dysforia integralności ciała
6C2Y	Inne określone zaburzenia związane z cierpieniem fizycznym lub doświadczeniem cielesnym
6C2Z	Zaburzenia związane z cierpieniem fizycznym lub doświadczeniem, cielesnym, nieokreślone
6C40	Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu
6C41	Zaburzenia związane z używaniem kannabinoidów pochodzenia roślinnego
6C42	Zaburzenia związane z używaniem syntetycznych kannabinoidów
6C43	Zaburzenia związane z używaniem opioidów
6C44	Zaburzenia związane z używaniem leków uspokajających, nasennych lub przeciwlękowych
6C45	Zaburzenia związane z używaniem kokainy
6C46	Zaburzenia związane z używaniem środków pobudzających, w tym amfetaminy, metamfetaminy lub metylkatynonu
6C47	Zaburzenia spowodowane używaniem syntetycznych katynonów
6C48	Zaburzenia spowodowane używaniem kofeiny
6C49	Zaburzenia spowodowane używaniem halucynogenów
6C4A	Zaburzenia spowodowane używaniem nikotyny
6C4B	Zaburzenia spowodowane używaniem lotnych środków wziewnych
6C4C	Zaburzenia spowodowane używaniem MDMA lub narkotyków pokrewnych, w tym MDA
6C4D	Zaburzenia spowodowane używaniem narkotyków dysocjacyjnych, w tym ketaminy i fencyklidyny [PCP]
6C4E	Zaburzenia spowodowane używaniem innych określonych substancji psychoaktywnych, w tym leków
6C4F	Zaburzenia spowodowane używaniem wielu określonych substancji psychoaktywnych, w tym leków
6C4G	Zaburzenia spowodowane używaniem nieznanych lub nieokreślonych substancji psychoaktywnych
6C4H	Zaburzenia spowodowane używaniem substancji niepsychoaktywnych
6C4Y	Inne określone zaburzenia spowodowane używaniem substancji
6C4Z	Zaburzenia spowodowane używaniem substancji, nieokreślone
6C50	Zaburzenie związane z uprawianiem hazardu (patologiczny hazard)
6C51	Zaburzenie związane z graniem

6C5Y	Inne określone zaburzenia spowodowane zachowaniami nałogowymi
6C5Z	Zaburzenia spowodowane zachowaniami nałogowymi, nieokreślone
6C70	Piromania
6C71	Kleptomania
6C72	Zaburzenie związane z kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi
6C73	Zaburzenie związane z okresowymi zachowaniami eksplozywnymi
6C7Y	Inne określone zaburzenia kontroli impulsów
6C7Z	Zaburzenia kontroli impulsów, nieokreślone
6C90	Zaburzenie opozycyjno-buntownicze
6C91	Dyssocjalne zaburzenie behawioralne
6C9Y	Inne określone zachowanie destrukcyjne lub zaburzenia dyssocjalne
6C9Z	Zachowanie destrukcyjne lub zaburzenia dyssocjalne, nieokreślone
6D10	Zaburzenie osobowości
6D11	Wyraźne cechy lub wzorce osobowości
6D30	Zaburzenie ekshibicjonistyczne
6D31	Zaburzenie związane z podglądaniem (voyeryzm, oglądactwo)
6D32	Zaburzenie pedofilne
6D33	Zaburzenie związane z seksualnym sadyzmem z użyciem przymusu
6D34	Zaburzenie frotterystyczne (ocieractwo)
6D35	Inne zaburzenie parafiliczne obejmujące osoby niewyrażające zgody
6D36	Zaburzenie parafiliczne obejmujące zachowanie samotnicze lub osoby wyrażające zgodę
6D3Z	Zaburzenia parafiliczne, nieokreślone
6D50	Zaburzenie pozorowane skierowane wobec siebie
6D51	Zaburzenie pozorowane skierowane wobec innej osoby
6D5Z	Zaburzenia pozorowane, nieokreślone
6D70	Majaczenie
6D71	Łagodne zaburzenie neuropoznawcze
6D72	Zaburzenie amnestyczne
6D80	Otępienie spowodowane chorobą Alzheimera
6D81	Otępienie spowodowane chorobą naczyń mózgowych
6D82	Otępienie spowodowane chorobą z ciałami Lewy’ego
6D83	Otępienie czołowo-skroniowe
6D84	Otępienie spowodowane substancjami psychoaktywnymi, w tym lekami
6D85	Otępienie spowodowane chorobami sklasyfikowanymi gdzie indziej
6D86	Zaburzenia behawioralne lub psychologiczne w otępieniu
6D8Y	Otępienie, inna określona przyczyna
6D8Z	Otępienie, nieznana lub nieokreślona przyczyna
6E0Y	Inne określone zaburzenia neuropoznawcze
6E0Z	Zaburzenia neuropoznawcze, nieokreślone
6E20	Zaburzenia psychiczne lub behawioralne związane z ciążą, porodem lub połogiem bez objawów psychotycznych
6E21	Zaburzenia psychiczne lub behawioralne związane z ciążą, porodem lub połogiem, z objawami psychotycznymi
6E2Z	Zaburzenia psychiczne lub behawioralne związane z ciążą, porodem lub połogiem, nieokreślone
6E40	Czynniki psychologiczne lub behawioralne wpływające na zaburzenia lub choroby sklasyfikowane gdzie indziej
6E60	Wtórny zespół neurorozwojowy
6E61	Wtórny zespół psychotyczny
6E62	Wtórny zespół zaburzeń nastroju
6E63	Wtórny zespół lękowy
6E64	Wtórny zespół obsesyjno-kompulsyjny lub pokrewny

6E65	Wtórny zespół dysocjacyjny
6E66	Wtórny zespół zaburzenia kontroli impulsów
6E67	Wtórny zespół neuropoznawczy
6E68	Wtórna zmiana osobowości
6E69	Wtórny zespół katatoniczny
6E6Y	Inny określony wtórny zespół psychiczny lub behawioralny
6E6Z	Wtórny zespół psychiczny lub behawioralny, nieokreślony
6E8Y	Inne określone zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe
6E8Z	Zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe, nieokreślone

III. Wrodzone wady rozwojowe sklasyfikowane zgodnie Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10:	
Q00	Bezmózgowie i podobne wady rozwojowe
Q01	Przepuklina mózgowa
Q02	Małogłowie
Q03	Wodogłowie wrodzone
Q04	Inne wrodzone wady rozwojowe mózgu
Q05	Rozszczep kręgosłupa
Q06	Inne wrodzone wady rozwojowe rdzenia kręgowego
Q07	Inne wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego
Q10	Wrodzone wady rozwojowe powiek, aparatu łzowego i oczodołu
Q11	Bezoczе, małoocze i wielkoocze
Q12	Wrodzone wady rozwojowe soczewki
Q13	Wrodzone wady rozwojowe przedniego odcinka oka
Q14	Wrodzone wady rozwojowe tylnego odcinka oka
Q15	Inne wrodzone wady rozwojowe oka
Q16	Wrodzone wady rozwojowe ucha powodujące upośledzenie słuchu
Q17	Inne wrodzone wady rozwojowe ucha
Q18	Inne wrodzone wady rozwojowe twarzy i szyi
Q20	Wrodzone wady rozwojowe jam i połączeń sercowych
Q21	Wrodzone wady rozwojowe przegród serca
Q22	Wrodzone wady rozwojowe zastawki pnia płucnego i zastawki trójdzielnej
Q23	Wrodzone wady rozwojowe zastawki aortalnej i zastawki mitralnej
Q24	Inne wrodzone wady rozwojowe serca
Q25	Wrodzone wady rozwojowe dużych tętnic
Q26	Wrodzone wady rozwojowe dużych żył układowych
Q27	Inne wrodzone wady rozwojowe obwodowego układu naczyniowego
Q28	Inne wrodzone wady rozwojowe układu krążenia
Q30	Wrodzone wady rozwojowe nosa
Q31	Wrodzone wady rozwojowe krtani
Q32	Wrodzone wady rozwojowe tchawicy i oskrzeli
Q33	Wrodzone wady rozwojowe płuc
Q34	Inne wrodzone wady rozwojowe układu oddechowego
Q35	Rozszczep podniebienia
Q36	Rozszczep wargi
Q37	Rozszczep podniebienia wraz z rozszczepem wargi
Q38	Inne wrodzone wady rozwojowe języka, jamy ustnej i gardła

Q39	Wrodzone wady rozwojowe przełyku
Q40	Inne wrodzone wady rozwojowe górnego odcinka przewodu pokarmowego
Q41	Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita cienkiego
Q42	Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita grubego
Q43	Inne wrodzone wady rozwojowe jelit
Q44	Wrodzone wady rozwojowe pęcherzyka żółciowego, przewodów żółciowych i wątroby
Q45	Inne wrodzone wady rozwojowe układu pokarmowego
Q50	Wrodzone wady rozwojowe jajników, jajowodów i więzadła szerokiego macicy
Q51	Wrodzone wady rozwojowe macicy i szyjki macicy
Q52	Inne wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych żeńskich
Q53	Niezstąpienie jąder
Q54	Spodziectwo
Q55	Inne wrodzone wady rozwojowe męskich narządów płciowych
Q56	Płeć niezdeterminowana i obojnactwo rzekome
Q60	Niewytworzenie się nerki i inne zaburzenia związane z niedorozwojem nerki
Q61	Wielotorbielowatość nerek
Q62	Wrodzone wady rozwojowe miedniczki nerkowej powodujące zastój moczu i wrodzone wady rozwojowe moczowodu
Q63	Inne wrodzone wady rozwojowe nerek
Q64	Inne wrodzone wady rozwojowe układu moczowego
Q65	Wrodzone zniekształcenie stawu biodrowego
Q66	Wrodzone zniekształcenia stóp
Q67	Wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne w zakresie czaszki, twarzy, kręgosłupa i klatki piersiowej
Q68	Inne wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne
Q69	Palce dodatkowe
Q70	Palce zrośnięte
Q71	Wrodzone zniekształcenia zmniejszające kończyny górnej
Q72	Wrodzone zniekształcenia zmniejszające kończyny dolnej
Q73	Wrodzone zniekształcenie zmniejszające nieokreślonej kończyny
Q74	Inne wrodzone wady rozwojowe kończyn
Q75	Inne wrodzone wady rozwojowe kości czaszki i twarzy
Q76	Wrodzone wady rozwojowe kręgosłupa i kości klatki piersiowej
Q77	Dysplazja kostno-chrzęstna z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa
Q78	Inne osteochondrodysplazje
Q79	Wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-szkieletowego, niesklasyfikowane gdzie indziej
Q80	Wrodzona rybia łuska
Q81	Pęcherzowe oddzielanie naskórka
Q82	Inne wrodzone wady rozwojowe skóry
Q83	Wrodzone wady rozwojowe piersi
Q84	Inne wrodzone wady rozwojowe powłok ciała
Q85	Fakomatozy nie sklasyfikowane gdzie indziej
Q86	Zespoły wrodzonych wad rozwojowych spowodowane znanymi czynnikami zewnętrznymi, niesklasyfikowane gdzie indziej
Q87	Inne określone zespoły wrodzonych wad rozwojowych dotyczące wielu układów
Q89	Inne wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej
Q90	Zespół Downa
Q91	Zespół Edwardsa i zespół Pataua
Q92	Inne trisomie i częściowe trisomie autosomów, niesklasyfikowane gdzie indziej

Q93	Monosomie i delecje autosomów niesklasyfikowane gdzie indziej
Q95	Zrównoważone przemieszczenie materiału genetycznego i znaczniki strukturalne, niesklasyfikowane gdzie indziej
Q96	Zespół Turnera
Q97	Inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim, niesklasyfikowane gdzie indziej
Q98	Inne aberracje chromosomów płciowych z męskim fenotypem, niesklasyfikowane gdzie indziej
Q99	Inne aberracje chromosomowe niesklasyfikowane gdzie indziej

IV. Wrodzone wady rozwojowe sklasyfikowane zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób dla statystyki śmiertelności i zachorowalności ICD-11:	
LA00	Bezmózgowie lub podobne wady
LA01	Przepuklina mózgowa
LA02	Rozszczep kręgosłupa
LA03	Malformacja Arnolda i Chiariego typu II
LA04	Wodogłowie wrodzone
LA05	Strukturalne wady rozwojowe mózgu
LA06	Strukturalne wady rozwojowe móżdżku
LA07	Strukturalne wady rozwojowe kanału nerwowego, rdzenia kręgowego lub kręgosłupa
LA0Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe układu nerwowego
LA0Z	Strukturalne wady rozwojowe układu nerwowego, nieokreślone
LA10	Strukturalne wady rozwojowe gałek ocznych
LA11	Strukturalne wady rozwojowe przedniego segmentu oka
LA12	Strukturalne wady rozwojowe soczewki lub obwódki Zinna [więzadełka rzęskowego]
LA13	Strukturalne wady rozwojowe tylnego odcinka oka
LA14	Strukturalne wady rozwojowe powieki, aparatu łzowego lub oczodołu
LA1Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe oka, powieki lub aparatu łzowego
LA1Z	Strukturalne wady rozwojowe oka, powieki lub aparatu łzowego, nieokreślone
LA20	Wada strukturalna aparatu [trąbki] Eustachiusza
LA21	Drobne wady małżowiny usznej
LA22	Strukturalne wady rozwojowe ucha powodujące niedosłuch
LA23	Uchogłowie
LA24	Małżowina uszna dodatkowa
LA2Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe ucha
LA2Z	Strukturalne wady rozwojowe ucha, nieokreślone
LA30	Strukturalne wady rozwojowe zębów i tkanek przyzębia
LA31	Strukturalne wady rozwojowe ust lub języka
LA40	Rozszczep wargi
LA41	Rozszczep wargi i wyrostka zębodołowego
LA42	Rozszczep podniebienia
LA4Y	Inne określone rozszczepy warg, wyrostka zębodołowego lub podniebienia
LA4Z	Rozszczepy warg, wyrostka zębodołowego lub podniebienia, nieokreślone
LA50	Wrodzona niewydolność podniebienno-gardłowa
LA51	Rozszczepy twarzy
LA52	Asymetria twarzy
LA53	Duża warga
LA54	Mała warga
LA55	Twarz ściśnięta
LA56	Sekwencja Pierre'a i Robina [dawniej zespół Pierre'a i Robina]
LA5Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe twarzy, ust lub zębów

LA5Z	Strukturalne wady rozwojowe twarzy, ust lub zębów, nieokreślone
LA60	Szyja płetwiasta
LA61	Wrodzony guz mięśnia mostkowo-sutkowego
LA62	Wrodzony kręcz szyi
LA6Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe szyi
LA6Z	Strukturalne wady rozwojowe szyi, nieokreślone
LA70	Strukturalne wady rozwojowe nosa lub jamy ustnej
LA71	Strukturalne wady rozwojowe krtani
LA72	Rozszczep krtaniowo-tchawiczo-przełykowy
LA73	Strukturalne wady rozwojowe tchawicy
LA74	Strukturalne wady rozwojowe oskrzeli
LA75	Strukturalne wady rozwojowe płuc
LA76	Strukturalne wady rozwojowe opłucnej
LA77	Wrodzona torbiel śródpiersia
LA7Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe układu oddechowego
LA7Z	Strukturalne wady rozwojowe układu oddechowego, nieokreślone
LA80	Nieprawidłowe położenie-orientacja serca
LA81	Nieprawidłowe stosunki między komorami
LA82	Całkowite odbicie lustrzane narządów
LA83	Prawostronny izomeryzm
LA84	Lewostronny izomeryzm
LA85	Wrodzona wada połączenia przedsionkowo-komorowego lub komorowo-tętniczego
LA86	Wrodzona wada żyły śródpiersia
LA87	Wrodzona wada zastawki przedsionkowo-komorowej lub przegrody przedsionkowo-komorowej
LA88	Wrodzona wada komory lub przegrody międzykomorowej
LA89	Serce czynnościowo jednokomorowe
LA8A	Wrodzona wada zastawki komorowo-tętniczej lub obszarów przyległych
LA8B	Wrodzona wada dużych tętnic, w tym przewodu tętniczego
LA8C	Wrodzona wada tętnicy wieńcowej
LA8D	Wrodzona wada osierdzia
LA8E	Wrodzona nieprawidłowość przegrody przedsionkowej
LA8F	Wrodzona wada prawego przedsionka
LA8G	Wrodzona wada lewego przedsionka
LA8Y	Inna określona strukturalna wada rozwojowa serca lub dużych naczyń
LA8Z	Strukturalna wada rozwojowa serca lub dużych naczyń, nieokreślona
LA90	Strukturalne wady rozwojowe obwodowego układu naczyniowego
LA9Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe układu krążenia
LA9Z	Strukturalne wady rozwojowe układu krążenia, nieokreślone
LB00	Strukturalne wady rozwojowe przepony
LB01	Przepuklina pępowinowa
LB02	Wytrzewienie
LB03	Strukturalne wady rozwojowe pępowiny
LB0Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe przepony, ściany jamy brzusznej lub pępowiny
LB0Z	Strukturalne wady rozwojowe przepony, ściany jamy brzusznej lub pępowiny, nieokreślone
LB10	Strukturalne wady rozwojowe gruczołów lub przewodów ślinowych
LB11	Wrodzony uchyłek gardła
LB12	Strukturalne wady rozwojowe przełyku
LB13	Strukturalne wady rozwojowe żołądka

LB14	Strukturalne wady rozwojowe dwunastnicy
LB15	Strukturalne wady rozwojowe jelita cienkiego
LB16	Strukturalne wady rozwojowe jelita grubego
LB17	Strukturalne wady rozwojowe kanału odbytu
LB18	Wrodzone wady umocowania jelit
LB1Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe przewodu pokarmowego
LB1Z	Strukturalne wady rozwojowe przewodu pokarmowego, nieokreślone
LB20	Strukturalne wady rozwojowe pęcherzyka żółciowego, dróg żółciowych lub wątroby
LB21	Strukturalne wady rozwojowe trzustki
LB22	Strukturalne wady rozwojowe śledziony
LB2Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe wątroby, dróg żółciowych, trzustki lub śledziony
LB2Z	Strukturalne wady rozwojowe wątroby, dróg żółciowych, trzustki lub śledziony, nieokreślone
LB30	Strukturalne wady rozwojowe nerek
LB31	Strukturalne wady rozwojowe dróg moczowych
LB3Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe układu moczowego
LB3Z	Strukturalne wady rozwojowe układu moczowego, nieokreślone
LB40	Strukturalne wady rozwojowe sromu
LB41	Strukturalne wady rozwojowe łechtaczki
LB42	Strukturalne wady rozwojowe pochwy
LB43	Strukturalne wady rozwojowe szyjki macicy
LB44	Strukturalne wady rozwojowe macicy, z wyjątkiem szyjki macicy
LB45	Strukturalne wady rozwojowe jajników, jajowodów lub więzadeł szerokich
LB4Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe żeńskiego układu rozrodczego
LB4Z	Strukturalne wady rozwojowe żeńskiego układu rozrodczego, nieokreślone
LB50	Mikropenis lub niewytworzenie prącia
LB51	Anorchia lub mikroorchidia
LB52	Wnętrostwo
LB53	Spodziectwo
LB54	Wrodzona strunowatość prącia
LB55	Wierzchniactwo
LB56	Rozszczep moszny
LB57	Niewytworzenie nasieniowodów
LB58	Poliorchidyzm
LB59	Niedorozwój jądra lub moszny
LB5Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe męskiego układu rozrodczego
LB5Z	Strukturalne wady rozwojowe męskiego układu rozrodczego, nieokreślone
LB60	Niewykształcenie piersi (sutka)
LB61	Brak brodawki sutkowej
LB62	Piersi dodatkowe
LB63	Dodatkowa brodawka sutkowa
LB6Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe piersi
LB6Z	Strukturalne wady rozwojowe piersi, nieokreślone
LB70	Strukturalne wady rozwojowe czaszki
LB71	Strukturalne wady rozwojowe kości twarzy
LB72	Strukturalne wady rozwojowe obręczy barkowej
LB73	Strukturalne wady rozwojowe kręgosłupa lub kości klatki piersiowej
LB74	Strukturalne wady rozwojowe obręczy miednicznej
LB75	Brachydaktylia [krótkopalczastość]

LB76	Kciuk trójpaliczkowy
LB77	Hiperfalangia [zwielokrotnienia liczby paliczków]
LB78	Polidaktylia [palce dodatkowe]
LB79	Syndaktylia [palcozrost]
LB80	Wrodzone zniekształcenia palców rąk
LB81	Wrodzone zniekształcenia palców stóp
LB8Z	Wrodzone zniekształcenia palców rąk i stóp, nieokreślone
LB90	Wady tworzenia się stawów
LB91	Wrodzone zwichnięcie barku
LB92	Wrodzone zwichnięcie łokcia
LB93	Wrodzone zwichnięcie kolana
LB94	Wrodzone zwichnięcie rzepki
LB95	Niewykształcenie lub niedorozwój rzepki
LB96	Wrodzone wygięcie kości długich
LB97	Przerost kończyn
LB98	Wrodzone zniekształcenia stóp
LB99	Wrodzone wady ubytkowe / zmniejszające kończyny górnej
LB9A	Wady ubytkowe / zmniejszające kończyny dolnej
LB9B	Zniekształcenia ubytkowe / zmniejszające kończyn górnych i dolnych
LB9Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe szkieletu [kośćca]
LB9Z	Strukturalne wady rozwojowe szkieletu [kośćca], nieokreślone
LC00	Hamartoma z keratynocytów naskórka
LC01	Hamartoma włosowo-łojowa
LC02	Złożona hamartoma z naskórka
LC0Y	Inne określone hamartoma rozwijające się z naskórka i przydatków naskórka
LC10	Melanocytoza skórna
LC1Y	Wady rozwojowe pigmentacji skóry
LC20	Hamartoma z tkanki łącznej
LC2Y	Inna określona hamartoma pochodząca z tkanki łącznej skóry
LC30	Wady rozwojowe włosów lub wzrastania włosów
LC31	Wady rozwojowe aparatu [narządu] paznokciowego
LC40	Torbiel skórzasta [dermoidalna]
LC50	Wady rozwojowe naczyń włosowatych skóry
LC51	Wady rozwojowe dotyczące naczyń żylnych skóry
LC52	Złożone lub połączone wady rozwojowe dotyczące naczyń krwionośnych skóry
LC5Y	Inne określone wady rozwojowe układu naczyniowego skóry
LC5Z	Wady rozwojowe układu naczyniowego skóry, nieokreślone
LC60	Wrodzony brak skóry
LC7Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe skóry
LC7Z	Strukturalne wady rozwojowe skóry, nieokreślone
LC80	Wrodzony niedorozwój nadnerczy
LC8Y	Inne określone strukturalne anomalie rozwojowe nadnerczy
LC8Z	Strukturalne anomalie rozwojowe nadnerczy, nieokreślone
LD0Y	Inne określone strukturalne anomalie rozwojowe dotyczące głównie jednego układu organizmu
LD0Z	Strukturalne anomalie rozwojowe dotyczące głównie jednego układu organizmu, nieokreślone
LD20	Zespoły z wadami ośrodkowego układu nerwowego jako główną cechą
LD21	Zespoły z anomaliami rozwojowymi oka jako główną cechą
LD22	Zespoły, których główną cechą są anomalie rozwojowe zębów

LD23	Zespoły z anomaliami rozwojowymi naczyń jako główną cechą
LD24	Zespoły z wadami szkieletowymi jako główną cechą
LD25	Zespoły, których główną cechą są wady twarzy lub kończyn
LD26	Zespoły z wadami kończyn jako główną cechą
LD27	Zespoły, których główną cechą są anomalie dotyczące skóry lub błon śluzowych
LD28	Zespoły z zajęciem tkanki łącznej jako główną cechą
LD29	Zespoły z otyłością jako główną cechą
LD2A	Zaburzenia rozwoju płci
LD2B	Zespoły z przedwczesnym starzeniem jako główną cechą
LD2C	Zespoły przerostowe
LD2D	Fakomatozy lub zespoły hamartoneoplastyczne
LD2E	Zespoły z wadami strukturalnymi spowodowanymi wrodzonymi wadami metabolizmu
LD2F	Zespoły z mnogimi wadami strukturalnymi, bez zajęcia dominującego układu organizmu
LD2G	Bliźnięta zrośnięte
LD2H	Syndromiczna głuchota genetycznie uwarunkowana
LD2Y	Inne określone mnogie wady rozwojowe lub zespoły wad
LD2Z	Mnogie wady rozwojowe lub zespoły wad, nieokreślone
LD40	Trisomie całych autosomów
LD41	Duplikacje części autosomów
LD42	Poliploidie
LD43	Monosomie całych autosomów
LD44	Delecje autosomów
LD45	Disomie jednorodzicielskie
LD46	Zburzenia piętnowania genomowego
LD47	Zrównoważone rearanżacje lub rearanżacje strukturalne
LD50	Aberracje liczbowe chromosomu X
LD51	Aberracje strukturalne chromosomu X, z wyjątkiem zespołu Turnera
LD52	Aberracje liczbowe chromosomu Y
LD53	Aberracje strukturalne chromosomu Y
LD54	Mężczyzna z mozaikowością chromosomów płciowych
LD55	Łamliwy chromosom X
LD56	Chimera 46,XX, 46,XY
LD5Y	Inne określone aberracje chromosomów płciowych
LD5Z	Aberracje chromosomów płciowych, nieokreślone
LD7Y	Inne określone aberracje chromosomowe, z wyłączeniem mutacji genowych
LD7Z	Wady chromosomowe, z wyłączeniem mutacji genowych, nieokreślone
LD90	Choroby z zaburzeniami rozwoju intelektualnego jako istotną cechą kliniczną
LD9Y	Inne określone wady rozwojowe
LD9Z	Wady rozwojowe, nieokreślone

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA Z KARTĄ APTECZNĄ

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE Z KARTĄ APTECZNĄ

Kod warunków: APGP56

Wersja dokumentu z 22 listopada 2025 r.

Ten materiał zawiera informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia z Kartą apteczną, kod warunków: APGP56 (OWU). Zanim zdecydujesz się zawrzeć umowę, zapoznaj się z OWU. Użyte w OWU definicje mogą odbiegać od powszechnie przyjętego pojęcia, dlatego zwróć na nie szczególną uwagę.
Zawarcie umowy jest dobrowolne.

NINIEJSZY DOKUMENT:

- jest materiałem informacyjnym,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinien być wyłączną podstawą do tego, aby podjąć decyzję o zawarciu umowy.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA – CZYLI CO UBEZPIECZAMY

Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego.
Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje pobyt ubezpieczonego w szpitalu wskutek choroby lub pobyt ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie ochrony, za który wypłaciliśmy świadczenie z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA

W razie Twojego pobytu w szpitalu wydajemy Ci Kartę apteczną, która umożliwia odbiór produktów w aptece o wartości 100% sumy ubezpieczenia – aktualnej w dniu rozpoczęcia pobytu w szpitalu.
W każdym okresie kolejnych 12 miesięcy, które trwają między rocznicami polisy, możesz otrzymać Kartę apteczną za maksymalnie trzy rozpoczęte w tym czasie pobyty w szpitalu, za które wypłaciliśmy świadczenie z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego, czyli możesz otrzymać maksymalnie trzy Karty apteczne w tym okresie.
Jeżeli przebywałeś w szpitalu bądź kilku szpitalach w ciągłości, to uznajemy go za jeden rozpoczęty pobyt w szpitalu.

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 I 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

Naszą ochroną obejmujemy pobyt w szpitalu na całym świecie. Odbiór produktów aptecznych za pomocą Karty aptecznej wydanej po pobycie w szpitalu możliwy jest w aptece działającej w Polsce zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

JAK I KIEDY PŁACI SIĘ SKŁADKĘ

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego z częstotliwością miesięczną 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

Nie zrealizujemy świadczenia w przypadku:
- czwartego i kolejnych pobytów w szpitalu w każdym rocznym okresie obowiązywania umowy,
- braku naszej ochrony w czasie pobytu w szpitalu,
- niedostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności jeśli dane zdarzenie nie jest objęte zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność oraz w innych przypadkach wskazanych w OWU.

JAK ROZWIĄZAĆ UMOWĘ

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie:
- 7 dni od zawarcia umowy – jeśli jest przedsiębiorcą,
- 30 dni od zawarcia umowy – jeśli nie jest przedsiębiorcą.

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) 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 którym 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.
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 ppkt 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 rozpatrywan iu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej" oraz z „U stawy 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.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia z Kartą apteczną, kod warunków APGP56 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia. Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1-2 pkt 4-7 pkt 8-9 pkt 31-33 pkt 34
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 28-29 pkt 30 pkt 34

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA Z KARTĄ APTECZNĄ

Kod OWU: APGP56

Zarząd PZU Życie SA uchwalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia z Kartą apteczną uchwałą nr UZ/165/2025 z dnia 14 października 2025 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie 22 listopada 2025 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 grudnia 2025 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
1) **apteka** – każda ogólnodostępna apteka lub punkt apteczny, które działają w Polsce zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne;
2) **dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego** – wskazane przez PZU Życie SA w umowie ubezpieczenie dodatkowe na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego;
3) **Karta apteczna** – karta, która uprawnia do odbioru produktów aptecznych. Zasady jej funkcjonowania opisaliśmy w Regulaminie Karty aptecznej;
4) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
5) **produkty apteczne/produkty** – produkty oferowane i dostępne w aptece;
6) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł z nami umowę o współpracy w zakresie Kart aptecznych. Współpraca ta polega na organizacji odbioru produktów w aptece za pomocą Kart aptecznych;
7) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
8) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe.

2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA
– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY
– czyli kiedy możesz otrzymać Kartę apteczną

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje Twój pobyt w szpitalu wskutek choroby lub Twój pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie ochrony, za który wypłaciliśmy świadczenie z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego.

5. W razie Twojego pobytu w szpitalu wydajemy Ci Kartę apteczną, która umożliwia odbiór produktów w aptece o wartości 100% sumy ubezpieczenia – aktualnej w dniu rozpoczęcia pobytu w szpitalu, z uwzględnieniem punktu następnego.

6. W każdym okresie kolejnych 12 miesięcy, które trwają między rocznicami polisy, możesz otrzymać Kartę apteczną za maksymalnie trzy rozpoczęte w tym czasie pobyty w szpitalu, za które wypłaciliśmy świadczenie z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego, czyli możesz otrzymać maksymalnie trzy Karty apteczne w tym okresie.

7. Jeżeli przebywałeś w szpitalu bądź kilku szpitalach w ciągłości, to uznajemy go za jeden rozpoczęty pobyt w szpitalu. Warunek ciągłości jest spełniony, jeśli przebywałeś w dwóch lub więcej oddziałach szpitalnych w bezpośrednio następujących po sobie dniach – bez względu na godzinę wypisu oraz przyjęcia.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

8. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość świadczenia.
9. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujemy w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

10. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe:
1) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
2) zależy od:
a) sumy ubezpieczenia,
b) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

11. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
12. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

13. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania pod warunkiem jednoczesnego zawarcia albo obowiązywania u ubezpieczającego umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego.
14. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

15. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

16. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
17. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

18. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
19. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
20. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.
21. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego, skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
22. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, nie skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

23. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
24. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.

25. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.
26. Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego, skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
27. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, nie skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

28. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
29. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym i dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

30. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENIA DO KARTY APTECZNEJ PO POBYCIE W SZPITALU
– czyli komu i kiedy ją wydajemy

31. Prawo do otrzymania Karty aptecznej przysługuje Tobie.
32. Wniosek o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego jest jednocześnie zgłoszeniem do otrzymania Karty aptecznej z tego ubezpieczenia dodatkowego – z uwzględnieniem punktu następnego.
33. Wypłacimy świadczenie jednorazowo w pełnej należnej kwocie tylko 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.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

34. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy.

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 Karty aptecznej używamy terminów:
1) **data ważności** – ostatni dzień miesiąca, który przypada po upływie trzech lat, licząc od końca miesiąca, w którym wydana została decyzja 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 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 i przedstawiasz dowód zakupu oraz posiadania aktywnej Karty aptecznej. Zwracamy pieniądze w ciągu 21 dni od daty zgłoszenia i przedstawienia aktywnej Karty aptecznej, 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 22. i 23.
14. Wypłacimy 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 UŻYWANIEM 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, zakupionych przy użyciu Karty aptecznej, 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.
25. Ponadto składanie i rozpatrywanie reklamacji, skarg i zażaleń odbywa się na zasadach wskazanych w ubezpieczeniu podstawowym.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

26. W sprawach nie ustalonych w regulaminie, mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY UBEZPIECZONEGO

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY UBEZPIECZONEGO

Kod warunków: CCGP56

Wersja dokumentu z 22 listopada 2025 r.

Ten materiał zawiera informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego, kod warunków: CCGP56 (OWU). Zanim zdecydujesz się zawrzeć umowę, zapoznaj się z OWU. Użyte w OWU definicje mogą odbiegać od powszechnie przyjętego pojęcia, dlatego zwróć na nie szczególną uwagę.
Zawarcie umowy jest dobrowolne.

NINIEJSZY DOKUMENT:

- jest materiałem informacyjnym,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinien być wyłączną podstawą do tego, aby podjąć decyzję o zawarciu umowy.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA – CZYLI CO UBEZPIECZAMY I JAKIE ZDARZENIA OBEJMUJEMY OCHRONĄ

Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego.
Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego w okresie ochrony zdarzenia, które spełnia następujące warunki:
- jest zgodne z naszą definicją wskazaną w załączniku do OWU,
- jest w zakresie zdarzeń, który obowiązuje w umowie ubezpieczenia (polisie).

Ubezpieczenie występuje w czterech zakresach:
- podstawowym,
- rozszerzonym,
- rozszerzonym plus,
- rozszerzonym ekstra.

Informację o tym, jakie zdarzenia zawiera dany zakres, znajdziesz w załączniku do OWU.
Zakres zdarzeń potwierdzamy w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA

W przypadku wystąpienia zdarzenia – ciężkiej choroby ubezpieczonego, wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia zdarzenia, który jest określony w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus albo w trakcie jego trwania.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ I KOGO UBEZPIECZAMY

Ubezpieczenie dodatkowe zawiera ubezpieczający, który jest zobowiązany do zapłaty składki za ubezpieczenie.
Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

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.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

GDZIE OBOWIĄZUJE UBEZPIECZENIE

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie.

JAK I KIEDY PŁACI SIĘ SKŁADKĘ

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego z częstotliwością miesięczną 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.

Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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

Nie wypłacimy świadczenia w przypadku:
- ponownego wystąpienia tego samego zdarzenia, jeśli za wcześniejsze zdarzenie wypłacono świadczenie,
- niedostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia o ile nie jesteśmy w stanie ustalić swojej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia na podstawie innych dowodów,
- wystąpienia zdarzenia przed okresem naszej ochrony.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności jeśli dane zdarzenie nie jest objęte zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność oraz w innych przypadkach wskazanych w owu.

JAK ROZWIĄZAĆ UMOWĘ

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie:
- 7 dni od zawarcia umowy – jeśli jest przedsiębiorcą,
- 30 dni od zawarcia umowy – jeśli nie jest przedsiębiorcą.

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) 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 którym 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.

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 ppkt 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, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej” 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.

W poniższej tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego, kod warunków CCGP56 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.
Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 pkt 4–6 pkt 16–18 pkt 40 pkt 41–46 pkt 47
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 pkt 7–12 pkt 13–15 pkt 37–38 pkt 39 pkt 47

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY UBEZPIECZONEGO

Kod OWU: CCGP56

Zarząd PZU Życie SA uchwalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego uchwałą nr UZ/165/2025 z dnia 14 października 2025 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie 22 listopada 2025 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 grudnia 2025 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
1) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu 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 dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
4) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe.

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 ŚWIADCZENIA
– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje wystąpienie u Ciebie w okresie ochrony zdarzenia, które spełnia następujące warunki:
1) jest zgodne z naszą definicją wskazaną w Załączniku do tych OWU;
2) jest w zakresie zdarzeń, który obowiązuje w umowie ubezpieczenia (polisie).

5. Ubezpieczenie dodatkowe występuje w czterech zakresach:
1) podstawowym;
2) rozszerzonym;
3) rozszerzonym plus;
4) rozszerzonym ekstra.

Informację o tym, jakie zdarzenia zawiera dany zakres, znajdziesz w Załączniku do tych OWU.
Wybrany zakres zdarzeń potwierdzamy w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

6. W razie wystąpienia u Ciebie zdarzenia określonego w Załączniku do tych OWU wypłacimy Ci świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia zdarzenia, który jest określony w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

7. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje zdarzeń określonych w Załączniku do tych OWU, jeśli zdarzenie wystąpiło:
1) w wyniku działań wojennych;
2) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
3) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;

4) w wyniku wypadku komunikacyjnego, jeśli ubezpieczony prowadził 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;
5) gdy ubezpieczony był 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 zdarzenia;
6) wskutek samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
7) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem lub użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi, środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii.

8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje także:
1) zdarzeń określonych w Załączniku do OWU, będących skutkiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się przed początkiem okresu ochrony;
2) całkowitej utraty słuchu w obydwu uszach, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano nowotwór lub otosklerozę, które były przyczyną utraty słuchu;
3) całkowitej utraty wzroku w obydwu oczach, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano zwyrodnienie plamki żółtej, jaskrę lub cukrzycę, które były przyczyną utraty wzroku;
4) choroby niedokrwiennej serca leczonej metodą pomostowania (by-pass), jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę niedokrwienną serca lub zawał serca;
5) przewlekłej choroby nerek z leczeniem nerkozastępczym, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano nieprawidłowość w budowie lub funkcjonowaniu nerek, która była przyczyną zastosowania leczenia nerkozastępczego;
6) rozsianego krzepnięcia wewnątrznaczyniowego (DIC), jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę zakrzepowo-zatorową;
7) śpiączki z ciężkimi następstwami w wyniku uszkodzenia mózgu, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano nowotwór, cukrzycę, niewydolność nerek, niewydolność wątroby, które były przyczyną śpiączki z ciężkimi następstwami w wyniku uszkodzenia mózgu;
8) transplantacji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczony został wpisany na listę oczekujących na przeszczep;
9) udaru mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, miażdżycę naczyń mózgowych;
10) utraty kończyny, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano cukrzycę lub miażdżycę tętnic kończyn dolnych, które były przyczyną amputacji;
11) zakażonej martwicy trzustki, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano ostre zapalenie trzustki lub przewlekłe zapalenie trzustki;
12) zastawkowej wady serca leczonej chirurgicznie wszczepieniem zastawki, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano zastawkową wadę serca, która była przyczyną tego leczenia chirurgicznego;
13) zatoru tętnicy płucnej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę zakrzepowo-zatorową;
14) zawału serca, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę niedokrwienną serca lub wystąpił zawał serca;
15) zespołu krótkiego jelita, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę Leśniowskiego-Crohna.

9. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje zdarzeń, wskazanych w Załączniku do tych OWU, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto u ubezpieczonego postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed początkiem okresu ochrony, przy czym postanowienie to nie ma zastosowania do pkt 8.

10. Wyłączenie z pkt 9 nie dotyczy:
1) sytuacji, w których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się i zakończyło przed ukończeniem przez ubezpieczonego 18 lat;
2) zdarzeń, w przypadku których nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiego samego zdarzenia.

11. W przypadku nowotworu złośliwego należne jest tylko jedno świadczenie niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów.

12. Po wystąpieniu danego zdarzenia określonego w Załączniku do tych OWU, za które wypłacono świadczenie nasza ochrona wygasa w zakresie tego zdarzenia.

KARENCJA

– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego nie ponosimy odpowiedzialności lub ponosimy ją w ograniczonym zakresie

13. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 90 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.

14. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli zdarzenie było wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu pierwszych 90 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem wyłączeń z punktu 7 i 8.

15. Jeśli zmienisz zakres zdarzeń, nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 90 dni dla tych zdarzeń, które nie były objęte naszą ochroną w poprzednim zakresie zdarzeń. Okres 90 dni jest w takim przypadku liczony od rozpoczęcia ochrony dla nowego zakresu zdarzeń.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

16. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.
17. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujemy w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
18. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może zmienić się za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

19. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe:
1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu dodatkowym;
2) jest stała, ale może zmienić się za porozumieniem stron;
3) zależy od:
   a) sumy ubezpieczenia,
   b) zakresu ubezpieczenia,
   c) wysokości świadczenia,
   d) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

20. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
21. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

22. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.
23. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.
24. Ubezpieczający w ramach wariantu ubezpieczenia może wybrać jeden z czterech zakresów zdarzeń, to jest: podstawowy, rozszerzony, rozszerzony plus, rozszerzony ekstra.
25. Ubezpieczający może zmienić zakres na inny w dowolnym momencie.
26. Aby zmienić zakres, ubezpieczający składa wniosek. Nowy zakres obowiązuje od 1 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym został złożony wniosek.
27. Jeśli zmieniasz zakres, okres ochrony dla poprzedniego zakresu kończy się z upływem dnia, po którym rozpocznie się okres ochrony dla nowego zakresu, z zastrzeżeniem pkt 15.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

28. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

29. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
30. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

31. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
32. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.

33. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

34. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
35. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
36. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

37. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
38. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

39. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

40. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

41. Jeśli wystąpi u Ciebie zdarzenie określone w załączniku do tych OWU, dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie zdarzenia, w przypadku oparzeń – ich stopień i powierzchnię;
3) taką dokumentację, która potwierdza okoliczności wypadku – w przypadku zdarzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
4) kartę informacyjną leczenia szpitalnego – jeśli przebywałeś w szpitalu.

42. Możemy dodatkowo:
1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
2) zlecić badania medyczne
– jeśli będzie to konieczne dla ustalenia naszej odpowiedzialności.

43. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
44. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
45. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
46. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

47. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy.

ZAŁĄCZNIK
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY UBEZPIECZONEGO

1. Zdarzenia objęte naszą odpowiedzialnością oraz dzień wystąpienia zdarzenia:

1) **bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych** – zakaźna choroba bakteryjna układu nerwowego, która przebiega z objawami zajęcia procesem zapalnym mózgowia, rdzenia kręgowego lub opon mózgowo-rdzeniowych.
   Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, które rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jego czynnik etiologiczny i z powodu którego zastosowano hospitalizację.
   Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
   a) rozpoznano bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych w sposób opisany powyżej i
   b) zastosowano hospitalizację;
2) **bakteryjne zapalenie wsierdzia** – zapalenie wsierdzia spowodowane przez zakażenie bakteryjne.
   Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie wsierdzia, które dotyczyło własnych zastawek serca lub jam serca, bez obcego materiału i urządzeń medycznych i które zostało rozpoznane na podstawie badania identyfikującego jego czynnik etiologiczny lub badania obrazowego bądź badania patomorfologicznego potwierdzającego uszkodzenie wsierdzia.
   Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną wykonano badanie obrazowe lub pobrano materiał do badań wskazanych powyżej, które potwierdziły bakteryjne zapalenie wsierdzia;
3) **bąblowica z zajęciem mózgu** – choroba zakaźna wywołana przez tasiemca bąblowcowego, która charakteryzuje się obecnością torbieli bąblowca w mózgu.
   Odpowiadamy wyłącznie za taką bąblowicę z zajęciem mózgu, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i w przebiegu której stwierdzono obecność torbieli bąblowca w mózgu.
   Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano bąblowicę z zajęciem mózgu w sposób opisany powyżej;
4) **borelioza z zajęciem serca** – choroba zakaźna spowodowana przez krętki z rodzaju Borrelia, skutkiem której jest zajęcie serca.
   Odpowiadamy wyłącznie za taką boreliozę z zajęciem serca, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i w przebiegu stwierdzono co najmniej jeden z poniższych zespołów klinicznych:
   a) zapalenie mięśnia serca,
   b) zapalenie osierdzia,
   c) zaburzenia rytmu,
   d) zaburzenia przewodzenia.
   Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
   a) rozpoznano boreliozę z zajęciem serca w sposób opisany powyżej i
   b) stwierdzono co najmniej jeden ze wskazanych powyżej zespołów klinicznych boreliozy z zajęciem serca;
5) **borelioza z zajęciem układu nerwowego (neuroborelioza)** – choroba zakaźna spowodowana przez krętki z rodzaju Borrelia, skutkiem której jest zajęcie układu nerwowego.
   Odpowiadamy wyłącznie za taką boreliozę z zajęciem układu nerwowego, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i w następstwie której stwierdzono 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.
   Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
   a) rozpoznano boreliozę z zajęciem układu nerwowego w sposób opisany powyżej i
   b) stwierdzono co najmniej jeden ze wskazanych powyżej zespołów klinicznych boreliozy z zajęciem układu nerwowego;
6) **całkowita utrata mowy** – trwała i nieodwracalna utrata zdolności wytwarzania dźwięków mowy i artykułowania zrozumiałego języka.
   Odpowiadamy wyłącznie za taką całkowitą utratę mowy, która jest spowodowana chorobą lub urazem krtani, i która nie może być skorygowana nawet częściowo, przy zastosowaniu jakiejkolwiek metody.
   Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano całkowitą utratę mowy;
7) **całkowita utrata słuchu w obydwu uszach** – trwała i nieodwracalna obustronna utrata zdolności słyszenia.
   Odpowiadamy wyłącznie za taką utratę słuchu, którą rozpoznano na podstawie badania potwierdzającego, że obustronna uśredniona wartość ubytku słuchu dla dźwięków pasma mowy wynosi co najmniej 90dB.
   Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano całkowitą utratę słuchu w obydwu uszach w sposób opisany powyżej;
8) **całkowita utrata wzroku w obydwu oczach** – trwała i nieodwracalna obustronna utrata zdolności widzenia.
   Odpowiadamy wyłącznie za taka utratę wzroku, którą rozpoznano na podstawie badania potwierdzającego, że ostrość widzenia w obu oczach po korekcji optycznej jest mniejsza niż 0,1 (5/50) lub pole widzenia jest mniejsze niż 20 stopni.
   Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano całkowitą utratę wzroku w obu oczach w sposób opisany powyżej;
9) **chłoniak boreliozowy** – następstwo boreliozy, czyli choroby zakaźnej, spowodowanej przez krętki z rodzaju Borrelia.
   Odpowiadamy wyłącznie za takiego chłoniaka boreliozowego, którego rozpoznanie potwierdza badanie histopatologiczne i badania serologiczne krwi.

Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano chłoniaka boreliozowego w sposób opisany powyżej;

10) **choroba Addisona** – zespół objawów klinicznych, wywołanych długotrwałym niedoborem hormonów kory nadnerczy, do którego dochodzi w wyniku bezpośredniego uszkodzenia nadnerczy.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Addisona, którą rozpoznał lekarz endokrynolog i z powodu której zastosowano suplementację brakującego hormonu.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano chorobę Addisona w sposób opisany powyżej i
b) zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia choroby Addisona;

11) **choroba Alzheimera** – choroba, która charakteryzuje się postępującymi zaburzeniami pamięci i innych funkcji poznawczych, która prowadzi do otępienia.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Alzheimera, którą rozpoznał lekarz neurolog, psychiatra lub geriatra na podstawie danych klinicznych, testów i kwestionariuszy służących do diagnostyki choroby Alzheimera i w przebiegu której stwierdzono otępienie.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano chorobę Alzheimera w sposób opisany powyżej i
b) rozpoznano wskazane powyżej następstwo choroby Alzheimera;

12) **choroba Creutzfeldta-Jakoba** – neurodegeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego wywołana przez priony.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Creutzfeldta-Jakoba, którą rozpoznał lekarz neurolog i w przebiegu której stwierdzono otępienie i zaburzenia funkcji ruchu.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano chorobę Creutzfeldta-Jakoba w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono wskazane powyżej następstwa choroby Creutzfeldta-Jakoba;

13) **choroba Huntingtona** – dziedziczna choroba ośrodkowego układu nerwowego.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Huntingtona, którą rozpoznał lekarz neurolog na podstawie badania genetycznego i w przebiegu której stwierdzono:
a) zaburzenia motoryczne lub
b) zaburzenia nastroju lub
c) zaburzenia poznawcze.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano chorobę Huntingtona w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono co najmniej jedno ze wskazanych powyżej następstw choroby Huntingtona;

14) **choroba Leśniowskiego-Crohna z powikłaniami** – przewlekłe, nieswoiste zapalenie ściany jelita, w przebiegu którego wystąpiły powikłania.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Leśniowskiego-Crohna, którą rozpoznano na podstawie badania histopatologicznego, i w przebiegu której stwierdzono jedno z poniższych powikłań:
a) przetokę jelita,
b) ropień jelita,
c) zwężenie jelita.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano chorobę Leśniowskiego-Crohna w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono co najmniej jedno ze wskazanych powyżej powikłań choroby Leśniowskiego-Crohna;

15) **choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)** – neurodegeneracyjna choroba obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana wybiórczym uszkodzeniem nerwowych komórek ruchowych.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę neuronu ruchowego, którą rozpoznał lekarz neurolog na podstawie badania elektromiograficznego (EMG) i w przebiegu której stwierdzono:
a) osłabienie lub zanik mięśni oraz
b) ograniczenie ruchów czynnych.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano chorobę neuronu ruchowego w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono osłabienie lub zanik mięśni oraz ograniczenie ruchów czynnych;

16) **choroba niedokrwienna serca leczona metodą pomostowania (by-pass)** – choroba tętnic wieńcowych, z powodu której wszczepiono pomost, tzw. by-pass, omijający zwężony lub niedrożny odcinek tętnicy wieńcowej.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano chorobę niedokrwienną serca i
b) zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia choroby niedokrwiennej serca;

17) **choroba Parkinsona** – neurodegeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego spowodowana zanikiem komórek nerwowych, mających znaczenie dla funkcji ruchowych.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Parkinsona, którą rozpoznał lekarz neurolog i w przebiegu której stwierdzono co najmniej dwa z poniższych następstw:
a) drżenie spoczynkowe,
b) spowolnienie ruchowe,
c) zwiększone napięcie mięśni.
Nasza ochrona nie obejmuje parkinsonizmu objawowego.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano chorobę Parkinsona w sposób opisany powyżej i

b) stwierdzono co najmniej dwa ze wskazanych powyżej następstw choroby Parkinsona;

18) **choroba układu bodźcoprzewodzącego serca leczona chirurgicznie wszczepieniem układu stymulującego** – dysfunkcja węzła zatokowego lub zaburzenia układu przewodzącego serca, z powodu której wszczepiono układ stymulujący serce na stałe.
Nasza ochrona nie obejmuje zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano chorobę układu bodźcoprzewodzącego serca i
b) zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia choroby układu bodźcoprzewodzącego serca;

19) **gruczolak przysadki mózgowej** – guz, który wywodzi się z komórek przedniego płata przysadki mózgowej, produkujących hormony.
Odpowiadamy wyłącznie za takiego gruczolaka przysadki mózgowej, który rozpoznał lekarz specjalista endokrynolog lub radiolog) na podstawie badań obrazowych.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano gruczolaka przysadki mózgowej w sposób opisany powyżej;

20) **gruźlica wymagająca leczenia szpitalnego** – choroba zakaźna wywołana przez prątki gruźlicy, która wymaga leczenia szpitalnego.
Odpowiadamy wyłącznie za taką gruźlicę, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i z powodu której zastosowano leczenie przeciwprątkowe oraz hospitalizację.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano ciężką gruźlicę w sposób opisany powyżej oraz
b) zastosowano obydwie wskazane powyżej metody leczenia gruźlicy;

21) **guz chromochłonny** – guz, który wywodzi się z komórek chromochłonnych i jest zlokalizowany w nadnerczach lub pozanadnerczowo, i którego objawy związane są z nadmiernym wydzielaniem katecholamin.
Odpowiadamy wyłącznie za taki guz chromochłonny, który rozpoznał lekarz specjalista endokrynolog lub radiolog na podstawie badań obrazowych.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano guz chromochłonny w sposób opisany powyżej;

22) **idiopatyczne nadciśnienie płucne** – zespół objawów klinicznych spowodowany samoistnym wzrostem ciśnienia w tętnicy płucnej.
Odpowiadamy wyłącznie za takie idiopatyczne nadciśnienie płucne, w którym średnie ciśnienie w tętnicy płucnej w spoczynku, oznaczone za pomocą cewnikowania prawego serca, wynosi co najmniej 25 mm Hg.
Nasza ochrona nie obejmuje nadciśnienia płucnego wtórnego, czyli takiego które powstało w przebiegu innych chorób lub reakcji na substancje toksyczne, a także nadciśnienia płucnego polekowego.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano idiopatyczne nadciśnienie płucne w sposób opisany powyżej;

23) **kardiomiopatia przerostowa** – genetycznie uwarunkowane, pierwotne uszkodzenie mięśnia serca z pogrubieniem ścian lewej komory serca, które nie jest skutkiem nieprawidłowych warunków jej obciążania.
Odpowiadamy wyłącznie za taką kardiomiopatię przerostową (genetycznie uwarunkowaną), którą rozpoznał lekarz kardiolog, i która skutkuje obniżeniem frakcji wyrzutowej lewej komory serca poniżej 40% lub z powodu której wszczepiono kardiowerter-defibrylator.
Nasza ochrona nie obejmuje pogrubienia ściany lewej komory serca wtórnego do innych chorób serca lub chorób ogólnoustrojowych.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano kardiomiopatię przerostową genetycznie uwarunkowaną w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono wskazane powyżej następstwo kardiomiopatii przerostowej lub zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia kardiomiopatii przerostowej;

24) **kardiomiopatia Takotsubo** – przejściowe zaburzenia kurczliwości ścian lewej komory serca ze wzrostem troponiny sercowej powyżej górnej granicy normy, bez istotnych hemodynamicznie zwężeń w tętnicach wieńcowych.
Odpowiadamy wyłącznie za taką kardiomiopatię Takotsubo, którą rozpoznał lekarz kardiolog i z powodu której zastosowano hospitalizację.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano kardiomiopatię Takotsubo w sposób opisany powyżej i
b) zastosowano hospitalizację;

25) **kleszczowe zapalenie mózgu** – zakaźna choroba wirusowa przenoszona przez kleszcze, która przebiega z objawami zajęcia procesem zapalnym mózgowia lub rdzenia kręgowego.
Odpowiadamy wyłącznie za takie kleszczowe zapalenie mózgu, które rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jego czynnik etiologiczny i z powodu którego zastosowano hospitalizację.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano kleszczowe zapalenie mózgu w sposób opisany powyżej i
b) zastosowano hospitalizację;

26) **krwiak śródczaszkowy leczony chirurgicznie** – śródczaszkowe wynaczynienie krwi z powstaniem krwiaka śródmózgowego, podtwardówkowego lub nadtwardówkowego, który został usunięty operacyjnie.
Odpowiadamy wyłącznie za taki krwiak śródczaszkowy leczony chirurgicznie, który został usunięty z otwarciem czaszki lub przez otwór trepanacyjny.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano krwiaka śródczaszkowego i
b) zastosowano jedną ze wskazanych powyżej metod leczenia krwiaka śródczaszkowego;

27) **miastenia** – choroba autoimmunologiczna złącza nerwowo-mięśniowego, która charakteryzuje się zmiennym osłabieniem i męczliwością mięśni.
Odpowiadamy wyłącznie za taką miastenię, którą rozpoznał lekarz neurolog.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano miastenię w sposób opisany powyżej;
28) **niedokrwistość aplastyczna (anemia aplastyczna)** – przewlekła i nieodwracalna niewydolność szpiku, w następstwie zaniku wszystkich linii komórkowych układu granulocytowego, czerwonokrwinkowego i płytkotwórczego.
Odpowiadamy wyłącznie za taką niedokrwistość aplastyczną, którą rozpoznano na podstawie badania szpiku kostnego.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano niedokrwistość aplastyczną w sposób opisany powyżej;
29) **niezłośliwy guz mózgu** – łagodny wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub wewnątrzczaszkowych odcinków nerwów czaszkowych.
Odpowiadamy wyłącznie za taki niezłośliwy guz mózgu, który rozpoznano na podstawie badania obrazowego mózgu lub badania histopatologicznego i który został usunięty lub jeśli usunięcie guza nie było możliwe, w jego przebiegu stwierdzono ubytki neurologiczne.
Nasza ochrona nie obejmuje torbieli, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, krwiaków mózgu, guzów przysadki mózgowej.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) wykonano badanie obrazowe lub pobrano materiał do badań wskazanych powyżej, które potwierdziły niezłośliwy guz mózgu i
b) zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia lub stwierdzono wskazane powyżej następstwa niezłośliwego guza mózgu;
30) **niezłośliwy guz rdzenia kręgowego** – wewnątrzkanałowy łagodny guz rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych.
Odpowiadamy wyłącznie za taki niezłośliwy guz rdzenia kręgowego, który rozpoznano na podstawie badania obrazowego lub badania histopatologicznego i który został usunięty lub jeśli usunięcie guza nie było możliwe, w jego przebiegu stwierdzono ubytki neurologiczne.
Nasza ochrona nie obejmuje torbieli, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, krwiaków rdzenia kręgowego.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) wykonano badanie obrazowe lub pobrano materiał do badań wskazanych powyżej, które potwierdziły niezłośliwy guz rdzenia kręgowego i
b) zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia lub stwierdzono wskazane powyżej następstwa niezłośliwego guza rdzenia kręgowego;
31) **nowotwór złośliwy** – niekontrolowany rozrost komórek nowotworowych, cechujących się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów, który rozpoznano na podstawie badania patomorfologicznego.
Odpowiadamy także za nowotwór złośliwy ze zmianami przerzutowymi, gdy nie pobrano materiału do badania patomorfologicznego, ale obraz kliniczny i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do złośliwości procesu nowotworowego.
Nasza ochrona nie obejmuje:
a) czerniaka skóry, którego zaawansowanie oceniono jako T1aN0M0 wg skali TNM oraz wszystkich nowotworów skóry, w tym chłoniaka skóry,
b) raka brodawkowatego tarczycy, którego zaawansowanie oceniono jako T1aN0M0 wg skali TNM,
c) raka gruczołu krokowego (prostaty), którego zaawansowanie oceniono na 6 punktów wg Gleason score lub zakwalifikowano do grupy 1 wg ISUP,
d) raka szyjki macicy i dysplazji szyjki macicy, których zaawansowanie oceniono jako CIN1, CIN2 lub CIN3 wg skali CIN,
e) ziarnicy złośliwej, której zaawansowanie oceniono jako w stadium I,
f) nowotworów złośliwych, których zaawansowanie oceniono jako stadium przedinwazyjne tzw. in situ,
g) nowotworów złośliwych związanych z AIDS lub zakażeniem wirusem HIV,
h) nowotworów o granicznej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjnych oraz dysplazji i nowotworów łagodnych.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną pobrano materiał do badania patomorfologicznego;
32) **odmrożenie wymagające leczenia szpitalnego** – miejscowe uszkodzenie skóry i głębiej leżących tkanek w wyniku działania niskiej temperatury, które spowodowało martwicę i utratę tkanek (tj. III i IV stopień), w następstwie którego niezbędna była hospitalizacja.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną doszło do odmrożenia i zastosowano opisany powyżej sposób leczenia ubezpieczonego w szpitalu;
33) **okołoporodowa utrata macicy** – utrata całej macicy lub utrata trzonu macicy z pozostawieniem szyjki macicy w następstwie powikłań ciąży lub porodu.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną doszło do okołoporodowej utraty macicy;
34) **oparzenie przełyku z perforacją** – uszkodzenie przełyku spowodowane czynnikiem termicznym lub chemicznym, w następstwie którego doszło do perforacji przełyku, czyli przedziurawienia jego ściany.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną doszło do ciężkiego oparzenia przełyku i perforacji;
35) **oparzenie wymagające leczenia szpitalnego** – miejscowe uszkodzenie skóry i głębiej leżących tkanek spowodowane czynnikiem termicznym, chemicznym lub elektrycznym, w związku z którym zastosowano hospitalizację, i które 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.

Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną doszło do jednego z opisanych powyżej oparzeń i zastosowano opisany powyżej sposób leczenia ubezpieczonego w szpitalu;

36) **pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych** – choroba przewlekła, która charakteryzuje się autoimmunologicznym zapaleniem i wtórnym włóknieniem dróg żółciowych.
Odpowiadamy wyłącznie za takie pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych, które rozpoznano na podstawie badania obrazowego dróg żółciowych.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych w sposób opisany powyżej;

37) **piorunujące wirusowe zapalenie wątroby** – gwałtownie postępujące ostre zapalenie wątroby, spowodowane zakażeniem wirusowym.
Odpowiadamy wyłącznie za takie piorunujące wirusowe zapalenie wątroby, które rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jego czynnik etiologiczny i w związku z którym zastosowano hospitalizację.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano piorunujące zapalenie wątroby w sposób opisany powyżej i
b) zastosowano hospitalizację;

38) **pobranie nerki lub części wątroby do transplantacji** – operacja chirurgiczna pobrania narządu z ciała dawcy w celu przeszczepienia do ciała biorcy.
Odpowiadamy wyłącznie za wykonaną u dawcy operację pobrania do transplantacji:
a) nerki lub
b) części wątroby.

Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną wykonano pobranie do transplantacji jednego ze wskazanych powyżej narządów;

39) **porażenie (paraliż) kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego** – całkowita utrata funkcji ruchowej kończyn.
Odpowiadamy wyłącznie za taki paraliż kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego, który dotyczy co najmniej dwóch kończyn i utrzymywał się co najmniej 3 miesiące lub przed upływem 3 miesięcy stwierdzono, że nie ma pozytywnych rokowań na ustąpienie całkowitej utraty funkcji ruchowej.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) upłynęły 3 miesiące utrzymywania się wskazanego powyżej paraliżu lub
b) przed upływem 3 miesięcy stwierdzono, że nie ma pozytywnych rokowań na ustąpienie wskazanego powyżej porażenia (paraliżu);

40) **postępujące porażenie nadjądrowe** – neurodegeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, która charakteryzuje się gromadzeniem nieprawidłowego białka i zanikiem komórek nerwowych mózgu.
Odpowiadamy wyłącznie za takie postępujące porażenie nadjądrowe, które rozpoznał lekarz neurolog i w przebiegu którego stwierdzono zaburzenia funkcji ruchu.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano postępujące porażenie nadjądrowe w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono wskazane powyżej następstwa postępującego porażenia nadjądrowego;

41) **przewlekła choroba nerek z leczeniem nerkozastępczym** – nieprawidłowość w budowie lub funkcjonowaniu nerek, z powodu której zastosowano stałą dializoterapię lub wykonano przeszczep nerki.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest pierwszy dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zastosowano jedną ze wskazanych powyżej metod leczenia nerkozastępczego przewlekłej choroby nerek;

42) **reumatoidalne zapalenie stawów z niepełnosprawnością** – przewlekła układowa choroba tkanki łącznej, która charakteryzuje się symetrycznym zajęciem stawów obwodowych i która spowodowała niepełnosprawność.
Odpowiadamy wyłącznie za takie reumatoidalne zapalenie stawów z niepełnosprawnością, które rozpoznał lekarz reumatolog i które spowodowało niemożność wykonania bez pomocy innej osoby co najmniej jednej z czterech 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.

Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano reumatoidalne zapalenie stawów w sposób opisany powyżej,
b) upłynęły 3 miesiące utrzymywania się niemożności wykonania bez pomocy innej osoby co najmniej jednej ze wskazanych powyżej czynności życia codziennego;

43) **ropień mózgu leczony chirurgicznie** – miejscowe zakażenie wewnątrzczaszkowe z powstaniem zbiornika ropy wewnątrz unaczynionej torebki, który został usunięty operacyjnie.
Odpowiadamy wyłącznie za taki ropień mózgu leczony chirurgicznie, który został usunięty z otwarciem czaszki lub przez otwór trepanacyjny.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano ropień mózgu i
b) zastosowano co najmniej jedną ze wskazanych powyżej metod leczenia ropnia mózgu;

44) **rozsiane krzepnięcie wewnątrznaczyniowe (DIC)** – zaburzenia krzepnięcia krwi, które prowadzą do mikrozatorów i krwawień oraz niewydolności narządów wewnętrznych.

Odpowiadamy wyłącznie za takie rozsiane krzepnięcie wewnątrznaczyniowe, z powodu którego zastosowano hospitalizację, a jego rozpoznanie jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano rozsiane krzepnięcie wewnątrznaczyniowe (DIC) w sposób opisany powyżej i
b) zastosowano hospitalizację;

45) **samoistne włóknienie płuc** – przewlekłe, postępujące śródmiąższowe zapalenie o nieznanej przyczynie, powodujące włóknienie ograniczone do płuc.
Odpowiadamy wyłącznie za takie samoistne włóknienie płuc, które rozpoznał lekarz pulmonolog na podstawie badań obrazowych płuc lub biopsji płuca.
Nasza ochrona nie obejmuje alergicznego zapalenia pęcherzyków płucnych, pylicy płuc, włóknienia płuc w przebiegu chorób tkanki łącznej oraz włóknienia polekowego.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano samoistne włóknienie płuc w sposób opisany powyżej;

46) **sarkoidoza** – uogólniona choroba ziarniniakowa, która charakteryzuje się zajęciem węzłów chłonnych i narządów wewnętrznych.
Odpowiadamy wyłącznie za taką sarkoidozę, którą rozpoznał lekarz pulmonolog, kardiolog lub reumatolog, i w przebiegu której stwierdzono zajęcie serca lub co najmniej jednego płuca.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną:
a) rozpoznano sarkoidozę w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono zajęcie jednego ze wskazanych powyżej narządów;

47) **schyłkowa niewydolność oddechowa** – dysfunkcja układu oddechowego spowodowana przez jego przewlekłe choroby, która powoduje trwałe obniżenie utlenowania krwi.
Odpowiadamy wyłącznie za taką schyłkową niewydolność oddechową, która spowodowała obniżenie ciśnienia parcjalnego tlenu we krwi poniżej 55 mm Hg i jest leczona metodą stałej, codziennej tlenoterapii przez co najmniej 3 miesiące.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano schyłkową niewydolność oddechową w sposób opisany powyżej i
b) upłynęły 3 miesiące stosowania wskazanej powyżej metody leczenia schyłkowej niewydolności oddechowej;

48) **schyłkowa niewydolność wątroby** – końcowe stadium upośledzenia funkcji wątroby.
Odpowiadamy wyłącznie za taką schyłkową niewydolność wątroby, w przebiegu której stwierdzono dwa z poniższych następstw:
a) encefalopatia wątrobowa,
b) wodobrzusze,
c) trwała żółtaczka.
Nasza ochrona nie obejmuje schyłkowej niewydolności wątroby spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla wątroby.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną stwierdzono schyłkową niewydolność wątroby w sposób opisany powyżej;

49) **sepsa (posocznica)** – ogólnoustrojowa, nieswoista reakcja organizmu na obecne we krwi drobnoustroje oraz ich toksyny.
Odpowiadamy wyłącznie za taką sepsę, której rozpoznanie jednoznacznie potwierdzono w dokumentacji medycznej i w przebiegu której stwierdzono niewydolność co najmniej dwóch z poniższych układów lub narządów:
a) ośrodkowego układu nerwowego,
b) układu krążenia,
c) układu oddechowego,
d) układu krwiotwórczego,
e) nerek,
f) wątroby.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano sepsę w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono niewydolność co najmniej dwóch ze wskazanych powyżej układów lub narządów;

50) **staw rzekomy** – brak zrostu złamanej kości lub brak postępu gojenia złamania w czasie, w którym zwykle dochodzi do pełnego zrostu kości.
Odpowiadamy wyłącznie za taki staw rzekomy, który rozpoznał lekarz ortopeda na podstawie badań obrazowych, i który dotyczył jednej z poniższych kości:
a) ramiennej,
b) łokciowej,
c) promieniowej,
d) udowej,
e) piszczelowej.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano staw rzekomy w sposób opisany powyżej;

51) **stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego z obecnością ubytkowych objawów neurologicznych, powstałych na podłożu rozsianych zmian demielinizacyjnych.
Odpowiadamy wyłącznie za takie stwardnienie rozsiane, które rozpoznał lekarza neurolog, na podstawie objawów neurologicznych i badania rezonansu magnetycznego, potwierdzających czasowe i lokalizacyjne rozsianie zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano stwardnienie rozsiane w sposób opisany powyżej;

52) **śpiączka z ciężkimi następstwami w wyniku uszkodzenia mózgu** – stan głębokiego zaburzenia świadomości wyrażający się brakiem reakcji na zewnętrzne bodźce słuchowe lub bólowe, która wynika z uszkodzenia mózgu.
Odpowiadamy wyłącznie za taką śpiączkę, która trwała nieprzerwanie co najmniej 96 godzin oraz w której po upływie 30 dni od jej wystąpienia:
a) w badaniu neurologicznym potwierdzono utrzymywanie się ubytku neurologicznego lub
b) w teście Mini–Mental (Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego) uzyskano wynik poniżej 24 punktów.
Nasza ochrona nie obejmuje śpiączki spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla mózgu.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano śpiączkę w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono co najmniej jedno ze wskazanych powyżej następstw;
53) **tętniak aorty brzusznej leczony chirurgicznie** – ograniczone poszerzenie aorty brzusznej powyżej jej prawidłowego wymiaru, któremu może towarzyszyć rozwarstwienie ściany aorty, i które było leczone chirurgicznie.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano tętniaka aorty brzusznej i
b) zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia tętniaka aorty brzusznej;
54) **tętniak aorty piersiowej leczony chirurgicznie** – ograniczone poszerzenie aorty piersiowej powyżej jej prawidłowego wymiaru, któremu może towarzyszyć rozwarstwienie ściany aorty, i które było leczone chirurgicznie.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano tętniaka aorty piersiowej i
b) zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia tętniaka aorty piersiowej;
55) **tętniak mózgu leczony interwencyjnie** – tętniak naczyń wewnątrzczaszkowych, który został wyłączony z krążenia.
Odpowiadamy wyłącznie za taki tętniak mózgu leczony neurochirurgicznie, który został wyłączony z krążenia z otwarciem czaszki lub zamknięty wewnątrznaczyniowo bez otwierania czaszki.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano tętniaka mózgu i
b) zastosowano jedną ze wskazanych powyżej metod leczenia tętniaka mózgu;
56) **tężec** – choroba zakaźna wywołana działaniem neurotoksyny produkowanej przez laseczki tężca.
Odpowiadamy wyłącznie za taki tężec, który rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jego czynnik etiologiczny i z powodu którego zastosowano hospitalizację.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano tężec w sposób opisany powyżej i
b) zastosowano hospitalizację;
57) **toczeń rumieniowaty układowy z zajęciem narządów wewnętrznych** – przewlekła układowa choroba tkanki łącznej, która charakteryzuje się zajęciem skóry, stawów i narządów wewnętrznych.
Odpowiadamy wyłącznie za taki toczeń rumieniowaty układowy z zajęciem narządów wewnętrznych, który rozpoznał lekarz reumatolog i w przebiegu którego stwierdzono zajęcie co najmniej jednego z poniższych narządów lub układów:
a) nerek,
b) serca,
c) układu nerwowego.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano toczeń rumieniowaty układowy w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono zajęcie jednego ze wskazanych powyżej narządów lub układów;
58) **transplantacja** – operacja chirurgiczna przeszczepienia do ciała biorcy narządu lub tkanki pochodzenia ludzkiego pobranych z ciała dawcy.
Odpowiadamy wyłącznie za wykonaną u biorcy:
a) transplantację serca lub
b) transplantację płuca lub
c) transplantację wątroby lub jej części lub
d) transplantację trzustki lub jej części lub
e) transplantację jelita lub jego części lub
f) transplantację allogeniczną szpiku kostnego.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną wykonano jedną ze wskazanych powyżej transplantacji;
59) **twardzina układowa z zajęciem narządów wewnętrznych** – przewlekła układowa choroba tkanki łącznej, która charakteryzuje się uszkodzeniem naczyń krwionośnych i postępującym włóknieniem skóry oraz zajęciem narządów wewnętrznych.
Odpowiadamy wyłącznie za taką twardzinę układową, którą rozpoznał lekarz dermatolog lub reumatolog i w przebiegu której stwierdzono zajęcie co najmniej jednego z poniższych narządów:
a) płuc,
b) przewodu pokarmowego,
c) nerek,
d) serca.
Nasza ochrona nie obejmuje twardziny plackowatej, uogólnionej, pęcherzowej, linijnej, głębokiej.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano twardzinę układową w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono zajęcie co najmniej jednego ze wskazanych powyżej narządów;

60) **udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym** – nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu spowodowane wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany, które spowodowało trwały ubytek neurologiczny.
Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym, w którym:
a) badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub udar mózgu był leczony trombolitycznie oraz
b) badanie neurologiczne, przeprowadzone 3 miesiące po wystąpieniu udaru mózgu, potwierdziło utrzymywanie się w związku z tym udarem ubytku neurologicznego.
Nasza ochrona nie obejmuje przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA) oraz takiego udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym w sposób opisany powyżej lub zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia udaru mózgu i
b) stwierdzono wskazane powyżej następstwa udaru mózgu;

61) **uraz czaszkowo-mózgowy** – uraz czaszki połączony z uszkodzeniem mózgowia, nerwów czaszkowych w odcinku wewnątrzczaszkowym lub opon mózgowych.
Odpowiadamy wyłącznie za taki uraz czaszkowo-mózgowy, z powodu którego zastosowano hospitalizację i który w okresie co najmniej 3 miesięcy 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.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną upłynęły 3 miesiące utrzymywania się niemożności wykonania bez pomocy innej osoby co najmniej trzech ze wskazanych powyżej czynności życia codziennego;

62) **utrata kończyny** – utrata całej kończyny lub jej części.
Odpowiadamy wyłącznie za utratę kończyny górnej powyżej nadgarstka lub utratę kończyny dolnej powyżej stawu skokowego.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną doszło do utraty kończyny;

63) **wodogłowie leczone neurochirurgicznie** – poszerzenie układu komorowego mózgu, w wyniku zaburzeń produkcji lub wchłaniania płynu mózgowo-rdzeniowego, które było leczone operacyjnie.
Odpowiadamy wyłącznie za takie wodogłowie leczone neurochirurgicznie, z powodu którego zastosowano pozaczaszkowy drenaż komorowy z założeniem zastawki.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano wodogłowie i
b) zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia wodogłowia;

64) **wrzodziejące zapalenie jelita grubego z powikłaniami** – przewlekłe, nieswoiste zapalenie ściany jelita grubego, w przebiegu którego wystąpiły powikłania.
Odpowiadamy wyłącznie za takie wrzodziejące zapalenie jelita grubego, które jest rozpoznane na podstawie badania histopatologicznego i w którego przebiegu stwierdzono jedno z poniższych powikłań:
a) pseudopolipowatość jelita,
b) rozstrzenie okrężnicy.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano wrzodziejące zapalenie jelita grubego w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono co najmniej jedno ze wskazanych powyżej powikłań wrzodziejącego zapalenia jelita grubego;

65) **wścieklizna** – choroba zakaźna wywołana wirusem wścieklizny lub wirusami pokrewnymi.
Odpowiadamy wyłącznie za taką wściekliznę, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i z powodu której stwierdzono zapalenie mózgu lub zapalenie rdzenia kręgowego.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano wściekliznę w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono co najmniej jedno ze wskazanych powyżej następstw wścieklizny;

66) **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji** – zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności powstałe w związku z transfuzją krwi lub preparatów krwiopochodnych.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji;

67) **zakażenie wirusem HIV zawodowe** – zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności, powstałe w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano zakażenie wirusem HIV w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych;

68) **zakażona martwica trzustki** – martwicze zakażenie 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.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną, zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia zakażonej martwicy trzustki;

69) **zastawkowa wada serca leczona chirurgicznie wszczepieniem zastawki** – nieprawidłowość anatomiczna budowy naturalnej zastawki serca, z powodu której wykonano operację wymiany zastawki na sztuczną lub biologiczną.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano zastawkową wadę serca i
b) zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia zastawkowej wady serca;

70) **zator tętnicy płucnej** – niedrożność tętnicy płucnej spowodowana skrzepliną.
Odpowiadamy wyłącznie za taki zator tętnicy płucnej, w którym skrzeplina jest umiejscowiona w pniu tętnicy płucnej.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano zator tętnicy płucnej;

71) **zawał serca** – uszkodzenie części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia.
Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz wystąpienie co najmniej jednego 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.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano zawał serca w sposób opisany powyżej;

72) **zespół krótkiego jelita** – stan po resekcji albo wyłączeniu funkcji całego jelita cienkiego lub jego części, który prowadzi do zaburzeń wchłaniania wymagających stałego żywienia pozajelitowego, czyli dożylnego podawania składników odżywczych.
Odpowiadamy wyłącznie za taki zespół krótkiego jelita, z powodu którego zastosowano stałe żywienie pozajelitowe.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym rozpoczęto stałe żywienie pozajelitowe;

73) **zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa** – spondyloartropatia, która charakteryzuje się zajęciem stawów krzyżowo-biodrowych i stawów kręgosłupa oraz prowadzi do usztywnienia kręgosłupa.
Odpowiadamy wyłącznie za takie zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, które rozpoznał lekarz reumatolog.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa w sposób opisany powyżej;

74) **zgorzel gazowa** – choroba zakaźna wywołana przez bakterie z grupy laseczek zgorzeli gazowej, która jest skutkiem ciężkiego zakażenia przyrannego.
Odpowiadamy wyłącznie za taką zgorzel gazową, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i z powodu której stwierdzono martwicę mięśni i ogólne objawy toksemii oraz zastosowano hospitalizację.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano zgorzel gazową w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono wskazane powyżej następstwa zgorzeli gazowej i
c) zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia;

75) **ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń (Wegenera)** – choroba autoimmunologiczna, która charakteryzuje się zajęciem małych i średnich naczyń w układzie oddechowym lub w nerkach.
Odpowiadamy wyłącznie za taką ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń, którą rozpoznał lekarz pulmonolog, reumatolog lub nefrolog.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń w sposób opisany powyżej.

2. Poniżej znajdziesz informację, jakie zdarzenia zawiera dany zakres

	ZDARZENIE	ZAKRES PODSTAWOWY	ZAKRES ROZSZERZONY	ZAKRES ROZSZERZONY PLUS	ZAKRES ROZSZERZONY EKSTRA
1	Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych			✓	✓
2	Bakteryjne zapalenie wsierdzia			✓	✓
3	Bąblowica z zajęciem mózgu	✓	✓	✓	✓
4	Borelioza z zajęciem serca			✓	✓
5	Borelioza z zajęciem układu nerwowego (neuroborelioza)			✓	✓
6	Całkowita utrata mowy	✓	✓	✓	✓
7	Całkowita utrata słuchu w obydwu uszach			✓	✓
8	Całkowita utrata wzroku w obydwu oczach		✓	✓	✓
9	Chłoniak boreliozowy				✓
10	Choroba Addisona				✓
11	Choroba Alzheimera		✓	✓	✓
12	Choroba Creutzfeldta-Jakoba	✓	✓	✓	✓
13	Choroba Huntingtona			✓	✓
14	Choroba Leśniowskiego-Crohna z powikłaniami	✓	✓	✓	✓
15	Choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)			✓	✓
16	Choroba niedokrwienna serca leczona metodą pomostowania (by-pass)	✓	✓	✓	✓
17	Choroba Parkinsona		✓	✓	✓
18	Choroba układu bodźcoprzewodzącego serca leczona chirurgicznie wszczepieniem układu stymulującego				✓
19	Gruczolak przysadki mózgowej				✓
20	Gruźlica wymagająca leczenia szpitalnego			✓	✓
21	Guz chromochłonny				✓
22	Idiopatyczne nadciśnienie płucne				✓
23	Kardiomiopatia przerostowa				✓
24	Kardiomiopatia Takotsubo				✓
25	Kleszczowe zapalenie mózgu	✓	✓	✓	✓
26	Krwiak śródczaszkowy leczony chirurgicznie				✓
27	Miastenia				✓
28	Niedokrwistość aplastyczna (anemia aplastyczna)	✓	✓	✓	✓
29	Niezłośliwy guz mózgu		✓	✓	✓
30	Niezłośliwy guz rdzenia kręgowego				✓
31	Nowotwór złośliwy	✓	✓	✓	✓
32	Odmrożenie wymagające leczenia szpitalnego				✓
33	Okołoporodowa utrata macicy				✓
34	Oparzenie przełyku z perforacją				✓
35	Oparzenie wymagające leczenia szpitalnego		✓	✓	✓
36	Pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych				✓
37	Piorunujące wirusowe zapalenie wątroby				✓
38	Pobranie nerki lub części wątroby do transplantacji				✓
39	Porażenie (paraliż) kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego		✓	✓	✓

	ZDARZENIE	ZAKRES PODSTAWOWY	ZAKRES ROZSZERZONY	ZAKRES ROZSZERZONY PLUS	ZAKRES ROZSZERZONY EKSTRA
40	Postępujące porażenie nadjądrowe				✓
41	Przewlekła choroba nerek z leczeniem nerkozastępczym	✓	✓	✓	✓
42	Reumatoidalne zapalenie stawów z niepełnosprawnością		✓	✓	✓
43	Ropień mózgu leczony chirurgicznie	✓	✓	✓	✓
44	Rozsiane krzepnięcie wewnątrznaczyniowe (DIC)				✓
45	Samoistne włóknienie płuc				✓
46	Sarkoidoza				✓
47	Schyłkowa niewydolność oddechowa				✓
48	Schyłkowa niewydolność wątroby			✓	✓
49	Sepsa (posocznica)	✓	✓	✓	✓
50	Staw rzekomy				✓
51	Stwardnienie rozsiane			✓	✓
52	Śpiączka z ciężkimi następstwami w wyniku uszkodzenia mózgu	✓	✓	✓	✓
53	Tętniak aorty brzusznej leczony chirurgicznie			✓	✓
54	Tętniak aorty piersiowej leczony chirurgicznie			✓	✓
55	Tętniak mózgu leczony interwencyjnie				✓
56	Tężec	✓	✓	✓	✓
57	Toczeń rumieniowaty układowy z zajęciem narządów wewnętrznych		✓	✓	✓
58	Transplantacja		✓	✓	✓
59	Twardzina układowa z zajęciem narządów wewnętrznych				✓
60	Udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym	✓	✓	✓	✓
61	Uraz czaszkowo-mózgowy		✓	✓	✓
62	Utrata kończyny			✓	✓
63	Wodogłowie leczone neurochirurgicznie				✓
64	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego z powikłaniami		✓	✓	✓
65	Wścieklizna	✓	✓	✓	✓
66	Zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji	✓	✓	✓	✓
67	Zakażenie wirusem HIV zawodowe	✓	✓	✓	✓
68	Zakażona martwica trzustki			✓	✓
69	Zastawkowa wada serca leczona chirurgicznie wszczepieniem zastawki			✓	✓
70	Zator tętnicy płucnej	✓	✓	✓	✓
71	Zawał serca	✓	✓	✓	✓
72	Zespół krótkiego jelita				✓
73	Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa				✓
74	Zgorzel gazowa	✓	✓	✓	✓
75	Ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń (Wegenera)				✓

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY UBEZPIECZONEGO - USŁUGI MEDYCZNE

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY UBEZPIECZONEGO – USŁUGI MEDYCZNE

Kod warunków: CUGP56

Wersja dokumentu z 22 listopada 2025 r.

Ten materiał zawiera informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego – usługi medyczne, kod warunków: CUGP56 (OWU). Zanim zdecydujesz się zawrzeć umowę, zapoznaj się z OWU. Użyte w OWU definicje mogą odbiegać od powszechnie przyjętego pojęcia, dlatego zwróć na nie szczególną uwagę.
Zawarcie umowy jest dobrowolne.

NINIEJSZY DOKUMENT:

- jest materiałem informacyjnym,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinien być wyłączną podstawą do tego, aby podjąć decyzję o zawarciu umowy.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA – CZYLI CO UBEZPIECZAMY I JAKIE ZDARZENIA OBEJMUJEMY OCHRONĄ

Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego.
Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie w okresie ochrony zdarzenia, za które wypłaciliśmy świadczenie z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA

W przypadku wystąpienia zdarzenia, za które wypłaciliśmy świadczenie z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego, będziesz mógł korzystać z usług medycznych wymienionych w Załączniku do OWU. Z usług medycznych możesz korzystać do wyczerpania się ich limitu (który znajdziesz w Załączniku do OWU) i nie dłużej niż przez okres 24 miesięcy licząc od dnia wydania decyzji potwierdzającej prawo do korzystania z usług medycznych.

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 umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ I KOGO UBEZPIECZAMY

Ubezpieczenie dodatkowe zawiera ubezpieczający, który jest zobowiązany do zapłaty składki za ubezpieczenie.
Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby 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 na całym świecie.
Usługi medyczne realizowane są we wskazanych placówkach medycznych na terenie Polski.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

JAK I KIEDY PŁACI SIĘ SKŁADKĘ

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego z częstotliwością miesięczną 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 ciężkiej choroby ubezpieczonego.

Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby 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

Nie zrealizujemy świadczenia w przypadku:
- ponownego wystąpienia tego samego zdarzenia, jeśli za wcześniejsze zdarzenie wypłacono świadczenie,
- niedostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia o ile nie jesteśmy w stanie ustalić swojej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia na podstawie innych dowodów,
- wystąpienia zdarzenia przed okresem naszej ochrony.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności jeśli dane zdarzenie nie jest objęte zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie, lub skończyła się nasza odpowiedzialność oraz w innych przypadkach wskazanych w owu.

JAK ROZWIĄZAĆ UMOWĘ

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie:
- 7 dni od zawarcia umowy – jeśli jest przedsiębiorcą,
- 30 dni od zawarcia umowy – jeśli nie jest przedsiębiorcą.

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) 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 którym 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.
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 ppkt 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, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej" 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.

W poniższej tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego – usługi medyczne, kod warunków CUGP56 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.
Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1-2 pkt 4-8 pkt 35 pkt 36-38 pkt 39
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 8 pkt 32-33 pkt 34 pkt 39

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY UBEZPIECZONEGO - USŁUGI MEDYCZNE

Kod OWU: CUGP56

Zarząd PZU Życie SA uchwalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego – usługi medyczne uchwałą nr UZ/165/2025 z dnia 14 października 2025 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie 22 listopada 2025 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 grudnia 2025 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
1) **dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego** – wskazane przez PZU Życie SA w umowie ubezpieczenie dodatkowe na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego;
2) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
3) **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;
4) **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;
5) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
6) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
7) **usługi medyczne** – świadczenia, których listę znajdziesz w Załączniku do tych OWU.

2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA
– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY
– czyli za jakie zdarzenie otrzymasz usługi medyczne i jak możesz z nich korzystać

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje wystąpienie w okresie ochrony zdarzenia, za które wypłaciliśmy świadczenie z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.

5. Ubezpieczenie dodatkowe występuje w czterech zakresach:
1) podstawowym;
2) rozszerzonym;
3) rozszerzonym plus;
4) rozszerzonym ekstra.

6. W razie wystąpienia u Ciebie zdarzenia, za które wypłaciliśmy świadczenie z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego, będziesz mógł korzystać z usług medycznych wymienionych w Załączniku do tych OWU.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

7. Usługi medyczne przysługują po wystąpieniu każdego ze zdarzeń zgodnie z zakresem zdarzeń, który obowiązuje w umowie ubezpieczenia (polisie).
8. Z usług medycznych możesz korzystać do wyczerpania się ich limitu (który znajdziesz w Załączniku do tych OWU), jednak nie dłużej niż przez okres 24 miesięcy licząc od dnia wydania decyzji potwierdzającej prawo do korzystania z usług medycznych.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

9. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe:
   1) jest stała, ale może zmienić się za porozumieniem stron;
   2) zależy od zakresu ubezpieczenia, liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.
10. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
11. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

12. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania, pod warunkiem jednoczesnego zawarcia albo obowiązywania u ubezpieczającego umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.
13. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.
14. Ubezpieczający w ramach wariantu ubezpieczenia może wybrać jeden z czterech zakresów zdarzeń, to jest: podstawowy, rozszerzony, rozszerzony plus, rozszerzony ekstra.
15. Zakres zdarzeń w ubezpieczeniu dodatkowym musi być taki sam jak w dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.
16. Ubezpieczający może zmienić zakres na inny w dowolnym momencie.
17. Aby zmienić zakres, ubezpieczający składa wniosek. Nowy zakres obowiązuje od 1 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym został złożony wniosek.
18. Jeśli zmieniasz zakres, okres ochrony dla poprzedniego zakresu kończy się z upływem dnia, po którym rozpocznie się okres ochrony dla nowego zakresu.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

19. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

20. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
21. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

22. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
23. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
24. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.
25. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego, skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
26. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, nie skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

27. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
28. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
29. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.
30. Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego, skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
31. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, nie skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

32. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
33. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym i dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

34. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należą się usługi medyczne

35. Prawo do świadczenia – usług medycznych przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli jak zacząć korzystać z usług medycznych

36. O przyznaniu Ci prawa do korzystania z usług medycznych decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji – wniosek o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego jest jednocześnie zgłoszeniem do przyznania prawa do świadczeń z tego ubezpieczenia dodatkowego.
37. Po otrzymaniu decyzji o przyznaniu Ci prawa do korzystania z usług medycznych – będziesz mógł rozpocząć korzystanie z tych usług.
38. Aby korzystać z usług medycznych – za naszym pośrednictwem – umawiasz termin usługi medycznej. Możesz to zrobić za pośrednictwem dostępnych kanałów określonych w Załączniku do tych OWU.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

39. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

ZAŁĄCZNIK
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY UBEZPIECZONEGO – USŁUGI MEDYCZNE

Zakres usług medycznych

JAK UMÓWIĆ SIĘ NA USŁUGĘ MEDYCZNĄ?

Na usługi medyczne umawiamy za pośrednictwem:

całodobowej infolinii pod nr 801 405 905 lub 22 505 15 48 (opłata zgodna z taryfą operatora).

SERWIS SMS

Potwierdzenie terminu i miejsca realizacji usługi medycznej za pośrednictwem SMS.

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
OPIEKA PODSTAWOWA I SPECJALISTYCZNA	
Konsultacje ambulatoryjne Konsultacje ambulatoryjne realizujemy bez skierowania. Odbywają się w placówce medycznej i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: – fizykalne badanie pacjenta, – zebranie wywiadu chorobowego, – postawienie diagnozy, – zalecenia co do sposobu leczenia, – wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań (w tym e-skierowań) związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.	
Konsultacje ambulatoryjne z zakresu: **1.** anestezjologii, **2.** chirurgii naczyniowej, **3.** chirurgii ogólnej, **4.** chirurgii onkologicznej, **5.** chorób wewnętrznych, **6.** chorób zakaźnych, **7.** dermatologii, **8.** diabetologii, **9.** endokrynologii, **10.** fizjoterapii, **11.** gastroenterologii, **12.** ginekologii i położnictwa, **13.** hematologii, **14.** kardiochirurgii, **15.** kardiologii, **16.** logopedii, **17.** nefrologii, **18.** neurochirurgii, **19.** neurologii, **20.** okulistyki, **21.** onkologii, **22.** ortopedii i traumatologii narządu ruchu, **23.** otolaryngologii, **24.** psychiatrii, **25.** psychologii, **26.** pulmonologii, **27.** rehabilitacji medycznej, **28.** reumatologii, **29.** urologii.	bezpłatnie, 5 konsultacji – łączny limit na wszystkie konsultacje (wliczając konsultacje telemedyczne)

Konsultacje telemedyczne
Konsultacje telemedyczne realizujemy bez skierowania. Odbywają się telefonicznie, przez czat lub video czat i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności:
- zebranie wywiadu chorobowego,
- postawienie diagnozy,
- zalecenia co do sposobu leczenia,
- wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań (w tym e-skierowań) związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym.

Z konsultacji telemedycznych można skorzystać od poniedziałku do piątku w godzinach 7:00-22:00. W celu skorzystania z konsultacji telemedycznej konieczne jest zaakceptowanie regulaminu Dostawcy Telemedycznego. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.

Konsultacje telemedyczne z zakresu: **1.** chirurgii ogólnej, **2.** chorób wewnętrznych, **3.** dermatologii, **4.** diabetologii, **5.** endokrynologii, **6.** gastroenterologii, **7.** ginekologii i położnictwa, **8.** kardiologii, **9.** nefrologii, **10.** neurochirurgii, **11.** neurologii, **12.** okulistyki, **13.** onkologii, **14.** ortopedii i traumatologii narządu ruchu, **15.** otolaryngologii, **16.** psychologii, **17.** pulmonologii, **18.** reumatologii, **19.** urologii.	bezpłatnie, 5 konsultacji – łączny limit na wszystkie konsultacje (wliczając konsultacje ambulatoryjne)

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA
Badania są wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.

• alfa-fetoproteina (AFP), • antygen CA 125, • antygen CA 15-3, • antygen CA 19-9 – antygen raka przewodu pokarmowego, • antygen CEA – carcinoembrionalny, • PSA całkowity (tPSA), • gonadotropina kosmówkowa (beta – HCG) we krwi.	bezpłatnie, 8 badań – łączny limit na wszystkie wymienione badania

DIAGNOSTYKA OBRAZOWA
Badania są wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.

Badania ultrasonograficzne (USG)
Ubezpieczenie nie obejmuje badań USG w wersji 3D i 4D.

• USG ginekologiczne – przez powłoki brzuszne, • USG ginekologiczne – przezpochwowe (transwaginalne, TV), • USG gruczołu krokowego – przez powłoki brzuszne, • USG gruczołu krokowego – przezodbytnicze (transrektalne, TRUS), • USG jamy brzusznej, • USG jąder (bez badania przepływów) , • USG krtani, • USG miednicy małej – przez powłoki brzuszne, • USG miednicy małej – przezodbytnicze (transrektalne, TRUS), • USG miednicy małej – przezpochwowe (transwaginalne, TV), • USG mięśni, • USG naczyń jamy brzusznej – badanie metodą Dopplera, • USG nadgarstka, • USG piersi, • USG serca (echokardiografia, ECHO) – badanie przezklatkowe osoby dorosłej, • USG stawów i więzadeł,	bezpłatnie, 2 badania – łączny limit na wszystkie wymienione badania

• USG stawu biodrowego, • USG stawu kolanowego, • USG stawu łokciowego, • USG stawu ramiennego (bark), • USG stawu skokowego, • USG ścięgna, • USG śródręcza i palców, • USG śródstopia (stopy), • USG tarczycy, • USG tętnic i żył jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic i żył obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic i żył szyi – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic nerkowych – badanie metodą Dopplera, • USG tętnic szyi – badanie metodą Dopplera, • USG tkanki podskórnej, • USG układu moczowego (nerek, moczowodów, pęcherza moczowego), • USG węzłów chłonnych, • USG żył jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG żył obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera, • USG żył szyi – badanie metodą Dopplera.	bezpłatnie, 2 badania – łączny limit na wszystkie wymienione badania
Tomografia komputerowa (CT) Ubezpieczenie obejmuje koszt kontrastu. Ubezpieczenie nie obejmuje angio-CT, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, CT-kolonoskopii wirtualnej, HRCT, HRT, OCT, SL-OCT, CT serca.	
• tomografia komputerowa całego kręgosłupa, • tomografia komputerowa głowy, • tomografia komputerowa jamy brzusznej, • tomografia komputerowa klatki piersiowej, • tomografia komputerowa kości miednicy, • tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego, • tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego, • tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego, • tomografia komputerowa krtani, • tomografia komputerowa miednicy małej, • tomografia komputerowa nadgarstka, • tomografia komputerowa oczodołów, • tomografia komputerowa piramid kości skroniowych, • tomografia komputerowa podudzia, • tomografia komputerowa przedramienia, • tomografia komputerowa przysadki mózgowej, • tomografia komputerowa ramienia, • tomografia komputerowa ręki, • tomografia komputerowa stawu biodrowego, • tomografia komputerowa stawu kolanowego, • tomografia komputerowa stawu łokciowego, • tomografia komputerowa stawu ramiennego (bark), • tomografia komputerowa stawu skokowego, • tomografia komputerowa stopy, • tomografia komputerowa szyi, • tomografia komputerowa uda, • tomografia komputerowa układu moczowego (urografia CT), • tomografia komputerowa zatok obocznych nosa.	bezpłatnie, 1 badanie – łączny limit na wszystkie wymienione badania (na CT i MRI)
Rezonans magnetyczny (MRI) Ubezpieczenie obejmuje koszt kontrastu. Ubezpieczenie nie obejmuje angio-MRI, enterografii-MRI, MRI serca, MRI prostaty.	
• rezonans magnetyczny całego kręgosłupa, • rezonans magnetyczny głowy, • rezonans magnetyczny jamy brzusznej, • rezonans magnetyczny klatki piersiowej, • rezonans magnetyczny kości miednicy, • rezonans magnetyczny kręgosłupa lędźwiowego, • rezonans magnetyczny kręgosłupa piersiowego,	bezpłatnie, 1 badanie – łączny limit na wszystkie wymienione badania (na CT i MRI)

• rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego, • rezonans magnetyczny miednicy małej, • rezonans magnetyczny nadgarstka, • rezonans magnetyczny oczodołów, • rezonans magnetyczny podudzia, • rezonans magnetyczny przedramienia, • rezonans magnetyczny przysadki mózgowej, • rezonans magnetyczny ramienia, • rezonans magnetyczny ręki, • rezonans magnetyczny stawu biodrowego, • rezonans magnetyczny stawu kolanowego, • rezonans magnetyczny stawu łokciowego, • rezonans magnetyczny stawu ramiennego (bark), • rezonans magnetyczny stawu skokowego, • rezonans magnetyczny stopy, • rezonans magnetyczny uda, • rezonans magnetyczny układu moczowego (urografia MRI), • rezonans magnetyczny zatok obocznych nosa.	bezpłatnie, 1 badanie – łączny limit na wszystkie wymienione badania (na CT i MRI)
DIAGNOSTYKA SPECJALISTYCZNA Badania są wykonywane, w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.	
Badania endoskopowe Ubezpieczenie nie obejmuje kosztu nagrania badania na płycie CD.	
• gastroskopia bez pobierania wycinków, • gastroskopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego, • kolonoskopia bez pobierania wycinków, • kolonoskopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego, • rektoskopia bez pobierania wycinków, • rektoskopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego, • sigmoidoskopia bez pobierania wycinków, • sigmoidoskopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego.	bezpłatnie, 2 badania – łączny limit na wszystkie wymienione badania
Badania kardiologiczne	
• całodobowy pomiar ciśnienia tętniczego metodą Holtera, • EKG – badanie spoczynkowe bez opisu, • EKG – badanie spoczynkowe z opisem, • EKG – badanie wysiłkowe, • EKG – całodobowa rejestracja metodą Holtera.	bezpłatnie, 2 badania – łączny limit na wszystkie wymienione badania (kardiologiczne, neurologiczne i pulmunologiczne)
Badania neurologiczne	
• EEG (elektroencefalografia) – zapis w czuwaniu, • EMG – badanie ilościowe jednego mięśnia, • EMG – elektrostymulacyjna próba męczliwości jednego mięśnia (próba miasteniczna), • EMG – próba ischemiczna (tężyczkowa), • ENG (elektroneurografia) – badanie przewodnictwa w obwodowych nerwach ruchowych i czuciowych, • ENG (elektroneurografia) – badanie przewodnictwa w obwodowych nerwach ruchowych i czuciowych + fala F.	bezpłatnie, 2 badania – łączny limit na wszystkie wymienione badania (kardiologiczne, neurologiczne i pulmunologiczne)
Badania pulmonologiczne	
• spirometria.	bezpłatnie, 2 badania – łączny limit na wszystkie wymienione badania (kardiologiczne, neurologiczne i pulmunologiczne)
REHABILITACJA AMBULATORYJNA Zabiegi rehabilitacyjne są wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania od lekarza lub fizjoterapeuty.	
Zabiegi fizykoterapii	
• elektrostymulacja, • galwanizacja, • hydrocolator ciepły/zimny, • jonoforeza,	bezpłatnie, 80 zabiegów – łączny limit na wszystkie zabiegi rehabilitacji ambulatoryjnej

• kąpiel perełkowa/wirowa częściowa, • kąpiel perełkowa/wirowa kończyn, • kinesiotaping (plastrowanie dynamiczne bez kosztu materiału), • krioterapia miejscowa, • laseroterapia punktowa, • magnetoterapia, • masaż pneumatyczny, • naświetlanie promieniami UVA/UVB, • prądy diadynamiczne, • prądy interferencyjne, • prądy TENS, • prądy Traberta, • Sollux, • światło spolaryzowane, • Terapuls, • ultradźwięki miejscowe, • ultrafonoforeza/fonoforeza.	bezpłatnie, 80 zabiegów – łączny limit na wszystkie zabiegi rehabilitacji ambulatoryjnej
Zabiegi kinezyterapii	
• ćwiczenia bierne, • ćwiczenia czynne w odciążeniu, • ćwiczenia czynne wolne, • ćwiczenia czynne z oporem, • ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane, • ćwiczenia instruktaż, • ćwiczenia izometryczne, • ćwiczenia ogólnousprawniające, • ćwiczenia sensomotoryczne/stabilizujące, • diatermia krótkofalowa, • diatermia długofalowa, • masaż suchy całkowity, • masaż suchy częściowy, • masaż pneumatyczny, • metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, • mobilizacje i manipulacje, neuromobilizacje, • terapie powięziowe, • wyciągi.	bezpłatnie, 80 zabiegów – łączny limit na wszystkie zabiegi rehabilitacji ambulatoryjnej

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO

Kod warunków: MCGP56

Wersja dokumentu z 22 listopada 2025 r.

Ten materiał zawiera informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego, kod warunków: MCGP56 (OWU). Zanim zdecydujesz się zawrzeć umowę, 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.

NINIEJSZY DOKUMENT:

- jest materiałem informacyjnym,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinien być wyłączną podstawą do tego, aby podjąć decyzję o zawarciu umowy.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA – CZYLI CO UBEZPIECZAMY I JAKIE ZDARZENIA OBEJMUJEMY OCHRONĄ

Ubezpieczamy zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest wystąpienie u małżonka albo partnera życiowego zdarzenia opisanego w OWU.
Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest wystąpienie u małżonka albo partnera życiowego w okresie ochrony zdarzenia, które spełnia następujące warunki:
- jest zgodne z naszą definicją wskazaną w załączniku do OWU,
- jest w zakresie zdarzeń, który obowiązuje w umowie ubezpieczenia (polisie),
- wystąpiło przed ukończeniem przez małżonka albo partnera życiowego 70 lat.

Ubezpieczenie występuje w czterech zakresach:
- podstawowym,
- rozszerzonym,
- rozszerzonym plus,
- rozszerzonym ekstra.

Informację o tym, jakie zdarzenia zawiera dany zakres, znajdziesz w załączniku do OWU.
Zakres zdarzeń potwierdzamy w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA

W przypadku wystąpienia u Twojego małżonka albo partnera życiowego zdarzenia wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia zdarzenia, który jest określony w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus albo w trakcie jego trwania.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ I KOGO UBEZPIECZAMY

Ubezpieczenie dodatkowe zawiera ubezpieczający, który jest zobowiązany do zapłaty składki za ubezpieczenie.
Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

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.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

GDZIE OBOWIĄZUJE UBEZPIECZENIE

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie.

JAK I KIEDY PŁACI SIĘ SKŁADKĘ

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego z częstotliwością miesięczną 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.

Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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

Nie wypłacimy świadczenia w przypadku:
- ponownego wystąpienia tego samego zdarzenia u małżonka albo partnera życiowego, jeśli za wcześniejsze zdarzenie wypłacono świadczenie,
- niedostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia,
- braku naszej ochrony w dacie wystąpienia zdarzenia u małżonka albo partnera życiowego.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności jeśli dane zdarzenie nie jest objęte zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność składki oraz w innych przypadkach wskazanych w owu.

JAK ROZWIĄZAĆ UMOWĘ

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie:
- 7 dni od zawarcia umowy – jeśli jest przedsiębiorcą,
- 30 dni od zawarcia umowy – jeśli nie jest przedsiębiorcą.

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) 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 którym 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.

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 ppkt 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, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej" 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.

W poniższej tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego, kod warunków MCGP56 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.
Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1-2 pkt 4-6 pkt 16-18 pkt 40 pkt 41-46 pkt 47
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 7-12 pkt 13-15 pkt 37-38 pkt 39 pkt 40 pkt 47

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO

Kod OWU: MCGP56

Zarząd PZU Życie SA uchwalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego uchwałą nr UZ/165/2025 z dnia 14 października 2025 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie 22 listopada 2025 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 grudnia 2025 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
1) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu 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 dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
4) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe.

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 wystąpienie u małżonka albo partnera życiowego zdarzenia opisanego w OWU.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA
– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest wystąpienie u Twojego małżonka albo partnera życiowego w okresie ochrony zdarzenia, które spełnia następujące warunki:
1) jest zgodne z naszą definicją wskazaną w Załączniku do tych OWU;
2) jest w zakresie zdarzeń, który obowiązuje w umowie ubezpieczenia (polisie);
3) wystąpiło przed ukończeniem przez małżonka albo partnera życiowego 70 lat.

5. Ubezpieczenie dodatkowe występuje w czterech zakresach:
1) podstawowym;
2) rozszerzonym;
3) rozszerzonym plus;
4) rozszerzonym ekstra.

Informację o tym, jakie zdarzenia zawiera dany zakres, znajdziesz w Załączniku do tych OWU.
Wybrany zakres zdarzeń potwierdzamy w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

6. W razie wystąpienia u Twojego małżonka albo partnera życiowego zdarzenia określonego w załączniku do tych OWU wypłacimy Ci świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia zdarzenia, który jest określony w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

7. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje zdarzeń u małżonka albo partnera życiowego określonych w Załączniku do tych OWU, jeśli zdarzenie wystąpiło:
1) w wyniku działań wojennych;

2) w wyniku czynnego udziału małżonka albo partnera życiowego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
3) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez małżonka albo partnera życiowego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
4) gdy małżonek albo partner życiowy uczestniczył w wypadku komunikacyjnym, w którym prowadził 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;
5) gdy małżonek albo partner życiowy był 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 zdarzenia;
6) wskutek samookaleczenia się małżonka albo partnera życiowego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera życiowego;
7) bezpośredniego zatrucia organizmu małżonka albo partnera życiowego spożytym alkoholem, lub użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi, środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
8) gdy małżonek albo partner życiowy miał ukończone 70 lat.

8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje także:
1) zdarzeń określonych w Załączniku do OWU, będących skutkiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się przed początkiem okresu ochrony;
2) całkowitej utraty słuchu w obydwu uszach, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego nowotwór lub otosklerozę, które były przyczyną utraty słuchu;
3) całkowitej utraty wzroku w obydwu oczach, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego zwyrodnienie plamki żółtej, jaskrę lub cukrzycę, które były przyczyną utraty wzroku;
4) choroby niedokrwiennej serca leczonej metodą pomostowania (by-pass), jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego chorobę niedokrwienną serca lub zawał serca;
5) przewlekłej choroby nerek z leczeniem nerkozastępczym, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego nieprawidłowość w budowie lub funkcjonowaniu nerek, która była przyczyną zastosowania leczenia nerkozastępczego;
6) rozsianego krzepnięcia wewnątrznaczyniowego (DIC), jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego chorobę zakrzepowo-zatorową;
7) śpiączki z ciężkimi następstwami w wyniku uszkodzenia mózgu, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego nowotwór, cukrzycę, niewydolność nerek, niewydolność wątroby, które były przyczyną śpiączki z ciężkimi następstwami w wyniku uszkodzenia mózgu;
8) transplantacji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej małżonek albo partner życiowy został wpisany na listę oczekujących na przeszczep;
9) udaru mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, miażdżycę naczyń mózgowych;
10) utraty kończyny, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego cukrzycę lub miażdżycę tętnic kończyn dolnych, które były przyczyną amputacji;
11) zakażonej martwicy trzustki, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego ostre zapalenie trzustki lub przewlekłe zapalenie trzustki;
12) zastawkowej wady serca leczonej chirurgicznie wszczepieniem zastawki, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego zastawkową wadę serca, która była przyczyną tego leczenia chirurgicznego;
13) zatoru tętnicy płucnej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego chorobę zakrzepowo-zatorową;
14) zawału serca, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego chorobę niedokrwienną serca lub wystąpił zawał serca;
15) zespołu krótkiego jelita, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego chorobę Leśniowskiego-Crohna.

9. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje zdarzeń, wskazanych w Załączniku do tych OWU, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto u małżonka albo partnera życiowego postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed początkiem okresu ochrony, przy czym postanowienie to nie ma zastosowania do pkt 8.

10. Wyłączenie z pkt 9 nie dotyczy:
1) sytuacji, w których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się i zakończyło przed ukończeniem przez małżonka albo partnera życiowego 18 lat;
2) zdarzeń, w przypadku których nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiego samego zdarzenia.

11. W przypadku nowotworu złośliwego należne jest tylko jedno świadczenie niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów.

12. Po wystąpieniu danego zdarzenia określonego w Załączniku do tych OWU, za które wypłacono świadczenie, nasza ochrona wygasa w zakresie tego zdarzenia.

KARENCJA
– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego nie ponosimy odpowiedzialności lub ponosimy ją w ograniczonym zakresie

13. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 180 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.
14. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli zdarzenie w życiu ubezpieczonego w postaci zdarzenia u małżonka albo partnera życiowego, które zostało określone w Załączniku do tych OWU, było wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu pierwszych 180 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem wyłączeń z punktu 7 i 8.
15. Jeśli zmienisz zakres zdarzeń, nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 180 dni dla tych zdarzeń w życiu małżonka albo partnera życiowego, które nie były objęte naszą ochroną w poprzednim zakresie zdarzeń. Okres 180 dni jest w takim przypadku liczony od rozpoczęcia ochrony dla nowego zakresu zdarzeń.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

16. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.
17. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujemy się w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
18. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może zmienić się za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

19. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe:
1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu dodatkowym;
2) jest stała, ale może zmienić się za porozumieniem stron;
3) zależy od:
   a) sumy ubezpieczenia,
   b) zakresu ubezpieczenia,
   c) wysokości świadczenia,
   d) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

20. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
21. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

22. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.
23. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.
24. Ubezpieczający w ramach wariantu ubezpieczenia może wybrać jeden z czterech zakresów ciężkich chorób, to jest: podstawowy, rozszerzony, rozszerzony plus, rozszerzony ekstra.
25. Ubezpieczający może zmienić zakres na inny w dowolnym momencie.
26. Aby zmienić zakres, ubezpieczający składa wniosek. Nowy zakres obowiązuje od 1 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym został złożony wniosek.
27. Jeśli zmieniasz zakres, okres ochrony dla poprzedniego zakresu kończy się z upływem dnia, po którym rozpocznie się okres ochrony dla nowego zakresu, z zastrzeżeniem pkt 15.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

28. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

29. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.

30. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

31. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
32. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
33. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

34. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
35. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
36. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

37. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
38. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

39. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

40. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie. Nie przysługuje Ci świadczenie z tytułu zdarzenia u partnera życiowego, jeśli na dzień wystąpienia zdarzenia u partnera życiowego, pozostajesz w związku małżeńskim.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

41. Jeśli u Twojego małżonka albo partnera życiowego wystąpi zdarzenie określone w Załączniku do tych OWU, dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) Twój akt małżeństwa – jeśli dotyczy wystąpienia zdarzenia u małżonka;
3) taką dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie zdarzenia u małżonka albo partnera życiowego, w przypadku oparzeń – ich stopień i powierzchnię;
4) taką dokumentację, która potwierdza okoliczności wypadku – w przypadku ciężkiej choroby w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
5) kartę informacyjną leczenia szpitalnego – jeśli małżonek albo partner życiowy przebywał w szpitalu.

42. Możemy dodatkowo poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy – jeśli będzie to konieczne dla ustalenia naszej odpowiedzialności.
43. Pokrywamy koszty opinii lekarza, którą zlecamy.
44. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
45. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.

46. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

47. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy.

ZAŁĄCZNIK
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO

1. Zdarzenia objęte naszą odpowiedzialnością oraz dzień wystąpienia zdarzenia:

1) **bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych** – zakaźna choroba bakteryjna układu nerwowego, która przebiega z objawami zajęcia procesem zapalnym mózgowia, rdzenia kręgowego lub opon mózgowo-rdzeniowych.
   Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, które rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jego czynnik etiologiczny i z powodu którego zastosowano hospitalizację.
   Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
   a) rozpoznano bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych w sposób opisany powyżej i
   b) zastosowano hospitalizację;
2) **bakteryjne zapalenie wsierdzia** – zapalenie wsierdzia spowodowane przez zakażenie bakteryjne.
   Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie wsierdzia, które dotyczyło własnych zastawek serca lub jam serca, bez obcego materiału i urządzeń medycznych i które zostało rozpoznane na podstawie badania identyfikującego jego czynnik etiologiczny lub badania obrazowego bądź badania patomorfologicznego potwierdzającego uszkodzenie wsierdzia.
   Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną wykonano badanie obrazowe lub pobrano materiał do badań wskazanych powyżej, które potwierdziły bakteryjne zapalenie wsierdzia;
3) **bąblowica z zajęciem mózgu** – choroba zakaźna wywołana przez tasiemca bąblowcowego, która charakteryzuje się obecnością torbieli bąblowca w mózgu.
   Odpowiadamy wyłącznie za taką bąblowicę z zajęciem mózgu, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i w przebiegu której stwierdzono obecność torbieli bąblowca w mózgu.
   Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano bąblowicę z zajęciem mózgu w sposób opisany powyżej;
4) **borelioza z zajęciem serca** – choroba zakaźna spowodowana przez krętki z rodzaju Borrelia, skutkiem której jest zajęcie serca.
   Odpowiadamy wyłącznie za taką boreliozę z zajęciem serca, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i w przebiegu stwierdzono co najmniej jeden z poniższych zespołów klinicznych:
   a) zapalenie mięśnia serca,
   b) zapalenie osierdzia,
   c) zaburzenia rytmu,
   d) zaburzenia przewodzenia.
   Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
   a) rozpoznano boreliozę z zajęciem serca w sposób opisany powyżej i
   b) stwierdzono co najmniej jeden ze wskazanych powyżej zespołów klinicznych boreliozy z zajęciem serca;
5) **borelioza z zajęciem układu nerwowego (neuroborelioza)** – choroba zakaźna spowodowana przez krętki z rodzaju Borrelia, skutkiem której jest zajęcie układu nerwowego.
   Odpowiadamy wyłącznie za taką boreliozę z zajęciem układu nerwowego, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i w następstwie której stwierdzono 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.
   Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
   a) rozpoznano boreliozę z zajęciem układu nerwowego w sposób opisany powyżej i
   b) stwierdzono co najmniej jeden ze wskazanych powyżej zespołów klinicznych boreliozy z zajęciem układu nerwowego;
6) **całkowita utrata mowy** – trwała i nieodwracalna utrata zdolności wytwarzania dźwięków mowy i artykułowania zrozumiałego języka.
   Odpowiadamy wyłącznie za taką całkowitą utratę mowy, która jest spowodowana chorobą lub urazem krtani, i która nie może być skorygowana nawet częściowo, przy zastosowaniu jakiejkolwiek metody.
   Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano całkowitą utratę mowy;
7) **całkowita utrata słuchu w obydwu uszach** – trwała i nieodwracalna obustronna utrata zdolności słyszenia.
   Odpowiadamy wyłącznie za taką utratę słuchu, którą rozpoznano na podstawie badania potwierdzającego, że obustronna uśredniona wartość ubytku słuchu dla dźwięków pasma mowy wynosi co najmniej 90dB.
   Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano całkowitą utratę słuchu w obydwu uszach w sposób opisany powyżej;
8) **całkowita utrata wzroku w obydwu oczach** – trwała i nieodwracalna obustronna utrata zdolności widzenia.
   Odpowiadamy wyłącznie za taka utratę wzroku, którą rozpoznano na podstawie badania potwierdzającego, że ostrość widzenia w obu oczach po korekcji optycznej jest mniejsza niż 0,1 (5/50) lub pole widzenia jest mniejsze niż 20 stopni.
   Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano całkowitą utratę wzroku w obu oczach w sposób opisany powyżej;
9) **chłoniak boreliozowy** – następstwo boreliozy, czyli choroby zakaźnej, spowodowanej przez krętki z rodzaju Borrelia.
   Odpowiadamy wyłącznie za takiego chłoniaka boreliozowego, którego rozpoznanie potwierdza badanie histopatologiczne i badania serologiczne krwi.
   Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano chłoniaka boreliozowego w sposób opisany powyżej;

10) **choroba Addisona** – zespół objawów klinicznych, wywołanych długotrwałym niedoborem hormonów kory nadnerczy, do którego dochodzi w wyniku bezpośredniego uszkodzenia nadnerczy.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Addisona, którą rozpoznał lekarz endokrynolog i z powodu której zastosowano suplementację brakującego hormonu.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano chorobę Addisona w sposób opisany powyżej i
b) zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia choroby Addisona;

11) **choroba Alzheimera** – choroba, która charakteryzuje się postępującymi zaburzeniami pamięci i innych funkcji poznawczych, która prowadzi do otępienia.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Alzheimera, którą rozpoznał lekarz neurolog, psychiatra lub geriatra na podstawie danych klinicznych, testów i kwestionariuszy służących do diagnostyki choroby Alzheimera i w przebiegu której stwierdzono otępienie.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano chorobę Alzheimera w sposób opisany powyżej i
b) rozpoznano wskazane powyżej następstwo choroby Alzheimera;

12) **choroba Creutzfeldta-Jakoba** – neurodegeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego wywołana przez priony.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Creutzfeldta-Jakoba, którą rozpoznał lekarz neurolog i w przebiegu której stwierdzono otępienie i zaburzenia funkcji ruchu.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano chorobę Creutzfeldta-Jakoba w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono wskazane powyżej następstwa choroby Creutzfeldta-Jakoba;

13) **choroba Huntingtona** – dziedziczna choroba ośrodkowego układu nerwowego.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Huntingtona, którą rozpoznał lekarz neurolog na podstawie badania genetycznego i w przebiegu której stwierdzono:
a) zaburzenia motoryczne lub
b) zaburzenia nastroju lub
c) zaburzenia poznawcze.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano chorobę Huntingtona w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono co najmniej jedno ze wskazanych powyżej następstw choroby Huntingtona;

14) **choroba Leśniowskiego-Crohna z powikłaniami** – przewlekłe, nieswoiste zapalenie ściany jelita, w przebiegu którego wystąpiły powikłania.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Leśniowskiego-Crohna, którą rozpoznano na podstawie badania histopatologicznego, i w przebiegu której stwierdzono jedno z poniższych powikłań:
a) przetokę jelita,
b) ropień jelita,
c) zwężenie jelita.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano chorobę Leśniowskiego-Crohna w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono co najmniej jedno ze wskazanych powyżej powikłań choroby Leśniowskiego-Crohna;

15) **choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)** – neurodegeneracyjna choroba obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana wybiórczym uszkodzeniem nerwowych komórek ruchowych.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę neuronu ruchowego, którą rozpoznał lekarz neurolog na podstawie badania elektromiograficznego (EMG) i w przebiegu której stwierdzono:
a) osłabienie lub zanik mięśni oraz
b) ograniczenie ruchów czynnych.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano chorobę neuronu ruchowego w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono osłabienie lub zanik mięśni oraz ograniczenie ruchów czynnych;

16) **choroba niedokrwienna serca leczona metodą pomostowania (by-pass)** – choroba tętnic wieńcowych, z powodu której wszczepiono pomost, tzw. by-pass, omijający zwężony lub niedrożny odcinek tętnicy wieńcowej.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano chorobę niedokrwienną serca i
b) zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia choroby niedokrwiennej serca;

17) **choroba Parkinsona** – neurodegeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego spowodowana zanikiem komórek nerwowych, mających znaczenie dla funkcji ruchowych.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Parkinsona, którą rozpoznał lekarz neurolog i w przebiegu której stwierdzono co najmniej dwa z poniższych następstw:
a) drżenie spoczynkowe,
b) spowolnienie ruchowe,
c) zwiększone napięcie mięśni.
Nasza ochrona nie obejmuje parkinsonizmu objawowego.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano chorobę Parkinsona w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono co najmniej dwa ze wskazanych powyżej następstw choroby Parkinsona;

18) **choroba układu bodźcoprzewodzącego serca leczona chirurgicznie wszczepieniem układu stymulującego** – dysfunkcja węzła zatokowego lub zaburzenia układu przewodzącego serca, z powodu której wszczepiono układ stymulujący serce na stałe.
Nasza ochrona nie obejmuje zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano chorobę układu bodźcoprzewodzącego serca i
b) zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia choroby układu bodźcoprzewodzącego serca;
19) **gruczolak przysadki mózgowej** – guz, który wywodzi się z komórek przedniego płata przysadki mózgowej, produkujących hormony.
Odpowiadamy wyłącznie za takiego gruczolaka przysadki mózgowej, który rozpoznał lekarz specjalista endokrynolog lub radiolog na podstawie badań obrazowych.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano gruczolaka przysadki mózgowej w sposób opisany powyżej;
20) **gruźlica wymagająca leczenia szpitalnego** – choroba zakaźna wywołana przez prątki gruźlicy, która wymaga leczenia szpitalnego.
Odpowiadamy wyłącznie za taką gruźlicę, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i z powodu której zastosowano leczenie przeciwprątkowe oraz hospitalizację.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano ciężką gruźlicę w sposób opisany powyżej oraz
b) zastosowano obydwie wskazane powyżej metody leczenia gruźlicy;
21) **guz chromochłonny** – guz, który wywodzi się z komórek chromochłonnych i jest zlokalizowany w nadnerczach lub pozanadnerczowo, i którego objawy związane są z nadmiernym wydzielaniem katecholamin.
Odpowiadamy wyłącznie za taki guz chromochłonny, który rozpoznał lekarz specjalista endokrynolog lub radiolog na podstawie badań obrazowych.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano guz chromochłonny w sposób opisany powyżej;
22) **idiopatyczne nadciśnienie płucne** – zespół objawów klinicznych spowodowany samoistnym wzrostem ciśnienia w tętnicy płucnej.
Odpowiadamy wyłącznie za takie idiopatyczne nadciśnienie płucne, w którym średnie ciśnienie w tętnicy płucnej w spoczynku, oznaczone za pomocą cewnikowania prawego serca, wynosi co najmniej 25 mm Hg.
Nasza ochrona nie obejmuje nadciśnienia płucnego wtórnego, czyli takiego które powstało w przebiegu innych chorób lub reakcji na substancje toksyczne, a także nadciśnienia płucnego polekowego.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano idiopatyczne nadciśnienie płucne w sposób opisany powyżej;
23) **kardiomiopatia przerostowa** – genetycznie uwarunkowane, pierwotne uszkodzenie mięśnia serca z pogrubieniem ścian lewej komory serca, które nie jest skutkiem nieprawidłowych warunków jej obciążania.
Odpowiadamy wyłącznie za taką kardiomiopatię przerostową (genetycznie uwarunkowaną), którą rozpoznał lekarz kardiolog, i która skutkuje obniżeniem frakcji wyrzutowej lewej komory serca poniżej 40% lub z powodu której wszczepiono kardiowerter-defibrylator.
Nasza ochrona nie obejmuje pogrubienia ściany lewej komory serca wtórnego do innych chorób serca lub chorób ogólnoustrojowych.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano kardiomiopatię przerostową genetycznie uwarunkowaną w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono wskazane powyżej następstwo kardiomiopatii przerostowej lub zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia kardiomiopatii przerostowej;
24) **kardiomiopatia Takotsubo** – przejściowe zaburzenia kurczliwości ścian lewej komory serca ze wzrostem troponiny sercowej powyżej górnej granicy normy, bez istotnych hemodynamicznie zwężeń w tętnicach wieńcowych.
Odpowiadamy wyłącznie za taką kardiomiopatię Takotsubo, którą rozpoznał lekarz kardiolog i z powodu której zastosowano hospitalizację.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano kardiomiopatię Takotsubo w sposób opisany powyżej i
b) zastosowano hospitalizację;
25) **kleszczowe zapalenie mózgu** – zakaźna choroba wirusowa przenoszona przez kleszcze, która przebiega z objawami zajęcia procesem zapalnym mózgowia lub rdzenia kręgowego.
Odpowiadamy wyłącznie za takie kleszczowe zapalenie mózgu, które rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jego czynnik etiologiczny i z powodu którego zastosowano hospitalizację.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano kleszczowe zapalenie mózgu w sposób opisany powyżej i
b) zastosowano hospitalizację;
26) **krwiak śródczaszkowy leczony chirurgicznie** – śródczaszkowe wynaczynienie krwi z powstaniem krwiaka śródmózgowego, podtwardówkowego lub nadtwardówkowego, który został usunięty operacyjnie.
Odpowiadamy wyłącznie za taki krwiak śródczaszkowy leczony chirurgicznie, który został usunięty z otwarciem czaszki lub przez otwór trepanacyjny.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano krwiaka śródczaszkowego i
b) zastosowano jedną ze wskazanych powyżej metod leczenia krwiaka śródczaszkowego;

27) **miastenia** – choroba autoimmunologiczna złącza nerwowo-mięśniowego, która charakteryzuje się zmiennym osłabieniem i męczliwością mięśni.
Odpowiadamy wyłącznie za taką miastenię, którą rozpoznał lekarz neurolog.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano miastenię w sposób opisany powyżej;
28) **niedokrwistość aplastyczna (anemia aplastyczna)** – przewlekła i nieodwracalna niewydolność szpiku, w następstwie zaniku wszystkich linii komórkowych układu granulocytowego, czerwonokrwinkowego i płytkotwórczego.
Odpowiadamy wyłącznie za taką niedokrwistość aplastyczną, którą rozpoznano na podstawie badania szpiku kostnego.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano niedokrwistość aplastyczną w sposób opisany powyżej;
29) **niezłośliwy guz mózgu** – łagodny wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub wewnątrzczaszkowych odcinków nerwów czaszkowych.
Odpowiadamy wyłącznie za taki niezłośliwy guz mózgu, który rozpoznano na podstawie badania obrazowego mózgu lub badania histopatologicznego i który został usunięty lub jeśli usunięcie guza nie było możliwe, w jego przebiegu stwierdzono ubytki neurologiczne.
Nasza ochrona nie obejmuje torbieli, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, krwiaków mózgu, guzów przysadki mózgowej.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) wykonano badanie obrazowe lub pobrano materiał do badań wskazanych powyżej, które potwierdziły niezłośliwy guz mózgu i
b) zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia lub stwierdzono wskazane powyżej następstwa niezłośliwego guza mózgu;
30) **niezłośliwy guz rdzenia kręgowego** – wewnątrzkanałowy łagodny guz rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych.
Odpowiadamy wyłącznie za taki niezłośliwy guz rdzenia kręgowego, który rozpoznano na podstawie badania obrazowego lub badania histopatologicznego i który został usunięty lub jeśli usunięcie guza nie było możliwe, w jego przebiegu stwierdzono ubytki neurologiczne.
Nasza ochrona nie obejmuje torbieli, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, krwiaków rdzenia kręgowego.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) wykonano badanie obrazowe lub pobrano materiał do badań wskazanych powyżej, które potwierdziły niezłośliwy guz rdzenia kręgowego i
b) zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia lub stwierdzono wskazane powyżej następstwa niezłośliwego guza rdzenia kręgowego;
31) **nowotwór złośliwy** – niekontrolowany rozrost komórek nowotworowych, cechujących się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów, który rozpoznano na podstawie badania patomorfologicznego.
Odpowiadamy także za nowotwór złośliwy ze zmianami przerzutowymi, gdy nie pobrano materiału do badania patomorfologicznego, ale obraz kliniczny i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do złośliwości procesu nowotworowego.
Nasza ochrona nie obejmuje:
a) czerniaka skóry, którego zaawansowanie oceniono jako T1aN0M0 wg skali TNM oraz wszystkich nowotworów skóry, w tym chłoniaka skóry,
b) raka brodawkowatego tarczycy, którego zaawansowanie oceniono jako T1aN0M0 wg skali TNM,
c) raka gruczołu krokowego (prostaty), którego zaawansowanie oceniono na 6 punktów wg Gleason score lub zakwalifikowano do grupy 1 wg ISUP,
d) raka szyjki macicy i dysplazji szyjki macicy, których zaawansowanie oceniono jako CIN1, CIN2 lub CIN3 wg skali CIN,
e) ziarnicy złośliwej, której zaawansowanie oceniono jako w stadium I,
f) nowotworów złośliwych, których zaawansowanie oceniono jako stadium przedinwazyjne tzw. in situ,
g) nowotworów złośliwych związanych z AIDS lub zakażeniem wirusem HIV,
h) nowotworów o granicznej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjnych oraz dysplazji i nowotworów łagodnych.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną pobrano materiał do badania patomorfologicznego;
32) **odmrożenie wymagające leczenia szpitalnego** – miejscowe uszkodzenie skóry i głębiej leżących tkanek w wyniku działania niskiej temperatury, które spowodowało martwicę i utratę tkanek (tj. III i IV stopień), w następstwie którego niezbędna była hospitalizacja.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną doszło do odmrożenia i zastosowano opisany powyżej sposób leczenia w szpitalu;
33) **okołoporodowa utrata macicy** – utrata całej macicy lub utrata trzonu macicy z pozostawieniem szyjki macicy w następstwie powikłań ciąży lub porodu.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną doszło do okołoporodowej utraty macicy;
34) **oparzenie przełyku z perforacją** – uszkodzenie przełyku spowodowane czynnikiem termicznym lub chemicznym, w następstwie którego doszło do perforacji przełyku, czyli przedziurawienia jego ściany.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną doszło do ciężkiego oparzenia przełyku i perforacji;
35) **oparzenie wymagające leczenia szpitalnego** – miejscowe uszkodzenie skóry i głębiej leżących tkanek spowodowane czynnikiem termicznym, chemicznym lub elektrycznym, w związku z którym zastosowano hospitalizację, i które 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.

Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną doszło do jednego z opisanych powyżej oparzeń i zastosowano opisany powyżej sposób leczenia w szpitalu;

36) **pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych** – choroba przewlekła, która charakteryzuje się autoimmunologicznym zapaleniem i wtórnym włóknieniem dróg żółciowych.
Odpowiadamy wyłącznie za takie pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych, które rozpoznano na podstawie badania obrazowego dróg żółciowych.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych w sposób opisany powyżej;

37) **piorunujące wirusowe zapalenie wątroby** – gwałtownie postępujące ostre zapalenie wątroby, spowodowane zakażeniem wirusowym.
Odpowiadamy wyłącznie za takie piorunujące wirusowe zapalenie wątroby, które rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jego czynnik etiologiczny i w związku z którym zastosowano hospitalizację.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano piorunujące zapalenie wątroby w sposób opisany powyżej i
b) zastosowano hospitalizację;

38) **pobranie nerki lub części wątroby do transplantacji** – operacja chirurgiczna pobrania narządu z ciała dawcy w celu przeszczepienia do ciała biorcy.
Odpowiadamy wyłącznie za wykonaną u dawcy operację pobrania do transplantacji:
a) nerki lub
b) części wątroby.

Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną wykonano pobranie do transplantacji jednego ze wskazanych powyżej narządów;

39) **porażenie (paraliż) kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego** – całkowita utrata funkcji ruchowej kończyn.
Odpowiadamy wyłącznie za taki paraliż kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego, który dotyczy co najmniej dwóch kończyn i utrzymywał się co najmniej 3 miesiące lub przed upływem 3 miesięcy stwierdzono, że nie ma pozytywnych rokowań na ustąpienie całkowitej utraty funkcji ruchowej.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) upłynęły 3 miesiące utrzymywania się wskazanego powyżej paraliżu lub
b) przed upływem 3 miesięcy stwierdzono, że nie ma pozytywnych rokowań na ustąpienie wskazanego powyżej porażenia (paraliżu);

40) **postępujące porażenie nadjądrowe** – neurodegeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, która charakteryzuje się gromadzeniem nieprawidłowego białka i zanikiem komórek nerwowych mózgu.
Odpowiadamy wyłącznie za takie postępujące porażenie nadjądrowe, które rozpoznał lekarz neurolog i w przebiegu którego stwierdzono zaburzenia funkcji ruchu.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano postępujące porażenie nadjądrowe w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono wskazane powyżej następstwa postępującego porażenia nadjądrowego;

41) **przewlekła choroba nerek z leczeniem nerkozastępczym** – nieprawidłowość w budowie lub funkcjonowaniu nerek, z powodu której zastosowano stałą dializoterapię lub wykonano przeszczep nerki.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest pierwszy dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zastosowano jedną ze wskazanych powyżej metod leczenia nerkozastępczego przewlekłej choroby nerek;

42) **reumatoidalne zapalenie stawów z niepełnosprawnością** – przewlekła układowa choroba tkanki łącznej, która charakteryzuje się symetrycznym zajęciem stawów obwodowych i która spowodowała niepełnosprawność.
Odpowiadamy wyłącznie za takie reumatoidalne zapalenie stawów z niepełnosprawnością, które rozpoznał lekarz reumatolog i które spowodowało niemożność wykonania bez pomocy innej osoby co najmniej jednej z czterech 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.

Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano reumatoidalne zapalenie stawów w sposób opisany powyżej,
b) upłynęły 3 miesiące utrzymywania się niemożności wykonania bez pomocy innej osoby co najmniej jednej ze wskazanych powyżej czynności życia codziennego;

43) **ropień mózgu leczony chirurgicznie** – miejscowe zakażenie wewnątrzczaszkowe z powstaniem zbiornika ropy wewnątrz unaczynionej torebki, który został usunięty operacyjnie.
Odpowiadamy wyłącznie za taki ropień mózgu leczony chirurgicznie, który został usunięty z otwarciem czaszki lub przez otwór trepanacyjny.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano ropień mózgu i
b) zastosowano co najmniej jedną ze wskazanych powyżej metod leczenia ropnia mózgu;

44) **rozsiane krzepnięcie wewnątrznaczyniowe (DIC)** – zaburzenia krzepnięcia krwi, które prowadzą do mikrozatorów i krwawień oraz niewydolności narządów wewnętrznych.

Odpowiadamy wyłącznie za takie rozsiane krzepnięcie wewnątrznaczyniowe, z powodu którego zastosowano hospitalizację, a jego rozpoznanie jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano rozsiane krzepnięcie wewnątrznaczyniowe (DIC) w sposób opisany powyżej i
b) zastosowano hospitalizację;

45) **samoistne włóknienie płuc** – przewlekłe, postępujące śródmiąższowe zapalenie o nieznanej przyczynie, powodujące włóknienie ograniczone do płuc.
Odpowiadamy wyłącznie za takie samoistne włóknienie płuc, które rozpoznał lekarz pulmonolog na podstawie badań obrazowych płuc lub biopsji płuca.
Nasza ochrona nie obejmuje alergicznego zapalenia pęcherzyków płucnych, pylicy płuc, włóknienia płuc w przebiegu chorób tkanki łącznej oraz włóknienia polekowego.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano samoistne włóknienie płuc w sposób opisany powyżej;

46) **sarkoidoza** – uogólniona choroba ziarniniakowa, która charakteryzuje się zajęciem węzłów chłonnych i narządów wewnętrznych.
Odpowiadamy wyłącznie za taką sarkoidozę, którą rozpoznał lekarz pulmonolog, kardiolog lub reumatolog, i w przebiegu której stwierdzono zajęcie serca lub co najmniej jednego płuca.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną:
a) rozpoznano sarkoidozę w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono zajęcie jednego ze wskazanych powyżej narządów;

47) **schyłkowa niewydolność oddechowa** – dysfunkcja układu oddechowego spowodowana przez jego przewlekłe choroby, która powoduje trwałe obniżenie utlenowania krwi.
Odpowiadamy wyłącznie za taką schyłkową niewydolność oddechową, która spowodowała obniżenie ciśnienia parcjalnego tlenu we krwi poniżej 55 mm Hg i jest leczona metodą stałej, codziennej tlenoterapii przez co najmniej 3 miesiące.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano schyłkową niewydolność oddechową w sposób opisany powyżej i
b) upłynęły 3 miesiące stosowania wskazanej powyżej metody leczenia schyłkowej niewydolności oddechowej;

48) **schyłkowa niewydolność wątroby** – końcowe stadium upośledzenia funkcji wątroby.
Odpowiadamy wyłącznie za taką schyłkową niewydolność wątroby, w przebiegu której stwierdzono dwa z poniższych następstw:
a) encefalopatia wątrobowa,
b) wodobrzusze,
c) trwała żółtaczka.
Nasza ochrona nie obejmuje schyłkowej niewydolności wątroby spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla wątroby.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną stwierdzono schyłkową niewydolność wątroby w sposób opisany powyżej;

49) **sepsa (posocznica)** – ogólnoustrojowa, nieswoista reakcja organizmu na obecne we krwi drobnoustroje oraz ich toksyny.
Odpowiadamy wyłącznie za taką sepsę, której rozpoznanie jednoznacznie potwierdzono w dokumentacji medycznej i w przebiegu której stwierdzono niewydolność co najmniej dwóch z poniższych układów lub narządów:
a) ośrodkowego układu nerwowego,
b) układu krążenia,
c) układu oddechowego,
d) układu krwiotwórczego,
e) nerek,
f) wątroby.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano sepsę w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono niewydolność co najmniej dwóch ze wskazanych powyżej układów lub narządów;

50) **staw rzekomy** – brak zrostu złamanej kości lub brak postępu gojenia złamania w czasie, w którym zwykle dochodzi do pełnego zrostu kości.
Odpowiadamy wyłącznie za taki staw rzekomy, który rozpoznał lekarz ortopeda na podstawie badań obrazowych, i który dotyczył jednej z poniższych kości:
a) ramiennej,
b) łokciowej,
c) promieniowej,
d) udowej,
e) piszczelowej.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano staw rzekomy w sposób opisany powyżej;

51) **stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego z obecnością ubytkowych objawów neurologicznych, powstałych na podłożu rozsianych zmian demielinizacyjnych.
Odpowiadamy wyłącznie za takie stwardnienie rozsiane, które rozpoznał lekarza neurolog, na podstawie objawów neurologicznych i badania rezonansu magnetycznego, potwierdzających czasowe i lokalizacyjne rozsianie zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym.

Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano stwardnienie rozsiane w sposób opisany powyżej;

52) **śpiączka z ciężkimi następstwami w wyniku uszkodzenia mózgu** – stan głębokiego zaburzenia świadomości wyrażający się brakiem reakcji na zewnętrzne bodźce słuchowe lub bólowe, która wynika z uszkodzenia mózgu.
Odpowiadamy wyłącznie za taką śpiączkę, która trwała nieprzerwanie co najmniej 96 godzin oraz w której po upływie 30 dni od jej wystąpienia:
a) w badaniu neurologicznym potwierdzono utrzymywanie się ubytku neurologicznego lub
b) w teście Mini–Mental (Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego) uzyskano wynik poniżej 24 punktów.
Nasza ochrona nie obejmuje śpiączki spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla mózgu.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano śpiączkę w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono co najmniej jedno ze wskazanych powyżej następstw;

53) **tętniak aorty brzusznej leczony chirurgicznie** – ograniczone poszerzenie aorty brzusznej powyżej jej prawidłowego wymiaru, któremu może towarzyszyć rozwarstwienie ściany aorty, i które było leczone chirurgicznie.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano tętniaka aorty brzusznej i
b) zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia tętniaka aorty brzusznej;

54) **tętniak aorty piersiowej leczony chirurgicznie** – ograniczone poszerzenie aorty piersiowej powyżej jej prawidłowego wymiaru, któremu może towarzyszyć rozwarstwienie ściany aorty, i które było leczone chirurgicznie.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano tętniaka aorty piersiowej i
b) zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia tętniaka aorty piersiowej;

55) **tętniak mózgu leczony interwencyjnie** – tętniak naczyń wewnątrzczaszkowych, który został wyłączony z krążenia.
Odpowiadamy wyłącznie za taki tętniak mózgu leczony neurochirurgicznie, który został wyłączony z krążenia z otwarciem czaszki lub zamknięty wewnątrznaczyniowo bez otwierania czaszki.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano tętniaka mózgu i
b) zastosowano jedną ze wskazanych powyżej metod leczenia tętniaka mózgu;

56) **tężec** – choroba zakaźna wywołana działaniem neurotoksyny produkowanej przez laseczki tężca.
Odpowiadamy wyłącznie za taki tężec, który rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jego czynnik etiologiczny i z powodu którego zastosowano hospitalizację.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano tężec w sposób opisany powyżej i
b) zastosowano hospitalizację;

57) **toczeń rumieniowaty układowy z zajęciem narządów wewnętrznych** – przewlekła układowa choroba tkanki łącznej, która charakteryzuje się zajęciem skóry, stawów i narządów wewnętrznych.
Odpowiadamy wyłącznie za taki toczeń rumieniowaty układowy z zajęciem narządów wewnętrznych, który rozpoznał lekarz reumatolog i w przebiegu którego stwierdzono zajęcie co najmniej jednego z poniższych narządów lub układów:
a) nerek,
b) serca,
c) układu nerwowego.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano toczeń rumieniowaty układowy w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono zajęcie jednego ze wskazanych powyżej narządów lub układów;

58) **transplantacja** – operacja chirurgiczna przeszczepienia do ciała biorcy narządu lub tkanki pochodzenia ludzkiego pobranych z ciała dawcy.
Odpowiadamy wyłącznie za wykonaną u biorcy:
a) transplantację serca lub
b) transplantację płuca lub
c) transplantację wątroby lub jej części lub
d) transplantację trzustki lub jej części lub
e) transplantację jelita lub jego części lub
f) transplantację allogeniczną szpiku kostnego.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną wykonano jedną ze wskazanych powyżej transplantacji;

59) **twardzina układowa z zajęciem narządów wewnętrznych** – przewlekła układowa choroba tkanki łącznej, która charakteryzuje się uszkodzeniem naczyń krwionośnych i postępującym włóknieniem skóry oraz zajęciem narządów wewnętrznych.
Odpowiadamy wyłącznie za taką twardzinę układową, którą rozpoznał lekarz dermatolog lub reumatolog i w przebiegu której stwierdzono zajęcie co najmniej jednego z poniższych narządów:
a) płuc,
b) przewodu pokarmowego,
c) nerek,
d) serca.
Nasza ochrona nie obejmuje twardziny plackowatej, uogólnionej, pęcherzowej, linijnej, głębokiej.

Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano twardzinę układową w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono zajęcie co najmniej jednego ze wskazanych powyżej narządów;

60) **udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym** – nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu spowodowane wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany, które spowodowało trwały ubytek neurologiczny.
Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym, w którym:
a) badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub udar mózgu był leczony trombolitycznie oraz
b) badanie neurologiczne, przeprowadzone 3 miesiące po wystąpieniu udaru mózgu, potwierdziło utrzymywanie się w związku z tym udarem ubytku neurologicznego.
Nasza ochrona nie obejmuje przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA) oraz takiego udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym w sposób opisany powyżej lub zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia udaru mózgu i
b) stwierdzono wskazane powyżej następstwa udaru mózgu;

61) **uraz czaszkowo-mózgowy** – uraz czaszki połączony z uszkodzeniem mózgowia, nerwów czaszkowych w odcinku wewnątrzczaszkowym lub opon mózgowych.
Odpowiadamy wyłącznie za taki uraz czaszkowo-mózgowy, z powodu którego zastosowano hospitalizację i który w okresie co najmniej 3 miesięcy 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.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną upłynęły 3 miesiące utrzymywania się niemożności wykonania bez pomocy innej osoby co najmniej trzech ze wskazanych powyżej czynności życia codziennego;

62) **utrata kończyny** – utrata całej kończyny lub jej części.
Odpowiadamy wyłącznie za utratę kończyny górnej powyżej nadgarstka lub utratę kończyny dolnej powyżej stawu skokowego.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną doszło do utraty kończyny;

63) **wodogłowie leczone neurochirurgicznie** – poszerzenie układu komorowego mózgu, w wyniku zaburzeń produkcji lub wchłaniania płynu mózgowo-rdzeniowego, które było leczone operacyjnie.
Odpowiadamy wyłącznie za takie wodogłowie leczone neurochirurgicznie, z powodu którego zastosowano pozaczaszkowy drenaż komorowy z założeniem zastawki.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano wodogłowie i
b) zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia wodogłowia;

64) **wrzodziejące zapalenie jelita grubego z powikłaniami** – przewlekłe, nieswoiste zapalenie ściany jelita grubego, w przebiegu którego wystąpiły powikłania.
Odpowiadamy wyłącznie za takie wrzodziejące zapalenie jelita grubego, które jest rozpoznane na podstawie badania histopatologicznego i w którego przebiegu stwierdzono jedno z poniższych powikłań:
a) pseudopolipowatość jelita,
b) rozstrzenie okrężnicy.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano wrzodziejące zapalenie jelita grubego w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono co najmniej jedno ze wskazanych powyżej powikłań wrzodziejącego zapalenia jelita grubego;

65) **wścieklizna** – choroba zakaźna wywołana wirusem wścieklizny lub wirusami pokrewnymi.
Odpowiadamy wyłącznie za taką wściekliznę, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i z powodu której stwierdzono zapalenie mózgu lub zapalenie rdzenia kręgowego.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano wściekliznę w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono co najmniej jedno ze wskazanych powyżej następstw wścieklizny;

66) **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji** – zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności powstałe w związku z transfuzją krwi lub preparatów krwiopochodnych.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji;

67) **zakażenie wirusem HIV zawodowe** – zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności, powstałe w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano zakażenie wirusem HIV w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych;

68) **zakażona martwica trzustki** – martwicze zakażenie 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.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną, zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia zakażonej martwicy trzustki;

69) **zastawkowa wada serca leczona chirurgicznie wszczepieniem zastawki** – nieprawidłowość anatomiczna budowy naturalnej zastawki serca, z powodu której wykonano operację wymiany zastawki na sztuczną lub biologiczną.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano zastawkową wadę serca i
b) zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia zastawkowej wady serca;

70) **zator tętnicy płucnej** – niedrożność tętnicy płucnej spowodowana skrzepliną.
Odpowiadamy wyłącznie za taki zator tętnicy płucnej, w którym skrzeplina jest umiejscowiona w pniu tętnicy płucnej.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano zator tętnicy płucnej;

71) **zawał serca** – uszkodzenie części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia.
Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz wystąpienie co najmniej jednego 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.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano zawał serca w sposób opisany powyżej;

72) **zespół krótkiego jelita** – stan po resekcji albo wyłączeniu funkcji całego jelita cienkiego lub jego części, który prowadzi do zaburzeń wchłaniania wymagających stałego żywienia pozajelitowego, czyli dożylnego podawania składników odżywczych.
Odpowiadamy wyłącznie za taki zespół krótkiego jelita, z powodu którego zastosowano stałe żywienie pozajelitowe.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym rozpoczęto stałe żywienie pozajelitowe;

73) **zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa** – spondyloartropatia, która charakteryzuje się zajęciem stawów krzyżowo-biodrowych i stawów kręgosłupa oraz prowadzi do usztywnienia kręgosłupa.
Odpowiadamy wyłącznie za takie zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, które rozpoznał lekarz reumatolog.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa w sposób opisany powyżej;

74) **zgorzel gazowa** – choroba zakaźna wywołana przez bakterie z grupy laseczek zgorzeli gazowej, która jest skutkiem ciężkiego zakażenia przyrannego.
Odpowiadamy wyłącznie za taką zgorzel gazową, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i z powodu której stwierdzono martwicę mięśni i ogólne objawy toksemii oraz zastosowano hospitalizację.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano zgorzel gazową w sposób opisany powyżej i
b) stwierdzono wskazane powyżej następstwa zgorzeli gazowej i
c) zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia;

75) **ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń (Wegenera)** – choroba autoimmunologiczna, która charakteryzuje się zajęciem małych i średnich naczyń w układzie oddechowym lub w nerkach.
Odpowiadamy wyłącznie za taką ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń, którą rozpoznał lekarz pulmonolog, reumatolog lub nefrolog.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń w sposób opisany powyżej.

2. Poniżej znajdziesz informację, jakie zdarzenia zawiera dany zakres

	ZDARZENIE	ZAKRES PODSTAWOWY	ZAKRES ROZSZERZONY	ZAKRES ROZSZERZONY PLUS	ZAKRES ROZSZERZONY EKSTRA
1	Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych			✓	✓
2	Bakteryjne zapalenie wsierdzia			✓	✓
3	Bąblowica z zajęciem mózgu	✓	✓	✓	✓
4	Borelioza z zajęciem serca			✓	✓
5	Borelioza z zajęciem układu nerwowego (neuroborelioza)			✓	✓
6	Całkowita utrata mowy	✓	✓	✓	✓
7	Całkowita utrata słuchu w obydwu uszach			✓	✓
8	Całkowita utrata wzroku w obydwu oczach		✓	✓	✓
9	Chłoniak boreliozowy				✓
10	Choroba Addisona				✓
11	Choroba Alzheimera		✓	✓	✓
12	Choroba Creutzfeldta-Jakoba	✓	✓	✓	✓
13	Choroba Huntingtona			✓	✓
14	Choroba Leśniowskiego-Crohna z powikłaniami	✓	✓	✓	✓
15	Choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)			✓	✓
16	Choroba niedokrwienna serca leczona metodą pomostowania (by-pass)	✓	✓	✓	✓
17	Choroba Parkinsona		✓	✓	✓
18	Choroba układu bodźcoprzewodzącego serca leczona chirurgicznie wszczepieniem układu stymulującego				✓
19	Gruczolak przysadki mózgowej				✓
20	Gruźlica wymagająca leczenia szpitalnego			✓	✓
21	Guz chromochłonny				✓
22	Idiopatyczne nadciśnienie płucne				✓
23	Kardiomiopatia przerostowa				✓
24	Kardiomiopatia Takotsubo				✓
25	Kleszczowe zapalenie mózgu	✓	✓	✓	✓
26	Krwiak śródczaszkowy leczony chirurgicznie				✓
27	Miastenia				✓
28	Niedokrwistość aplastyczna (anemia aplastyczna)	✓	✓	✓	✓
29	Niezłośliwy guz mózgu		✓	✓	✓
30	Niezłośliwy guz rdzenia kręgowego				✓
31	Nowotwór złośliwy	✓	✓	✓	✓
32	Odmrożenie wymagające leczenia szpitalnego				✓
33	Okołoporodowa utrata macicy				✓
34	Oparzenie przełyku z perforacją				✓
35	Oparzenie wymagające leczenia szpitalnego		✓	✓	✓
36	Pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych				✓
37	Piorunujące wirusowe zapalenie wątroby				✓
38	Pobranie nerki lub części wątroby do transplantacji				✓
39	Porażenie (paraliż) kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego		✓	✓	✓

ZDARZENIE		ZAKRES PODSTAWOWY	ZAKRES ROZSZERZONY	ZAKRES ROZSZERZONY PLUS	ZAKRES ROZSZERZONY EKSTRA
40	Postępujące porażenie nadjądrowe				✓
41	Przewlekła choroba nerek z leczeniem nerkozastępczym	✓	✓	✓	✓
42	Reumatoidalne zapalenie stawów z niepełnosprawnością		✓	✓	✓
43	Ropień mózgu leczony chirurgicznie	✓	✓	✓	✓
44	Rozsiane krzepnięcie wewnątrznaczyniowe (DIC)				✓
45	Samoistne włóknienie płuc				✓
46	Sarkoidoza				✓
47	Schyłkowa niewydolność oddechowa				✓
48	Schyłkowa niewydolność wątroby			✓	✓
49	Sepsa (posocznica)	✓	✓	✓	✓
50	Staw rzekomy				✓
51	Stwardnienie rozsiane			✓	✓
52	Śpiączka z ciężkimi następstwami w wyniku uszkodzenia mózgu	✓	✓	✓	✓
53	Tętniak aorty brzusznej leczony chirurgicznie			✓	✓
54	Tętniak aorty piersiowej leczony chirurgicznie			✓	✓
55	Tętniak mózgu leczony interwencyjnie				✓
56	Tężec	✓	✓	✓	✓
57	Toczeń rumieniowaty układowy z zajęciem narządów wewnętrznych		✓	✓	✓
58	Transplantacja		✓	✓	✓
59	Twardzina układowa z zajęciem narządów wewnętrznych				✓
60	Udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym	✓	✓	✓	✓
61	Uraz czaszkowo-mózgowy		✓	✓	✓
62	Utrata kończyny			✓	✓
63	Wodogłowie leczone neurochirurgicznie				✓
64	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego z powikłaniami		✓	✓	✓
65	Wścieklizna	✓	✓	✓	✓
66	Zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji	✓	✓	✓	✓
67	Zakażenie wirusem HIV zawodowe	✓	✓	✓	✓
68	Zakażona martwica trzustki			✓	✓
69	Zastawkowa wada serca leczona chirurgicznie wszczepieniem zastawki			✓	✓
70	Zator tętnicy płucnej	✓	✓	✓	✓
71	Zawał serca	✓	✓	✓	✓
72	Zespół krótkiego jelita				✓
73	Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa				✓
74	Zgorzel gazowa	✓	✓	✓	✓
75	Ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń (Wegenera)				✓

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CHOROBY ZAKAŹNEJ UBEZPIECZONEGO

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK CHOROBY ZAKAŹNEJ UBEZPIECZONEGO

Kod warunków: CZGP56

Wersja dokumentu z 22 listopada 2025 r.

Ten materiał zawiera informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek choroby zakaźnej ubezpieczonego, kod warunków: CZGP56 (OWU). Zanim zdecydujesz się zawrzeć umowę, zapoznaj się z OWU. Użyte w OWU definicje mogą odbiegać od powszechnie przyjętego pojęcia, dlatego zwróć na nie szczególną uwagę.
Zawarcie umowy jest dobrowolne.

NINIEJSZY DOKUMENT:

- jest materiałem informacyjnym,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinien być wyłączną podstawą do tego, aby podjąć decyzję o zawarciu umowy.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA – CZYLI CO UBEZPIECZAMY I JAKIE ZDARZENIA OBEJMUJEMY OCHRONĄ

Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego.
Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego w okresie ochrony zdarzenia, zgodnego z naszą definicją wskazaną w Załączniku do OWU.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA

W przypadku wystąpienia zdarzenia – choroby zakaźnej, wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia zdarzenia, który jest określony w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

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 umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ I KOGO UBEZPIECZAMY

Ubezpieczenie dodatkowe zawiera ubezpieczający, który jest zobowiązany do zapłaty składki za ubezpieczenie.
Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby 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 na całym świecie.

JAK I KIEDY PŁACI SIĘ SKŁADKĘ

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego z częstotliwością miesięczną 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 ciężkiej choroby ubezpieczonego.

Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby 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

Nie wypłacimy świadczenia w przypadku:
- ponownego wystąpienia tego samego zdarzenia, jeśli za wcześniejsze zdarzenie wypłacono świadczenie,
- niedostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia o ile nie jesteśmy w stanie ustalić swojej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia na podstawie innych dowodów,
- wystąpienia choroby zakaźnej przed okresem naszej ochrony.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności jeśli dane zdarzenie nie jest objęte zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność oraz w innych przypadkach wskazanych w owu.

JAK ROZWIĄZAĆ UMOWĘ

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie:
- 7 dni od zawarcia umowy – jeśli jest przedsiębiorcą,
- 30 dni od zawarcia umowy – jeśli nie jest przedsiębiorcą.

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) 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 którym 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.
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 ppkt 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, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej" 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.

W poniższej tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek choroby zakaźnej ubezpieczonego, kod warunków CZGP56 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.
Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1-2 pkt 4-5 pkt 12-14 pkt 36 pkt 37-42 pkt 43
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 6-9 pkt 10-11 pkt 33-34 pkt 35 pkt 43

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CHOROBY ZAKAŹNEJ UBEZPIECZONEGO

Kod OWU: CZGP56

Zarząd PZU Życie SA uchwalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek choroby zakaźnej ubezpieczonego uchwałą nr UZ/165/2025 z dnia 14 października 2025 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie 22 listopada 2025 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 grudnia 2025 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
1) **dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego** – wskazane przez PZU Życie SA w umowie ubezpieczenie dodatkowe na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego;
2) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
3) **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;
4) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
5) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe.

2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA
– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA
– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje wystąpienie u Ciebie w okresie ochrony zdarzenia, zgodnego z naszą definicją wskazaną w Załączniku do tych OWU.

5. W razie wystąpienia u Ciebie zdarzenia określonego w Załączniku do tych OWU wypłacimy Ci świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia zdarzenia, który jest określony w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

6. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje zdarzenia, jeśli zdarzenie wystąpiło:
1) w wyniku działań wojennych;
2) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
3) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
4) gdy ubezpieczony był 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 zdarzenia;
5) wskutek samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;

6) bezpośredniego zatrucia spożytym alkoholem lub użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi, środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
7) w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed początkiem naszej ochrony.

7. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje zdarzeń, wskazanych w Załączniku do tych OWU, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto u ubezpieczonego postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed początkiem okresu ochrony przy czym postanowienie to nie ma zastosowania do pkt 6.

8. Wyłączenie z pkt 7 nie dotyczy:
1) sytuacji, w których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się i zakończyło przed ukończeniem przez ubezpieczonego 18 lat;
2) zdarzeń, w przypadku których nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiej samej choroby zakaźnej.

9. Po wystąpieniu danego zdarzenia określonego w załączniku do tych OWU, za które wypłacono świadczenie nasza ochrona wygasa w zakresie tego zdarzenia.

KARENCJA
– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego nie ponosimy odpowiedzialności lub ponosimy ją w ograniczonym zakresie

10. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 90 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.

11. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli zdarzenie było wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu pierwszych 90 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem wyłączeń z punktu 6.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

12. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.

13. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujemy w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

14. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może zmienić się za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

15. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe:
1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu dodatkowym;
2) jest stała, ale może zmienić się za porozumieniem stron;
3) zależy od:
a) sumy ubezpieczenia,
b) zakresu ubezpieczenia,
c) wysokości świadczenia,
d) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

16. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.

17. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO
– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

18. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania, pod warunkiem jednoczesnego zawarcia albo obowiązywania u ubezpieczającego umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.

19. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

20. 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.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

21. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
22. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

23. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
24. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
25. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.
26. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego, skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
27. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, nie skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

28. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
29. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
30. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.
31. Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego, skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
32. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, nie skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

33. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
34. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym i dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

35. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

36. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

37. Jeśli wystąpi u Ciebie zdarzenie określone w załączniku do tych OWU, dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie zdarzenia;
3) taką dokumentację, która potwierdza okoliczności wypadku – w przypadku zdarzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
4) kartę informacyjną leczenia szpitalnego – jeśli przebywałeś w szpitalu.

38. Możemy dodatkowo:
1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
2) zlecić badania medyczne
– jeśli będzie to konieczne dla ustalenia naszej odpowiedzialności.

39. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.

40. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.

41. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.

42. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

43. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy.

ZAŁĄCZNIK
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK CHOROBY ZAKAŹNEJ UBEZPIECZONEGO

Zdarzenia objęte naszą odpowiedzialnością oraz dzień wystąpienia zdarzenia:

1) **borelioza z zajęciem stawów** – choroba zakaźna spowodowana przez krętki z rodzaju Borrelia, która przebiega z zapaleniem stawów.
   Odpowiadamy wyłącznie za taką boreliozę z zajęciem stawów, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i w przebiegu której stwierdzono ostre zapalenie co najmniej jednego stawu.
   Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano boreliozę z zajęciem stawów w sposób opisany powyżej;
2) **bruceloza** – choroba zakaźna wywołana przez bakterie z rodzaju Brucella.
   Odpowiadamy wyłącznie za taką brucelozę, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i w przebiegu której:
   a) zastosowano hospitalizację lub
   b) stwierdzono zajęcie układu kostno-stawowego lub układu nerwowego.
   Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
   a) rozpoznano brucelozę w sposób opisany powyżej i
   b) zastosowano hospitalizację lub stwierdzono jedno ze wskazanych powyżej następstw brucelozy;
3) **cholera** – choroba zakaźna wywołana przez przecinkowca cholery (łac. Vibrio cholerae).
   Odpowiadamy wyłącznie za taką cholerę, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i w przebiegu której zastosowano hospitalizację.
   Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
   a) rozpoznano cholerę w sposób opisany powyżej i
   b) zastosowano hospitalizację;
4) **dur brzuszny** – choroba zakaźna wywoływana przez pałeczkę duru brzusznego (łac. Salmonella typhi).
   Odpowiadamy wyłącznie za taki dur brzuszny, który rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jego czynnik etiologiczny i w przebiegu którego zastosowano hospitalizację.
   Nasza ochrona nie obejmuje bezobjawowego nosicielstwa pałeczek duru brzusznego (łac. Salmonella typhi) lub pałeczek duru rzekomego (łac. Salmonella paratyphi).
   Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
   a) rozpoznano dur brzuszny w sposób opisany powyżej i
   b) zastosowano hospitalizację;
5) **gorączka chikungunya** – choroba zakaźna wywołana przez wirusa chikungunya.
   Odpowiadamy wyłącznie za taką gorączkę chikungunya, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i w przebiegu której zastosowano hospitalizację.
   Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
   a) rozpoznano gorączkę chikungunya w sposób opisany powyżej i
   b) zastosowano hospitalizację;
6) **gorączka denga** – choroba zakaźna wywołana przez wirusa dengi.
   Odpowiadamy wyłącznie za taką gorączkę denga, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i w przebiegu której zastosowano hospitalizację.
   Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
   a) rozpoznano gorączkę denga w sposób opisany powyżej i
   b) zastosowano hospitalizację;
7) **gorączka Ebola** – choroba zakaźna wywołana przez wirusa Ebola.
   Odpowiadamy wyłącznie za taką gorączkę Ebola, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i w przebiegu której zastosowano hospitalizację.
   Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
   a) rozpoznano gorączkę Ebola w sposób opisany powyżej i
   b) zastosowano hospitalizację;
8) **gorączka Lassa** – choroba zakaźna wywołana przez wirusa Lassa.
   Odpowiadamy wyłącznie za taką gorączkę Lassa, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i w przebiegu której zastosowano hospitalizację.
   Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
   a) rozpoznano gorączkę Lassa w sposób opisany powyżej i
   b) zastosowano hospitalizację;
9) **gorączka Marburg** – choroba zakaźna wywołana przez wirusa Marburg.
   Odpowiadamy wyłącznie za taką gorączkę Marburg, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i w przebiegu której zastosowano hospitalizację.
   Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
   a) rozpoznano gorączkę Marburg w sposób opisany powyżej i
   b) zastosowano hospitalizację;

10) **gorączka Q** – choroba zakaźna wywołana przez bakterię Coxiella burnetii.
Odpowiadamy wyłącznie za taką gorączkę Q, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i w przebiegu której zastosowano hospitalizację.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano gorączkę Q w sposób opisany powyżej i
b) zastosowano hospitalizację;
11) **gorączka zachodniego Nilu** – choroba zakaźna wywołana przez wirusa zachodniego Nilu.
Odpowiadamy wyłącznie za taką gorączkę zachodniego Nilu, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i w przebiegu której zastosowano hospitalizację.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano gorączkę zachodniego Nilu w sposób opisany powyżej i
b) zastosowano hospitalizację;
12) **leptospiroza** – choroba zakaźna wywołana przez bakterie z rodzaju Leptospira.
Odpowiadamy wyłącznie za taką leptospirozę, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i w przebiegu której zastosowano hospitalizację.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano leptospirozę w sposób opisany powyżej i
b) zastosowano hospitalizację;
13) **pełzakowica (ameboza)** – choroba zakaźna wywołana przez pełzaka czerwonki (łac. Entamoeba histolytica).
Odpowiadamy wyłącznie za taką pełzakowicę, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i w przebiegu której zastosowano hospitalizację.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano pełzakowicę w sposób opisany powyżej i
b) zastosowano hospitalizację;
14) **schistosomatoza** – choroba zakaźna wywołana przez przywry z rodzaju Schistosoma.
Odpowiadamy wyłącznie za taką schistosomatozę, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i w przebiegu której zastosowano hospitalizację.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano schistosomatozę w sposób opisany powyżej i
b) zastosowano hospitalizację;
15) **szigeloza** – choroba zakaźna wywołana przez bakterie z rodzaju Shigella.
Odpowiadamy wyłącznie za taką szigelozę, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i w przebiegu której zastosowano hospitalizację.
Nasza ochrona nie obejmuje bezobjawowego nosicielstwa pałeczek Shigella.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano szigelozę w sposób opisany powyżej i
b) zastosowano hospitalizację;
16) **śpiączka afrykańska** – choroba zakaźna wywołana przez pierwotniaki Trypanosoma brucei gambiense i Trypanosoma brucei rhodesiense.
Odpowiadamy wyłącznie za taką śpiączkę afrykańską, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i w przebiegu której zastosowano hospitalizację.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano śpiączkę afrykańską w sposób opisany powyżej i
b) zastosowano hospitalizację;
17) **włośnica** – choroba zakaźna wywołana przez nicienie z rodzaju Trichinella.
Odpowiadamy wyłącznie za taką włośnicę, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i w przebiegu której zastosowano hospitalizację.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano włośnicę w sposób opisany powyżej i
b) zastosowano hospitalizację;
18) **zimnica (malaria)** – choroba zakaźna wywołana przez zarodźca zimnicy.
Odpowiadamy wyłącznie za taką zimnicę, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i w przebiegu której zastosowano hospitalizację.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano zimnicę w sposób opisany powyżej i
b) zastosowano hospitalizację;
19) **żółta gorączka** – choroba zakaźna wywołana przez wirusa z rodziny Flaviviridae.
Odpowiadamy wyłącznie za taką żółtą gorączkę, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i w przebiegu której zastosowano hospitalizację.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
a) rozpoznano żółtą gorączkę w sposób opisany powyżej i
b) zastosowano hospitalizację.

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Kod warunków: MTGP56

Wersja dokumentu z 22 listopada 2025 r.

Ten materiał zawiera informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków: MTGP56 (OWU). Zanim zdecydujesz się zawrzeć umowę, zapoznaj się z OWU. Użyte w OWU definicje mogą odbiegać od powszechnie przyjętego pojęcia, dlatego zwróć na nie szczególną uwagę.
Zawarcie umowy jest dobrowolne.

NINIEJSZY DOKUMENT:

- jest materiałem informacyjnym,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinien być wyłączną podstawą do tego, aby podjąć decyzję o zawarciu umowy.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA – CZYLI CO UBEZPIECZAMY I JAKIE ZDARZENIA OBEJMUJEMY OCHRONĄ

Ubezpieczamy zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest wystąpienia uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie ochrony.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte w zakresie:
- podstawowym,
- podstawowym z opcją wypłaty progresywnej,
- rozszerzonym,
- rozszerzonym z opcją wypłaty progresywnej.

Zakres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego:
- uszczerbku na zdrowiu wskazanego w Tabeli uszczerbków na zdrowiu w zakresie podstawowym, określonego w załączniku do OWU MTGP56, który powstał w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ochrony – gdy ubezpieczenie dodatkowe zostało zawarte w zakresie podstawowym lub w zakresie podstawowym z opcją wypłaty progresywnej,
- uszczerbku na zdrowiu wskazanego w Tabeli uszczerbków na zdrowiu w zakresie rozszerzonym, określonego w załączniku do OWU MTGP56, który powstał w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ochrony – gdy ubezpieczenie dodatkowe zostało zawarte w zakresie rozszerzonym lub w zakresie rozszerzonym z opcją wypłaty progresywnej.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA

Jeśli ubezpieczenie dodatkowe nie obejmuje opcji wypłaty progresywnej, w razie wystąpienia u małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego uszczerbku na zdrowiu, za 1% uszczerbku na zdrowiu wypłacimy świadczenie równe iloczynowi sumy ubezpieczenia i procentu sumy ubezpieczenia określonych w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
Jeśli ubezpieczenie dodatkowe obejmuje opcję wypłaty progresywnej, w razie wystąpienia u małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego uszczerbku na zdrowiu, za 1% uszczerbku na zdrowiu wypłacimy świadczenie równe iloczynowi sumy ubezpieczenia i procentu sumy ubezpieczenia określonych w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia pomnożonemu przez współczynnik progresji zgodny z Tabelą progresji wskazaną w OWU.
Wysokość świadczenia ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia oraz procentu sumy ubezpieczenia aktualnych na dzień wystąpienia nieszczęśliwego wypadku. Procent uszczerbku na zdrowiu ustalamy na podstawie Tabeli uszczerbków na zdrowiu.
Ponosimy odpowiedzialność:
- jeśli istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a uszczerbkiem na zdrowiu,
- maksymalnie za 100% uszczerbku na zdrowiu z powodu jednego nieszczęśliwego wypadku.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus – albo w trakcie jego trwania.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ I KOGO UBEZPIECZAMY

Ubezpieczenie dodatkowe zawiera ubezpieczający, który jest zobowiązany do zapłaty składki za ubezpieczenie.
Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

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, nasza ochrona trwa do najbliższej rocznicy polisy.

GDZIE OBOWIĄZUJE UBEZPIECZENIE

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie.

JAK I KIEDY PŁACI SIĘ SKŁADKĘ

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego z częstotliwością miesięczną 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.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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

Nie wypłacimy świadczenia m.in. w przypadku:

- braku naszej ochrony w dniu nieszczęśliwego wypadku skutkującego wystąpieniem uszczerbku na zdrowiu,
- braku normalnego związku przyczynowo – skutkowego między nieszczęśliwym wypadkiem a uszczerbkiem na zdrowiu,
- gdy nieszczęśliwy wypadek, w którego następstwie powstał uszczerbek na zdrowiu wydarzył się, gdy małżonek albo partner życiowy ubezpieczonego był 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.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności jeśli dane zdarzenie nie jest objęte zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność oraz w innych przypadkach wskazanych w OWU.

JAK ROZWIĄZAĆ UMOWĘ

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie:

- 7 dni od zawarcia umowy – jeśli jest przedsiębiorcą,
- 30 dni od zawarcia umowy – jeśli nie jest przedsiębiorcą.

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: PZUŻycie SA ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres tylko do korespondencji) 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 którym 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.
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, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej" 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.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków MTGP56 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.
Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1-2 pkt 4-17 pkt 21-23 pkt 41 pkt 42-47 pkt 48
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 11-17 pkt 18-20 pkt 38-39 pkt 40 pkt 48

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

WWW **na pzu.pl**

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Kod OWU: MTGP56

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem uchwałą nr UZ/165/2025 z dnia 14 października 2025 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzą w życie 22 listopada 2025 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 grudnia 2025 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
1) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
2) **Tabela uszczerbków na zdrowiu** – tabela stanowiąca załącznik do OWU;
3) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają te OWU;
4) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
5) **uszczerbek na zdrowiu** – uszkodzenie ciała, które powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ochrony, wskazane w Tabeli uszczerbków na zdrowiu, ustalane po upływie terminów wskazanych w pkt 10 OWU;
6) **wypłata progresywna** – świadczenie przysługujące ubezpieczonemu w ubezpieczeniu dodatkowym zawartym z opcją wypłaty progresywnej. Wysokość tego świadczenia ustala się jako iloczyn kwoty należnego ubezpieczonemu świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu powstałego w wyniku jednego nieszczęśliwego wypadku i współczynnika progresji wskazanego w Tabeli progresji zawartej w OWU.

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 wystąpienie uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA
– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte w zakresie:
1) podstawowym;
2) podstawowym z opcją wypłaty progresywnej;
3) rozszerzonym;
4) rozszerzonym z opcją wypłaty progresywnej.

5. Zakres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

6. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje wystąpienie zdarzenia w Twoim życiu, którym jest:
1) wystąpienie u Twojego małżonka albo partnera życiowego uszczerbku na zdrowiu wskazanego w Tabeli uszczerbków na zdrowiu w zakresie podstawowym, który powstał w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ochrony – gdy ubezpieczenie dodatkowe zostało zawarte w zakresie podstawowym lub w zakresie podstawowym z opcją wypłaty progresywnej;
2) wystąpienie u Twojego małżonka albo partnera życiowego uszczerbku na zdrowiu wskazanego w Tabeli uszczerbków na zdrowiu w zakresie rozszerzonym, który powstał w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ochrony – gdy ubezpieczenie dodatkowe zostało zawarte w zakresie rozszerzonym lub w zakresie rozszerzonym z opcją wypłaty progresywnej.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

7. Jeśli Twoje ubezpieczenie dodatkowe nie obejmuje opcji wypłaty progresywnej, w razie wystąpienia u Twojego małżonka albo partnera życiowego uszczerbku na zdrowiu, za 1% uszczerbku na zdrowiu wypłacimy Ci świadczenie równe iloczynowi sumy ubezpieczenia i procentu sumy ubezpieczenia określonych w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
8. Jeśli Twoje ubezpieczenie dodatkowe obejmuje opcję wypłaty progresywnej, w razie wystąpienia u Twojego małżonka albo partnera życiowego uszczerbku na zdrowiu, za 1% uszczerbku na zdrowiu wypłacimy Ci świadczenie równe iloczynowi sumy ubezpieczenia i procentu sumy ubezpieczenia określonych w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia pomnożonemu przez współczynnik progresji zgodny z poniższą Tabelą progresji.

Tabela progresji

Procent ustalonego uszczerbku na zdrowiu w wyniku jednego nieszczęśliwego wypadku	Współczynnik progresji
od 0,5% do 20%	1
powyżej 20% do 40%	2
powyżej 40% do 60%	3
powyżej 60% do 80%	4
powyżej 80% do 100%	5

Przykłady

Procent ustalonego uszczerbku na zdrowiu w wyniku jednego nieszczęśliwego wypadku	Przykładowa kwota świadczenia za 1% uszczerbku (iloczyn sumy ubezpieczenia i procentu sumy ubezpieczenia)	Wysokość należnego świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu w ubezpieczeniu dodatkowym bez opcji wypłaty progresywnej	Współczynnik progresji	Wysokość należnego świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu w ubezpieczeniu dodatkowym z opcją wypłaty progresywnej
12%	500 zł	12x500 zł = 6 000 zł	1	1x12x500 zł = 6 000 zł
23%	500 zł	23x500 zł = 11 500 zł	2	2x23x500 zł = 23 000 zł
61%	500 zł	61x500 zł = 30 500 zł	4	4x61x500 zł = 122 000 zł

9. Wysokość świadczenia ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia oraz procentu sumy ubezpieczenia aktualnych na dzień wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.
10. Uszczerbek na zdrowiu ustalamy:
    1) w odniesieniu do uszczerbków wskazanych w Tabeli uszczerbków na zdrowiu w punktach:
        a) 1.1.4–1.1.6, 1.2.4, 1.3.4–1.3.7, 1.4.4–1.4.7,
        b) 3.1.38–3.1.42,
        c) 4.1–4.28, 4.32–4.112,
        d) 5.1–5.23, 5.26, 5.28–5.35,
        e) 6.1–6.5,
        f) 7.1–7.3,
        g) 8.6–8.7, 8.17–8.20,
        h) 9.39
        – nie wcześniej niż 6 miesięcy po wystąpieniu nieszczęśliwego wypadku;
    2) w odniesieniu do pozostałych uszczerbków na zdrowiu wskazanych w Tabeli uszczerbków na zdrowiu – nie wcześniej niż z dniem nieszczęśliwego wypadku.
11. Ponosimy odpowiedzialność:
    1) jeśli istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a uszczerbkiem na zdrowiu;
    2) maksymalnie za 100% uszczerbku na zdrowiu z powodu jednego nieszczęśliwego wypadku.
12. W sytuacji, gdy po wypłacie świadczenia okaże się, że uszczerbek na zdrowiu Twojego małżonka albo partnera życiowego, związany z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, kwalifikuje się jako uszczerbek o wyższej wartości procentowej zgodnie z Tabelą uszczerbków na zdrowiu, wypłacimy Ci świadczenie w kwocie stanowiącej różnicę pomiędzy świadczeniem należnym za ten wyższy procent uszczerbku a wypłaconym wcześniej świadczeniem.
13. Jeśli uszczerbek na zdrowiu obejmuje uszkodzenie ciała wymienione w Tabeli uszczerbków na zdrowiu leczone zachowawczo i operacyjnie w rozumieniu Tabeli uszczerbków na zdrowiu, wypłacimy świadczenie maksymalnie jak za uszkodzenie leczone operacyjnie.
14. Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za wszystkie uszkodzenia z Tabeli uszczerbków na zdrowiu dotyczące:
    - skóry,
    - kości i stawów,
    - mięśni i ścięgien,
    - układu nerwowego,
    - układu krążenia,
    - oparzenia i odmrożenia,

które powodują uszczerbek na zdrowiu w obrębie kończyny. Za wszystkie te uszkodzenia w całym okresie ochrony, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków, wypłacimy łącznie świadczenia maksymalnie jak za utratę tej części kończyny, której uszkodzenia dotyczą.

15. Za uszczerbek na zdrowiu wskazany w pkt 13.1 Tabeli uszczerbków na zdrowiu, wypłacimy Ci świadczenie na zasadach w niej określonych wyłącznie wtedy, gdy Twoje ubezpieczenie dodatkowe zostało zawarte w zakresie rozszerzonym oraz gdy nie przysługuje Ci świadczenie za jakikolwiek inny uszczerbek na zdrowiu wskazany w tej tabeli, będący następstwem tego samego nieszczęśliwego wypadku. Wypłacimy maksymalnie jedno takie świadczenie w roku polisowym.

16. Jeśli wypłacimy Ci świadczenie za uszczerbek na zdrowiu wskazany w pkt 13.1 Tabeli uszczerbków na zdrowiu, a następnie ustalimy, że należne jest Ci świadczenie z tytułu jakiegokolwiek innego uszczerbku na zdrowiu wskazanego w tej tabeli, a będącego następstwem tego samego nieszczęśliwego wypadku, to wysokość należnego Ci świadczenia pomniejszymy o wcześniej wypłaconą kwotę za uszczerbek na zdrowiu z pkt 13.1 Tabeli uszczerbków na zdrowiu.

17. Pozostałe limity świadczeń wskazujemy w Tabeli uszczerbków na zdrowiu.

WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

18. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje wystąpienia uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, jeśli nieszczęśliwy wypadek wydarzył się przed początkiem okresu ochrony lub nastąpił:
1) w wyniku działań wojennych;
2) w wyniku czynnego udziału małżonka albo partnera w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
3) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez małżonka albo partnera życiowego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
4) gdy małżonek albo partner życiowy prowadził 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 nieszczęśliwego wypadku;
5) gdy małżonek albo partner życiowy był 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;
6) w wyniku samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez małżonka albo partnera życiowego samobójstwa;
7) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem lub użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi, środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
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) gdy małżonek albo partner życiowy uprawiał którykolwiek z następujących sportów: sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczkę skałkową albo wysokogórską (rozumianą jako każda wspinaczka uprawiana na wysokości powyżej 2000 metrów nad poziomem morza), speleologię, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą z wyłączeniem fajki nurkowej, skoki do wody, skoki na linie (ang. bungee jumping).

19. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje wystąpienia uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego, który był spowodowany leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.

20. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje:
1) złamania patologicznego kości, czyli nieurazowego złamania kości zmienionej chorobowo;
2) złamania zmęczeniowego kości, czyli nieurazowego złamania kości zmienionej wskutek przewlekłych zmian przeciążeniowych;
3) uszkodzenia sztucznego narządu lub urządzenia wszczepionego do ciała.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

21. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.

22. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujemy w polisie oraz w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

23. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy. Suma ubezpieczenia może zmienić się za porozumieniem stron.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

24. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe:
1) jest stała, ale może zmienić się za porozumieniem stron;

2) zależy od:
   a) zakresu ubezpieczenia dodatkowego,
   b) sumy ubezpieczenia,
   c) wysokości świadczenia,
   d) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

25. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.

26. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO

– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

27. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania.

28. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

29. 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, nasza ochrona trwa do najbliższej rocznicy polisy.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

30. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.

31. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

32. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.

33. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.

34. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

35. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.

36. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.

37. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

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

39. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

40. Nasza ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;

5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA
– czyli komu należy się wypłata

41. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie, czyli ubezpieczonemu. Nie przysługuje Ci świadczenie z tytułu wystąpienia uszczerbku na zdrowiu partnera życiowego, jeśli na dzień wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, w którego następstwie powstał uszczerbek na zdrowiu, pozostajesz w związku małżeńskim.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

42. Jeśli u Twojego małżonka albo partnera życiowego wystąpi uszczerbek na zdrowiu, dostarcz nam:
1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie uszczerbku na zdrowiu;
3) dokumentację, która potwierdza okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku.

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

44. Jeśli będzie to potrzebne, możemy dodatkowo:
1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
2) zlecić badania medyczne.

45. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.

46. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.

47. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie zgromadzonej dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

48. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy.

ZAŁĄCZNIK
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

TABELA USZCZERBKÓW NA ZDROWIU

SPIS TREŚCI

1. Uszkodzenia skóry 6
2. Uszkodzenia ścięgien i mięśni 9
3. Uszkodzenia kości i stawów 11
4. Uszkodzenia układu nerwowego 23
5. Uszkodzenia narządu wzroku 27
6. Uszkodzenia narządu słuchu 29
7. Uszkodzenia układu krążenia i śledziony 30
8. Uszkodzenia układu oddechowego 32
9. Uszkodzenia układu pokarmowego 33
10. Uszkodzenia układu moczowego 35
11. Uszkodzenia narządów płciowych 36
12. Oparzenia, odmrożenia i uszkodzenia ciała związane z narażeniem na czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne 37
13. Inne uszkodzenia ciała 38
14. Słowniczek 38

ZAKRES PODSTAWOWY

1. USZKODZENIA SKÓRY

1.1. Uszkodzenia skóry głowy

Uszkodzenia wymienione w pkt. 1.1.1–1.1.3 dotyczą skóry twarzy, w tym skóry powiek, nosa, małżowin usznych, oraz owłosionej skóry głowy.
Rany urazowe skóry głowy z utratą skóry owłosionej oceniamy łącznie wg pkt. 1.1.7–1.1.8.

Rany urazowe skóry głowy (z wyjątkiem oparzeń i odmrożeń)
Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 1.1.1–1.1.3. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 20% uszczerbku na zdrowiu.

	Procent uszczerbku na zdrowiu
1.1.1 pojedyncza rana urazowa skóry głowy do 4 cm długości – pozostawiająca bliznę	2%
1.1.2 pojedyncza rana urazowa skóry głowy powyżej 4 cm do 10 cm długości – pozostawiająca bliznę	3%
1.1.3 pojedyncza rana urazowa skóry głowy powyżej 10 cm długości lub co najmniej dwie rany (niezależnie od ich długości) – pozostawiające bliznę	6%

Blizny skóry upośledzające funkcje twarzy
Uszkodzenia wymienione w pkt. 1.1.4–1.1.6 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.

1.1.4 blizny skóry upośledzające funkcję ochronną powiek (jednego oka)	5%
1.1.5 blizny skóry upośledzające oddychanie przez nos	5%
1.1.6 blizny skóry upośledzające: artykulację lub przyjmowanie pokarmów	5%

Utrata owłosionej skóry głowy

1.1.7 utrata owłosionej skóry głowy o łącznej powierzchni do 1% TBSA	4%
1.1.8 utrata owłosionej skóry głowy o łącznej powierzchni powyżej 1% TBSA	4% za 1% TBSA

1.2. Uszkodzenia skóry szyi i tułowia	
Uszkodzenia wymienione w pkt. 1.2.1–1.2.3 dotyczą skóry: szyi, grzbietu, klatki piersiowej, piersi, brzucha, pleców, pośladków, krocza.	
Rany urazowe skóry szyi i tułowia (z wyjątkiem oparzeń i odmrożeń) Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 1.2.1–1.2.3. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 15% uszczerbku na zdrowiu.	
1.2.1 pojedyncza rana urazowa skóry szyi lub tułowia do 4 cm długości – pozostawiająca bliznę	1%
1.2.2 pojedyncza rana urazowa skóry szyi lub tułowia powyżej 4 cm do 10 cm długości – pozostawiająca bliznę	2%
1.2.3 pojedyncza rana urazowa skóry szyi lub tułowia powyżej 10 cm długości lub co najmniej dwie rany (niezależnie od ich długości) – pozostawiające bliznę	4%
Blizny skóry upośledzające funkcje szyi Uszkodzenia wymienione w pkt. 1.2.4 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
1.2.4 blizny skóry upośledzające ruchomość szyi	5%
1.3. Uszkodzenia skóry kończyny górnej	
Rany urazowe skóry kończyny górnej (z wyjątkiem oparzeń i odmrożeń) Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia jednej kończyny górnej z pkt. 1.3.1–1.3.3. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 20% uszczerbku na zdrowiu.	
1.3.1 pojedyncza rana urazowa skóry kończyny górnej do 4 cm długości – pozostawiająca bliznę	1%
1.3.2 pojedyncza rana urazowa skóry kończyny górnej powyżej 4 cm do 10 cm długości – pozostawiająca bliznę	2%
1.3.3 pojedyncza rana urazowa skóry kończyny górnej powyżej 10 cm długości lub co najmniej dwie rany (niezależnie od ich długości) – pozostawiające bliznę	4%
Blizny skóry upośledzające funkcje kończyny górnej Uszkodzenia wymienione w pkt. 1.3.4–1.3.7 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
1.3.4 blizny skóry ograniczające ruchomość stawu ramiennego (jednej kończyny)	5%
1.3.5 blizny skóry ograniczające ruchomość stawu łokciowego (jednej kończyny)	4%
1.3.6 blizny skóry ograniczające ruchomość nadgarstka (jednej kończyny)	3%
1.3.7 blizny skóry ograniczające ruchomość palca ręki (jednego palca)	1%
1.4. Uszkodzenia skóry kończyny dolnej	
Rany urazowe skóry kończyny dolnej (z wyjątkiem oparzeń i odmrożeń) Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia jednej kończyny dolnej z pkt. 1.4.1–1.4.3. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 15% uszczerbku na zdrowiu.	
1.4.1 pojedyncza rana urazowa skóry kończyny dolnej do 4 cm długości – pozostawiająca bliznę	1%
1.4.2 pojedyncza rana urazowa skóry kończyny dolnej powyżej 4 cm do 10 cm długości – pozostawiająca bliznę	2%
1.4.3 pojedyncza rana urazowa skóry kończyny dolnej powyżej 10 cm długości lub co najmniej dwie rany (niezależnie od ich długości) – pozostawiające bliznę	4%
Blizny skóry upośledzające funkcje kończyny dolnej Uszkodzenia wymienione w pkt. 1.4.4–1.4.7 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
1.4.4 blizny skóry ograniczające ruchomość stawu biodrowego (jednej kończyny)	5%
1.4.5 blizny skóry ograniczające ruchomość stawu kolanowego (jednej kończyny)	4%
1.4.6 blizny skóry ograniczające ruchomość stawu skokowego (jednej kończyny)	3%
1.4.7 blizny skóry ograniczające ruchomość palca stopy (jednego palca)	0,5%

1.5. Pobranie skóry do przeszczepu

Pobranie skóry do przeszczepu
Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 1.5.1–1.5.3. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 10% uszczerbku na zdrowiu.

1.5.1 pobranie skóry do przeszczepu pośredniej grubości (jedno pobranie)	2%
1.5.2 pobranie skóry do przeszczepu pełnej grubości (jedno pobranie)	3%
1.5.3 pobranie skóry do przeszczepu płatowego (jedno pobranie)	4%

2. USZKODZENIA ŚCIĘGIEN I MIĘŚNI	
	Procent uszczerbku na zdrowiu
2.1. Uszkodzenia ścięgien i mięśni głowy	
Uszkodzenia ścięgien i mięśni głowy Uszkodzenia wymienione w pkt. 2.1.3–2.1.4 dotyczą ścięgien i mięśni: twarzy, w tym małżowin usznych, nozdrzy, otoczenia szpar powiekowych, otoczenia szpary ust oraz mięśni sklepienia czaszki. Wyjątkiem są uszkodzenia mięśni ruchowych gałki ocznej, które oceniamy wg pkt. 5.30–5.35.	
2.1.1 naderwanie: ścięgna lub mięśnia skroniowo-żuchwowego (jednego mięśnia)	2%
2.1.2 zerwanie: ścięgna lub mięśnia skroniowo-żuchwowego (jednego mięśnia)	4%
2.1.3 naderwanie: innego ścięgna lub innego mięśnia głowy (jednego mięśnia)	1%
2.1.4 zerwanie: innego ścięgna lub innego mięśnia głowy (jednego mięśnia)	2%
2.2. Uszkodzenia ścięgien i mięśni szyi i tułowia	
Uszkodzenia ścięgien i mięśni szyi i tułowia Uszkodzenia wymienione w pkt. 2.2.4–2.2.5 dotyczą ścięgien i mięśni: szyi, grzbietu, klatki piersiowej, jamy brzusznej, pleców, pośladków, krocza.	
2.2.1 przerwanie ciągłości mięśnia przepony	5%
2.2.2 naderwanie: ścięgna lub mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego (jednego mięśnia)	2%
2.2.3 zerwanie: ścięgna lub mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego (jednego mięśnia)	4%
2.2.4 naderwanie: innego ścięgna lub innego mięśnia szyi lub tułowia (jednego mięśnia)	1%
2.2.5 zerwanie: innego ścięgna lub innego mięśnia szyi lub tułowia (jednego mięśnia)	2%
2.3. Uszkodzenia ścięgien i mięśni kończyny górnej	
Uszkodzenia ścięgien i mięśni kończyny górnej	
2.3.1 naderwanie lub zerwanie – ścięgna lub mięśnia nadgrzebieniowego stożka rotatorów (jednej kończyny)	1,5%
2.3.2 naderwanie lub zerwanie – ścięgna lub mięśnia podgrzebieniowego stożka rotatorów (jednej kończyny)	1,5%
2.3.3 naderwanie lub zerwanie – ścięgna lub mięśnia podłopatkowego stożka rotatorów (jednej kończyny)	1,5%
2.3.4 naderwanie lub zerwanie – ścięgna lub mięśnia obłego mniejszego stożka rotatorów (jednej kończyny)	1,5%
2.3.5 naderwanie: ścięgna lub mięśnia dwugłowego ramienia (jednej kończyny)	2%
2.3.6 zerwanie: ścięgna lub mięśnia dwugłowego ramienia (jednej kończyny)	4%
2.3.7 naderwanie: ścięgna lub mięśnia trójgłowego ramienia (jednej kończyny)	2%
2.3.8 zerwanie: ścięgna lub mięśnia trójgłowego ramienia (jednej kończyny)	4%
2.3.9 naderwanie: innego ścięgna lub innego mięśnia kończyny górnej (jednego mięśnia)	1%
2.3.10 zerwanie: innego ścięgna lub innego mięśnia kończyny górnej (jednego mięśnia)	2%
2.4. Uszkodzenia ścięgien i mięśni kończyny dolnej	
Uszkodzenia ścięgien i mięśni kończyny dolnej	
2.4.1 naderwanie: ścięgna lub mięśnia czworogłowego uda (jednej kończyny)	2%
2.4.2 zerwanie: ścięgna lub mięśnia czworogłowego uda (jednej kończyny)	5%
2.4.3 naderwanie: ścięgna lub mięśnia dwugłowego uda (jednej kończyny)	2%
2.4.4 zerwanie: ścięgna lub mięśnia dwugłowego uda (jednej kończyny)	4%
2.4.5 naderwanie mięśnia brzuchatego łydki (jednej kończyny)	2%

2.4.6 zerwanie mięśnia brzuchatego łydki (jednej kończyny)	4%
2.4.7 naderwanie mięśnia płaszczkowatego (jednej kończyny)	1%
2.4.8 zerwanie mięśnia płaszczkowatego (jednej kończyny)	2%
2.4.9 naderwanie ścięgna Achillesa (jednej kończyny)	2%
2.4.10 zerwanie ścięgna Achillesa (jednej kończyny)	4%
2.4.11 naderwanie: innego ścięgna lub innego mięśnia kończyny dolnej (jednego mięśnia)	1%
2.4.12 zerwanie: innego ścięgna lub innego mięśnia kończyny dolnej (jednego mięśnia)	2%

3. USZKODZENIA KOŚCI I STAWÓW	Procent uszczerbku na zdrowiu
3.1. Uszkodzenia kości i stawów głowy	
Złamania kości czołowej	
3.1.1 złamanie kości czołowej bez przemieszczenia odłamów	1%
3.1.2 złamanie kości czołowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów	2%
Złamania kości ciemieniowej	
3.1.3 złamanie kości ciemieniowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kości)	1%
3.1.4 złamanie kości ciemieniowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kości)	2%
Złamania kości potylicznej	
3.1.5 złamanie kości potylicznej bez przemieszczenia odłamów	1%
3.1.6 złamanie kości potylicznej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów	2%
Złamania kości skroniowej	
3.1.7 złamanie kości skroniowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kości)	2%
3.1.8 złamanie kości skroniowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kości)	3%
Złamania kości jarzmowej	
3.1.9 złamanie kości jarzmowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kości)	1%
3.1.10 złamanie kości jarzmowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kości)	2%
Złamania kości klinowej, sitowej i łzowej	
3.1.11 złamanie kości klinowej	1%
3.1.12 złamanie kości sitowej (sitowia)	1%
3.1.13 złamanie kości łzowej	1%
Złamania kości oczodołu Uszkodzenia wymienione w pkt. 3.1.14 oceniamy niezależnie od oceny innych złamań kości tworzących oczodół.	
3.1.14 złamanie oczodołu (jednego oczodołu)	3%
Złamania i utrata nosa Uszkodzenia wymienione w pkt. 3.1.18–3.1.19 obejmują utratę części chrzęstnej i kostnej nosa oraz wszystkich utraconych tkanek.	
3.1.15 złamanie części chrzęstnej nosa	1%
3.1.16 złamanie części kostnej nosa bez przemieszczenia odłamów	1%
3.1.17 złamanie części kostnej nosa: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów	2%
3.1.18 utrata części chrzęstnej nosa	10%
3.1.19 utrata części kostnej i chrzęstnej nosa	20%
Złamania kości podniebiennej i utrata podniebienia twardego Uszkodzenia wymienione w pkt. 3.1.21–3.1.23 obejmują utratę kości oraz wszystkich utraconych tkanek.	
3.1.20 złamanie kości podniebiennej (jednej kości)	1%
3.1.21 utrata do 5% podniebienia twardego	2%
3.1.22 utrata powyżej 5% do 25% podniebienia twardego	5%
3.1.23 utrata powyżej 25% podniebienia twardego	10%
Złamania i utrata kości szczękowej Uszkodzenia wymienione w pkt. 3.1.26–3.1.29 obejmują utratę kości i zębów oraz wszystkich utraconych tkanek.	
3.1.24 złamanie kości szczękowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kości)	2%
3.1.25 złamanie kości szczękowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kości)	3%

3.1.26 utrata do 5% kości szczękowej (jednej kości)	2%
3.1.27 utrata powyżej 5% do 25% kości szczękowej (jednej kości)	4%
3.1.28 utrata powyżej 25% do 50% kości szczękowej (jednej kości)	8%
3.1.29 utrata powyżej 50% kości szczękowej (jednej kości)	15%
Złamania i utrata żuchwy Uszkodzenia wymienione w pkt. 3.1.32–3.1.35 obejmują utratę kości i zębów oraz wszystkich utraconych tkanek.	
3.1.30 złamanie żuchwy bez przemieszczenia odłamów	3%
3.1.31 złamanie żuchwy: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów	8%
3.1.32 utrata do 5% żuchwy	3%
3.1.33 utrata powyżej 5% do 25% żuchwy	10%
3.1.34 utrata powyżej 25% do 50% żuchwy	20%
3.1.35 utrata powyżej 50% żuchwy	40%
Uszkodzenia stawu skroniowo-żuchwowego	
3.1.36 zwichnięcie stawu skroniowo-żuchwowego (jednego stawu)	2%
Staw rzekomy kości czaszki	
3.1.37 staw rzekomy żuchwy	3%
Utrata kości sklepienia czaszki Uszkodzenia wymienione w pkt. 3.1.38–3.1.42 obejmują utratę kości oraz wszystkich utraconych tkanek. Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 3.1.38–3.1.42. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 20% uszczerbku na zdrowiu. Uszkodzenia wymienione w pkt. 3.1.38–3.1.42 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
3.1.38 utrata kości sklepienia czaszki o łącznej powierzchni do 1 cm^2	1%
3.1.39 utrata kości sklepienia czaszki o łącznej powierzchni powyżej 1cm^2 do 5 cm^2	3%
3.1.40 utrata kości sklepienia czaszki o łącznej powierzchni powyżej 5 cm^2 do 25 cm^2	6%
3.1.41 utrata kości sklepienia czaszki o łącznej powierzchni powyżej 25 cm^2 do 50 cm^2	12%
3.1.42 utrata kości sklepienia czaszki o łącznej powierzchni powyżej 50 cm^2	20%
3.2. Uszkodzenia kości klatki piersiowej, kręgosłupa i miednicy	
Złamania żeber Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 3.2.1. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 24% uszczerbku na zdrowiu.	
3.2.1 złamanie żebra (jednego żebra)	1%
Złamania mostka i kości gnykowej	
3.2.2 złamanie mostka bez przemieszczenia odłamów	2%
3.2.3 złamanie mostka: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów	4%
3.2.4 złamanie kości gnykowej	1%
Złamania w odcinku szyjnym kręgosłupa Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 3.2.5–3.2.8. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 40% uszczerbku na zdrowiu.	
3.2.5 złamanie trzonu kręgu w odcinku szyjnym kręgosłupa bez przemieszczenia odłamów (jednego kręgu)	5%
3.2.6 złamanie trzonu kręgu w odcinku szyjnym kręgosłupa z przemieszczeniem odłamów (jednego kręgu)	7%
3.2.7 złamanie wyrostka lub wyrostków kręgu lub łuku kręgu – w odcinku szyjnym kręgosłupa (jednego kręgu)	1%

3.2.8 złamanie osteofitu lub osteofitów – w odcinku szyjnym kręgosłupa (jednego kręgu)	1%
Złamania w odcinku piersiowym kręgosłupa Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 3.2.9–3.2.12. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 20% uszczerbku na zdrowiu.	
3.2.9 złamanie trzonu kręgu w odcinku piersiowym kręgosłupa bez przemieszczenia odłamów (jednego kręgu)	4%
3.2.10 złamanie trzonu kręgu w odcinku piersiowym kręgosłupa z przemieszczeniem odłamów (jednego kręgu)	6%
3.2.11 złamanie wyrostka lub wyrostków kręgu lub łuku kręgu – w odcinku piersiowym kręgosłupa (jednego kręgu)	1%
3.2.12 złamanie osteofitu lub osteofitów – w odcinku piersiowym kręgosłupa (jednego kręgu)	1%
Złamania w odcinku lędźwiowym kręgosłupa Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 3.2.13–3.2.16. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 30% uszczerbku na zdrowiu.	
3.2.13 złamanie trzonu kręgu w odcinku lędźwiowym kręgosłupa bez przemieszczenia odłamów (jednego kręgu)	5%
3.2.14 złamanie trzonu kręgu w odcinku lędźwiowym kręgosłupa z przemieszczeniem odłamów (jednego kręgu)	7%
3.2.15 złamanie wyrostka lub wyrostków kręgu lub łuku kręgu – w odcinku lędźwiowym kręgosłupa (jednego kręgu)	1%
3.2.16 złamanie osteofitu lub osteofitów – w odcinku lędźwiowym kręgosłupa (jednego kręgu)	1%
Inne uszkodzenia kręgosłupa	
3.2.17 kręgozmyk lub tyłozmyk leczony zachowawczo	5%
3.2.18 kręgozmyk, tyłozmyk lub zwichnięcie kręgosłupa - leczone operacyjnie	7%
Złamania kości obręczy miednicznej	
3.2.19 złamanie kolca biodrowego przedniego górnego lub przedniego dolnego kości biodrowej (jednej kości)	1%
3.2.20 złamanie talerza lub trzonu kości biodrowej (jednej kości)	4%
3.2.21 złamanie panewki stawu biodrowego (jednej panewki)	4%
3.2.22 złamanie kości łonowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kości)	2%
3.2.23 złamanie kości łonowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kości)	4%
3.2.24 złamanie kości kulszowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kości)	2%
3.2.25 złamanie kości kulszowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kości)	4%
3.2.26 złamanie kości krzyżowej bez przemieszczenia odłamów	2%
3.2.27 złamanie kości krzyżowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów	4%
3.2.28 złamanie kości guzicznej bez przemieszczenia odłamów	1%
3.2.29 złamanie kości guzicznej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów	2%
Przerwanie obręczy miednicznej Uszkodzenia wymienione w pkt. 3.2.30–3.2.33 oceniamy niezależnie od oceny złamań kości miednicy. Uszkodzenia wymienione w pkt. 3.2.30–3.2.33 nie obejmują uszkodzeń spojenia łonowego i stawu krzyżowo-biodrowego.	
3.2.30 przerwanie obręczy miednicznej w odcinku przednim jednostronne	2%
3.2.31 przerwanie obręczy miednicznej w odcinku przednim obustronne	4%
3.2.32 przerwanie obręczy miednicznej w odcinku tylnym jednostronne	2%
3.2.33 przerwanie obręczy miednicznej w odcinku tylnym obustronne	4%

Uszkodzenia spojenia łonowego i stawu krzyżowo-biodrowego	
3.2.34 rozejście lub rozerwanie spojenia łonowego – leczone zachowawczo	3%
3.2.35 rozejście lub rozerwanie spojenia łonowego – leczone operacyjnie	6%
3.2.36 zwichnięcie, rozejście lub rozerwanie – w stawie krzyżowo-biodrowym (jednego stawu)	4%
Staw rzekomy kości klatki piersiowej i miednicy	
3.2.37 staw rzekomy żebra (jednego żebra)	1%
3.2.38 staw rzekomy mostka	2%
3.2.39 staw rzekomy kości łonowej (jednej kości)	2%
3.2.40 staw rzekomy kości kulszowej (jednej kości)	2%
3.2.41 staw rzekomy kości biodrowej (jednej kości)	2%
3.3. Uszkodzenia kości i stawów kończyny górnej	
Złamania łopatki	
3.3.1 złamanie łopatki bez przemieszczenia odłamów (jednej łopatki)	2%
3.3.2 złamanie łopatki: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej łopatki)	4%
Złamania obojczyka	
3.3.3 złamanie obojczyka bez przemieszczenia odłamów (jednego obojczyka)	2%
3.3.4 złamanie obojczyka: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednego obojczyka)	3%
Złamania kości ramiennej	
3.3.5 złamanie nasady bliższej kości ramiennej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	4%
3.3.6 złamanie nasady bliższej kości ramiennej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	8%
3.3.7 złamanie trzonu kości ramiennej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	5%
3.3.8 złamanie trzonu kości ramiennej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	10%
3.3.9 złamanie nasady dalszej kości ramiennej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	2%
3.3.10 złamanie nasady dalszej kości ramiennej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	4%
Złamania kości łokciowej	
3.3.11 złamanie nasady bliższej kości łokciowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	2%
3.3.12 złamanie nasady bliższej kości łokciowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	4%
3.3.13 złamanie trzonu kości łokciowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	2%
3.3.14 złamanie trzonu kości łokciowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	4%
3.3.15 złamanie nasady dalszej kości łokciowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	2%
3.3.16 złamanie nasady dalszej kości łokciowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	3%
Złamania kości promieniowej	
3.3.17 złamanie nasady bliższej kości promieniowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	2%
3.3.18 złamanie nasady bliższej kości promieniowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	4%
3.3.19 złamanie trzonu kości promieniowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	2%

3.3.20 złamanie trzonu kości promieniowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	4%
3.3.21 złamanie nasady dalszej kości promieniowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	2%
3.3.22 złamanie nasady dalszej kości promieniowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	3%
Złamania kości nadgarstka	
3.3.23 złamanie kości łódeczkowatej nadgarstka bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	0,5%
3.3.24 złamanie kości łódeczkowatej nadgarstka: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	1%
3.3.25 złamanie kości czworobocznej mniejszej nadgarstka (jednej kończyny)	0,5%
3.3.26 złamanie kości czworobocznej większej nadgarstka (jednej kończyny)	0,5%
3.3.27 złamanie kości grochowatej nadgarstka (jednej kończyny)	0,5%
3.3.28 złamanie kości haczykowatej nadgarstka (jednej kończyny)	0,5%
3.3.29 złamanie kości główkowatej nadgarstka (jednej kończyny)	0,5%
3.3.30 złamanie kości księżycowatej nadgarstka (jednej kończyny)	0,5%
3.3.31 złamanie kości trójgraniastej nadgarstka (jednej kończyny)	0,5%
Złamania kości śródręcza	
3.3.32 złamanie I kości śródręcza bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	1%
3.3.33 złamanie I kości śródręcza: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	2%
3.3.34 złamanie II kości śródręcza bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	1%
3.3.35 złamanie II kości śródręcza: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	2%
3.3.36 złamanie III kości śródręcza bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	1%
3.3.37 złamanie III kości śródręcza: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	2%
3.3.38 złamanie IV kości śródręcza bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	1%
3.3.39 złamanie IV kości śródręcza: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	2%
3.3.40 złamanie V kości śródręcza bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	1%
3.3.41 złamanie V kości śródręcza: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	2%
Złamania kości palców ręki	
3.3.42 złamanie paliczka lub paliczków – palca I ręki (jednej kończyny)	2%
3.3.43 złamanie paliczka lub paliczków – palca II ręki (jednej kończyny)	2%
3.3.44 złamanie paliczka lub paliczków – palca III ręki (jednej kończyny)	1%
3.3.45 złamanie paliczka lub paliczków – palca IV ręki (jednej kończyny)	1%
3.3.46 złamanie paliczka lub paliczków – palca V ręki (jednej kończyny)	1%
3.3.47 złamanie trzeszczki palca ręki (jednego palca)	0,5%
Uszkodzenia stawu mostkowo-obojczykowego Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia jednej kończyny górnej z pkt. 3.3.48–3.3.50. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 8% uszczerbku na zdrowiu.	
3.3.48 zwichnięcie w stawie mostkowo-obojczykowym z przemieszczeniem obojczyka leczone zachowawczo (jednej kończyny)	2%
3.3.49 zwichnięcie w stawie mostkowo-obojczykowym leczone operacyjnie (jednej kończyny)	4%
3.3.50 zastarzałe nieodprowadzone zwichnięcie w stawie mostkowo-obojczykowym (jednej kończyny)	6%

Uszkodzenia stawu barkowo-obojczykowego Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia jednej kończyny górnej z pkt. 3.3.51–3.3.53. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 8% uszczerbku na zdrowiu.		
3.3.51	zwichnięcie w stawie barkowo-obojczykowym z przemieszczeniem obojczyka leczone zachowawczo (jednej kończyny)	2%
3.3.52	zwichnięcie w stawie barkowo-obojczykowym lub uszkodzenie więzozrostu barkowo-obojczykowego – leczone operacyjnie (jednej kończyny)	4%
3.3.53	zastarzałe nieodprowadzone zwichnięcie w stawie barkowo-obojczykowym (jednej kończyny)	6%
Uszkodzenia stawu ramiennego Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia jednej kończyny górnej z pkt. 3.3.54–3.3.56. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 12% uszczerbku na zdrowiu.		
3.3.54	zwichnięcie w stawie ramiennym z repozycją zamkniętą (jednej kończyny)	3%
3.3.55	zwichnięcie w stawie ramiennym z repozycją operacyjną (jednej kończyny)	6%
3.3.56	zastarzałe nieodprowadzone zwichnięcie w stawie ramiennym (jednej kończyny)	9%
Uszkodzenia stawu łokciowego Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia jednej kończyny górnej z pkt. 3.3.57–3.3.59. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 8% uszczerbku na zdrowiu.		
3.3.57	zwichnięcie w stawie łokciowym z repozycją zamkniętą (jednej kończyny)	2%
3.3.58	zwichnięcie w stawie łokciowym z repozycją operacyjną (jednej kończyny)	4%
3.3.59	zastarzałe nieodprowadzone zwichnięcie w stawie łokciowym (jednej kończyny)	6%
Uszkodzenia stawu promieniowo-łokciowego dalszego i stawów nadgarstka Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia jednej kończyny górnej z pkt. 3.3.60–3.3.63. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 8% uszczerbku na zdrowiu.		
3.3.60	zwichnięcie w stawie promieniowo-łokciowym dalszym (jednej kończyny)	2%
3.3.61	zwichnięcie w jednym lub wielu stawach nadgarstka – z repozycją zamkniętą (jednej kończyny)	2%
3.3.62	zwichnięcie w jednym lub wielu stawach nadgarstka – z repozycją operacyjną (jednej kończyny)	4%
3.3.63	zastarzałe nieodprowadzone zwichnięcie: w jednym lub wielu stawach nadgarstka (jednej kończyny)	6%
Uszkodzenia stawów śródręczno-paliczkowych ręki		
3.3.64	zwichnięcie w stawie śródręczno-paliczkowym palca I ręki z repozycją: zamkniętą lub operacyjną (jednej kończyny)	1,5%
3.3.65	zwichnięcie w stawie śródręczno-paliczkowym palca II ręki z repozycją: zamkniętą lub operacyjną (jednej kończyny)	1,5%
3.3.66	zwichnięcie w stawie śródręczno-paliczkowym palca III ręki z repozycją: zamkniętą lub operacyjną (jednej kończyny)	1%
3.3.67	zwichnięcie w stawie śródręczno-paliczkowym palca IV ręki z repozycją: zamkniętą lub operacyjną (jednej kończyny)	1%
3.3.68	zwichnięcie w stawie śródręczno-paliczkowym palca V ręki z repozycją: zamkniętą lub operacyjną (jednej kończyny)	1%
Uszkodzenia stawów międzypaliczkowych ręki		
3.3.69	zwichnięcie w stawie międzypaliczkowym palca I ręki z repozycją: zamkniętą lub operacyjną (jednej kończyny)	1%
3.3.70	zwichnięcie w stawach międzypaliczkowych palca II ręki z repozycją: zamkniętą lub operacyjną (jednej kończyny)	1%
3.3.71	zwichnięcie w stawach międzypaliczkowych palca III ręki z repozycją: zamkniętą lub operacyjną (jednej kończyny)	1%

3.3.72 zwichnięcie w stawach międzypaliczkowych palca IV ręki z repozycją: zamkniętą lub operacyjną (jednej kończyny)	1%
3.3.73 zwichnięcie w stawach międzypaliczkowych palca V ręki z repozycją: zamkniętą lub operacyjną (jednej kończyny)	1%
Staw rzekomy kończyny górnej	
3.3.74 staw rzekomy łopatki (jednej łopatki)	2%
3.3.75 staw rzekomy obojczyka (jednego obojczyka)	2%
3.3.76 staw rzekomy kości ramiennej (jednej kończyny)	4%
3.3.77 staw rzekomy kości łokciowej (jednej kończyny)	2%
3.3.78 staw rzekomy kości promieniowej (jednej kończyny)	2%
3.3.79 staw rzekomy kości łódeczkowatej nadgarstka (jednej kończyny)	0,5%
3.3.80 staw rzekomy kości śródręcza (jednej kości)	1%
3.3.81 staw rzekomy paliczka lub paliczków – palca ręki (jednego palca)	1%
Skrócenie kończyny górnej Uszkodzenia wymienione w pkt. 3.3.82–3.3.84 oceniamy niezależnie od innych uszkodzeń kości i stawów.	
3.3.82 złamanie kości lub zwichnięcie stawu – ze skróceniem kończyny górnej powyżej 1 cm do 3 cm	2%
3.3.83 złamanie kości lub zwichnięcie stawu – ze skróceniem kończyny górnej powyżej 3 cm do 5 cm	4%
3.3.84 złamanie kości lub zwichnięcie stawu – ze skróceniem kończyny górnej powyżej 5 cm	6%
Utrata w obrębie palca I ręki	
3.3.85 utrata całej płytki paznokciowej z uszkodzeniem macierzy paznokcia palca I ręki (jednej kończyny)	1%
3.3.86 utrata części lub całej opuszki palca I ręki (jednej kończyny)	1%
3.3.87 utrata palca I ręki: w obrębie paliczka dalszego lub całego paliczka dalszego (jednej kończyny)	8%
3.3.88 utrata palca I ręki: w obrębie paliczka bliższego lub całych dwóch paliczków (jednej kończyny)	16%
3.3.89 utrata palca I ręki: z częściową lub całkowitą utratą I kości śródręcza (jednej kończyny)	18%
Utrata w obrębie palca II ręki	
3.3.90 utrata całej płytki paznokciowej z uszkodzeniem macierzy paznokcia palca II ręki (jednej kończyny)	1%
3.3.91 utrata części lub całej opuszki palca II ręki (jednej kończyny)	1%
3.3.92 utrata palca II ręki: w obrębie paliczka dalszego lub całego paliczka dalszego (jednej kończyny)	6%
3.3.93 utrata palca II ręki: w obrębie paliczka środkowego lub całych dwóch paliczków (jednej kończyny)	12%
3.3.94 utrata palca II ręki: w obrębie paliczka bliższego lub całych trzech paliczków (jednej kończyny)	14%
3.3.95 utrata palca II ręki: z częściową lub całkowitą utratą II kości śródręcza (jednej kończyny)	16%
Utrata w obrębie palca III ręki	
3.3.96 utrata całej płytki paznokciowej z uszkodzeniem macierzy paznokcia palca III ręki (jednej kończyny)	1%
3.3.97 utrata części lub całej opuszki palca III ręki (jednej kończyny)	1%
3.3.98 utrata palca III ręki: w obrębie paliczka dalszego lub całego paliczka dalszego (jednej kończyny)	3%
3.3.99 utrata palca III ręki: w obrębie paliczka środkowego lub całych dwóch paliczków (jednej kończyny)	5%
3.3.100 utrata palca III ręki: w obrębie paliczka bliższego lub całych trzech paliczków (jednej kończyny)	6%
3.3.101 utrata palca III ręki: z częściową lub całkowitą utratą III kości śródręcza (jednej kończyny)	7%
Utrata w obrębie palca IV ręki	
3.3.102 utrata całej płytki paznokciowej z uszkodzeniem macierzy paznokcia palca IV ręki (jednej kończyny)	1%

3.3.103 utrata części lub całej opuszki palca IV ręki (jednej kończyny)	1%
3.3.104 utrata palca IV ręki: w obrębie paliczka dalszego lub całego paliczka dalszego (jednej kończyny)	3%
3.3.105 utrata palca IV ręki: w obrębie paliczka środkowego lub całych dwóch paliczków (jednej kończyny)	5%
3.3.106 utrata palca IV ręki: w obrębie paliczka bliższego lub całych trzech paliczków (jednej kończyny)	6%
3.3.107 utrata palca IV ręki: z częściową lub całkowitą utratą IV kości śródręcza (jednej kończyny)	7%
Utrata w obrębie palca V ręki	
3.3.108 utrata całej płytki paznokciowej palca V ręki z uszkodzeniem macierzy paznokcia (jednej kończyny)	1%
3.3.109 utrata części lub całej opuszki palca V ręki (jednej kończyny)	1%
3.3.110 utrata palca V ręki: w obrębie paliczka dalszego lub całego paliczka dalszego (jednej kończyny)	3%
3.3.111 utrata palca V ręki: w obrębie paliczka środkowego lub całych dwóch paliczków (jednej kończyny)	4%
3.3.112 utrata palca V ręki: w obrębie paliczka bliższego lub całych trzech paliczków (jednej kończyny)	5%
3.3.113 utrata palca V ręki: z częściową lub całkowitą utratą V kości śródręcza (jednej kończyny)	6%
Utrata kończyny górnej	
3.3.114 utrata kończyny górnej w obrębie nadgarstka ze śródręczem i wszystkimi palcami (jednej kończyny)	55%
3.3.115 utrata kończyny górnej w obrębie przedramienia z zachowaniem stawu łokciowego (jednej kończyny)	60%
3.3.116 utrata kończyny górnej w stawie łokciowym (jednej kończyny)	65%
3.3.117 utrata kończyny górnej w obrębie ramienia z zachowaniem stawu ramiennego (jednej kończyny)	70%
3.3.118 utrata kończyny górnej w stawie ramiennym (jednej kończyny)	75%
3.3.119 utrata kończyny górnej: z częściową lub całkowitą utratą łopatki (jednej kończyny)	80%
3.4. Uszkodzenia kości i stawów kończyny dolnej	
Złamania kości udowej	
3.4.1 złamanie nasady bliższej kości udowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	6%
3.4.2 złamanie nasady bliższej kości udowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	12%
3.4.3 złamanie trzonu kości udowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	6%
3.4.4 złamanie trzonu kości udowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	12%
3.4.5 złamanie nasady dalszej kości udowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	4%
3.4.6 złamanie nasady dalszej kości udowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	6%
Złamania kości piszczelowej i strzałki Jednoczasowe złamanie kostki przyśrodkowej i kostki bocznej oceniamy wyłącznie jak złamanie dwukostkowe z pkt. 3.4.15. Jednoczasowe złamanie kostki przyśrodkowej, kostki bocznej i nasady dalszej kości piszczelowej oceniamy wyłącznie jak złamanie trójkostkowe z pkt. 3.4.16.	
3.4.7 złamanie nasady bliższej kości piszczelowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	4%
3.4.8 złamanie nasady bliższej kości piszczelowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	6%
3.4.9 złamanie trzonu kości piszczelowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	6%
3.4.10 złamanie trzonu kości piszczelowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	12%
3.4.11 złamanie nasady dalszej kości piszczelowej lub złamanie kostki przyśrodkowej (jednej kończyny)	4%

3.4.12 złamanie nasady bliższej strzałki (jednej kończyny)	1%
3.4.13 złamanie trzonu strzałki (jednej kończyny)	2%
3.4.14 złamanie nasady dalszej strzałki lub złamanie kostki bocznej (jednej kończyny)	2%
3.4.15 złamanie dwukostkowe (jednej kończyny)	6%
3.4.16 złamanie trójkostkowe (jednej kończyny)	10%
Złamania rzepki	
3.4.17 złamanie rzepki bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	3%
3.4.18 złamanie rzepki: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	5%
Złamania i utrata kości piętowej Uszkodzenia wymienione w pkt. 3.4.21–3.4.22 obejmują utratę kości oraz wszystkich utraconych tkanek.	
3.4.19 złamanie kości piętowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	3%
3.4.20 złamanie kości piętowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	6%
3.4.21 utrata pięty z częścią kości piętowej (jednej kończyny)	15%
3.4.22 utrata pięty z całą kością piętową (jednej kończyny)	20%
Złamania i utrata kości skokowej Uszkodzenia wymienione w pkt. 3.4.25 obejmują utratę kości oraz wszystkich utraconych tkanek.	
3.4.23 złamanie kości skokowej bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	3%
3.4.24 złamanie kości skokowej: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	6%
3.4.25 utrata kości skokowej (jednej kończyny)	10%
Złamania kości stępu	
3.4.26 złamanie kości sześciennej stępu (jednej kończyny)	1%
3.4.27 złamanie kości łódkowatej stępu (jednej kończyny)	1%
3.4.28 złamanie kości klinowatej bocznej stępu (jednej kończyny)	1%
3.4.29 złamanie kości klinowatej przyśrodkowej stępu (jednej kończyny)	1%
3.4.30 złamanie kości klinowatej pośredniej stępu (jednej kończyny)	1%
Złamania kości śródstopia	
3.4.31 złamanie I kości śródstopia bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	1%
3.4.32 złamanie I kości śródstopia: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	2%
3.4.33 złamanie II kości śródstopia bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	0,5%
3.4.34 złamanie II kości śródstopia: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	1%
3.4.35 złamanie III kości śródstopia bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	0,5%
3.4.36 złamanie III kości śródstopia: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	1%
3.4.37 złamanie IV kości śródstopia bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	0,5%
3.4.38 złamanie IV kości śródstopia: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	1%
3.4.39 złamanie V kości śródstopia bez przemieszczenia odłamów (jednej kończyny)	0,5%
3.4.40 złamanie V kości śródstopia: wieloodłamowe lub z przemieszczeniem odłamów (jednej kończyny)	1%
Złamania kości palców stopy	
3.4.41 złamanie paliczka lub paliczków – palca I stopy (jednej kończyny)	2%
3.4.42 złamanie paliczka lub paliczków – palca II stopy (jednej kończyny)	1%
3.4.43 złamanie paliczka lub paliczków – palca III stopy (jednej kończyny)	1%
3.4.44 złamanie paliczka lub paliczków – palca IV stopy (jednej kończyny)	1%

3.4.45 złamanie paliczka lub paliczków – palca V stopy (jednej kończyny)	1%
3.4.46 złamanie trzeszczki palca stopy (jednego palca)	0,5%
Uszkodzenia stawu biodrowego Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia jednej kończyny dolnej z pkt. 3.4.47–3.4.49. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 16% uszczerbku na zdrowiu.	
3.4.47 zwichnięcie w stawie biodrowym z repozycją zamkniętą (jednej kończyny)	4%
3.4.48 zwichnięcie w stawie biodrowym z repozycją operacyjną (jednej kończyny)	8%
3.4.49 zastarzałe nieodprowadzone zwichnięcie w stawie biodrowym (jednej kończyny)	12%
Uszkodzenia stawu kolanowego Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia jednej kończyny dolnej z pkt. 3.4.50–3.4.61. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 12% uszczerbku na zdrowiu.	
3.4.50 uszkodzenie stawu kolanowego z wynaczynieniem krwi do jamy stawowej bez uszkodzenia więzadeł i łąkotek (jednej kończyny)	1%
3.4.51 uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej (MM) stawu kolanowego (jednej kończyny)	2%
3.4.52 uszkodzenie łąkotki bocznej (ML) stawu kolanowego (jednej kończyny)	2%
3.4.53 naderwanie lub zerwanie – więzadła krzyżowego przedniego (ACL) stawu kolanowego (jednej kończyny)	4%
3.4.54 naderwanie lub zerwanie – więzadła krzyżowego tylnego (PCL) stawu kolanowego (jednej kończyny)	2%
3.4.55 naderwanie lub zerwanie – więzadła pobocznego przyśrodkowego (MCL) stawu kolanowego (jednej kończyny)	2%
3.4.56 naderwanie lub zerwanie – więzadła pobocznego bocznego (LCL) stawu kolanowego (jednej kończyny)	2%
3.4.57 zwichnięcie rzepki z repozycją zamkniętą (jednej kończyny)	2%
3.4.58 zwichnięcie rzepki z repozycją operacyjną (jednej kończyny)	4%
3.4.59 naderwanie lub zerwanie – więzadła rzepki (jednej kończyny)	3%
3.4.60 naderwanie lub zerwanie – troczka przyśrodkowego rzepki (jednej kończyny)	1%
3.4.61 naderwanie lub zerwanie – troczka bocznego rzepki (jednej kończyny)	1%
Uszkodzenia stawu skokowego Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia jednej kończyny dolnej z pkt. 3.4.62–3.4.66. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 8% uszczerbku na zdrowiu.	
3.4.62 naderwanie lub zerwanie – więzozrostu piszczelowo-strzałkowego (jednej kończyny)	1%
3.4.63 naderwanie lub zerwanie – więzadła skokowo-strzałkowego przedniego (ATFL) stawu skokowego (jednej kończyny)	2%
3.4.64 naderwanie lub zerwanie – więzadła skokowo-strzałkowego tylnego (PTFL) stawu skokowego (jednej kończyny)	2%
3.4.65 naderwanie lub zerwanie – więzadła piętowo-strzałkowego (CFL) stawu skokowego (jednej kończyny)	2%
3.4.66 naderwanie lub zerwanie – więzadła trójgraniastego stawu skokowego (jednej kończyny)	2%
Uszkodzenia stawów śródstopno-paliczkowych i międzypaliczkowych palca I stopy	
3.4.67 zwichnięcie w stawie śródstopno-paliczkowym palca I stopy z repozycją: zamkniętą lub operacyjną (jednej kończyny)	1%
3.4.68 zwichnięcie w stawie międzypaliczkowym palca I stopy z repozycją: zamkniętą lub operacyjną (jednej kończyny)	1%

Staw rzekomy kończyny dolnej	
3.4.69 staw rzekomy kości udowej (jednej kończyny)	6%
3.4.70 staw rzekomy kości piszczelowej (jednej kończyny)	6%
3.4.71 staw rzekomy strzałki (jednej kończyny)	2%
3.4.72 staw rzekomy rzepki (jednej kończyny)	3%
3.4.73 staw rzekomy kości skokowej (jednej kończyny)	3%
3.4.74 staw rzekomy kości piętowej (jednej kończyny)	3%
3.4.75 staw rzekomy kości śródstopia (jednej kości)	1%
3.4.76 staw rzekomy paliczka lub paliczków – palca stopy (jednego palca)	1%
Skrócenie kończyny dolnej Uszkodzenia wymienione w pkt. 3.4.77–3.4.79 oceniamy niezależnie od innych uszkodzeń kości i stawów.	
3.4.77 złamanie kości lub zwichnięcie stawu – ze skróceniem kończyny dolnej powyżej 1 cm do 3 cm	2%
3.4.78 złamanie kości lub zwichnięcie stawu – ze skróceniem kończyny dolnej powyżej 3 cm do 5 cm	4%
3.4.79 złamanie kości lub zwichnięcie stawu – ze skróceniem kończyny dolnej powyżej 5 cm	8%
Utrata w obrębie palca I stopy	
3.4.80 utrata całej płytki paznokciowej z uszkodzeniem macierzy paznokcia palca I stopy (jednej kończyny)	1%
3.4.81 utrata części lub całej opuszki palca I stopy (jednej kończyny)	1%
3.4.82 utrata palca I stopy: w obrębie paliczka dalszego lub całego paliczka dalszego (jednej kończyny)	5%
3.4.83 utrata palca I stopy: w obrębie paliczka bliższego lub całych dwóch paliczków (jednej kończyny)	7%
3.4.84 utrata palca I stopy: z częściową lub całkowitą utratą I kości śródstopia (jednej kończyny)	10%
Utrata w obrębie palca II stopy	
3.4.85 utrata całej płytki paznokciowej z uszkodzeniem macierzy paznokcia palca II stopy (jednej kończyny)	0,5%
3.4.86 utrata części lub całej opuszki palca II stopy (jednej kończyny)	0,5%
3.4.87 utrata palca II stopy: w obrębie paliczka dalszego lub całego paliczka dalszego (jednej kończyny)	1%
3.4.88 utrata palca II stopy: w obrębie paliczka środkowego lub całych dwóch paliczków (jednej kończyny)	1,5%
3.4.89 utrata palca II stopy: w obrębie paliczka bliższego lub całych trzech paliczków (jednej kończyny)	2%
3.4.90 utrata palca II stopy: z częściową lub całkowitą utratą II kości śródstopia (jednej kończyny)	3%
Utrata w obrębie palca III stopy	
3.4.91 utrata całej płytki paznokciowej z uszkodzeniem macierzy paznokcia palca III stopy (jednej kończyny)	0,5%
3.4.92 utrata części lub całej opuszki palca III stopy (jednej kończyny)	0,5%
3.4.93 utrata palca III stopy: w obrębie paliczka dalszego lub całego paliczka dalszego (jednej kończyny)	1%
3.4.94 utrata palca III stopy: w obrębie paliczka środkowego lub całych dwóch paliczków (jednej kończyny)	1,5%
3.4.95 utrata palca III stopy: w obrębie paliczka bliższego lub całych trzech paliczków (jednej kończyny)	2%
3.4.96 utrata palca III stopy: z częściową lub całkowitą utratą III kości śródstopia (jednej kończyny)	3%
Utrata w obrębie palca IV stopy	
3.4.97 utrata całej płytki paznokciowej z uszkodzeniem macierzy paznokcia palca IV stopy (jednej kończyny)	0,5%

3.4.98 utrata części lub całej opuszki palca IV stopy (jednej kończyny)	0,5%
3.4.99 utrata palca IV stopy: w obrębie paliczka dalszego lub całego paliczka dalszego (jednej kończyny)	1%
3.4.100 utrata palca IV stopy: w obrębie paliczka środkowego lub całych dwóch paliczków (jednej kończyny)	1,5%
3.4.101 utrata palca IV stopy: w obrębie paliczka bliższego lub całych trzech paliczków (jednej kończyny)	2%
3.4.102 utrata palca IV stopy: z częściową lub całkowitą utratą IV kości śródstopia (jednej kończyny)	3%
Utrata w obrębie palca V stopy	
3.4.103 utrata całej płytki paznokciowej z uszkodzeniem macierzy paznokcia palca V stopy (jednej kończyny)	0,5%
3.4.104 utrata części lub całej opuszki palca V stopy (jednej kończyny)	0,5%
3.4.105 utrata palca V stopy: w obrębie paliczka dalszego lub całego paliczka dalszego (jednej kończyny)	1%
3.4.106 utrata palca V stopy: w obrębie paliczka środkowego lub całych dwóch paliczków (jednej kończyny)	1,5%
3.4.107 utrata palca V stopy: w obrębie paliczka bliższego lub całych trzech paliczków (jednej kończyny)	2%
3.4.108 utrata palca V stopy: z częściową lub całkowitą utratą V kości śródstopia (jednej kończyny)	8%
Utrata kończyny dolnej	
3.4.109 utrata kończyny dolnej w stawach stępowo-śródstopnych ze wszystkimi palcami (jednej kończyny)	30%
3.4.110 utrata kończyny dolnej w obrębie kości stępu (jednej kończyny)	40%
3.4.111 utrata kończyny dolnej w stawie skokowym (jednej kończyny)	50%
3.4.112 utrata kończyny dolnej w obrębie podudzia z zachowaniem stawu kolanowego (jednej kończyny)	60%
3.4.113 utrata kończyny dolnej w stawie kolanowym (jednej kończyny)	65%
3.4.114 utrata kończyny dolnej w obrębie uda z zachowaniem stawu biodrowego (jednej kończyny)	70%
3.4.115 utrata kończyny dolnej w stawie biodrowym (jednej kończyny)	80%

4. USZKODZENIA UKŁADU NERWOWEGO

Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 4.1–4.112. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 100% uszczerbku na zdrowiu.

	Procent uszczerbku na zdrowiu
Uszkodzenia mózgowia bez trwałych ubytków neurologicznych Uszkodzenia wymienione w pkt. 4.1–4.2 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
4.1 rozlany aksonalny uraz mózgowia bez trwałych ubytków neurologicznych	5%
4.2 stłuczenie mózgowia, krwiak mózgowia lub krwotok śródczaszkowy – bez trwałych ubytków neurologicznych	5%
Uszkodzenia mózgowia, rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych z niedowładem lub porażeniem kończyn górnych Uszkodzenia wymienione w pkt. 4.3–4.6 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
4.3 niedowład kończyny górnej: upośledzający wyłącznie precyzyjne ruchy ręki lub IV° skali Lovetta (jednej kończyny)	10%
4.4 niedowład kończyny górnej: nie upośledzający pokonania ciężaru kończyny lub III° skali Lovetta (jednej kończyny)	20%
4.5 niedowład kończyny górnej: uniemożliwiający pokonanie ciężaru kończyny lub II° skali Lovetta (jednej kończyny)	40%
4.6 porażenie kończyny górnej: 0° lub I° skali Lovetta (jednej kończyny)	50%
Uszkodzenia mózgowia, rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych z niedowładem lub porażeniem kończyn dolnych Uszkodzenia wymienione w pkt. 4.7–4.10 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
4.7 niedowład kończyny dolnej: z męczliwością chodu, bez utykania i bez upośledzenia podparcia lub IV° skali Lovetta (jednej kończyny)	10%
4.8 niedowład kończyny dolnej: z męczliwością chodu i utykaniem, bez upośledzenia podparcia lub III° skali Lovetta (jednej kończyny)	20%
4.9 niedowład kończyny dolnej: uniemożliwiający chodzenie i podparcie lub II° skali Lovetta (jednej kończyny)	30%
4.10 porażenie kończyny dolnej: 0° lub I° skali Lovetta (jednej kończyny)	50%
Uszkodzenia mózgowia z zaburzeniami mowy Uszkodzenia wymienione w pkt. 4.11–4.15 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
4.11 afazja niewielkiego stopnia: z utratą płynności mowy i zachowaną zdolnością rozumienia mowy	10%
4.12 afazja niewielkiego stopnia: ze zubożeniem mowy lub z nieznaczną utratą zdolności rozumienia mowy	15%
4.13 afazja umiarkowanego stopnia: z utratą zdolności wypowiadania lub rozumienia złożonych poleceń	25%
4.14 afazja znacznego stopnia: z utratą zdolności wypowiadania lub rozumienia prostych poleceń	50%
4.15 afazja całkowita: z całkowitą utratą zdolności wypowiadania słów lub całkowitą utratą zdolności rozumienia mowy	100%
Uszkodzenia mózgowia z zespołem pozapiramidowym Uszkodzenia wymienione w pkt. 4.16–4.18 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
4.16 zespół pozapiramidowy z możliwością samodzielnego chodzenia	15%
4.17 zespół pozapiramidowy z możliwością chodzenia wyłącznie ze wsparciem pomocy ortopedycznych	30%
4.18 zespół pozapiramidowy z całkowitą utratą możliwości samodzielnego chodzenia	70%
Uszkodzenia mózgowia z zespołem móżdżkowym Uszkodzenia wymienione w pkt. 4.19–4.21 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
4.19 zespół móżdżkowy z możliwością samodzielnego chodzenia	15%

4.20 zespół móżdżkowy z możliwością chodzenia wyłącznie ze wsparciem pomocy ortopedycznych	30%
4.21 zespół móżdżkowy z całkowitą utratą możliwości samodzielnego chodzenia	70%
Uszkodzenia mózgowia z padaczką Uszkodzenia wymienione w pkt. 4.22–4.23 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
4.22 padaczka z napadami bez utrat przytomności	10%
4.23 padaczka z napadami z utratami przytomności	15%
Uszkodzenia mózgowia z zaburzeniami sfery psychicznej Uszkodzenia wymienione w pkt. 4.24–4.28 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
4.24 organiczne zaburzenia nastroju lub zaburzenia poznawcze – utrudniające pełnienie ról społecznych bez wpływu na samodzielne funkcjonowanie	15%
4.25 organiczna chwiejność afektywna lub otępienie – uniemożliwiające pełnienie ról społecznych bez wpływu na samodzielne funkcjonowanie	30%
4.26 organiczne zaburzenia urojeniowe, organiczny zespół amnestyczny lub otępienie – utrudniające samodzielne funkcjonowanie	60%
4.27 organiczne zaburzenia urojeniowe, organiczny zespół amnestyczny lub otępienie – uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie	80%
4.28 śpiączka lub stan wegetatywny	100%
Inne następstwa uszkodzeń mózgowia, rdzenia kręgowego i opon mózgowo-rdzeniowych Uszkodzenia wymienione w pkt. 4.32–4.33 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
4.29 uszkodzenie opony mózgu: z płynotokiem nosowym lub płynotokiem usznym	5%
4.30 wodogłowie leczone zachowawczo	10%
4.31 wodogłowie leczone operacyjnie	15%
4.32 moczówka prosta	10%
4.33 uszkodzenie mózgowia lub rdzenia kręgowego – z nietrzymaniem moczu lub nietrzymaniem stolca	30%
Uszkodzenia nerwów czaszkowych Uszkodzenia wymienione w pkt. 4.34–4.48 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
4.34 uszkodzenie nerwów węchowych: z częściową lub całkowitą utratą węchu	3%
4.35 uszkodzenie jednostronne nerwu trójdzielnego: z upośledzeniem czucia lub neuralgią	3%
4.36 uszkodzenie jednostronne nerwu trójdzielnego z upośledzeniem funkcji żucia	5%
4.37 uszkodzenie jednostronne nerwu twarzowego: z częściowym lub całkowitym upośledzeniem marszczenia czoła	2%
4.38 uszkodzenie jednostronne nerwu twarzowego z niedomykalnością szpary powiekowej	5%
4.39 uszkodzenie jednostronne nerwu twarzowego z częściowym opadaniem kącika ust	5%
4.40 uszkodzenie jednostronne nerwu twarzowego z całkowitym opadaniem kącika ust	10%
4.41 uszkodzenie jednostronne nerwu twarzowego lub nerwu językowo-gardłowego – z częściową lub całkowitą utratą smaku	3%
4.42 uszkodzenie jednostronne nerwu językowo-gardłowego z neuralgią	2%
4.43 uszkodzenie jednostronne nerwu językowo-gardłowego lub nerwu błędnego – z zaburzeniami mowy	10%
4.44 uszkodzenie jednostronne nerwu językowo-gardłowego lub nerwu błędnego – z zaburzeniami połykania	10%
4.45 uszkodzenie jednostronne nerwu dodatkowego z niedowładem: mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego lub mięśnia czworobocznego	3%
4.46 uszkodzenie jednostronne nerwu dodatkowego z porażeniem: mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego lub mięśnia czworobocznego	6%
4.47 uszkodzenie jednostronne nerwu podjęzykowego z połowiczym niedowładem języka	5%
4.48 uszkodzenie jednostronne nerwu podjęzykowego z połowiczym porażeniem języka	15%

Uszkodzenia korzeni nerwów rdzeniowych Uszkodzenia wymienione w pkt. 4.49–4.54 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
4.49 uszkodzenie korzeni nerwowych szyjnego odcinka kręgosłupa z zespołem korzeniowym bólowym (jednostronne)	2%
4.50 uszkodzenie korzeni nerwowych szyjnego odcinka kręgosłupa: z zespołem korzeniowym czuciowym lub z osłabieniem odruchów (jednostronne)	4%
4.51 uszkodzenie korzeni nerwowych piersiowego odcinka kręgosłupa z zespołem korzeniowym bólowym (jednostronne)	1%
4.52 uszkodzenie korzeni nerwowych piersiowego odcinka kręgosłupa: z zespołem korzeniowym czuciowym lub z osłabieniem odruchów (jednostronne)	2%
4.53 uszkodzenie korzeni nerwowych lędźwiowo-krzyżowego odcinka kręgosłupa z zespołem korzeniowym bólowym (jednostronne)	2%
4.54 uszkodzenie korzeni nerwowych lędźwiowo-krzyżowego odcinka kręgosłupa: z zespołem korzeniowym czuciowym lub z osłabieniem odruchów (jednostronne)	4%
Uszkodzenia nerwów splotu szyjnego Uszkodzenia wymienione w pkt. 4.55–4.61 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
4.55 uszkodzenie nerwu usznego wielkiego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	2%
4.56 uszkodzenie nerwu potylicznego większego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	2%
4.57 uszkodzenie nerwu potylicznego mniejszego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	2%
4.58 uszkodzenie nerwu poprzecznego szyi: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	2%
4.59 uszkodzenie nerwu nadobojczykowego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	2%
4.60 uszkodzenie nerwu przeponowego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	5%
4.61 uszkodzenie innego nerwu splotu szyjnego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	1%
Uszkodzenia nerwów splotu ramiennego Uszkodzenia wymienione w pkt. 4.62–4.92 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
4.62 uszkodzenie nerwu grzbietowego łopatki: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	5%
4.63 uszkodzenie nerwu nadłopatkowego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	5%
4.64 uszkodzenie nerwu podobojczykowego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	2%
4.65 uszkodzenie nerwu piersiowego długiego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	5%
4.66 uszkodzenie nerwu piersiowego bocznego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	3%
4.67 uszkodzenie nerwu piersiowego przyśrodkowego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	3%
4.68 uszkodzenie nerwu podłopatkowego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	5%
4.69 uszkodzenie nerwu piersiowo-grzbietowego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	3%
4.70 uszkodzenie nerwu pachowego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	5%
4.71 uszkodzenie nerwu skórnego przyśrodkowego ramienia: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	2%
4.72 uszkodzenie nerwu skórnego przyśrodkowego przedramienia: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	2%
4.73 uszkodzenie nerwu mięśniowo-skórnego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	3%
4.74 uszkodzenie nerwu łokciowego częściowe: w okolicy barku lub ramienia (jednego nerwu)	5%
4.75 uszkodzenie nerwu łokciowego całkowite: w okolicy barku lub ramienia (jednego nerwu)	10%
4.76 uszkodzenie nerwu łokciowego częściowe: w okolicy łokcia lub przedramienia (jednego nerwu)	4%
4.77 uszkodzenie nerwu łokciowego całkowite: w okolicy łokcia lub przedramienia (jednego nerwu)	8%
4.78 uszkodzenie nerwu łokciowego częściowe w okolicy nadgarstka (jednego nerwu)	3%
4.79 uszkodzenie nerwu łokciowego całkowite w okolicy nadgarstka (jednego nerwu)	6%

4.80 uszkodzenie nerwu pośrodkowego częściowe: w okolicy barku lub ramienia (jednego nerwu)	5%
4.81 uszkodzenie nerwu pośrodkowego całkowite: w okolicy barku lub ramienia (jednego nerwu)	10%
4.82 uszkodzenie nerwu pośrodkowego częściowe: w okolicy łokcia lub przedramienia (jednego nerwu)	4%
4.83 uszkodzenie nerwu pośrodkowego całkowite: w okolicy łokcia lub przedramienia (jednego nerwu)	8%
4.84 uszkodzenie nerwu pośrodkowego częściowe w okolicy nadgarstka (jednego nerwu)	3%
4.85 uszkodzenie nerwu pośrodkowego całkowite w okolicy nadgarstka (jednego nerwu)	6%
4.86 uszkodzenie nerwu promieniowego częściowe: w okolicy barku lub ramienia (jednego nerwu)	5%
4.87 uszkodzenie nerwu promieniowego całkowite: w okolicy barku lub ramienia (jednego nerwu)	10%
4.88 uszkodzenie nerwu promieniowego częściowe: w okolicy łokcia lub przedramienia (jednego nerwu)	4%
4.89 uszkodzenie nerwu promieniowego całkowite: w okolicy łokcia lub przedramienia (jednego nerwu)	8%
4.90 uszkodzenie nerwu promieniowego częściowe w okolicy nadgarstka (jednego nerwu)	3%
4.91 uszkodzenie nerwu promieniowego całkowite w okolicy nadgarstka (jednego nerwu)	6%
4.92 uszkodzenie innego nerwu splotu ramiennego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	1%
Uszkodzenia nerwów splotu lędźwiowo-krzyżowego Uszkodzenia wymienione w pkt. 4.93–4.112 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
4.93 uszkodzenie nerwu biodrowo-podbrzusznego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	4%
4.94 uszkodzenie nerwu biodrowo-pachwinowego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	4%
4.95 uszkodzenie nerwu skórnego uda bocznego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	4%
4.96 uszkodzenie nerwu skórnego uda tylnego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	4%
4.97 uszkodzenie nerwu guzicznego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	4%
4.98 uszkodzenie nerwu pośladkowego górnego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	5%
4.99 uszkodzenie nerwu pośladkowego dolnego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	5%
4.100 uszkodzenie nerwu zasłonowego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	5%
4.101 uszkodzenie nerwu płciowo-udowego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	5%
4.102 uszkodzenie nerwu sromowego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	5%
4.103 uszkodzenie nerwu kulszowego częściowe (jednego nerwu)	15%
4.104 uszkodzenie nerwu kulszowego całkowite (jednego nerwu)	30%
4.105 uszkodzenie nerwu strzałkowego częściowe (jednego nerwu)	6%
4.106 uszkodzenie nerwu strzałkowego całkowite (jednego nerwu)	12%
4.107 uszkodzenie nerwu piszczelowego częściowe (jednego nerwu)	6%
4.108 uszkodzenie nerwu piszczelowego całkowite (jednego nerwu)	12%
4.109 uszkodzenie nerwu udowego częściowe (jednego nerwu)	6%
4.110 uszkodzenie nerwu udowego całkowite (jednego nerwu)	12%
4.111 uszkodzenie nerwu udowo-goleniowego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	5%
4.112 uszkodzenie innego nerwu splotu lędźwiowo-krzyżowego: częściowe lub całkowite (jednego nerwu)	1%

5. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 5.1–5.37. Za wszystkie te uszkodzenia jednego oka, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 38% uszczerbku na zdrowiu. Za wszystkie te uszkodzenia obu oczu, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 100% uszczerbku na zdrowiu.

	Procent uszczerbku na zdrowiu
Utrata ostrości widzenia Uszkodzenia wymienione w pkt. 5.1–5.11 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku. Pogorszenie ostrości widzenia oceniamy wg widzenia do dali po korekcji optycznej.	
5.1 pogorszenie ostrości widzenia o 0.1 dioptrii (jednego oka)	2,5%
5.2 pogorszenie ostrości widzenia o 0.2 dioptrii (jednego oka)	5%
5.3 pogorszenie ostrości widzenia o 0.3 dioptrii (jednego oka)	7,5%
5.4 pogorszenie ostrości widzenia o 0.4 dioptrii (jednego oka)	10%
5.5 pogorszenie ostrości widzenia o 0.5 dioptrii (jednego oka)	12,5%
5.6 pogorszenie ostrości widzenia o 0.6 dioptrii (jednego oka)	15%
5.7 pogorszenie ostrości widzenia o 0.7 dioptrii (jednego oka)	20%
5.8 pogorszenie ostrości widzenia o 0.8 dioptrii (jednego oka)	25%
5.9 pogorszenie ostrości widzenia o 0.9 dioptrii (jednego oka)	30%
5.10 całkowita utrata ostrości widzenia w jednym oku	35%
5.11 całkowita utrata ostrości widzenia w obu oczach	100%
Utrata pola widzenia Uszkodzenia wymienione w pkt. 5.12–5.23 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
5.12 ograniczenie pola widzenia koncentryczne do 50° (jednego oka)	5%
5.13 ograniczenie pola widzenia koncentryczne do 40° (jednego oka)	10%
5.14 ograniczenie pola widzenia koncentryczne do 30° (jednego oka)	15%
5.15 ograniczenie pola widzenia koncentryczne do 20° (jednego oka)	20%
5.16 ograniczenie pola widzenia koncentryczne do 10° (jednego oka)	25%
5.17 ograniczenie pola widzenia koncentryczne do mniej niż 10° (jednego oka)	35%
5.18 niedowidzenie jednostronne kwadrantowe (jednego oka)	5%
5.19 niedowidzenie jednostronne połowicze (jednego oka)	10%
5.20 niedowidzenie jednoimienne boczne (obu oczu)	25%
5.21 niedowidzenie połowicze dwunosowe (obu oczu)	30%
5.22 niedowidzenie połowicze dolne (obu oczu)	40%
5.23 niedowidzenie połowicze dwuskroniowe (obu oczu)	60%
Uszkodzenia rogówki Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 5.24. Za wszystkie te uszkodzenia jednego oka, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 2% uszczerbku na zdrowiu.	
5.24 rana urazowa lub oparzenie rogówki – pozostawiające bliznę (jednego oka)	0,5%
Uszkodzenia siatkówki Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 5.25. Za wszystkie te uszkodzenia jednego oka, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 6% uszczerbku na zdrowiu.	
5.25 przedarcie siatkówki lub odwarstwienie siatkówki (jednego oka)	2%

Uszkodzenia ciała szklistego Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 5.26. Za wszystkie te uszkodzenia jednego oka, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 3% uszczerbku na zdrowiu. Uszkodzenia wymienione w pkt. 5.26 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
5.26 uszkodzenie ciała szklistego z pozostawieniem mętów (jednego oka)	1%
Utrata soczewki	
5.27 utrata soczewki (jednego oka)	10%
Uszkodzenia kąta przesączania oka Uszkodzenia wymienione w pkt. 5.28 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
5.28 uszkodzenie kąta przesączania z jaskrą (jednego oka)	2%
Uszkodzenia dróg łzowych Uszkodzenia wymienione w pkt. 5.29 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
5.29 upośledzenie drożności dróg łzowych z łzawieniem (jednego oka)	7%
Uszkodzenia mięśni lub nerwów ruchowych gałki ocznej Uszkodzenia wymienione w pkt. 5.30–5.35 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku. Nerwy ruchowe gałki ocznej to nerw: okoruchowy, bloczkowy, odwodzący.	
5.30 uszkodzenie mięśni lub nerwów ruchowych gałki ocznej jednego lub obu oczu – z dwojeniem obrazu przy patrzeniu na wprost	15%
5.31 uszkodzenie mięśni lub nerwów ruchowych gałki ocznej jednego lub obu oczu – z dwojeniem obrazu przy patrzeniu w dół	10%
5.32 uszkodzenie mięśni lub nerwów ruchowych gałki ocznej jednego lub obu oczu – z dwojeniem obrazu przy patrzeniu w lewo lub w prawo	5%
5.33 uszkodzenie mięśni lub nerwów ruchowych gałki ocznej jednego lub obu oczu – z dwojeniem obrazu przy patrzeniu w górę	2%
5.34 uszkodzenie mięśnia dźwigacza powieki z opadaniem powieki (jednego oka)	5%
5.35 uszkodzenie mięśnia zwieracza źrenicy lub nerwu okoruchowego – z zaburzeniami odruchu źrenicznego (jednego oka)	5%
Inne uszkodzenia gałki ocznej	
5.36 wytrzeszcz tętniący gałki ocznej (jednego oka)	30%
5.37 utrata gałki ocznej (jednego oka)	38%

6. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 6.1–6.8. Za wszystkie te uszkodzenia jednego ucha, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 35% uszczerbku na zdrowiu. Za wszystkie te uszkodzenia obu uszu, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 70% uszczerbku na zdrowiu.

	Procent uszczerbku na zdrowiu
Utrata słuchu Uszkodzenia wymienione w pkt. 6.1–6.3 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku. Utratę słuchu obliczamy na podstawie audiogramu, jako średnią arytmetyczną ubytków słuchu dźwięków o częstotliwościach 500, 1000 i 2000 Hz.	
6.1 utrata słuchu z ubytkiem powyżej 25 do 40 dB (jednego ucha)	10%
6.2 utrata słuchu z ubytkiem powyżej 40 do 70 dB (jednego ucha)	15%
6.3 utrata słuchu z ubytkiem powyżej 70 dB (jednego ucha)	25%
Szum uszny Uszkodzenia wymienione w pkt. 6.4 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
6.4 uszkodzenie jednego lub obu uszu – z szumem usznym	2%
Uszkodzenia ucha wewnętrznego Uszkodzenia wymienione w pkt. 6.5 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
6.5 uszkodzenie ucha wewnętrznego jednego lub obu uszu – z zawrotami głowy lub zaburzeniami równowagi	5%
Uszkodzenia ucha środkowego	
6.6 perforacja błony bębenkowej (jednego ucha)	2%
6.7 rozłączenie, zwichnięcie lub złamanie – kosteczek słuchowych (jednego ucha)	5%
6.8 przewlekłe zapalenie ucha środkowego z perlakiem (jednego ucha)	5%
Uszkodzenia ucha zewnętrznego	
6.9 rana urazowa lub oparzenie przewodu słuchowego zewnętrznego – pozostawiające bliznę (jednego ucha)	1%
6.10 utrata do 5% małżowiny usznej (jednego ucha)	1%
6.11 utrata powyżej 5% do 25% małżowiny usznej (jednego ucha)	5%
6.12 utrata powyżej 25% do 50% małżowiny usznej (jednego ucha)	10%
6.13 utrata powyżej 50% małżowiny usznej (jednego ucha)	15%

7. USZKODZENIA UKŁADU KRĄŻENIA I ŚLEDZIONY	
	Procent uszczerbku na zdrowiu
Uszkodzenie serca Uszkodzenia wymienione w pkt. 7.1–7.3 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
7.1 uszkodzenie mięśnia przedniej ściany lewej komory lub przegrody międzykomorowej serca – z upośledzeniem kurczliwości	15%
7.2 uszkodzenie mięśnia dolnej ściany lewej komory serca z upośledzeniem kurczliwości	10%
7.3 uszkodzenie innej części mięśnia serca z upośledzeniem kurczliwości	5%
7.4 uszkodzenie zastawki aortalnej leczone operacyjnie	7%
7.5 uszkodzenie zastawki mitralnej leczone operacyjnie	7%
7.6 uszkodzenie zastawki trójdzielnej leczone operacyjnie	7%
7.7 uszkodzenie zastawki płucnej leczone operacyjnie	7%
7.8 uszkodzenie osierdzia leczone operacyjnie	7%
Uszkodzenia tętnic	
7.9 rozwarstwienie lub tętniak aorty – leczone zachowawczo lub operacyjnie	15%
7.10 inne uszkodzenie aorty leczone operacyjnie	10%
7.11 uszkodzenie tętnicy płucnej leczone operacyjnie	10%
7.12 uszkodzenie pnia ramienno-głowowego leczone operacyjnie	8%
7.13 rozwarstwienie lub tętniak tętnicy szyjnej wspólnej – leczone zachowawczo lub operacyjnie (jednej tętnicy)	6%
7.14 inne uszkodzenie tętnicy szyjnej wspólnej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	4%
7.15 rozwarstwienie lub tętniak tętnicy szyjnej wewnętrznej – leczone zachowawczo lub operacyjnie (jednej tętnicy)	6%
7.16 inne uszkodzenie tętnicy szyjnej wewnętrznej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	4%
7.17 rozwarstwienie lub tętniak tętnicy szyjnej zewnętrznej – leczone zachowawczo lub operacyjnie (jednej tętnicy)	5%
7.18 inne uszkodzenie tętnicy szyjnej zewnętrznej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	3%
7.19 uszkodzenie tętnicy podobojczykowej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	5%
7.20 uszkodzenie tętnicy kręgowej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	4%
7.21 uszkodzenie tętnicy pachowej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	4%
7.22 uszkodzenie tętnicy ramiennej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	4%
7.23 uszkodzenie tętnicy promieniowej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	3%
7.24 uszkodzenie tętnicy łokciowej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	3%
7.25 uszkodzenie tętnicy biodrowej wspólnej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	6%
7.26 uszkodzenie tętnicy biodrowej wewnętrznej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	5%
7.27 uszkodzenie tętnicy biodrowej zewnętrznej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	5%
7.28 uszkodzenie tętnicy udowej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	4%
7.29 uszkodzenie tętnicy podkolanowej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	3%
7.30 uszkodzenie tętnicy piszczelowej przedniej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	2%
7.31 uszkodzenie tętnicy piszczelowej tylnej leczone operacyjnie (jednej tętnicy)	2%
7.32 uszkodzenie pnia trzewnego lub tętnicy krezkowej górnej lub tętnicy krezkowej dolnej – leczone operacyjnie	6%

Uszkodzenia żył	
7.33 uszkodzenie żyły głównej górnej leczone operacyjnie	10%
7.34 uszkodzenie żyły głównej dolnej leczone operacyjnie	10%
7.35 uszkodzenie żyły ramienno-głowowej leczone operacyjnie (jednej żyły)	5%
7.36 uszkodzenie żyły szyjnej wspólnej leczone operacyjnie (jednej żyły)	5%
7.37 uszkodzenie żyły szyjnej wewnętrznej leczone operacyjnie (jednej żyły)	5%
7.38 uszkodzenie żyły szyjnej zewnętrznej leczone operacyjnie (jednej żyły)	5%
7.39 uszkodzenie żyły podobojczykowej leczone operacyjnie (jednej żyły)	5%
7.40 uszkodzenie żyły kręgowej leczone operacyjnie (jednej żyły)	3%
7.41 uszkodzenie żyły pachowej leczone operacyjnie (jednej żyły)	3%
7.42 uszkodzenie żyły ramiennej leczone operacyjnie (jednej żyły)	3%
7.43 uszkodzenie żyły promieniowej leczone operacyjnie (jednej żyły)	2%
7.44 uszkodzenie żyły łokciowej leczone operacyjnie (jednej żyły)	2%
7.45 uszkodzenie żyły biodrowej wspólnej leczone operacyjnie (jednej żyły)	6%
7.46 uszkodzenie żyły odpiszczelowej leczone operacyjnie (jednej żyły)	3%
7.47 uszkodzenie żyły odstrzałkowej leczone operacyjnie (jednej żyły))	3%
7.48 uszkodzenie żyły wrotnej leczone operacyjnie	6%
Uszkodzenia śledziony	
7.49 pęknięcie śledziony lub krwiak śledziony – leczone zachowawczo bez utraty śledziony	2%
7.50 pęknięcie śledziony lub krwiak śledziony – leczone operacyjnie bez utraty śledziony	5%
7.51 utrata do 50% śledziony	10%
7.52 utrata powyżej 50% śledziony	15%

8. USZKODZENIA UKŁADU ODDECHOWEGO	
	Procent uszczerbku na zdrowiu
Uszkodzenia gardła Uszkodzenia wymienione w pkt. 8.1–8.3 obejmują jamę gardła za łukiem podniebienno-gardłowym.	
8.1 rana urazowa śluzówki gardła pozostawiająca bliznę (jedna lub więcej ran)	1%
8.2 oparzenie śluzówki gardła lub odmrożenie śluzówki gardła – pozostawiające bliznę	1%
8.3 perforacja ściany gardła	4%
8.4 uszkodzenie jednego lub wielu migdałków – leczone operacyjnie bez utraty migdałków	1%
8.5 utrata migdałka (jednego migdałka)	2%
Uszkodzenia krtani i tchawicy Uszkodzenia wymienione w pkt. 8.6–8.7 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
8.6 uszkodzenie fałdu głosowego z niedowładem (jednego fałdu głosowego)	2%
8.7 uszkodzenie fałdu głosowego z porażeniem (jednego fałdu głosowego)	5%
8.8 zwichnięcie lub złamanie jednej lub wielu chrząstek krtani – leczone zachowawczo	5%
8.9 zwichnięcie lub złamanie jednej lub wielu chrząstek krtani – leczone operacyjnie	10%
8.10 perforacja tchawicy	5%
8.11 tracheostomia czasowa	2%
8.12 tracheostomia definitywna	5%
8.13 zwężenie krtani lub tchawicy – wymagające poszerzenia bez rekonstrukcji narządu	10%
8.14 zwężenie krtani lub tchawicy – wymagające rekonstrukcji narządu	15%
Uszkodzenia płuc Uszkodzenia wymienione w pkt. 8.17–8.20 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku, wyjątek stanowi chirurgiczne usunięcie płuca, które oceniamy od razu.	
8.15 rozerwanie miąższu płuca lub krwiak śródmiąższowy płuca – leczone operacyjnie (jednego płuca)	6%
8.16 toksyczne włóknienie płuc	10%
8.17 utrata do 5% czynnego miąższu płucnego (jednego płuca)	5%
8.18 utrata powyżej 5% do 25% czynnego miąższu płucnego (jednego płuca)	10%
8.19 utrata powyżej 25% do 50% czynnego miąższu płucnego (jednego płuca)	20%
8.20 utrata powyżej 50% czynnego miąższu płucnego (jednego płuca)	40%
Uszkodzenia opłucnej	
8.21 odma jamy opłucnej lub krwiak jamy opłucnej – leczone zachowawczo (jednego płuca)	1%
8.22 odma jamy opłucnej lub krwiak jamy opłucnej – leczone drenażem (jednego płuca)	2%

9. USZKODZENIA UKŁADU POKARMOWEGO	Procent uszczerbku na zdrowiu
Uszkodzenia warg	
9.1 rana urazowa wargi pozostawiająca bliznę bez utraty wargi (jednej wargi)	1%
9.2 oparzenie wargi lub odmrożenie wargi – pozostawiające bliznę (jednej wargi)	1%
9.3 rozerwanie wędzidełka wargi (jednej wargi)	1%
9.4 utrata do 5% wargi (jednej wargi)	2%
9.5 utrata powyżej 5% do 25% wargi (jednej wargi)	5%
9.6 utrata powyżej 25% wargi (jednej wargi)	10%
Uszkodzenia jamy ustnej Uszkodzenia wymienione w pkt. 9.7–9.8 obejmują śluzówki: przedsionka jamy ustnej, dna jamy ustnej, dziąseł, policzków, podniebienia miękkiego, podniebienia twardego.	
9.7 rana urazowa śluzówki jamy ustnej pozostawiająca bliznę (jedna lub więcej ran)	1%
9.8 oparzenie śluzówki jamy ustnej lub odmrożenie śluzówki jamy ustnej – pozostawiające bliznę	1%
9.9 utrata do 5% podniebienia miękkiego	1%
9.10 utrata powyżej 5% do 25% podniebienia miękkiego	2%
9.11 utrata powyżej 25% podniebienia miękkiego	5%
9.12 uszkodzenie jednej lub wielu ślinianek – leczone operacyjnie	3%
Uszkodzenia języka	
9.13 rana urazowa języka pozostawiająca bliznę bez utraty języka (jedna lub więcej ran)	1%
9.14 oparzenie języka lub odmrożenie języka – pozostawiające bliznę	1%
9.15 rozerwanie wędzidełka języka	1%
9.16 utrata do 5% języka	2%
9.17 utrata powyżej 5% do 25% języka	10%
9.18 utrata powyżej 25% do 50% języka	15%
9.19 utrata powyżej 50% języka	25%
Uszkodzenia zębów stałych Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 9.20–9.24. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 20% uszczerbku na zdrowiu.	
9.20 złamanie korzenia lub korzeni – zęba stałego (jednego zęba)	0,5%
9.21 złamanie korony zęba stałego w obrębie szkliwa i zębiny – bez obnażenia miazgi (jednego zęba)	0,5%
9.22 złamanie korony zęba stałego w obrębie szkliwa i zębiny – z obnażeniem miazgi (jednego zęba)	1%
9.23 utrata całkowita korony zęba stałego z zachowaniem korzeni (jednego zęba)	1,5%
9.24 utrata całkowita korony zęba stałego z utratą korzenia lub korzeni zęba (jednego zęba)	2%
Uszkodzenia przewodu pokarmowego Uszkodzenia wymienione w pkt. 9.39 oceniamy najwcześniej 6 miesięcy po nieszczęśliwym wypadku.	
9.25 perforacja przełyku	5%
9.26 zwężenie przełyku wymagające poszerzenia bez rekonstrukcji przełyku	10%
9.27 zwężenie przełyku wymagające rekonstrukcji przełyku	15%
9.28 uszkodzenie żołądka, jelita, krezki lub sieci – leczone operacyjnie bez utraty narządu	5%
9.29 utrata części sieci lub całej sieci	3%

9.30 utrata do 50% żołądka	10%
9.31 utrata powyżej 50% żołądka	15%
9.32 utrata do 25% jelita cienkiego	10%
9.33 utrata powyżej 25% do 50% jelita cienkiego	15%
9.34 utrata powyżej 50% jelita cienkiego	25%
9.35 utrata do 25% jelita grubego	10%
9.36 utrata powyżej 25% do 50% jelita grubego	15%
9.37 utrata powyżej 50% jelita grubego	25%
9.38 uszkodzenie zwieracza odbytu leczone operacyjnie	5%
9.39 uszkodzenie zwieracza odbytu z nietrzymaniem stolca	10%
Stomia przewodu pokarmowego Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 9.40–9.45. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 10% uszczerbku na zdrowiu.	
9.40 stomia czasowa wytworzona operacyjnie w obrębie żołądka	2%
9.41 stomia czasowa wytworzona operacyjnie w obrębie jelita cienkiego	2%
9.42 stomia czasowa wytworzona operacyjnie w obrębie jelita grubego	2%
9.43 stomia definitywna wytworzona operacyjnie w obrębie żołądka	5%
9.44 stomia definitywna wytworzona operacyjnie w obrębie jelita cienkiego	5%
9.45 stomia definitywna wytworzona operacyjnie w obrębie jelita grubego	5%
Uszkodzenia wątroby i dróg żółciowych	
9.46 pęknięcie wątroby lub krwiak wątroby – leczone zachowawczo bez utraty wątroby	2%
9.47 pęknięcie wątroby lub krwiak wątroby – leczone operacyjnie bez utraty wątroby	5%
9.48 utrata do 50% wątroby	15%
9.49 utrata powyżej 50% wątroby	30%
9.50 przerwanie ciągłości zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych leczone operacyjnie	5%
9.51 zwężenie zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych wymagające poszerzenia bez rekonstrukcji dróg żółciowych	10%
9.52 zwężenie zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych wymagające rekonstrukcji dróg żółciowych	20%
Uszkodzenia trzustki	
9.53 uszkodzenie trzustki leczone operacyjnie bez utraty trzustki	5%
9.54 utrata części trzustki w obrębie ogona trzustki	15%
9.55 utrata części trzustki w obrębie głowy trzustki	20%
9.56 utrata całej trzustki	35%

10. USZKODZENIA UKŁADU MOCZOWEGO	
	Procent uszczerbku na zdrowiu
Uszkodzenia nerek	
10.1 pęknięcie nerki lub krwiak nerki – leczone zachowawczo (jednej nerki)	2%
10.2 uszkodzenie nerki lub szypuły naczyniowej nerki – leczone operacyjnie bez utraty nerki (jednej nerki)	5%
10.3 utrata do 50% nerki (jednej nerki)	20%
10.4 utrata powyżej 50% nerki (jednej nerki)	35%
Uszkodzenia moczowodów, pęcherza moczowego i cewki moczowej	
10.5 uszkodzenie moczowodu leczone operacyjnie (jednego moczowodu)	5%
10.6 uszkodzenie pęcherza moczowego leczone zachowawczo	2%
10.7 uszkodzenie pęcherza moczowego leczone operacyjnie bez utraty pęcherza moczowego	5%
10.8 utrata do 50% pęcherza moczowego	15%
10.9 utrata powyżej 50% pęcherza moczowego	25%
10.10 przerwanie ciągłości cewki moczowej	5%
10.11 zwężenie cewki moczowej wymagające poszerzenia bez rekonstrukcji cewki moczowej	5%
10.12 zwężenie cewki moczowej wymagające poszerzenia z rekonstrukcją cewki moczowej	10%
Stomia dróg moczowych Sumujemy wartości procentowe uszczerbku na zdrowiu za uszkodzenia z pkt. 10.13–10.14. Za wszystkie te uszkodzenia, niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w trakcie trwania umowy, wypłacimy świadczenie maksymalnie za 5% uszczerbku na zdrowiu.	
10.13 urostomia czasowa wytworzona operacyjnie w obrębie dróg moczowych	2%
10.14 urostomia definitywna wytworzona operacyjnie w obrębie dróg moczowych	5%

11. USZKODZENIA NARZĄDÓW PŁCIOWYCH	Procent uszczerbku na zdrowiu
Uszkodzenia jajników i jajowodów	
11.1 pęknięcie jajnika, krwiak jajnika lub wodniak jajnika – leczone zachowawczo (jednego jajnika)	2%
11.2 uszkodzenie jajnika leczone operacyjnie bez utraty jajnika (jednego jajnika)	5%
11.3 utrata do 50% jajnika (jednego jajnika)	10%
11.4 utrata powyżej 50% jajnika (jednego jajnika)	20%
11.5 pęknięcie jajowodu, krwiak jajowodu lub wodniak jajowodu – leczone zachowawczo (jednego jajowodu)	2%
11.6 uszkodzenie jajowodu leczone operacyjnie bez utraty jajowodu (jednego jajowodu)	3%
11.7 utrata jajowodu (jednego jajowodu)	5%
Uszkodzenia macicy, pochwy i sromu	
11.8 uszkodzenie macicy leczone operacyjnie bez utraty macicy	10%
11.9 utrata macicy	40%
11.10 uszkodzenie śluzówki pochwy pozostawiające bliznę	1%
11.11 pęknięcie pochwy	5%
11.12 uszkodzenie sromu leczone operacyjnie	5%
Uszkodzenia jąder i worka mosznowego	
11.13 uszkodzenie worka mosznowego pozostawiające bliznę	2%
11.14 krwiak jądra lub wodniak jądra – leczone zachowawczo (jednego jądra)	2%
11.15 uszkodzenie jądra, najądrza lub nasieniowodu – leczone operacyjnie bez utraty narządu (jednostronne)	5%
11.16 utrata jądra (jednego jądra)	20%
Uszkodzenia prącia	
11.17 uszkodzenie skóry prącia lub napletka – pozostawiające bliznę	2%
11.18 uszkodzenie jednego lub obu ciał jamistych prącia – leczone operacyjnie	5%
11.19 uszkodzenie ciała gąbczastego prącia leczone operacyjnie	3%
11.20 utrata części napletka lub całego napletka	3%
11.21 utrata do 50% prącia	30%
11.22 utrata powyżej 50% prącia	40%
Uszkodzenia gruczołu sutkowego Uszkodzenia wymienione w pkt. 11.25–11.28 obejmują utratę gruczołu sutkowego oraz wszystkich utraconych tkanek.	
11.23 utrata części brodawki sutkowej (jednej brodawki)	1%
11.24 utrata całej brodawki sutkowej (jednej brodawki)	5%
11.25 utrata do 5% gruczołu sutkowego (jednego gruczołu sutkowego)	5%
11.26 utrata powyżej 5% do 25% gruczołu sutkowego (jednego gruczołu sutkowego)	10%
11.27 utrata powyżej 25% do 50% gruczołu sutkowego (jednego gruczołu sutkowego)	20%
11.28 utrata powyżej 50% gruczołu sutkowego (jednego gruczołu sutkowego)	30%

12. OPARZENIA, ODMROŻENIA I USZKODZENIA CIAŁA ZWIĄZANE Z NARAŻENIEM NA CZYNNIKI FIZYCZNE, CHEMICZNE I BIOLOGICZNE

Zdarzenia wymienione w pkt. 12.1–12.17, które spowodowały uszkodzenia ciała wymienione w innych punktach Tabeli uszczerbków na zdrowiu – oceniamy dodatkowo.
Oparzenie skóry różnych okolic ciała oceniamy łącznie wg jednego punktu Tabeli uszczerbków na zdrowiu.

	Procent uszczerbku na zdrowiu
Oparzenia skóry mieszane I i II stopnia Uszkodzenia wymienione w pkt. 12.1–12.2 nie obejmują oparzeń wyłącznie I stopnia.	
12.1 oparzenie skóry mieszane I i II stopnia – o łącznej powierzchni do 4% TBSA	0,5%
12.2 oparzenie skóry mieszane I i II stopnia – o łącznej powierzchni powyżej 4% TBSA	0,25% za 1% TBSA
Oparzenia skóry wyłącznie II stopnia	
12.3 oparzenie skóry wyłącznie II stopnia – o łącznej powierzchni do 2% TBSA	1%
12.4 oparzenie skóry wyłącznie II stopnia – o łącznej powierzchni powyżej 2% TBSA	0,5% za 1% TBSA
Oparzenia skóry mieszane II i III stopnia lub wyższego stopnia	
12.5 oparzenie skóry mieszane II i III stopnia lub wyższego stopnia – o łącznej powierzchni do 1% TBSA	1%
12.6 oparzenie skóry mieszane II i III stopnia lub wyższego stopnia – o łącznej powierzchni powyżej 1% TBSA	1% za 1% TBSA
Oparzenia przełyku i dróg oddechowych	
12.7 oparzenie przełyku wymagające leczenia szpitalnego	2%
12.8 oparzenie dróg oddechowych wymagające leczenia szpitalnego	2%
Odmrożenia skóry w stopniu II lub wyższym	
12.9 odmrożenie w stopniu II lub wyższym – skóry nosa	2%
12.10 odmrożenie w stopniu II lub wyższym – skóry ucha (jednego ucha)	2%
12.11 odmrożenie w stopniu II lub wyższym – skóry ręki (jednej kończyny górnej)	3%
12.12 odmrożenie w stopniu II lub wyższym – skóry stopy (jednej kończyny dolnej)	3%
Uszkodzenia ciała związane z narażeniem na czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne	
12.13 porażenie prądem elektrycznym wymagające leczenia szpitalnego	1%
12.14 porażenie piorunem wymagające leczenia szpitalnego	1%
12.15 wdychanie szkodliwych gazów, dymów, pyłów lub par związków chemicznych – wymagające leczenia szpitalnego	1%
12.16 kontakt z jadowitym zwierzęciem wymagający leczenia szpitalnego	1%
12.17 kontakt z toksyczną rośliną wymagający leczenia szpitalnego	1%

ZAKRES ROZSZERZONY

W zakresie rozszerzonym PZU Życie SA obejmuje odpowiedzialnością zdarzenia wymienione w zakresie podstawowym oraz dodatkowo:

13. INNE USZKODZENIA CIAŁA

Za uszkodzenie z pkt. 13.1 wypłacimy świadczenie raz w roku polisowym, niezależnie od liczby takich uszkodzeń ciała wskutek nieszczęśliwego wypadku i liczby takich wypadków.
Za uszkodzenie z pkt. 13.1 nie wypłacimy świadczenia, jeśli z tytułu tego samego nieszczęśliwego wypadku wypłacimy świadczenie za uszkodzenie ciała, które jest wymienione w powyższych punktach Tabeli uszczerbków na zdrowiu.

		Procent uszczerbku na zdrowiu
13.1	uszkodzenie ciała, które nie jest wymienione w powyższych punktach Tabeli uszczerbków na zdrowiu, o ile leczenie tego uszkodzenia obejmowało co najmniej dwie stacjonarne konsultacje lekarskie	0,5%

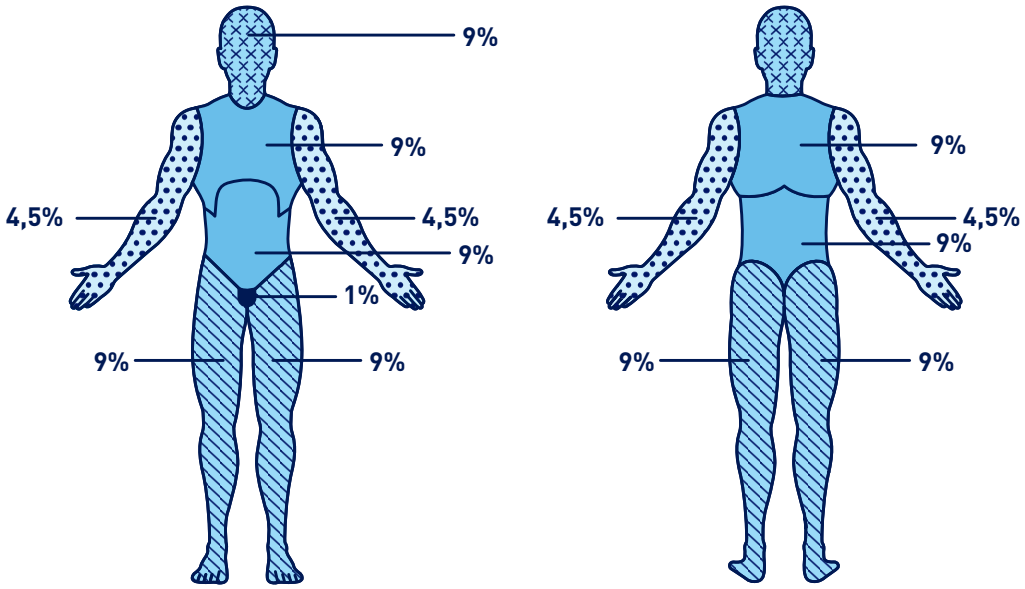
14. SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają terminy, których używamy w Tabeli uszczerbków na zdrowiu

W Tabeli uszczerbków na zdrowiu używamy terminów:

1) **leczenie operacyjne** – leczenie inwazyjne, w którym dostęp do miejsca operowanego uzyskuje się przez nacięcie powłok ciała lub z wykorzystaniem innych technik operacyjnych np. endoskopowych, artroskopowych, śródnaczyniowych;
2) **leczenie szpitalne** – pobyt w szpitalu związany z obserwacją i postępowaniem diagnostyczno-leczniczym, trwający co najmniej 2 dni. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu przyjmuje się dzień przyjęcia do szpitala, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala;
3) **leczenie zachowawcze** – leczenie, w którym uszkodzenie ciała nie było leczone operacyjnie;
4) **naderwanie mięśnia** – częściowe przerwanie ciągłości mięśnia, potwierdzone w badaniach obrazowych lub śródoperacyjnie. Naderwanie w obrębie połączenia mięśniowo-ścięgnistego oceniamy jak naderwanie ścięgna;
5) **naderwanie ścięgna** – częściowe przerwanie ciągłości ścięgna, potwierdzone w badaniach obrazowych lub śródoperacyjnie. Naderwanie w obrębie połączenia mięśniowo-ścięgnistego oceniamy jak naderwanie ścięgna;
6) **naderwanie więzadła** – częściowe przerwanie ciągłości więzadła, potwierdzone w badaniach obrazowych lub śródoperacyjnie;
7) **rana urazowa skóry pozostawiająca bliznę** – rana, która jest następstwem nieszczęśliwego wypadku i niezależnie od sposobu jej leczenia pozostawia bliznę. Wielkość rany określamy w centymetrach. Długością rany jest jej największy wymiar. Raną urazową skóry nie jest rana pooperacyjna, rana spowodowana oparzeniem lub odmrożeniem;
8) **repozycja operacyjna** – metoda leczenia z naruszeniem ciągłości tkanek, stosowana w celu przywrócenia prawidłowych stosunków anatomicznych kości w stawie, w którym doszło do zwichnięcia;
9) **repozycja zamknięta** – metoda leczenia bez naruszenia ciągłości tkanek, stosowana w celu przywrócenia prawidłowych stosunków anatomicznych kości w stawie, w którym doszło do zwichnięcia;
10) **TBSA (ang. Total Body Surface Area)** – całkowita powierzchnia ciała. W Tabeli uszczerbków na zdrowiu stosujemy regułę, zgodnie z którą u człowieka dorosłego wewnętrzna powierzchnia ręki ze złączonymi palcami odpowiada 1% TBSA. Powierzchnia głowy i szyi to 9% TBSA, powierzchnia tułowia to 36% TBSA, powierzchnia krocza to 1% TBSA, powierzchnia każdej kończyny górnej to 9% TBSA, powierzchnia każdej kończyny dolnej to 18% TBSA. W przypadku dzieci w pierwszym roku życia powierzchnia głowy i szyi to 18% TBSA, a powierzchnia kończyny dolnej to 14% TBSA. W każdym kolejnym roku życia dziecka powierzchnia głowy zmniejsza się o 1%, a powierzchnia każdej kończyny dolnej zwiększa się o 0,5%;

Ilustracja poniżej przedstawia sylwetkę człowieka z przodu i z tyłu, w kolorze niebieskim. Na ilustracji zaznaczone są procentowe wartości powierzchni ciała przypisane poszczególnym jego częściom, zgodnie z regułą TBSA (ang. Total Body Surface Area)



11) **utrata kości sklepienia czaszki** – ubytek kości sklepienia czaszki, który jest następstwem nieszczęśliwego wypadku lub leczenia urazu głowy (np. otwór trepanacyjny, kraniektomia) i który nie został uzupełniony w ciągu 6 miesięcy;
12) **zastarzałe nieodprowadzone zwichnięcie stawu** – zwichnięcie stawu, które nie zostało odprowadzone w ciągu 6 miesięcy;
13) **zerwanie mięśnia** – całkowite przerwanie ciągłości mięśnia, potwierdzone w badaniach obrazowych lub śródoperacyjnie. Zerwanie w obrębie połączenia mięśniowo-ścięgnistego oceniamy jak zerwanie ścięgna;
14) **zerwanie ścięgna** – całkowite przerwanie ciągłości ścięgna, potwierdzone w badaniach obrazowych lub śródoperacyjnie. Zerwanie w obrębie połączenia mięśniowo-ścięgnistego oceniamy jak zerwanie ścięgna;
15) **zerwanie więzadła** – całkowite przerwanie ciągłości więzadła, potwierdzone w badaniach obrazowych lub śródoperacyjnie;
16) **złamanie kości** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej. Urazowe złuszczenie chrząstki nasadowej oceniamy tak, jak złamanie kości;
17) **złamanie kości bez przemieszczenia odłamów** – złamanie, w którym odłamy złamanej kości nie przemieściły się poza jej anatomiczny obrys. Pęknięcie kości, złamanie podokostnowe, złamanie tzw. zielonej gałązki, nadłamanie, wgniecenie lub zgniecenie – oceniamy tak, jak złamanie kości bez przemieszczenia odłamów;
18) **złamanie kości wieloodłamowe** – złamanie na więcej niż dwa odłamy lub złamanie wielofragmentowe;
19) **złamanie kości z przemieszczeniem odłamów** – złamanie, w którym odłam złamanej kości przemieścił się poza jej anatomiczny obrys. Otwarte złamanie kości, złamanie awulsyjne, złamanie z wklinowaniem (zaklinowane), wgłobienie kości czaszki – oceniamy tak, jak złamanie z przemieszczeniem odłamów;
20) **zwichnięcie stawu** – przemieszczenie kości tworzących staw, z całkowitą utratą kontaktu powierzchni stawowych. Podwichnięcie lub nadwichnięcie stawu oceniamy tak, jak zwichnięcie stawu.