



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

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, o kodzie warunków LSIP54, które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty świadczenia	Pkt 1-15 Pkt 80-87
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Pkt 1-2 Pkt 4-34 Pkt 45-46 Pkt 50-54 Pkt 80-84

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

Zanim zawrzesz umowę, przeczytaj dokładnie OWU.

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

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO



Kod warunków: LSIP54

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego uchwałą nr UZ/62/2026 z 26 maja 2026 roku, zwane dalej OWU.

OWU wchodzi w życie 1 września 2026 roku.

SPIS TREŚCI

Słowniczek	.1
Przedmiot ubezpieczenia	.3
Zakres ubezpieczenia i wysokość świadczeń	.3
Suma ubezpieczenia	.4
Ograniczenia i wyłączenia ochrony	.4
Zawarcie umowy	.5
Kto może zawrzeć umowę i być objęty ochroną	.6
Czas trwania umowy	.6
Ponowne zawarcie umowy	.6
Początek naszej ochrony	.6
Koniec naszej ochrony	.6
Odstąpienie od umowy	.7
Wypowiedzenie umowy	.7
Składka	.7
Indeksacja sumy ubezpieczenia i składki	.7
Wypłata świadczenia z ubezpieczenia	.8
Karta apteczna po pobycie w szpitalu	.8
Reklamacje, skargi i zażalenia	.8
Pozostałe prawa i obowiązki stron umowy oraz postanowienia końcowe	.9
Regulamin karty aptecznej	10

SŁOWNICZEK

– czyli o pojęciach, których używamy

1. W OWU używamy pojęć:

- 1) **apteka** – apteka lub punkt apteczny w rozumieniu przepisów ustawy Prawo farmaceutyczne, znajdujące się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) **chemioterapia nowotworu złośliwego** – metoda leczenia nowotworu złośliwego z zastosowaniem przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego, należącego do grupy L01 klasyfikacji ATC;
- 3) **choroba** – stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego, i który powoduje konieczność leczenia szpitalnego;
- 4) **choroba psychiczna lub zaburzenie zachowania** – choroba lub zaburzenie umiejscowione w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób ICD-10 (zakres kodów od F00 do F99) lub ICD-11 (zakres kodów od 6A00 do 6E8Z);
- 5) **czynnik zewnętrzny** – każdy czynnik, który pochodzi spoza organizmu ubezpieczonego i w danych warunkach może wywołać szkodliwe dla niego skutki;
- 6) **dokumentacja medyczna** – dokumentacja opisująca stan zdrowia ubezpieczonego lub udzielone mu świadczenia zdrowotne. Sporządzają ją:
 - a) podmioty, które udzielają świadczeń zdrowotnych,
 - b) osoby, które wykonują zawód medyczny,
 - c) osoby, które uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
- 7) **karencja** – okres, w którym nasza odpowiedzialność z tytułu zajścia zdarzeń wskazanych w pkt. 8 jest ograniczona;
- 8) **karta apteczna** – karta, która uprawnia do odbioru produktów dostępnych w aptece. Zasady jej funkcjonowania opisaliśmy w Regulaminie karty aptecznej;
- 9) **leczenie szpitalne** – stacjonarne leczenie:
 - a) stanów nagłych, w których opóźnienie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo życia ubezpieczonego, lub
 - b) stanów, w których nie można uzyskać celu leczniczego podczas leczenia ambulatoryjnego;
- 10) **miesiąc umowy** – okres, który rozpoczyna się i kończy w tym samym dniu co miesiąc umowy podstawowej;

- 11) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie, które:
 - a) nie zależy od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego oraz
 - b) jest wywołane czynnikiem zewnętrznym oraz
 - c) jest wyłączną przyczyną zdarzenia, które obejmuje nasza ochrona;
- 12) **oddział intensywnej terapii** – oddział szpitalny, który jest wydzielony 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 zapewnienie stałego i bezpośredniego nadzoru lekarza i pielęgniarki. Za oddział intensywnej terapii rozumie się także salę intensywnej terapii, która jest wydzielona 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;
- 13) **pobyt na oddziale intensywnej terapii spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem** – pobyt na oddziale intensywnej terapii w trakcie pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem. Odpowiadamy tylko za taki pobyt na oddziale intensywnej terapii, który trwa nieprzerwanie co najmniej 48 godzin;



PRZYKŁAD

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

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

- 14) **pobyt w szpitalu** – pobyt ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia szpitalnego. Odpowiadamy wyłącznie za taki pobyt w szpitalu, który trwa co najmniej:
 - a) 2 kolejne dni – w przypadku pobytu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,
 - b) 3 kolejne dni – w przypadku pobytu spowodowanego chorobą.
 Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu przyjmuje się dzień przyjęcia do szpitala, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala;
- 15) **PZU Życie/my** – Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
- 16) **radioterapia nowotworu złośliwego** – metoda leczenia nowotworu złośliwego za pomocą promieniowania jonizującego;
- 17) **rocznica umowy podstawowej** – każda rocznica dnia, w którym została zawarta umowa podstawowa;
- 18) **rok umowy** – okres 12 miesięcy, który rozpoczyna się:
 - a) od daty zawarcia umowy wraz z umową podstawową, albo
 - b) w najbliższą rocznicę umowy podstawowej, jeśli umowa została zawarta w trakcie trwania umowy podstawowej;
- 19) **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;
- 20) **świadczenie rekonwalescencyjne** – świadczenie, które wypłacamy w razie pobytu w szpitalu, który trwa co najmniej 14 dni;
- 21) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł z nami umowę o współpracy w zakresie kart aptecznych. Współpraca ta polega na organizacji przez świadczeniodawcę procesu umożliwiającego odbiór produktów dostępnych w aptece za pomocą kart aptecznych;
- 22) **ubezpieczający/Ty** – podmiot, który zawarł z nami umowę; ubezpieczającym może być osoba fizyczna, osoba prawna albo jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej;
- 23) **ubezpieczony** – ubezpieczony z umowy podstawowej, współmałżonek/partner ubezpieczonego z umowy podstawowej, na rzecz którego zawierasz tę umowę;
- 24) **udar mózgu** – choroba, która jest nagłym ogniskowym lub uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu, spowodowanym wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ścian. Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu:
 - a) w którym badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub
 - b) który był leczony trombolitycznie;
- 25) **umowa/ umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia dodatkowego zawarta między Tobą a PZU Życie na podstawie tych OWU i potwierdzona polisą;
- 26) **umowa terminowa** – umowa dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia terminowego na życie, która została zawarta na rzecz współmałżonka/partnera ubezpieczonego z umowy podstawowej;
- 27) **umowa podstawowa** – umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie, do której możesz zawrzeć tę umowę;
- 28) **pierwsza umowa** – umowa zawarta po raz pierwszy na rzecz danego ubezpieczonego lub zawarta ponownie na rzecz tego samego ubezpieczonego, jeżeli nie zachowano ciągłości naszej ochrony;
- 29) **kolejna umowa** – umowa zawarta z zachowaniem ciągłości naszej ochrony;
- 30) **wiek polisowy:**
 - a) w przypadku zawierania umowy dodatkowej wraz z umową podstawową – wiek ubezpieczonego ustalany na dzień początku ochrony umowy dodatkowej i w każdą kolejną rocznicę umowy podstawowej, obliczany jako różnica lat pomiędzy aktualnym rokiem kalendarzowym, a rokiem urodzenia ubezpieczonego;
 - b) w przypadku zawierania umowy dodatkowej do istniejącej umowy podstawowej – wiek ubezpieczonego ustalany na dzień początku ochrony umowy dodatkowej i w każdą kolejną rocznicę umowy podstawowej, obliczany jako różnica lat pomiędzy rokiem kalendarzowym w dniu ostatniej rocznicy umowy podstawowej a rokiem urodzenia ubezpieczonego (a jeśli nie było jeszcze rocznicy umowy podstawowej wiek ubezpieczonego obliczany jako różnica lat pomiędzy rokiem kalendarzowym z dnia zawarcia umowy podstawowej, a rokiem urodzenia ubezpieczonego);



PRZYKŁAD

Współmałżonek/partner ubezpieczonego urodził się 5 maja 1990 r.

Jest 17 października 2026 r. i właśnie zawarłeś z nami umowę podstawową rozszerzoną o ubezpieczenie dodatkowe dla współmałżonka/partnera ubezpieczonego. Zgodnie z powyższą definicją współmałżonek/partner w dniu początku ochrony z ubezpieczenia dodatkowego (17 października 2026 r.) miał 36 lat (2026–1990).

W dniu 10 stycznia 2027 r. zawarłeś z nami kolejną umowę dodatkową dla współmałżonka/partnera ubezpieczonego. Wiek polisowy współmałżonka/partnera ubezpieczonego to w tym momencie nadal 36 lat (ponieważ nie było jeszcze rocznicy polisy, przyjmujemy rok kalendarzowy z dnia zawarcia umowy podstawowej, czyli 2026 r. od którego odejmujemy rok kalendarzowy urodzenia współmałżonka/partnera ubezpieczonego, czyli 1990). Jeśli zawarłbyś tę umowę w rocznicę lub po rocznicy umowy podstawowej, czyli np. 17 października 2027 r., współmałżonek/partner ubezpieczonego miałby 37 lat (2027–1990).

- 31) **współmałżonek/partner** – wskazana we wniosku o ubezpieczenie osoba, która pozostaje z ubezpieczonym z umowy podstawowej w dniu zawarcia umowy terminowej i tej umowy:
 - a) w związku małżeńskim – w przypadku współmałżonka,
 - b) we wspólnym pożyciu – w przypadku partnera;
 - 32) **zawał serca** – choroba, która jest uszkodzeniem części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia. Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:
 - a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,
 - b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,
 - c) nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
 - d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.
 Odpowiadamy również za zawał 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 przeszkloną interwencją wieńcową lub,
 - b) 10-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z pomostowaniem tętnic wieńcowych.
2. Jeżeli te OWU nie stanowią inaczej, określenia, które zdefiniowaliśmy w OWU umowy podstawowej używamy w tych OWU w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

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

Zakres i wysokość świadczenia	Wariant			
	I	II	III	IV
pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – 1% sumy ubezpieczenia za dzień pobytu w szpitalu	✓	✓	✓	✓
pobyt w szpitalu spowodowany chorobą – 0,5% sumy ubezpieczenia za dzień pobytu w szpitalu			✓	✓
pobyt na oddziale intensywnej terapii spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – 1% sumy ubezpieczenia za dzień pobytu na oddziale intensywnej terapii	✓	✓	✓	✓
pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem trwający co najmniej 14 dni – dodatkowe świadczenie rekonwalescencyjne w wysokości 10% sumy ubezpieczenia jednorazowo		✓		
pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą trwający co najmniej 14 dni – dodatkowe świadczenie rekonwalescencyjne w wysokości 10% sumy ubezpieczenia jednorazowo				✓
pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu – dodatkowe świadczenie w wysokości 45% sumy ubezpieczenia jednorazowo				✓
chemioterapia nowotworu złośliwego albo radioterapia nowotworu złośliwego – dodatkowe świadczenie w wysokości 45% sumy ubezpieczenia jednorazowo				✓
karta apteczna po pobycie w szpitalu – 1% sumy ubezpieczenia jednorazowo			✓	✓

9. Udzielamy ochrony również jeżeli:
- 1) ubezpieczony przebywał w szpitalu w okresie ochrony kolejnej umowy, a jego pobyt jest bezpośrednio związany z nieszczęśliwym wypadkiem, który zaistniał w okresie ochrony poprzedniej umowy;
 - 2) pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie ochrony poprzedniej umowy i trwa nieprzerwanie również w okresie ochrony kolejnej umowy.
10. W zależności od wybranego wariantu wskazanego w tabeli w pkt. 8:
- 1) wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie za pobyt w szpitalu, jeśli jego pobyt w szpitalu trwał bez przerwy:
 - a) co najmniej 2 dni – w przypadku pobytu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,
 - b) co najmniej 3 dni – w przypadku pobytu spowodowanego chorobą;
 - 2) wypłacimy ubezpieczonemu dodatkowe świadczenie rekonwalescencyjne, jeśli jego pobyt w szpitalu był objęty naszą odpowiedzialnością i trwał bez przerwy co najmniej 14 dni. W okresie trwania umowy wypłacimy jedno świadczenie rekonwalescencyjne;
 - 3) wypłacimy ubezpieczonemu dodatkowe świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu, jeśli jego pobyt w szpitalu był objęty naszą odpowiedzialnością i trwał bez przerwy co najmniej 3 dni. W okresie trwania umowy wypłacimy jedno świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu;
 - 4) w okresie trwania umowy wypłacimy jedno dodatkowe świadczenie za chemioterapię nowotworu złośliwego albo radioterapię nowotworu złośliwego. Wypłata świadczenia za chemioterapię nowotworu złośliwego albo radioterapię nowotworu złośliwego nie jest uzależniona od pobytu ubezpieczonego w szpitalu;
 - 5) przyznamy ubezpieczonemu kartę apteczną, która umożliwia odbiór produktów dostępnych w aptece, jeśli uznamy naszą odpowiedzialność za pobyt w szpitalu wskazany w pkt. 10 ppkt 1. W każdym roku umowy ubezpieczony otrzyma kartę apteczną maksymalnie za trzy rozpoczęte w tym czasie pobyty w szpitalu, za które wypłaciliśmy świadczenie. Jeżeli ubezpieczony przebywał nieprzerwanie:
 - a) na więcej niż jednym oddziale szpitalnym lub
 - b) w więcej niż jednym szpitalu,przy ustalaniu prawa do otrzymania karty aptecznej pobyt ten uwzględnimy tylko raz i przyznamy jedną kartę apteczną.
11. Wariant umowy możesz zmienić nie wcześniej niż po 12 miesiącach od daty zawarcia umowy.
12. Aby zmienić wariant umowy, złóż nam wniosek o zmianę.
13. Jeśli wystąpisz o zmianę wariantu umowy możemy:
- 1) zwrócić się do ubezpieczonego, aby:
 - a) udostępnić nam dodatkowe informacje o swoim stanie zdrowia, uprawianym sporcie, hobby lub wykonywanym zawodzie;
 - b) poddać się badaniom medycznym w wyznaczonych placówkach medycznych, których koszt pokryjemy;
 - 2) zgodzić się na zmianę wariantu umowy, o którą wnioskujesz, albo
 - 3) zaproponować Ci indywidualny zakres ochrony, który z Tobą uzgodnimy, albo
 - 4) odmówić Ci zmiany wariantu umowy.
14. Zmieniony wariant umowy oraz nowa wysokość składki będzie obowiązywać od dnia najbliższej płatności składki za umowę podstawową, nie wcześniej jednak niż po wyrażeniu przez nas zgody na zmianę wariantu umowy.
15. Zmieniony wariant umowy i nową wysokość składki potwierdzimy w polisie.

SUMA UBEZPIECZENIA

– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość, kiedy i na jakich warunkach można ją zmienić

16. Suma ubezpieczenia to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość świadczenia w razie zajścia zdarzenia lub zdarzeń objętych naszą ochroną na podstawie wariantów wskazanych w tabeli w pkt 8.
17. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujemy w polisie.
18. Wysokość sumy ubezpieczenia może ulec podwyższeniu w wyniku indeksacji, o której piszemy w pkt. 70–79.
19. Możesz wnioskować o zmianę sumy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż po upływie 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
20. Jeśli złożysz wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia, możemy:
- 1) zwrócić się do ubezpieczonego z prośbą, aby:
 - a) udostępnić nam dodatkowe informacje o swoim stanie zdrowia, uprawianym sporcie, hobby lub wykonywanym zawodzie;
 - b) poddać się badaniom medycznym w wyznaczonych placówkach medycznych, których koszt pokryjemy;
 - 2) zgodzić się na wysokość sumy ubezpieczenia, o którą wnioskujesz, albo
 - 3) zaproponować Ci inną wysokość sumy ubezpieczenia, którą uzgodnimy z Tobą, albo
 - 4) odmówić Ci podwyższenia sumy ubezpieczenia.
21. W razie zmiany sumy ubezpieczenia zmienia się wysokość składki.
22. W wyniku zmiany sumy ubezpieczenia nową wysokość składki obliczamy na podstawie:
- 1) składek taryfowych obowiązujących przy zawarciu umowy;
 - 2) wieku polisowego ubezpieczonego w dniu zawarcia umowy;
 - 3) nowej sumy ubezpieczenia;
 - 4) częstotliwości opłacania składki;
 - 5) wyniku oceny ryzyka.
23. Nowa wysokość sumy ubezpieczenia i składki będzie obowiązywać od dnia najbliższej płatności składki, przypadającej po wyrażeniu przez nas zgody na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia.
24. Nową wysokość sumy ubezpieczenia i składki potwierdzimy w polisie.

OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nasza odpowiedzialność jest ograniczona lub wyłączona

25. Ty i ubezpieczony jesteście zobowiązani podać do naszej wiadomości wszystkie znane Tobie lub ubezpieczonemu okoliczności, o które pytamy we wniosku o ubezpieczenie, ankiecie medycznej lub w innym piśmie przed zawarciem umowy, przed zmianą wysokości sumy ubezpieczenia oraz przed zmianą wariantu umowy.

26. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, których z naruszeniem pkt. 25 Ty lub ubezpieczony nie podaliście do naszej wiadomości. Jeżeli Ty lub ubezpieczony nie podaliście umyślnie do naszej wiadomości wszystkich znanych Tobie lub ubezpieczonemu okoliczności, o które pytaliśmy we wniosku o ubezpieczenie, ankiecie medycznej lub w innym piśmie przed zawarciem umowy, przed zmianą wysokości sumy ubezpieczenia oraz przed zmianą wariantu ubezpieczenia, to w razie wątpliwości, przyjmuje się, że zdarzenie objęte naszą ochroną i jego następstwa są skutkiem tych okoliczności.
27. Opisane w pkt. 26 konsekwencje naruszenia postanowień pkt. 25 przy zmianie wysokości sumy ubezpieczenia lub zmianie wariantu umowy dotyczą okoliczności, o które zapytamy Ciebie lub ubezpiezonego przed wyrażeniem przez nas zgody na zmianę sumy ubezpieczenia lub zmianę wariantu umowy i mają zastosowanie w zakresie różnicy pomiędzy zmienioną a dotychczasową wysokością sumy ubezpieczenia, zaś przy zmianie wariantu ubezpieczenia – w zakresie różnicy pomiędzy zmienionym a dotychczasowym zakresem ubezpieczenia.
28. Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu zdarzeń wskazanych w tabeli w pkt. 8, jeśli zdarzenia te nastąpiły:
- 1) wskutek nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed początkiem naszej ochrony, z zastrzeżeniem pkt. 9;
 - 2) wskutek działań wojennych;
 - 3) wskutek czynnego uczestnictwa ubezpiezonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 4) wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpiezonego 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 narkomaniio 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile którakolwiek z tych okoliczności miała wpływ na konieczność leczenia szpitalnego;
 - 7) wskutek działania promieniowania radioaktywnego lub jonizującego w wyniku reakcji termojądrowych lub wybuchu nuklearnego;
 - 8) wskutek samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez ubezpiezonego samobójstwa;
 - 9) wskutek udziału ubezpiezonego w następujących aktywnościach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, sporty powietrzne (spadochroniarstwo, baloniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo), wspinaczka górską lub skałkowa przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego lub wymagająca użycia takiego sprzętu, speleologia, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem, który umożliwia oddychanie pod wodą (z wyłączeniem fajki nurkowej), skoki do wody, skoki na linie (ang. bungee jumping), skoki z wysokich obiektów (ang. base jumping), nurkowanie ze skrzydłem (ang. wing diving), pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (ang. parkour, free-running, rooftopping), narciarstwo/snowboard poza wyznaczonymi trasami, kajakarstwo górskie, kolarstwo górskie, udział w wyścigach z wyjątkiem biegów i pływania;
 - 10) w związku z leczeniem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania ubezpiezonego;
 - 11) wskutek zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) oraz wskutek schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
 - 12) w związku z leczeniem stomatologicznym lub zabiegami stomatologicznymi, z wyjątkiem leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku lub choroby nowotworowej.
29. Nie ponosimy odpowiedzialności za pobyt ubezpiezonego:
- 1) w hospicjach, placówkach leczenia odwykowego, placówkach dla przewlekłe chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych ani zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
 - 2) w zakładach leczenia uzdrowiskowego – w szczególności w sanatoriach, prewentoriach ani szpitalach uzdrowiskowych, sanatoryjnych ani rehabilitacyjno-uzdrowiskowych;
 - 3) w ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych;
 - 4) na oddziałach dziennych ani w takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego;
 - 5) na oddziałach ratunkowych, jeśli pobyt na tych oddziałach nie skutkował dalszym leczeniem szpitalnym na innym oddziale szpitala i trwał krócej niż 8 godzin.
30. W przypadku chemioterapii nowotworu złośliwego – nasza ochrona nie obejmuje zastosowania leków hormonalnych grupy L02, immunostymulujących grupy L03 oraz immunosupresyjnych grupy L04 klasyfikacji ATC w leczeniu nowotworu złośliwego.
31. W przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu, o którym mowa w pkt. 8, nasza ochrona nie obejmuje przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA) oraz takiego udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyńniowa lub powstał wskutek urazu. W związku z powyższym nie wypłacimy dodatkowego świadczenia, o którym mowa w pkt. 10 ppkt 3.
32. Stosujemy karencję, która polega na tym, że nie ponosimy odpowiedzialności za zdarzenia wskazane w tabeli w pkt. 8, które wystąpiły w okresie 30 dni od dnia zawarcia pierwszej umowy z zastrzeżeniem pkt 34.
33. W przypadku zmiany wariantu I lub II na wariant III lub IV lub zmiany wariantu III na IV stosujemy karencję, która polega na tym, że nie ponosimy odpowiedzialności za zdarzenia wymienione w tabeli w pkt. 8, które wystąpiły w okresie 30 dni, od dnia zmiany wariantu i nie było ich w zakresie wariantu przed zmianą.
34. We wskazanym w pkt. 32 i 33 okresie karencji ponosimy jednak odpowiedzialność za zdarzenia wskazane w tabeli w pkt. 8, jeśli zdarzenia te były następstwem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w tym okresie.

ZAWARCIE UMOWY

– jak się odbywa i co jest do tego potrzebne

35. Umowę zawieramy na podstawie Twojego wniosku o ubezpieczenie.

36. Umowę możesz zawrzeć:
- 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej, albo
 - 2) jeśli posiadasz już umowę podstawową – w dniu najbliższej płatności składki, o ile w umowie podstawowej nie zawiesiłeś opłacania składki regularnej i nie została ona zamieniona na ubezpieczenie bezskładkowe.
37. Warunkiem zawarcia umowy na rzecz współmałżonka/partnera jest dodatkowo zawarcie lub posiadanie umowy terminowej na rzecz współmałżonka/partnera.
38. Zasady i tryb zawierania umowy są zgodne z zasadami przyjętymi w umowie podstawowej, o ile nie umówiliśmy się z Tobą inaczej.
39. Możemy odmówić zawarcia umowy.
40. Zawarcie umowy potwierdzimy polisą.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ UMOWĘ I BYĆ OBJĘTY OCHRONĄ

41. Umowę zawieramy z Tobą, czyli ubezpieczającym.
42. Ubezpieczonym w umowie jest:
- 1) ubezpieczony z umowy podstawowej lub
 - 2) współmałżonek/partner ubezpieczonego z umowy podstawowej objęty ochroną w ramach umowy terminowej.
43. Umowę możesz zawrzeć na rzecz ubezpieczonego, którego wiek polisowy wynosi co najmniej 18 lat i nie więcej niż 70 lat, przy czym wiek polisowy ubezpieczonego w chwili końca okresu ubezpieczenia nie może przekroczyć 75 lat.
44. Na rzecz każdego ubezpieczonego zostaje zawarta odrębna umowa.

CZAS TRWANIA UMOWY

– czyli jak długo trwa umowa

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



PRZYKŁAD

1 czerwca 2026 r. zawarłeś umowę podstawową i 1 grudnia 2026 r. zawarłeś umowę dodatkową. Umowa będzie trwać do 31 maja 2031 r. czyli 4 lata i 6 miesięcy. Jeżeli zawrzesz umowę na kolejny okres, będzie ona trwała od 1 czerwca 2031 r. do 31 maja 2036 r., czyli 5 pełnych lat.

46. Okres ubezpieczenia potwierdzimy w polisie.

PONOWNE ZAWARCIE UMOWY

– czyli kiedy możemy zaproponować Ci ponowne zawarcie umowy

47. Najpóźniej 30 dni przed końcem okresu, na jaki została zawarta umowa, poinformujemy Cię, czy przedstawimy Ci propozycję zawarcia kolejnej umowy.
48. W przypadku gdy przedstawimy Ci propozycję zawarcia kolejnej umowy, a Ty ją przyjmiesz, umowa zostanie zawarta na kolejny okres ubezpieczenia.
49. Zawarcie kolejnej umowy potwierdzimy polisą.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy ubezpieczamy ubezpieczonego

50. Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego rozpocznie się zgodnie z zasadami przyjętymi w umowie podstawowej – jeśli umowę zawierasz razem z umową podstawową.
51. Jeśli umowę zawierasz w trakcie trwania umowy podstawowej, nasza ochrona rozpocznie się w dniu najbliższej płatności składki, nie wcześniej jednak niż po wyrażeniu przez nas zgody na zawarcie umowy.
52. Jeśli Ty i ubezpieczony jesteście różnymi osobami, nasza ochrona rozpocznie się w dniu wskazanym w pkt. 50 albo 51, ale nie wcześniej niż następnego dnia po wyrażeniu przez ubezpieczonego zgody na objęcie go ochroną, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia.
53. Datę początku ochrony wskazujemy w polisie.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie

54. Nasza ochrona w ramach umowy zakończy się w dniu:
- 1) w którym otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu od umowy;
 - 2) w którym upłynie okres wypowiedzenia umowy;
 - 3) śmierci ubezpieczonego;
 - 4) w którym zakończy się okres ubezpieczenia umowy;
 - 5) w którym zakończy się ochrona w umowie podstawowej;

- 6) w którym zakończy się ochrona w umowie terminowej – w stosunku do współmałżonka/partnera ubezpieczonego z umowy podstawowej;
- 7) w którym umowa podstawowa zamieni się na umowę bezskładkową;
- 8) w którym umowa podstawowa zamieni się na umowę z jednorazową płatnością składki – jeśli opłacisz składkę za umowę podstawową jednorazowo do końca okresu ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

– czyli do kiedy możesz się wycofać z zawartej umowy

55. Możesz odstąpić od umowy składając nam oświadczenie:
 - 1) w ciągu 7 dni od jej zawarcia – jeśli jesteś przedsiębiorcą;
 - 2) w ciągu 30 dni od jej zawarcia – jeśli nie jesteś przedsiębiorcą.
56. Jeśli jesteś konsumentem i nie poinformowaliśmy Cię najpóźniej w chwili zawarcia umowy o prawie do odstąpienia, możesz odstąpić od umowy w ciągu 30 dni od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
57. Jeżeli odstąpisz od umowy, zwrócimy Ci wpłaconą składkę. Pomniejszymy ją o kwotę, która odpowiada składce za okres ochrony udzielanej od dnia zawarcia umowy do dnia, w którym otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu.
58. Odstąpienie od umowy podstawowej skutkuje odstąpieniem od umowy.
59. Odstąpienie od umowy terminowej skutkuje odstąpieniem od tej umowy, jeśli została zawarta na rzecz współmałżonka/partnera.
60. Odstąpienie od umowy nie skutkuje odstąpieniem od umowy podstawowej i od umowy terminowej.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

– czyli jak możesz zrezygnować z umowy

61. Możesz wypowiedzieć umowę w każdym czasie, zachowując miesięczny okres wypowiedzenia ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca umowy następującego po miesiącu umowy, w którym otrzymaliśmy Twoje wypowiedzenie.
62. Jeżeli wypowiesz umowę, zwrócimy Ci składkę za okres niewykorzystanej ochrony, jeśli okres taki występuje.
63. Wypowiedzenie umowy podstawowej skutkuje wypowiedzeniem umowy.
64. Wypowiedzenie umowy terminowej skutkuje wypowiedzeniem tej umowy, jeśli została zawarta na rzecz współmałżonka/partnera.
65. Wypowiedzenie umowy nie skutkuje wypowiedzeniem umowy podstawowej i umowy terminowej.

SKŁADKA

– od czego zależy i kiedy ją opłacać

66. Wysokość składki ustalamy na podstawie:
 - 1) wieku polisowego ubezpieczonego;
 - 2) wysokości sumy ubezpieczenia;
 - 3) częstotliwości opłacania składki;
 - 4) wariantu umowy;
 - 5) wyniku oceny ryzyka.
67. Wysokość składki potwierdzamy w polisie.
68. Wysokość składki może się zmienić w przypadku:
 - 1) zmiany wariantu umowy, o której piszemy w pkt. 11–15;
 - 2) zmiany wysokości sumy ubezpieczenia, o której piszemy w pkt. 19–24;
 - 3) w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia, o której piszemy w pkt. 70–79.
69. Składkę opłacasz z góry, w pełnej wymaganej kwocie, w terminach i z częstotliwością przyjętymi w umowie podstawowej.

INDEKSACJA SUMY UBEZPIECZENIA I SKŁADKI

– czyli w jaki sposób urealniamy świadczenia

70. Przez indeksację sumy ubezpieczenia rozumiemy podwyższenie, w rocznicę umowy podstawowej, dotychczasowej sumy ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji. W takiej sytuacji nie przeprowadzamy ponownie oceny ryzyka. Na skutek indeksacji sumy ubezpieczenia wzrasta składka.
71. Najpóźniej 30 dni przed rocznicą umowy podstawowej proponujemy Ci indeksację sumy ubezpieczenia.
72. Jako wskaźnik indeksacji sumy ubezpieczenia przyjmujemy wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych, który publikuje Główny Urząd Statystyczny na koniec września danego roku kalendarzowego za okres 12 miesięcy, z zastrzeżeniem pkt. 73.
73. Jeżeli wskaźnik, o którym piszemy w pkt. 72 jest niższy niż 3%, przyjmujemy, że wskaźnik indeksacji wynosi 3%.
74. Wskaźnik indeksacji stosujemy do wszystkich umów, których rocznica przypada w następnym roku kalendarzowym.
75. Możesz:
 - 1) wybrać podwyższenie sumy ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji, albo
 - 2) zrezygnować z indeksacji sumy ubezpieczenia.
76. Jeśli chcesz zrezygnować z indeksacji sumy ubezpieczenia, poinformuj nas o tym najpóźniej 14 dni przed rocznicą umowy podstawowej. W przypadku gdy Ty i ubezpieczony jesteście różnymi osobami musisz przedstawić nam zgodę ubezpieczonego na rezygnację z indeksacji.
77. Jeśli w terminie określonym w pkt. 76 nie poinformujesz nas o rezygnacji z indeksacji sumy ubezpieczenia lub do informacji nie dołączysz wymaganej zgody ubezpieczonego, podwyższymy sumę ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji.
78. W wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia dotychczasowa składka za umowę wzrasta o kwotę, którą obliczamy na podstawie:
 - 1) nowej, dodatkowej sumy ubezpieczenia wyznaczonej w wyniku indeksacji w danym roku umowy;
 - 2) składek taryfowych obowiązujących przy zawarciu umowy;

- 3) wieku polisowego ubezpieczonego w dniu zawarcia umowy;
 - 4) częstotliwości opłacania składki;
 - 5) wyniku oceny ryzyka obowiązującego przy zawarciu umowy.
79. Jeśli zawrzesz umowę w trakcie trwania umowy podstawowej lub jeśli zmienisz wysokość sumy ubezpieczenia w innym dniu niż dzień rocznicy umowy podstawowej, proponujemy Ci indeksację sumy ubezpieczenia najwcześniej w najbliższą rocznicę umowy podstawowej, która nastąpi po upływie pełnych 12 miesięcy trwania umowy liczonych od dnia zawarcia umowy lub zmiany wysokości sumy ubezpieczenia.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZENIA

– czyli komu i kiedy wypłacimy lub zrealizujemy świadczenie oraz co jest do tego potrzebne

80. Świadczenie przysługuje ubezpieczonemu.
81. Aby otrzymać świadczenie, osoba, która się do nas zwraca, musi dostarczyć nam:
- 1) wniosek o świadczenie;
 - 2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego – jeśli wniosek o realizację świadczenia jest złożony niezwłocznie po zakończeniu pobytu w szpitalu;
 - 3) dokumentację medyczną, która potwierdza rozpoznanie stanu zdrowotnego, będącego przyczyną pobytu w szpitalu wydaną przez lekarza prowadzącego – jeśli wniosek o realizację świadczenia jest składany w trakcie pobytu w szpitalu, po 30. lub 60. dniu tego pobytu;
 - 4) w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – dokumentację, która potwierdza okoliczności nieszczęśliwego wypadku;
 - 5) w przypadku chemioterapii nowotworu złośliwego i radioterapii nowotworu złośliwego – dokumentację medyczną potwierdzającą zastosowanie chemioterapii nowotworu złośliwego albo radioterapii nowotworu złośliwego.
82. Jeśli dokumenty, które otrzymaliśmy, nie są wystarczające, aby ustalić naszą odpowiedzialność, możemy poprosić o dodatkowe dokumenty.
83. Jeśli dostarczone dokumenty są w innym języku niż polski, osoba, która składa wniosek musi dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
84. Jeżeli nie otrzymamy dokumentów, o które prosiliśmy, a te które mamy nie pozwalają ustalić naszej odpowiedzialności, możemy odmówić wypłaty świadczenia.

KARTA APTECZNA PO POBYCIE W SZPITALU

– czyli komu i kiedy ją wydajemy

85. Prawo do otrzymania karty aptecznej przysługuje ubezpieczonemu.
86. Wniosek o wypłatę świadczenia za pobyt w szpitalu jest jednocześnie zgłoszeniem do otrzymania karty aptecznej – z uwzględnieniem pkt. 87.
87. Wypłacimy świadczenie jednorazowo w kwocie równej wysokości niewykorzystanego limitu na karcie w razie:
- 1) rozwiązania umowy o współpracy ze świadczeniodawcą w zakresie kart aptecznych;
 - 2) braku możliwości odbioru produktów dostępnych w aptece z winy świadczeniodawcy albo z powodu jego likwidacji lub upadłości.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA

– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

88. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.
89. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć:
- 1) na piśmie:
 - a) w postaci papierowej – osobiście w jednostce, o której mowa w pkt. 88, albo wysłane przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe albo nadane w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej, albo
 - b) w postaci elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl, albo wypełniając formularz na moje.pzu.pl, albo wysyłając na adres do doręczeń elektronicznych PZU Życie SA: AE:PL-50066-37983-FBWRA-37, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w ustawie o doręczeniach elektronicznych;
 - 2) ustnie – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce, o której mowa w pkt. 88.
90. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy najszybciej, jak to możliwe, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia, kiedy ją otrzymaliśmy.
91. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć w ciągu 30 dni, poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie:
- 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.
92. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy osobie, która je złożyła:
- 1) w przypadku, gdy klientem jest osoba fizyczna:
 - a) w postaci elektronicznej – gdy reklamacja została złożona przez klienta na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej,

- b) w postaci papierowej – w przypadku gdy reklamacja została złożona przez klienta na piśmie w postaci papierowej, chyba że klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej,
 - c) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem klienta – w przypadku gdy reklamacja została złożona przez klienta ustnie;
- 2) w przypadku, gdy klientem jest inny podmiot niż wskazany w pkt. 92 ppkt 1 – na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji.
93. W przypadku, o którym mowa w pkt. 92 ppkt. 1 lit. a, odpowiedź jest udzielana:
- 1) z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego klient złożył reklamację, albo innego wskazanego przez klienta środka komunikacji elektronicznej – w przypadku gdy reklamacja została złożona przez klienta z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej;
 - 2) na adres klienta do doręczeń elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w ustawie o doręczeniach elektronicznych – w przypadku gdy reklamacja została wysłana przez klienta na adres do doręczeń elektronicznych.
94. Osoba fizyczna, która złożyła reklamację, może wnieść do Rzecznika Finansowego wniosek dotyczący:
- 1) nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji;
 - 2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą tej osoby w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
95. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrywane są przez nasze jednostki organizacyjne, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
96. Reklamacje reguluje Ustawa o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej oraz Ustawa o dystrybucji ubezpieczeń.
97. W PZU Życie przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
98. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu Ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla PZU Życie SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy, adres jego strony internetowej to: www.rf.gov.pl.
99. Jeśli ubezpieczający, ubezpieczony i uprawniony z umowy ubezpieczenia, są konsumentami, mogą zwrócić się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
100. W PZU Życie SA podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

POZOSTAŁE PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY ORAZ POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jest jeszcze ważne

- 101. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu umowy regulują w szczególności Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz Ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.
- 102. Jeśli zgodnie z prawem będziemy musieli potrącić ze świadczenia jakiegokolwiek kwoty, zwłaszcza podatek dochodowy, pomniejszymy o nie wypłacaną kwotę.
- 103. Prawem właściwym dla umowy jest prawo polskie.
- 104. W sprawach, których nie reguluje umowa, stosuje się ogólne warunki umowy podstawowej, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.
- 105. Wszystkie nasze powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą umowy, będziemy składać w formie pisemnej, dokumentowej lub w innej formie, którą uzgodniliśmy z Tobą. Mają one skutek prawny z dniem, w którym je doręczymy.
- 106. Wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą umowy – oprócz reklamacji, skarg i zażaleń – muszą być złożone w formie pisemnej, dokumentowej lub w innej formie, którą uzgodniłeś z nami. Mają one skutek prawny z dniem, w którym zostaną nam doręczone.
- 107. Jako ubezpieczający masz obowiązek zgłaszać nam zmiany swoich danych osobowych i teleadresowych oraz danych ubezpieczonego, chyba że ubezpieczony zgłosił nam zmiany swoich danych.
- 108. Ubezpieczony ma obowiązek zgłaszać nam lub Tobie zmiany swoich danych osobowych i teleadresowych.
- 109. Pozew w sprawach, które wynikają z niniejszej umowy, można złożyć według przepisów o właściwości ogólnej zgodnie z Kodeksem postępowania cywilnego albo:
 - 1) przed sąd właściwy dla Twojego miejsca zamieszkania lub siedziby, miejsca zamieszkania ubezpieczonego, lub
 - 2) przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego.
- 110. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej publikujemy na pzu.pl w części o relacjach inwestorskich.

REGULAMIN KARTY APTECZNEJ

Załącznik do ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego

Regulamin przedstawia zasady:

- aktywacji karty aptecznej,
- korzystania z karty aptecznej.

SŁOWNICZEK

– czyli o pojęciach, których używamy

1. W regulaminie używamy pojęć:
 - 1) **data ważności** – ostatni dzień miesiąca, który przypada po upływie trzech lat, licząc od końca miesiąca, w którym wydana została decyzja o przyznaniu 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 ubezpieczonemu, w ramach ubezpieczenia, zostało przyznane prawo do ich odbioru w aptece;
 - 5) **odbiór produktu z apteki bez użycia karty aptecznej** – zakup produktów dostępnych w aptece, która nie akceptuje karty aptecznej. Po opłaceniu produktów zwracamy ich koszt na podstawie złożonego do nas wniosku;
 - 6) **odbiór produktu z apteki z użyciem karty aptecznej** – odbiór produktów dostępnych w aptece, która akceptuje kartę apteczną.

KARTA APTECZNA

– najważniejsze informacje

2. Karta apteczna służy do odbioru produktów dostępnych w aptece.
3. Na stronie internetowej pzu.pl, na naszej infolinii oraz w Oddziałach PZU informujemy o:
 - 1) aktualnym wykazie aptek, które akceptują kartę apteczną;
 - 2) zasadach odbioru produktów dostępnych w aptece z użyciem i bez użycia karty aptecznej.
4. Karta apteczna zawiera:
 - 1) numer identyfikacyjny;
 - 2) kod paskowy;
 - 3) datę ważności;
 - 4) limit.
5. Kartę apteczną aktywujemy po złożeniu przez ubezpieczonego dyspozycji aktywacji karty. Aktywacja nastąpi na podstawie danych osobowych ubezpieczonego 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 dostępnych w aptece 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 dostępnych w aptece.
8. Aby odebrać produkty z użyciem karty aptecznej, ubezpieczony pokazuje aktywną kartę w aptece, która akceptuje karty apteczne.
9. Aby otrzymać zwrot pieniędzy za produkty zakupione w aptece bez użycia karty aptecznej, ubezpieczony zgłasza to do nas oraz przedstawia dowód zakupu produktów w aptece. Zwracamy pieniądze w ciągu 21 dni od daty zgłoszenia, do wysokości limitu pozostałego na karcie aptecznej.
10. Karta apteczna nie podlega wymianie na gotówkę.
11. Po każdym użyciu karty aptecznej zmniejsza się jej limit. Informację o pozostałym limicie ubezpieczony może uzyskać w aptece, która akceptuje kartę apteczną lub na naszej infolinii.
12. Jeśli wartość zakupów w aptece przekroczy limit na karcie aptecznej, to za resztę zakupów ubezpieczony płaci z własnych środków.
13. Nie można zwrócić produktów odebranych za pomocą karty aptecznej – z uwzględnieniem pkt. 22–24.
14. Wypłacimy ubezpieczonemu równowartość niewykorzystanego limitu na karcie aptecznej w razie likwidacji lub upadłości świadczeniodawcy.
15. Jeśli ubezpieczony utraci, zniszczy lub uszkodzi kartę apteczną, powinien zgłosić to od razu na naszą infolinię.

BLOKADA KARTY APTECZNEJ

– czyli co się dzieje w takiej sytuacji

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

- 2) ubezpieczony zgłosi na naszej infolinii utratę, zniszczenie lub uszkodzenie karty, które uniemożliwia jej użytkowanie.
- 17.** Kartę apteczną blokujemy najpóźniej w następnym dniu po uzyskaniu przez naszą infolinię informacji z pkt. 16.
- 18.** Blokada karty aptecznej jest nieodwracalna.
- 19.** Nie odpowiadamy za nieuprawnione użycie karty aptecznej, które nastąpiło:
- 1) przed zgłoszeniem utraty, zniszczenia lub uszkodzenia karty aptecznej;
 - 2) w wyniku przekazania karty aptecznej innej osobie.

DUPLIKAT KARTY APTECZNEJ

– czyli kiedy go wydajemy

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

REKLAMACJE ZWIĄZANE Z UŻYCIEM KARTY APTECZNEJ

– jak można ją zgłosić

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

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

- 25.** W sprawach nie ustalonych w regulaminie stosujemy: ogólne warunki umowy podstawowej, ogólne warunki umowy dodatkowej, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.