



Szanowni Państwo,

przekazujemy następujące ogólne warunki ubezpieczenia:

- Grupowe ubezpieczenie PZU Na Życie Plus, TWGP55, uchwalona: UZ/202/2021 dnia: 2021-11-09 obowiązuje od 2022-11-19
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego, LSGP56, uchwalona: UZ/165/2025 dnia: 2025-09-19 obowiązuje od 2025-11-22
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego Plus, LPGP56, uchwalona: UZ/165/2025 dnia: 2025-09-19 obowiązuje od 2025-11-22
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego, CCGP56, uchwalona: UZ/165/2025 dnia: 2025-09-19 obowiązuje od 2025-11-22
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego, MCGP56, uchwalona: UZ/165/2025 dnia: 2025-09-19 obowiązuje od 2025-11-22
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek choroby zakaźnej ubezpieczonego, CZGP56, uchwalona: UZ/165/2025 dnia: 2025-09-19 obowiązuje od 2025-11-22
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu, ZZGP55, uchwalona: UZ/202/2021 dnia: 2021-11-09 obowiązuje od 2022-11-19
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek osierocenia dziecka, ODGP55, uchwalona: UZ/202/2021 dnia: 2021-11-09 obowiązuje od 2022-11-19
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego, SMGP55, uchwalona: UZ/202/2021 dnia: 2021-11-09 obowiązuje od 2022-11-19
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci dziecka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, NDGP55, uchwalona: UZ/202/2021 dnia: 2021-11-09 obowiązuje od 2022-11-19
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego, ZRGP55, uchwalona: UZ/202/2021 dnia: 2021-11-09 obowiązuje od 2022-11-19
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, NRG55, uchwalona: UZ/202/2021 dnia: 2021-11-09 obowiązuje od 2022-11-19
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek urodzenia dziecka, UDGP55, uchwalona: UZ/202/2021 dnia: 2021-11-09 obowiązuje od 2022-11-19
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznych ubezpieczonego, OPGP55, uchwalona: UZ/202/2021 dnia: 2021-11-09 obowiązuje od 2022-11-19
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, TNGP55, uchwalona: UZ/202/2021 dnia: 2021-11-09 obowiązuje od 2022-11-19
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu, TZGP55, uchwalona: UZ/202/2021 dnia: 2021-11-09 obowiązuje od 2022-11-19
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie Zagraniczna konsultacja medyczna i usługi assistance, KZGP55, uchwalona: UZ/202/2021 dnia: 2021-11-09 obowiązuje od 2022-11-19
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby dziecka, DCGP55, uchwalona: UZ/202/2021 dnia: 2021-11-09 obowiązuje od 2022-11-19
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, NWGP55, uchwalona: UZ/202/2021 dnia: 2021-11-09 obowiązuje od 2022-11-19
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, TUGP55, uchwalona: UZ/202/2021 dnia: 2021-11-09 obowiązuje od 2022-11-19
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym, WKGP55, uchwalona: UZ/202/2021 dnia: 2021-11-09 obowiązuje od 2022-11-19
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci spowodowanej wypadkiem w pracy, WPGP55, uchwalona: UZ/202/2021 dnia: 2021-11-09 obowiązuje od 2022-11-19
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, ZMGP55, uchwalona: UZ/202/2021 dnia: 2021-11-09 obowiązuje od 2022-11-19
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci dziecka, ZDGP55, uchwalona: UZ/202/2021 dnia: 2021-11-09 obowiązuje od 2022-11-19
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek specjalistycznego leczenia ubezpieczonego, LCGP55, uchwalona: UZ/202/2021 dnia: 2021-11-09 obowiązuje od 2022-11-19



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

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 wariantcie ubezpieczenia – z dniem rozpoczęcia ochrony względem Ciebie w innym wariantcie 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 przekaze zaległej składki w terminie w sytuacji, o której mowa w OWU,
- w dotychczasowym wariantie ubezpieczenia – z dniem rozpoczęcia ochrony względem Ciebie w innym wariantie 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 zgłosiła:
 - 1) w przypadku, gdy klientem jest osoba fizyczna – na piśmie, z tym że odpowiedź dostarczymy elektronicznie wyłącznie na wniosek klienta;

- 2) w przypadku, gdy klientem jest inny podmiot niż wskazany w 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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

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 wchodzi 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 wariantcie ubezpieczenia a okresem, za który przekazano za tego ubezpieczonego pierwszą składkę w nowym wariantcie ubezpieczenia. Brak przerwy oznacza, że w dotychczasowym ubezpieczeniu grupowym na życie w PZU Życie lub wariantcie 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 wariantcie 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 przewlekłe chorych** – podmiot udzielający całodobowo, stacjonarnie świadczeń w zakresie długoterminowej opieki i pielęgnacji: zakład opiekuńczo-leczniczy, dom pomocy społecznej lub placówka zapewniająca całodobową opiekę, tworzona na podstawie odpowiednich przepisów prawa;
- 14) **podpisanie deklaracji** – złożenie odrębnego 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) **polisę** – 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.

KARENCA

– 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 opłacie 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) deklarację przystąpienia podpisane przez osoby, które chcą przystąpić do ubezpieczenia;
 - 3) wykaz osób, które podpisały deklarację 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 zgodnie 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 obejmemy 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 pyaliśmy 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 wariantcie 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 deklarację 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 prześle zaległej składki w terminie w sytuacji, o której mowa w pkt 57 w związku z pkt 20 ppkt 2 OWU;
 - 10) w dotychczasowym wariantcie ubezpieczenia – z dniem rozpoczęcia ochrony względem Ciebie w innym wariantcie 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 wariantcie ubezpieczenia – z dniem rozpoczęcia ochrony względem Ciebie w innym wariantcie 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 deklarację 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 przestanki 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 informację 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”, poczynawszy 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 jakiejkolwiek 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 uzgodnimy 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 LECZENIA SZPITALNEGO
UBEZPIECZONEGO**



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 określonej 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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO 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 wchodzi 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 określonej 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.

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. Wpłatę 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 leczenia odwykowego, placówkach dla przewlekle chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych ani zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
 - 2) w zakładach leczenia 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 wejścia 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 schizofreniczne
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 połościem, 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 dys socjalne
6C9Z	Zachowanie destrukcyjne lub zaburzenia dys socjalne, 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**



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 określonej 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 określonej 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 określonej 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 określonej 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 określonej procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

6. Za każdy dzień rekonwalescencji wypłacimy świadczenie równe określonej procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
7. Za każdy dzień pobytu na oddziale psychiatrycznym wypłacimy świadczenie równe określonej 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 określonej 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 określonej 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:

- o za 365 dni pobytu w szpitalu,
- o za 30 dni pobytu na oddziale psychiatrycznym,
- o za 30 dni pobytu na oddziale rehabilitacyjnym,
- o za 90 dni rekonwalescencji,
- o jedno świadczenie za pobyt w sanatorium.

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

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

Decydujesz o tym, składając wniosek o wypłatę:

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

Wypłatę ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna 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:

- o pobyt w szpitalu, na oddziale intensywnej terapii, na oddziale psychiatrycznym, na oddziale rehabilitacyjnym na całym świecie,
- o 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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

[www](http://www.pzu.pl) na pzu.pl



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

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 wchodzi 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 leczenia 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 żywnego 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 żywnego 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 określonej 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 określonej 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 określonej 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 określonej 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 określonej procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
12. Za każdy dzień rekonwalescencji wypłacimy świadczenie równe określonej procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
13. Za każdy dzień pobytu na oddziale psychiatrycznym wypłacimy świadczenie równe określonej procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
14. Za każdy dzień pobytu na oddziale rehabilitacyjnym wypłacimy świadczenie równe określonej procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
15. Jeśli przebywasz w sanatorium, wypłacimy świadczenie jednorazowe w wysokości równej określonej procentowi sumy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.
16. Wpłatę 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 leczenia odwykowego, placówkach dla przewlekle chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych ani zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
 - 2) w zakładach leczenia 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.

KARENCAJA

– 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 pobylem 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.

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 potogiem, 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	Katatonía związana z innym zaburzeniem psychicznym
6A41	Katatonía wywołana przez substancje lub leki
6A4Z	Katatonía, 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 CIĘŻKIEJ CHOROBY
UBEZPIECZONEGO**



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.

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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY 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 wchodzi 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 siatkówki, jaskrę lub cukrzycę, które były przyczyną utraty wzroku;
 - 4) choroby niedokrwiennej serca leczonej metodą pomostowania (by-pass), jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę niedokrwinną 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 niedokrwinną 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 wsierdza** – zapalenie wsierdza spowodowane przez zakażenie bakteryjne. Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie wsierdza, 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 wsierdza. 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 wsierdza;
- 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 osierdza,
 - 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 taką 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) **chłtoniak boreliozowy** – następstwo boreliozy, czyli choroby zakaźnej, spowodowanej przez krętki z rodzaju Borrelia. Odpowiadamy wyłącznie za takiego chłtoniaka 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 bódźoprzewodzącego 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 bódźoprzewodzącego serca i
- b) zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia choroby układu bódźoprzewodzącego 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 przeciwpłatkowe 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 obydwa 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) **krwaki 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, czerwonych krwinek i płytek krwi.
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, ziarninaków, malformacji naczyń, krwawiaków 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, ziarninaków, malformacji naczyń, krwawiaków 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 brodawkowego 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 niepełnosprawnościami** – przewlekła układowa choroba tkanki łącznej, która charakteryzuje się symetrycznym zajęciem stawów obwodowych i która spowodowała niepełnosprawność.
Odpowiadamy wyłącznie za takie reumatoidalne zapalenie stawów z niepełnosprawnościami, 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 oddechow** – 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 lekarz 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:
- badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub udar mózgu był leczony trombolitycznie oraz
 - 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:
- rozpoznano udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym w sposób opisany powyżej lub zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia udaru mózgu i
 - 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:
- poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu,
 - samodzielne jedzenie gotowych posiłków,
 - ubieranie i rozbieranie się,
 - mycie i higiena osobista,
 - 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:
- rozpoznano wodogłowie i
 - zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia wodogłowa;
- 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:
- pseudopolipowatość jelita,
 - rozstrzenie okrężnicy.
- Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
- rozpoznano wrzodziejące zapalenie jelita grubego w sposób opisany powyżej i
 - 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:
- rozpoznano wściekliznę w sposób opisany powyżej i
 - 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 żywnotnego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
 - d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.
- Odpowiadamy również za zawał serca związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych, o ile w badaniach obrazowych stwierdzono nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego o umiejscowieniu odpowiadającym etiologii niedokrwiennej lub w koronarografii stwierdzono powikłania zabiegu ograniczające przepływ krwi oraz w którym stwierdzono wzrost stężenia troponiny sercowej we krwi do wartości:
- a) 5-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z przezskórną interwencją wieńcową lub
 - b) 10-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z pomostowaniem tętnic wieńcowych.
- 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 zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, które rozpoznał lekarz reumatolog. Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano zeszywniające 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 przyranego. 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 wsierdza			✓	✓
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 Alzheimer		✓	✓	✓
12	Choroba Creutzfeldta-Jakoba	✓	✓	✓	✓
13	Choroba Huntingtona			✓	✓
14	Choroba Leśniowskiego-Crohna z powikłaniami	✓	✓	✓	✓
15	Choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)			✓	✓
16	Choroba niedokrwienności serca leczona metodą pomostowania (by-pass)	✓	✓	✓	✓
17	Choroba Parkinsona		✓	✓	✓
18	Choroba układu bódźcprzewodzącego serca leczona chirurgicznie wszczepieniem układu stymulującego				✓
19	Gruczolak przysadki mózgowej				✓
20	Gruźlica wymagająca leczenia szpitalnego			✓	✓
21	Guz chromocłonny				✓
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	Nieżłośliwy guz mózgu		✓	✓	✓
30	Nieżłośliwy 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 MAŁŻONKA ALBO
PARTNERA ŻYCIOWEGO**



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.

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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY 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 wchodzi 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 niedokrwinną 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 niedokrwinną 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 należyne 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 wsierdza** – zapalenie wsierdza spowodowane przez zakażenie bakteryjne. Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie wsierdza, 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 wsierdza. 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 wsierdza;
 - 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 osierdza,
 - 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 taką 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:
- rozpoznano chorobę Addisona w sposób opisany powyżej i
 - 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:
- rozpoznano chorobę Alzheimera w sposób opisany powyżej i
 - 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:
- rozpoznano chorobę Creutzfeldta-Jakoba w sposób opisany powyżej i
 - 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:
- zaburzenia motoryczne lub
 - zaburzenia nastroju lub
 - zaburzenia poznawcze.
- Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
- rozpoznano chorobę Huntingtona w sposób opisany powyżej i
 - 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:
- przetokę jelita,
 - ropień jelita,
 - zwężenie jelita.
- Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
- rozpoznano chorobę Leśniowskiego-Crohna w sposób opisany powyżej i
 - 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:
- osłabienie lub zanik mięśni oraz
 - ograniczenie ruchów czynnych.
- Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
- rozpoznano chorobę neuronu ruchowego w sposób opisany powyżej i
 - 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:
- rozpoznano chorobę niedokrwienną serca i
 - 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:
- drżenie spoczynkowe,
 - spowolnienie ruchowe,
 - zwiększone napięcie mięśni.
- Nasza ochrona nie obejmuje parkinsonizmu objawowego.
Dniem wystąpienia zdarzenia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
- rozpoznano chorobę Parkinsona w sposób opisany powyżej i
 - stwierdzono co najmniej dwa ze wskazanych powyżej następstw choroby Parkinsona;

- 18) **choroba układu bódźoprzewodzącego 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 bódźoprzewodzącego serca i
b) zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia choroby układu bódźoprzewodzącego 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 przeciwpłatkowe 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) **krwihak śródczaszkowy leczony chirurgicznie** – śródczaszkowe wynaczynienie krwi z powstaniem krwaka śródmózgowego, podtwardówkowego lub nadtwardówkowego, który został usunięty operacyjnie.
Odpowiadamy wyłącznie za taki krwihak 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 krwaka śródczaszkowego i
b) zastosowano jedną ze wskazanych powyżej metod leczenia krwaka 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, czerwonych krwinek i płytek krwi.
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, ziarnin, malformacji naczyń, krwawień 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, ziarnin, malformacji naczyń, krwawień 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 krzepnięcia 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 lekarz 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 żywego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
 - d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.
- Odpowiadamy również za zawał serca związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych, o ile w badaniach obrazowych stwierdzono nowy ubytek żywego mięśnia sercowego o umiejscowieniu odpowiadającym etiologii niedokrwiennej lub w koronarografii stwierdzono powikłania zabiegu ograniczające przepływ krwi oraz w którym stwierdzono wzrost stężenia troponiny sercowej we krwi do wartości:
- a) 5-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z 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 przyranego.
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 wsierdza			✓	✓
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 Alzheimerera		✓	✓	✓
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 bódźcoprzewodzącego 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	Nieżłośliwy guz mózgu		✓	✓	✓
30	Nieżłośliwy guz rdzenia kręgowego				✓
31	Nowotwór złośliwy	✓	✓	✓	✓
32	Odmrożenie wymagające leczenia szpitalnego				✓
33	Okołoporodowa utrata macicy				✓
34	Oparzenie przetyku 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 ZAKAŻNEJ
UBEZPIECZONEGO**



DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK CHOROBY ZAKAŻNEJ 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 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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CHOROBY ZAKAŻNEJ 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 wchodzi 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 ubezpiezonego 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 ubezpiezonego 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 ubezpiezonego.
19. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpiezonego.

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 ZAKAŻNEJ 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 cholere, 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 cholere w sposób opisany powyżej i
 - b) zastosowano hospitalizację;
- 4) **dur brzuszny** – choroba zakaźna wywołana przez pałeczkę duru brzuszego (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 brzuszego (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 czerwonej (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) **szigelozę** – 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 ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO
SPOWODOWANEJ ZAWAŁEM SERCA
LUB UDAREM MÓZGU**



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, poczynawszy 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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ 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 wchodzi 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**



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.

GLÓWNE 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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

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 wchodzi 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.

KARENCAJA

– 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 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**



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,

- 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, poczynawszy 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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

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 wchodzi 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.

KARENCA

– 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 DZIECKA
SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM**



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.

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.

GLÓWNE 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, poczynawszy 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 zgłosiła:
 - 1) w przypadku, gdy klientem jest osoba fizyczna – na piśmie, z tym że odpowiedź dostarczymy elektronicznie wyłącznie na wniosek klienta;
 - 2) w przypadku, gdy klientem jest inny podmiot niż wskazany w 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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI 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 wchodzi 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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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



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.

GLÓWNE 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, poczynawszy 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 zgłosiła:
 - 1) w przypadku, gdy klientem jest osoba fizyczna – na piśmie, z tym że odpowiedź dostarczymy elektronicznie wyłącznie na wniosek klienta;
 - 2) w przypadku, gdy klientem jest inny podmiot niż wskazany w 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 zgłosiła 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 wchodzi 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.

KARENCA

– 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**



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

Kod warunków: NRG55

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: NRG55 (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.

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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

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



Kod OWU: NRG55

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 wchodzi 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 podstawowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 7) **ubezpieczenie dodatkowe** – 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 opisanyymi 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 matzonka 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 należąca.
- 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**



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.

GLÓWNE 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, poczynawszy 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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK 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 wchodzi 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.

KARENCA

– 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 OPERACJI CHIRURGICZNYCH UBEZPIECZONEGO**



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 przejdiesz operację I klasy,
- 50% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdiesz operację II klasy,
- 30% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdiesz operację III klasy,
- 10% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdiesz operację IV klasy,
- 5% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdiesz 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.

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 przejdiesz 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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK 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 wchodzi 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 przejdiesz operację, wypłacimy:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdiesz operację I klasy;
 - 2) 50% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdiesz operację II klasy;
 - 3) 30% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdiesz operację III klasy;
 - 4) 10% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdiesz operację IV klasy;
 - 5) 5% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdiesz operację V klasy.
6. Wysokość świadczenia ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu wykonania operacji.

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.

KARENCA

– 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 nadtworówkowego	IV
2.	Kraniotomia z usunięciem krwaka nadtworówkowego	IV
3.	Kraniotomia z usunięciem obcego ciała z czaszki	III
4.	Kraniotomia z usunięciem krwaka podtworówkowego	IV
5.	Kraniotomia z usunięciem krwaka śródmózgowego	III
6.	Drenaż krwaka śródmózgowego	III
7.	Lobotomia/traktotomia	II
8.	Wycięcie zmiany opony mózgu	III
9.	Wycięcie tkanki mózgu	III
10.	Wycięcie guza mózdzku	III
11.	Usunięcie ropnia mózdzku	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 spłotu naczyńiówkowego opon mózgowych	IV
35.	Drenaż ropnia przestrzeni podpajęczynówkowej	IV
36.	Podwiązanie tętnicy oponowej środkowej	IV
37.	Kauteryzacja spłotu naczyńiówkowego opon mózgowych	IV
38.	Podwiązanie naczyń przestrzeni podtworówkowej	IV
39.	Drenaż przestrzeni podtworówkowej	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 mamektomia	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 ciała 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 żyłaków przełyku	IV
194.	Jednoczasowe całkowite usunięcie przełyku i żołądka	I
195.	Wytworzenie przetoki przełykowej	IV
196.	Operacja przetoki żołądkowej	IV
197.	Podwiązanie żyłaków 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.	Zespole nie 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.	Zespole nie 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.	Zespole nie przewodu żółciowego	III
269.	Wycięcie zmiany dróg żółciowych	IV
270.	Plastyka przewodu żółciowego wspólnego	III
271.	Zespole nie 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.	Zespole nie trzustki	III
280.	Zespole nie przewodu trzustkowego	III
Serce		
281.	Zamknięta walwulotomia	IV

Lp.	Operacja chirurgiczna	Klasa
282.	Otwarta walwuloplastyka	III
283.	Wszechpienie zastawki aortalnej	II
284.	Wszechpienie zastawki mitralnej	II
285.	Wszechpienie zastawki płucnej	II
286.	Wszechpienie 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.	Wszechpienie sztucznego serca	I
306.	Wszechpienie systemu mechanicznego wspomaganie serca	IV
307.	Wszechpienie systemu stymulującego serce	V
308.	Wszechpienie kardiowertera/defibrylatora	V
309.	Wszechpienie 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 żyłne		
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.	Wewnątrznacyniowa operacja naprawcza gałęzi trzewnych aorty	IV
331.	Wewnątrznacyniowa operacja naprawcza tętnicy mózgowej	III
332.	Wewnątrznacyniowa 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.	Wewnątrznacyniowa 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.	Zeszywanie rany moczowodu	V
372.	Umocowanie moczowodu	V
373.	Operacja moczowodu objętego zwłóknieniem zaotrzewnowym	IV
374.	Operacja przeciwoodpływowa zewnątrzpęcherzowa	IV
375.	Uzupełnienie moczowodu wszczepem	V
376.	Proteżowanie 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 jedyne go jądra	V
418.	Wycięcie obu jąder jednocześnie	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 techtaczk	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 skórno-powięziowego	V
469.	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 załonowej	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 miazdżystego	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 rzepekę 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 CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI
DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI**



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.

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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK 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 wchodzi 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 określonej 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.

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 TRWAŁEGO USZCZERBKU
NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO
SPOWODOWANEGO ZAWAŁEM SERCA
LUB UDAREM MÓZGU**



DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU

Kod warunków: TZGP55

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 trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu, kod warunków: TZGP55 (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 trwałego uszczerbku na zdrowiu, który powstał w wyniku zawału serca lub udaru mózgu w okresie ochrony.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia zawału serca albo udaru mózgu.

Należy Ci się prawo do wypłaty świadczenia:

- jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między zawałem serca lub udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu,
- maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu z powodu jednego zawału serca lub 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, 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 okresie wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu,
- braku związku przyczynowo – skutkowego między zawałem serca lub udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu,
- 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, poczynawszy 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 trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu, kod warunków TZGP55 (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 7-9 pkt 27 pkt 28-40 pkt 41
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 6 pkt 24-25 pkt 26 pkt 41

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU



Kod OWU: TZGP55

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

OWU wchodzi 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) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – to nieodwracalne uszkodzenie strukturalne organu, narządu lub układu bądź też trwałe upośledzenie ich funkcji, które nie ulegnie poprawie pod wpływem leczenia ani rehabilitacji;
- 3) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 4) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do którego ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;

5) **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. Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu:

- a) w którym badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub
- b) który był leczony trombolitycznie.

Nasza ochrona 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;

6) **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.

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.

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 trwałego uszczerbku na zdrowiu, który powstał w wyniku zawału serca lub udaru mózgu w okresie ochrony.
5. W razie wystąpienia u Ciebie trwałego uszczerbku na zdrowiu, za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu wypłacimy świadczenie równe określone w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia zawału serca albo udaru mózgu.
6. Prawo do wypłaty świadczenia przysługuje:
 - 1) jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między zawałem serca lub udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu;
 - 2) maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu z powodu jednego zawału serca lub jednego udaru mózgu.

SUMA UBEZPIECZENIA

– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

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

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) sumy ubezpieczenia,
 - b) wysokości świadczenia,
 - c) 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 należy się wypłata

- 27. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

- 28. Jeśli wystąpi u Ciebie zawał serca lub udar mózgu, dostarcz nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu.
- 29. 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.
- 30. Możemy dodatkowo:
 - 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
 - 2) zlecić badania medyczne – jeśli będzie to potrzebne.
- 31. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
- 32. 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.
- 33. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.
- 34. Trwały uszczerbek na zdrowiu ustalamy, jeśli z medycznego punktu widzenia następstwa zawału serca lub udaru mózgu są trwałe i nie ulegną poprawie pod wpływem leczenia ani rehabilitacji, i wypłacamy pełną kwotę świadczenia.
- 35. Jeśli nie jest możliwe określenie ostatecznej wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu, ustalamy bezsporną część tego uszczerbku, czyli taką, która nie ulegnie zmianie bez względu na dalsze leczenie i rehabilitację i wypłacamy kwotę świadczenia, do której nie było żadnych wątpliwości. Oceny końcowej trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonujemy nie później niż na 24. miesiąc od wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
- 36. Zmiana wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu po 24 miesiącu od wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu nie jest podstawą do zmiany wysokości świadczenia.
- 37. Jeśli wskutek zawału serca lub udaru mózgu został uszkodzony organ, narząd lub układ, który był już wcześniej uszkodzony, to wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalamy jako różnicę pomiędzy stanem po zawale serca lub udarze mózgu a stanem istniejącym bezpośrednio przed zawałem serca lub udarem mózgu.
- 38. Wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalamy w oparciu o Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu. Tabela jest załącznikiem do OWU.
- 39. Gdy ustalamy wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie bierzemy pod uwagę rodzaju pracy ani czynności, jakie wykonujesz.
- 40. Pieniądze za trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu wypłacamy jednorazowo w pełnej należnej kwocie – z uwzględnieniem pkt 6 i 35.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

- 41.** 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
ZAGRANICZNA KONSULTACJA MEDYCZNA I USŁUGI
ASSISTANCE**



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.

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 ubezpiezonego 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 ubezpiezonego w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem zakończenia ochrony dla ubezpiezonego 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, poczynawszy 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 Rzecznika Finansowego” 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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

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 wchodzi 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 niesamodzielną** – 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 przeszłokrotnego 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 geriatry 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) **endarteriektoomia 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 (protezooplastyka)** – 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 ramiennie-łopatkowy. Odpowiadamy za takie uszkodzenie stożka rotatorów, które prowadzi do braku możliwości wykonania czynnych ruchów odwodzenia, rotacji wewnętrznej lub rotacji zewnętrznej stawu ramiennie-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 żółtaczką 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 pielęgniarstwa

26. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty dojazdu i honorarium pielęgniarstwa.
27. Opieka pielęgniarstwa na rzecz ubezpieczonego lub współubezpieczonego polega na wykonywaniu czynności:
 - 1) związanych z higieną i odżywianiem (bez przygotowywania posiłków);
 - 2) zabiegów pielęgniarstwa – 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 pielęgniarstwa 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 przewlekłe 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 ośmiodziesiętną 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) krtąń 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) syntezytor 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 masażyisty

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 masażyisty 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 masażyista uzna za konieczny.
64. Każda rozpoczęta godzina wizyty fizjoterapeuty lub masażyisty 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 pielęgniarstwa, 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.

KARENCA

– 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 opisanyymi 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 NA WYPADEK CIĘŻKIEJ
CHOROBY DZIECKA**



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.

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.

GLÓWNE 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 zgłosiła:
 - 1) w przypadku, gdy klientem jest osoba fizyczna – na piśmie, z tym że odpowiedź dostarczymy elektronicznie wyłącznie na wniosek klienta;
 - 2) w przypadku, gdy klientem jest inny podmiot niż wskazany w 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 zgłosiła 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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY 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 wchodzi 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 wsierdza, 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.

KARENCA

– 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 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 wsierdza**, które jest zapaleniem wsierdza spowodowanym przez zakażenie bakteryjne. Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie wsierdza, które wymagało hospitalizacji i dotyczyło własnych zastawek serca lub jam serca, bez obcego materiału i urządzeń medycznych. Rozpoznanie choroby potwierdzają badania mikrobiologiczne identyfikujące bakterie wywołujące zapalenie lub badania obrazowe bądź patomorfologiczne ujawniające uszkodzenie wsierdza;
- 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, czerwokrwinkowego i płytkotwórczego. Odpowiadamy wyłącznie za taką anemię aplastyczną, którą rozpoznano na podstawie oceny szpiku kostnego i w przebiegu której zastosowano leczenie immunosupresyjne, lub immunostymulację 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, ziarninaków, malformacji naczyniowych, krwawiaków 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 łączы 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
Konsultacje telemedyczne z zakresu	ortopedii dziecięcej		
	pediatrii		
	proktologii		
	psychologii		
	pulmonologii		
	pulmonologii dziecięcej		
	rehabilitacji medycznej		
	reumatologii		
	reumatologii dziecięcej		
	transplantologii		
	urologii		
	urologii dziecięcej		
	wenerologii		
	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)		
	kwask moczowy		
	kwask 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 przeciwwądrowe (ANA) – test ANA1		
	przeciwciała przeciwwądrowe (ANA)- test ANA2		
	przeciwciała przeciwwądrowe (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 przełyków)		
	USG miednicy małej – przez powłoki brzuszne		
	USG miednicy małej – przezodbytnicze (transrektalne, TRUS)		
	USG miednicy małej – przezpochwowe (transwaginalne, TV)		
	USG piersi		
	USG przeziemiączkowe 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) - przezprzetykowe		
	USG serca (echokardiografia ECHO) - z Dopplerem		
Tomografia komputerowa	kolonoskopia wirtualna (CT)		
	tomografia komputerowa głowy		
	tomografia komputerowa jamy brzusznej		
	tomografia komputerowa klatki piersiowej		
	tomografia komputerowa kości miednicy		
	tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego		
	tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego		
	tomografia komputerowa miednicy małej		
	tomografia komputerowa oczodołów		
	tomografia komputerowa przysadki mózgowej		
	tomografia komputerowa szyi		
	tomografia komputerowa układu moczowego (urografia CT)		
	rezonans magnetyczny głowy		
	rezonans magnetyczny jamy brzusznej		
Rezonans magnetyczny	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		
	anoskopia z pobraniem wycinków do badań histopatologicznych (nie obejmuje kosztu badania histopatologicznego)		
	kolonoskopia z pobraniem wycinków do badań histopatologicznych (nie obejmuje kosztu badania histopatologicznego)		
Badania endoskopowe	sigmoidoskopia z pobraniem wycinków do badań histopatologicznych (nie obejmuje kosztu badania histopatologicznego)		
	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 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.

1 badanie
– łączny limit
na wszystkie
wymienione
badania

Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.

	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 (elektroencefalografia) - badanie przewodnictwa w obwodowych nerwach ruchowych i czuciowych		
	ENG (elektroencefalografia) – 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)	1 badanie – łączny limit na wszystkie wymienione badania	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	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		
	zdzjęcie szwów		
Zabiegi i badania okulistyczne	badanie dna oka	5 zabiegów – łączny limit na wszystkie wymienione zabiegi	Z zabiegów możesz korzystać bez skierowania we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	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 szkielek korekcyjnych		
Zabiegi urologiczne	zakładanie cewników do pęcherza moczowego (bez kosztu cewnika)		
Zabiegi pielęgniarские	iniekcja - domięśniowa (bez kosztu produktu leczniczego)	10 zabiegów – łączny limit na wszystkie wymienione zabiegi	Z zabiegów pielęgniarских 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 ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO
SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM**



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 zgłosiła:
 - 1) w przypadku, gdy klientem jest osoba fizyczna – na piśmie, z tym że odpowiedź dostarczymy elektronicznie wyłącznie na wniosek klienta;

- 2) w przypadku, gdy klientem jest inny podmiot niż wskazany w 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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

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



Kod OWU: 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 wchodzi 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 TRWAŁEGO USZCZERBKU
NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO
SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM**



DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Kod warunków: TUGP55

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 trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków: TUGP55 (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 trwałego uszczerbku na zdrowiu, który powstał w wyniku nieszczęśliwego wypadku w okresie ochrony.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.

Należy Ci się prawo do wypłaty świadczenia:

- jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu,
- maksymalnie za 100% trwałego 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.

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 czasie wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu,
- braku związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym 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 lub środków zastępczych 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, 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 trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków TUGP55 (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 10-12 pkt 30 pkt 31-43 pkt 44
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 6 pkt 7-9 pkt 27-28 pkt 29 pkt 44

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

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



Kod OWU: TUGP55

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

OWU wchodzi 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) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – to nieodwracalne uszkodzenie strukturalne organu, narządu lub układu bądź też trwałe upośledzenie ich funkcji, które nie ulegnie poprawie pod wpływem leczenia ani rehabilitacji;
 - 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 wystąpienie u Ciebie trwałego uszczerbku na zdrowiu, który powstał w wyniku nieszczęśliwego wypadku w okresie ochrony.
5. W razie wystąpienia u Ciebie trwałego uszczerbku na zdrowiu, za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu wypłacimy świadczenie równe określone w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.
6. Prawo do wypłaty świadczenia przysługuje:
 - 1) jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu;
 - 2) maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu z powodu jednego nieszczęśliwego wypadku.

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 trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego 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 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;
 - 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 ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
 - 9) ponieważ ubezpieczony uprawiał sport wyczynowo.
- 9. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego 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

- 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 Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

31. Jeśli wystąpi u Ciebie trwały uszczerbek na zdrowiu, dostarcz nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie trwałego uszczerbku 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.
37. Trwały uszczerbek na zdrowiu ustalamy, jeśli z medycznego punktu widzenia następstwa nieszczęśliwego wypadku są trwałe i nie ulegną poprawie pod wpływem leczenia ani rehabilitacji i wypłacamy pełną kwotę świadczenia.
38. Jeśli nie jest możliwe określenie ostatecznej wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu, ustalamy bezsporną część tego uszczerbku, czyli taką, która nie ulegnie zmianie bez względu na dalsze leczenie i rehabilitację i wypłacamy kwotę świadczenia, do której nie było żadnych wątpliwości. Oceny końcowej trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonujemy nie później niż na 24 miesiące od wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.
39. Zmiana wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu po 24 miesiącu od wystąpienia nieszczęśliwego wypadku nie jest podstawą do zmiany wysokości świadczenia.
40. Jeśli wskutek nieszczęśliwego wypadku został uszkodzony organ, narząd lub układ, który był już wcześniej uszkodzony, to wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalamy jako różnicę pomiędzy stanem po nieszczęśliwym wypadku a stanem istniejącym bezpośrednio przed nieszczęśliwym wypadkiem.
41. Wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalamy w oparciu o Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu. Tabela jest załącznikiem do OWU.
42. Gdy ustalamy wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie bierzemy pod uwagę rodzaju pracy ani czynności, jakie wykonujesz.
43. Pieniądze za trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem wypłacamy jednorazowo w pełnej należnej kwocie – z uwzględnieniem pkt 6 i 38.

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
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO
SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu

	Procent uszczerbku na zdrowiu
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
a) uszkodzenie powłok czaszki – w zależności od rozmiaru, ruchomości, tkliwości blizn itp.	1–10
Pozbawienie owłosienia (w zależności od obszaru):	
b) poniżej 25% powierzchni skóry owłosionej	1–10
c) od 25% do 75% powierzchni skóry owłosionej	11–20
d) powyżej 75% powierzchni skóry owłosionej	21–30
UWAGA: W przypadku uzupełnienia ubytku skóry owłosionej przeszczepem skóry oraz odtworzenia własnego owłosienia należy oceniać wg punktu 1 a. W przypadku skutecznej replantacji skalpu oceniać wg punktu 1a.	
2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (wgłobienia, szczeliny, fragmentacja) – w zależności od rozległości uszkodzeń:	
a) bez wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego	1–10
b) z nawracającym płynotokiem nosowym i/lub usznym	10–30
3. Ubytki w kościach sklepienia czaszki o łącznej powierzchni – w zależności od rozmiarów:	
a) poniżej 10 cm ²	1–10
b) od 10 do 50 cm ²	11–15
c) powyżej 50 cm ²	16–25
UWAGA: Jeżeli powstały ubytek kości został uzupełniony operacją plastyczną z dobrym efektem, odsetek trwałego uszczerbku na zdrowiu oceniony za pierwotny ubytek – należy zmniejszyć o połowę. Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), należy osobno oceniać stopień uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości wg poz. 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki wg poz. 1.	
4. Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepcowej leczonej operacyjnie, przepukliny mózgowej – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań:	1–25
5. Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego:	
a) porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0–1° wg skali Lovette’a	100
b) głęboki niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych znacznie utrudniający sprawność kończyn 2° lub 2/3° wg skali Lovette’a	60–80
c) średniego stopnia niedowład połowiczy lub niedowład obu kończyn dolnych 3° lub 3/4° wg skali Lovette’a	40–60
d) nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych 4° lub 4/5° wg skali Lovette’a	10–40
e) porażenie kończyny górnej 0–1° wg skali Lovette’a z niedowładem kończyny dolnej 3–4° wg skali Lovette’a:	
prawej	70–90
lewej	60–80
f) niedowład kończyny górnej 3–4° wg skali Lovette’a z porażeniem kończyny dolnej 0–1° wg skali Lovette’a:	
prawej	70–90
lewej	60–80

	Procent uszczerbku na zdrowiu
g) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 0–1° wg skali Lovette'a:	
prawa	40–50
lewa	30–40
h) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 2°–2/3° wg skali Lovette'a:	
prawa	30–40
lewa	25–30
i) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 3–4° wg skali Lovette'a:	
prawa	10–30
lewa	5–20
j) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 0° wg skali Lovette'a:	50
k) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 1–2° wg skali Lovette'a:	30–50
l) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 3–4° wg skali Lovette'a	10–30

UWAGA:

W przypadku współistnienia zaburzeń mowy o typie afazji oceniać dodatkowo wg punktu 11, uwzględniając, że całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%.

W przypadku współistnienia deficytu ruchowego z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9. W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi, należy oceniać wg punktu 5 g oddzielnie dla każdej kończyny.

SKALA LOVETTE'A

0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej, 1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 10% prawidłowej siły mięśniowej,

2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 25% prawidłowej siły mięśniowej,

3° – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej,

4° – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 75% prawidłowej siły mięśniowej

5° – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej

6. Izolowane zespoły pozapiramidowe:

a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100
b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, itp.	40–80
c) zaznaczony zespół pozapiramidowy	5–30

7. Zaburzenia równowagi i inne poza niedowładem zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria, inne objawy zespołu mózdkowego) pochodzenia mózgowego:

a) uniemożliwiające chodzenie	100
b) utrudniające w dużym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	50–80
c) utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	10–40
d) utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową	1–10

8. Padaczka jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu:

a) padaczka z bardzo częstymi napadami – 3 napady w tygodniu i więcej	50–60
b) padaczka z napadami – powyżej 2 na miesiąc	30–50
c) padaczka z napadami – 2 i mniej na miesiąc	10–30
d) padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	1–10

UWAGA:

Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja z przebiegu leczenia, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego.

W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9.

9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych:

a) ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne uniemożliwiające samodzielną egzystencję	80–100
b) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym	50–80
c) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu	30–50
d) encefalopatia z niewielkimi zmianami charakterologicznymi i/lub niewielkim deficytem neurologicznym	10–30

UWAGA:

Rozpoznanie encefalopatii powinno być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym, udokumentowane badaniem psychiatrycznym, psychologicznym i neurologicznym oraz zmiany w obrazie EEG, TK lub NMR.

10. Nerwice i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych lub po ciężkim uszkodzeniu ciała:

a) skargi subiektywne związane z urazem głowy lub z ciężkim uszkodzeniem innych części ciała w zależności od stopnia zaburzeń (nawracające bóle i zawroty głowy, męczliwość, nadpobudliwość, osłabienie pamięci, trudności w skupieniu uwagi, bezsenność itp.)	1–5
b) zespół stresu pourazowego, utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym lub po ciężkim uszkodzeniu ciała – w zależności od stopnia zaburzeń, wymagające stałego leczenia psychiatrycznego	5–20

11. Zaburzenia mowy:

a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agafią i aleksją	100
b) afazja całkowita motoryczna	60
c) afazja średniego i znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	20–40
d) afazja nieznacznego stopnia	10–20

12. Zespoły podwzgórzowe i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):

a) znacznie upośledzające czynność ustroju	40–60
b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20–30

13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:

a) z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	20–35
b) z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	10–20
c) z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	5–15
d) zaburzenia akomodacji lub inne zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka	1–15

14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia:

a) czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)	1–10
b) ruchowe	1–10
c) czuciowo-ruchowe	5–20

	Procent uszczerbku na zdrowiu
15. Uszkodzenie nerwu twarzowego:	
a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki	20
b) obwodowe częściowe w zależności od nasilenia dolegliwości	5–15
c) izolowane uszkodzenie centralne	5–10
UWAGA: Współistnienie uszkodzenia nerwu twarzowego z pęknięciem kości skalistej oceniać wg poz. 48. Uszkodzenie centralne nerwu twarzowego współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu oceniać wg punktu 5 lub 9.	
16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego:	
a) niewielkiego stopnia	5–10
b) średniego stopnia	10–25
c) dużego stopnia	25–50
17. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	3–15
18. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	5–20
UWAGA: Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu, należy oceniać wg punktu 9.	
19. Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki):	
a) oszpecaenia bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	1–10
b) oszpecaenia z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	5–30
c) oszpecaenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	30–60
20. Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, uszkodzenia chrząstki, ubytki części miękkich):	
a) uszkodzenia nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia – blizny i/lub niewielkie zniekształcenie nosa	1–5
b) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania – znacznego stopnia deformacja nosa lub utrata części nosa	5–15
c) uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia – w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu	15–20
d) utrata lub zaburzenia powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki:	1–5
e) utrata znacznej części nosa lub utrata całkowita (łącznie z kością nosa)	20–30
UWAGA: O ile znacznej deformacji nosa towarzyszą blizny nosa, oceniać łącznie wg punktu 20. O ile uszkodzenie nosa, warg, powiek wchodzi w zespół uszkodzeń objętych punktem 19, należy stosować ocenę wg tego punktu (tj. wg punktu 19).	
21. Uszkodzenia w obrębie zębów:	
a) utrata częściowa korony zęba bez uszkodzeń miazgi – siekacze lub kły	1
b) utrata częściowa korony zęba bez uszkodzeń miazgi – pozostałe zęby	0,5

	Procent uszczerbku na zdrowiu
c) utrata częściowa korony zęba z uszkodzeniem miazgi – siekacze lub kły	1,5
d) utrata częściowa korony zęba z uszkodzeniem miazgi – pozostałe zęby	1
e) całkowita utrata korony zęba z zachowaniem korzenia – siekacze lub kły	2
f) całkowita utrata korony zęba z zachowaniem korzenia – pozostałe zęby	1,5
g) całkowita utrata zęba – siekacze lub kły	3
h) całkowita utrata zęba – pozostałe zęby	2
i) pourazowe rozchwianie zęba	0,5

22. Uszkodzenia (złamania, zwichnięcia) kości oczodołu, szczęki, kości jarzmowej, żuchwy, stawu skroniowo-żuchwowego – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, niesymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, rozwierania jamy ustnej, zaburzeń czucia:

a) nieznacznego stopnia	1–5
b) średniego stopnia	5–10
c) znacznego stopnia	10–25

UWAGA:

W przypadku urazu oczodołu z dwojeniem obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku należy oceniać dodatkowo wg punktu 26 b, w przypadku zaburzeń ostrości wzroku według tabeli 26 a.

W przypadku pojawienia się dużych deficytów neurologicznych dotyczących unerwienia twarzy orzekać dodatkowo z punktu właściwego dla danego nerwu.

Jeżeli uszkodzeniom kości twarzoczaszki towarzyszy oszpecenie, oceniać jedynie wg punktu 19.

W przypadku złamania żuchwy z innymi kośćmi twarzoczaszki, następstwa uszkodzeń żuchwy oceniać oddzielnie od złamania pozostałych kości twarzoczaszki – dodatkowo z punktu 22 lub 23.

23. Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów – w zależności od wielkości ubytków, oszpecenia i powikłań:

a) częściowa	15–35
b) całkowita	40–50

24. Ubytek podniebienia:

a) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	10–25
b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	25–40

25. Urazy języka, przedsionka jamy ustnej, warg, ubytki – w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, zaburzeń mowy, trudności w połykaniu:

a) uszkodzenie języka, uszkodzenia przedsionka jamy ustnej, warg w zależności od wielkości uszkodzeń – zmiany i ubytki niewielkiego stopnia	1–5
b) ubytki języka, uszkodzenia przedsionka jamy ustnej i warg – zmiany i ubytki średniego stopnia upośledzające odżywianie	5–15
c) duże zmiany i ubytki języka – upośledzające mowę i odżywianie w zależności od stopnia	15–40
d) całkowita utrata języka	50

B. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

	Procent uszczerbku na zdrowiu
--	-------------------------------

26. Obniżenie ostrości wzroku bądź utrata jednego lub obu oczu:

- a) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obu oczu trwałe uszczerbek ocenia się wg tabeli 26 a

TABELA 26A

Ostrość wzroku oka prawego	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
Ostrość wzroku oka lewego	Procent trwałego uszczerbku										
1,0 (10/10)	0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35
0,9 (9/10)	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40
0,8 (8/10)	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45
0,7 (7/10)	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50
0,6 (6/10)	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0,5 (5/10)	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0,4 (4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0,3 (3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0,2 (2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0,1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

	Procent uszczerbku na zdrowiu
b) dwojenie obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku	1–10
c) utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wytuszczeniem gałki ocznej	38

UWAGA:

Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.

Wartość uszczerbku w punkcie 26 c obejmuje również oszpecenie związane z wytuszczeniem gałki ocznej.

27. Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:

a) jednego oka	15
b) obu oczu	30

UWAGA:

W przypadku pseudosoczewkowatości bez zaburzeń ostrości wzroku oceniać wg punktu 27, w przypadku niedających się skorygować zaburzeń ostrości wzroku wg punktu 34.

28. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:

a) z zaburzeniami ostrości wzroku	wg tabeli 26A
b) z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej, blizny rogówki – bez zaburzeń ostrości wzroku	1–5

29. Uszkodzenie gałki ocznej – wskutek urazów drążących oraz nieusunięte ciało obce oczodołu:

a) z zaburzeniami ostrości wzroku	wg tabeli 26A
b) z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej, blizny rogówki – bez zaburzeń ostrości wzroku	1–5

	Procent uszczerbku na zdrowiu
c) nieusunięte ciało obce wewnątrzgałkowe z obniżeniem ostrości wzroku	wg tabeli 26A + 10%
d) nieusunięte ciało obce wewnątrzgałkowe bez obniżenia ostrości wzroku	10
e) nieusunięte ciało obce oczodołu	1–5
30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:	
a) w zależności od zaburzeń ostrości wzroku	wg tabeli 26A
b) bez zaburzeń ostrości wzroku	1–5
31. Koncentryczne zwężenie pola widzenia oceniać wg poniższej tabeli 31 w zależności od – mniej lub bardziej korzystnej lokalizacji zwężenia pola widzenia.	

TABELA 31

Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepcie drugiego oka
60°	0	0	20–35%
50°	1–5%	10–15%	35–45%
40°	5–10%	15–25%	45–55%
30°	10–15%	25–50%	55–70%
20°	15–20%	50–80%	70–85%
10°	20–25%	80–90%	85–95%
poniżej 10°	25–35%	90–95%	95–100%

32. Połowicze i inne niedowidzenia:	
a) dwuskroniowe	60
b) dwunosowe	30
c) jednoimienne	30
d) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	1–5
33. Bezsoczewkowość bez współistnienia zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:	
a) w jednym oku	25
b) w obu oczach	40

UWAGA:

W przypadku gdy współistnieją niedające się skorygować zaburzenia ostrości wzroku, ocenia się dodatkowo wg tabeli 26 a z ograniczeniem do 35% dla jednego oka i 100% za oba oczy.

34. Pseudosoczewkowość przy współistnieniu niepoddających się korekcji zaburzeń ostrości wzroku:	
a) w jednym oku	wg tabeli 26 a w granicach 15–35
b) w obu oczach	wg tabeli 26 a w granicach 30–100
35. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie) – w zależności od stopnia i natężenia:	
a) w jednym oku	5–10
b) w obu oczach	10–15
36. Odwarstwienie siatkówki jednego oka – oceniać wg tabeli 26a i 31 nie mniej niż:	15

	Procent uszczerbku na zdrowiu
37. Jaskra:	
a) bez zaburzeń pola widzenia i ostrości wzroku	2
b) z zaburzeniem pola widzenia i ostrości wzroku oceniać wg tabeli ostrości wzroku (poz. 26 a) oraz tabeli koncentrycznego zwężenia pola widzenia (poz. 31), z tym zastrzeżeniem, że ogólny procent uszczerbku nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oba oczy	
38. Wytrzeszcz tęczniący – w zależności od stopnia:	50–100
39. Zaćma urazowa — oceniać wg tabeli ostrości wzroku (poz. 26 a).	
40. Przewlekłe zapalenie spojówek, uszkodzenia powiek (oparzenia, urazy itp.):	
a) niewielkie zmiany	1–5
b) duże zmiany, blizny i zrosty powiek powodujące niedomykalność	5–10
UWAGA: Suma orzeczonego uszczerbku na zdrowiu z tytułu uszkodzeń poszczególnych struktur oka nie może przekroczyć wartości uszczerbku przewidzianej za całkowitą utratę wzroku w jednym oku (35%) lub w obu oczach (100%). Jeżeli uraz powiek wchodzi w skład uszkodzeń innych części twarzy, oceniać według punktu 19 lub 22.	

C. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

	Procent uszczerbku na zdrowiu
--	-------------------------------

41. Upośledzenie ostrości słuchu:

- a) Przy upośledzeniu ostrości słuchu trwały uszczerbek ocenia się wg niżej podanej tabeli:

TABELA 41 A

Obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosera (w mod.)

Ucho prawe Ucho lewe	0-25 dB	26-40 dB	41-70 dB	Pow. 70 dB
0–25 dB	0	5%	10%	20%
26–40 dB	5%	15%	20%	30%
41–70 dB	10%	20%	30%	40%
pow. 70 dB	20%	30%	40%	50%

UWAGA:

Oblicza się oddzielnie średnią dla ucha prawego i lewego, biorąc pod uwagę częstotliwości dla 500, 1000 i 2000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z czterech progów : 500, 1000, 2000 i 4000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ale próg słyszalności dla 4000 Hz jest lepszy niż dla 2000 Hz, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z trzech progów 500, 1000, 4000 Hz.

b) pourazowe szumy uszne – w zależności od stopnia nasilenia	1–5
--	-----

UWAGA:

Jeżeli szum uszny towarzyszy deficytowi słuchu, należy oceniać wyłącznie według tabeli 41 a, natomiast jeżeli towarzyszy zaburzeniom równowagi, to oceniać wg punktu 47.

42. Urazy małżowiny usznej:

a) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia) lub utrata części małżowiny – w zależności od stopnia uszkodzeń	1–10
b) całkowita utrata jednej małżowiny	15
c) całkowita utrata obu małżowin	30

	Procent uszczerbku na zdrowiu
43. Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego – jednostronne lub obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu:	oceniać wg tabeli 41A
44. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:	
a) jednostronne	5
b) obustronne	10
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – w zależności od stopnia powikłań:	
a) jednostronne	5–15
b) obustronne	10–20
46. Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych:	
a) bez upośledzenia słuchu, w zależności od blizn, zniekształceń	1–5
b) z upośledzeniem słuchu	Oceniać wg tabeli 41A
47. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:	
a) z uszkodzeniem części słuchowej	Oceniać wg tabeli 41A
b) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi)	1–20
c) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, zaburzenia równowagi utrudniające poruszanie się, nudności, wymioty)	20–50
d) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	30–60
48. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:	
a) jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia	10–25
b) dwustronne	25–60

D. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU

	Procent uszczerbku na zdrowiu
49. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji:	5–10
50. Uszkodzenie lub zwężenie krtani, uszkodzenie nerwów krtaniowych, pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) niewielka okresowa duszność, chrypka	5–10
b) świst krtaniowy, duszność przy umiarkowanych wysiłkach, zachłystywanie się	10–30
51. Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej:	
a) z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia	35–50
b) z bezgłosem	60
52. Uszkodzenie tchawicy – w zależności od stopnia jej zwężenia:	
a) bez niewydolności oddechowej	1–10
b) duszność w trakcie wysiłku fizycznego	10–20
c) duszność w trakcie chodzenia po poziomym odcinku drogi wymagająca okresowego zatrzymania się w celu nabrania powietrza	20–40
d) duże zwężenie potwierdzone badaniem bronchoskopowym z dusznością spoczynkową	40–60
53. Uszkodzenie przełyku:	
a) ze zwężeniem bez zaburzeń w odżywianiu	1–5

	Procent uszczerbku na zdrowiu
b) z częściowymi trudnościami w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	5–30
c) odżywianie tylko płynami	50
d) całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	80

54. Uszkodzenie tkanek miękkich skóry, mięśni, naczyń – w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy:

a) zmiany niewielkiego stopnia	1–5
b) zmiany średniego stopnia	5–15
c) rozległe blizny, w znacznym stopniu ograniczona ruchomość szyi z niesymetrycznym ustawieniem głowy	15–30

UWAGA:

Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego oceniać wg punktu 89.

E. USZKODZENIA KŁATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA

	Procent uszczerbku na zdrowiu
55. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu – w zależności od zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:	
a) zniekształcenia, ubytki i blizny nieograniczające ruchomości klatki piersiowej	1–5
b) mierne ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe z niewielkim zmniejszeniem wydolności oddechowej	5–10
c) średniego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe ze średnim zmniejszeniem wydolności oddechowej	10–25
d) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, rozległe ściągające blizny, duże ubytki mięśniowe ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	25–40

UWAGA:

Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.

56. Utrata brodawki:

a) częściowa w zależności od rozległości blizn	1–10
b) całkowita utrata brodawki – w zależności od płci i wieku	10–15

UWAGA:

Stopień uszczerbku na zdrowiu po całkowitej utracie brodawki oceniać również wg przewidywanej utraty funkcji.

57. Uszkodzenie lub utrata sutka w zależności od wielkości ubytków i blizn:

a) częściowe uszkodzenie lub częściowa utrata w zależności od wielkości ubytku	5–15
b) całkowita utrata sutka – w zależności od płci i wieku	20–25
c) utrata sutka z częścią mięśnia piersiowego w zależności od płci i wieku	30–35

UWAGA:

Stopień uszczerbku na zdrowiu po całkowitej utracie sutka oceniać również wg przewidywanej utraty funkcji.

58. Złamania żeber:

a) żebra – bez zniekształceń	1
b) żeber – bez zniekształceń, bez zmniejszenia wydolności oddechowej	2–5
c) żebra lub żeber z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia wydolności oddechowej	2–10
d) złamania żeber z miernym ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – z niewielkiego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	5–10

	Procent uszczerbku na zdrowiu
e) złamania żeber ze średniego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – ze średniego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	10–25
f) złamania żeber ze znacznego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej, ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	25–40

UWAGA:

Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.

59. Złamanie mostka:

a) bez zniekształceń	1–3
b) z obecnością zniekształceń	3–10
60. Złamania żeber lub mostka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami – ocenia się wg poz. 58–59, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o:	1–15

61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):

a) uszkodzenie płuc i opłucnej bez cech niewydolności oddechowej	1–5
b) z objawami niewydolności oddechowej niewielkiego stopnia	5–10
c) z objawami niewydolności oddechowej średniego stopnia	10–25
d) z niewydolnością oddechową znacznego stopnia	25–40
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc – w zależności od stopnia niewydolności oddechowej:	40–80

UWAGA:

Przy ocenie wg punktów 55, 58, 61 i 62 poza badaniem rentgenowskim, uszkodzenia tkanki płucnej i stopnie niewydolności oddechowej muszą być potwierdzone badaniem spirometrycznym i/lub badaniem gazometrycznym.

W przypadku gdy następstwa obrażeń klatki piersiowej są oceniane z kilku punktów tabeli, a niewydolność oddechowa towarzyszy tym następstwom, trwały uszczerbek na zdrowiu wynikający ze stopnia niewydolności oddechowej ustala się wyłącznie w oparciu o jeden z tych punktów.

STOPNIE UPOŚLEDZENIA WYDOLNOŚCI ODDECHOWEJ:

- niewielkiego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 70–80%, FEV1 70–80%, FEV1%VC – 70–80% – w odniesieniu do wartości należnych,
- średniego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 50–70%, FEV1 50–70%, FEV1%VC 50–70% – w odniesieniu do wartości należnych,
- znaczne zmniejszenie wydolności oddechowej – VC poniżej 50%, FEV1 poniżej 50%, FEV1%VC poniżej 50% – w odniesieniu do wartości należnych.

	Procent uszczerbku na zdrowiu
63. Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a) z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	5–10
b) I klasa NYHA, EF 50–55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości	10–20
c) II klasa NYHA, EF 45%–55% 7–10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	20–40
d) III klasa NYHA, EF 35%–45%, 5–7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	40–60
e) IV klasa NYHA, EF <35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	60–90

UWAGA:

Stopień wydolności układu krążenia musi być oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych podpunktów muszą być spełnione co najmniej dwa kryteria.

KLASYFIKACJA NYHA – KLASYFIKACJA NOWOJORSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO WYRÓŻNIA NASTĘPUJĄCE STANY CZYNNOŚCIOWE SERCA:

Klasa I.	Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.
Klasa II.	Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.
Klasa III.	Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.
Klasa IV.	Choroba serca, która przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.

DEFINICJA EF – FRAKCJA WYRZUTOWA LEWEJ KOMORY:

Fracja wyrzutowa lewej komory – ilość krwi wypływająca z lewej komory do układu krążenia podczas skurczu serca.

Fracja wyrzutowa jest zwykle wyrażana w procentach jako stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Fracja wyrzutowa określa zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności serca.

W przypadku choroby serca prowadzącej do jego niewydolności, frakcja wyrzutowa wynosi zwykle poniżej 50%.

DEFINICJA RÓWNOWAŻNIKA METABOLICZNEGO – MET, STOSOWANEGO PRZY OCENIE PRÓBY WYSIŁKOWEJ:

MET-y (MET – równoważnik metaboliczny jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu, ok. 3,5 ml tlenu na kilogram masy ciała na minutę) uzyskuje się, dzieląc objętość tlenu (w ml/min) przez iloczyn: masy ciała (w kg) x 3,5. Liczbę 3,5 przyjmuje się jako wartość odpowiadającą zużyciu tlenu w spoczynku i wyraża w mililitrach tlenu na kilogram masy ciała na minutę.

	Procent uszczerbku na zdrowiu
64. Uszkodzenia przepony – rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia:	
a) bez zaburzeń funkcji – np. po leczeniu operacyjnym	1–5
b) zaburzenia niewielkiego stopnia	5–10
c) zaburzenia średniego stopnia	10–20
d) zaburzenia dużego stopnia	20–40

F. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA

	Procent uszczerbku na zdrowiu
65. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki, blizny itp.), okolicy lędźwiowej i krzyżowej – w zależności od charakteru blizn, ubytków, umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia:	
a) blizny, niewielkie ubytki tkanek	1–5
b) rozległe przerośnięte, ściągające blizny, ubytki mięśniowe, przetrwałe przepukliny	5–15
c) przetoki	15–30

UWAGA:

Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych).

Nie podlegają orzekaniu przy ustalaniu następstw nieszczęśliwego wypadku przepukliny, do ujawnienia których doszło w wyniku wysiłku fizycznego lub dźwignięcia ciężaru.

66. Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:	
a) bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	1–5
b) z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywiania	5–15
c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywiania	5–40

	Procent uszczerbku na zdrowiu
d) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – odżywianie jedynie pozajelitowe	50
67. Przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od możliwości zaopatrzenia sprzętem stomijnym i miejscowych powikłań przetoki:	
a) jelita cienkiego	30–80
b) jelita grubego	20–70
68. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy niepowodujące upośledzenia funkcji innych narządów w zależności od rozległości uszkodzenia naczyń:	1–10
69. Uszkodzenie odbytu, zwieracza odbytu:	
a) blizny, zwężenia, niewielkie dolegliwości	1–5
b) powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70. Uszkodzenia odbytnicy:	
a) pełnościennne uszkodzenie – bez zaburzeń funkcji	1–5
b) wypadanie błony śluzowej	5–10
c) wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania	10–30
71. Uszkodzenia śledziony:	
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata u osób powyżej 18 roku życia	15
d) utrata u osób poniżej 18 roku	20
72. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki – w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:	
a) bez zaburzeń funkcjonalnych, utrata pęcherzyka żółciowego	1–5
b) zaburzenia czynności wątroby w stopniu A wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	5–15
c) zaburzenia czynności wątroby w stopniu B wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	15–40
d) zaburzenia czynności wątroby w stopniu C wg Childa-Pugha, ciężkie zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki	20–60
UWAGA: Przetokę trzustkową oceniać wg ilości wydzielanej treści, stopnia wydolności zewnątrzwydzielniczej oraz zmian wtórnych powłok jamy brzusznej wg punktu 72 b–d. Przetokę żółciową oceniać wg ilości wydzielanej treści oraz zmian wtórnych powłok brzusznych wg punktu 72 b–d. Zwężenia dróg żółciowych orzekać wg częstości nawrotów zapalen dróg żółciowych oraz zmian wtórnych w wątrobie wg punktu 72 b–d.	

KLASYFIKACJA CHILDA-PUGHA – W ODNIESIENIU DO WARTOŚCI NALEŻNYCH

Parametr	Liczba punktów		
	1	2	3
Albumina (g/dl) w sur.	>3,5	2,8–3,5	<2,8
Bilirubina (umol/l) w sur.	<25	25–40	>40

Czas protrombinowy (sek. ponad normę)	<4	4–6	>6
Wodobrzusze	brak	niewielkie	nasilone
Nasilenie encefalopatii	brak	I–II°	III–IV°

GRUPA A – 5–6 pkt, GRUPA B – 7–9 pkt, GRUPA C – 10–15 pkt

G. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH

	Procent uszczerbku na zdrowiu
73. Uszkodzenie nerek:	
a) uszkodzenie nerki bez zaburzeń funkcji (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	1–5
b) uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	10–25
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej:	35
75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki:	40–75
76. Uszkodzenie moczowodu, powodujące zwężenie jego światła:	
a) niepowodujące zaburzeń funkcji	1–5
b) z zaburzeniem funkcji układu moczowego	5–20
77. Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych:	
a) bez zaburzeń funkcji	1–5
b) niewielkiego i średniego stopnia zaburzenia funkcji	5–15
c) znacznego stopnia zaburzenia funkcji	15–30
78. Przetoki górnych dróg moczowych, pęcherza moczowego i cewki moczowej:	
a) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu średnim	10–25
b) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu znacznym	25–50
79. Zwężenia cewki moczowej:	
a) powodujące trudności w oddawaniu moczu, bez nawracających zakażeń	5–15
b) z nawracającymi zakażeniami	15–30
c) z nietrzymaniem moczu lub zaleganiem moczu	30–75
UWAGA: Stopień zaburzeń w oddawaniu moczu powinien być potwierdzony badaniami urodynamicznymi.	
80. Utrata prącia:	40
81. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji:	5–30
82. Uszkodzenie lub utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w pozostałych punktach tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:	5–20
83. Utrata obu jąder lub obu jajników:	40

	Procent uszczerbku na zdrowiu
84. Pourazowy wodniak jądra:	
a) wyleczony operacyjnie	2
b) w zależności od nasilenia zmian	2–10
85. Utrata lub uszkodzenie macicy:	
a) uszkodzenie lub częściowa utrata	5–20
b) utrata w wieku do 50 lat	40
c) utrata w wieku powyżej 50 lat	20
86. Uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy, pośladków:	
a) blizny, ubytki, deformacje	1–10
b) wypadanie pochwy	5–10
c) wypadanie pochwy i macicy	30

H. OSTRE ZATRUCIA, NAGŁE DZIAŁANIA CZYNNIKÓW CHEMICZNYCH, FIZYCZNYCH I BIOLOGICZNYCH

	Procent uszczerbku na zdrowiu
87. Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami i produktami chemicznymi:	
a) ze stwierdzoną utratą przytomności, obserwacją szpitalną, lecz bez trwałych wtórnych powikłań	1–5
b) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu średnim	10–20
c) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według pozycji odpowiednich dla danego narządu lub układu.	
d) uszkodzenie układu krwiotwórczego	15–25
88. Inne następstwa zatruc oraz ogólne następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych (porażenia prądem, porażenia piorunem, następstwa ukąszeń) – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) ze stwierdzoną utratą przytomności, obserwacją szpitalną, lecz bez trwałych wtórnych powikłań	1–5
b) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu średnim	5–15
c) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według pozycji odpowiednich dla danego narządu lub układu	

UWAGA:

Uszkodzenie wzroku i słuchu oceniać wg odpowiednich tabel 26 a, 31, 41.

Miejscowe następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych oceniać według punktów odpowiednich dla danej okolicy ciała.

I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA

	Procent uszczerbku na zdrowiu
89. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a) skręcenie, stłuczenie, niewielkie uszkodzenie aparatu więzadłowego – z przemieszczeniem kręgów poniżej 3 mm lub niestabilność kątowa poniżej 12° – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	1–5

	Procent uszczerbku na zdrowiu
b) ze złamaniem blaszki granicznej lub kompresją trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie średniego stopnia, podwichnięcie (potwierdzone czynnościowymi badaniami RTG), stan po usunięciu jądra miażdżystego, usztywnienie operacyjne – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	5–15
c) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie dużego stopnia, zwichnięcie, usztywnienie operacyjne – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	15–40
d) całkowite zeszczywnienie z niekorzystnym ustawieniem głowy	50

UWAGA:

Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miażdżystego – oceniać według punktu 89 b lub c w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości.

Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa szyjnego jest zespół bólowy korzeniowy, orzekać wyłącznie według pozycji 95.

90. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1–Th11):

a) złamanie blaszki granicznej lub kompresja trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie średniego stopnia, stan po usunięciu jądra miażdżystego – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	1–10
b) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie dużego stopnia, zwichnięcie, usztywnienie operacyjne – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	10–20
c) całkowite zeszczywnienie – w zależności od ustawienia kręgosłupa	20–30

UWAGA:

Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miażdżystego – oceniać według punktu 90 b lub c w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości.

91. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym i lędźwiowym (Th12–L5):

a) skręcenie, stłuczenie, z niewielkim uszkodzeniem aparatu więzadłowego – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	1–5
b) złamanie blaszki granicznej lub kompresja trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie średniego stopnia, stan po usunięciu jądra miażdżystego – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	5–15
c) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie dużego stopnia, zwichnięcie, usztywnienie operacyjne – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	15–30
d) zeszczywnienie – w zależności od ustawienia kręgosłupa	30–40

UWAGA:

Jeżeli złamaniu Th12 towarzyszy złamanie sąsiedniego kręgu w odcinku piersiowym, oceniać według punktu 91 tabeli.

Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miażdżystego oceniać według punktu 91 b lub c w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości.

Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa lędźwiowego jest zespół bólowy korzeniowy, oceniać wyłącznie według punktu 95.

Kręgozmyk rzekomy (zwyrondnieniowy) i prawdziwy (na tle kręgoszczeliny) nie jest traktowany jako następstwo nieszczęśliwego wypadku.

92. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych lub ościstych kręgu, kości guzicznej:

a) złamanie jednego wyrostka poprzecznego lub ościstego kręgu, złamanie kości guzicznej	1–2
b) mnogie złamanie wyrostków poprzecznych lub ościstych kręgów (w zależności od liczby, stopnia przemieszczenia i ograniczenia ruchomości kręgosłupa)	2–10

UWAGA:

W przypadku istnienia zespołu bólowego guzicznego

w związku ze stłuczeniem lub złamaniem kości guzicznej oceniać wyłącznie wg punktu 95 h.

	Procent uszczerbku na zdrowiu
93. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych) itp. – ocenia się wg poz. 89–92, zwiększając stopień uszczerbku o:	5–10
94. Uszkodzenie rdzenia kręgowego:	
a) porażenie kończyn górnych i/lub dolnych 0–1° w skali Lovette’a, głęboki niedowład cztero kończynowy 2° w skali Lovette’a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z porażeniem kończyn 0–1° w skali Lovette’a	100
b) głęboki niedowład kończyn górnych lub dolnych – 2° w skali Lovette’a, niedowład cztero kończynowy 3° w skali Lovette’a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 2° w skali Lovette’a	60–80
c) średniego stopnia niedowład kończyn górnych lub dolnych – 3° w skali Lovette’a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 3° w skali Lovette’a, lub połowiczne uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym – z niedowładem kończyny dolnej 0–2° w skali Lovette’a	30–60
d) niewielki niedowład kończyn górnych i/lub dolnych – 4° w skali Lovette’a z zaburzeniami ze strony zwieraczy i zaburzeniami ze strony narządów płciowych, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 4° w skali Lovette’a lub połowiczne uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym – z niedowładem kończyny dolnej 3–4° w skali Lovette’a, izolowane zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych, zespół stożka końcowego	5–40
e) niewielki niedowład kończyn górnych i/lub dolnych – 4° w skali Lovette’a bez zaburzeń ze strony zwieraczy i narządów płciowych, zaburzeń troficznych	5–30
UWAGA: Ocena porażenia zwieraczy i zaburzeń ze strony narządów płciowych wchodzi w zakres oceny punktu 94 a–c.	
95. Urazowe zespoły korzeniowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane) – w zależności od stopnia:	
a) szyjne bólowe	2–5
b) szyjne bez niedowładów – ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	5–15
c) szyjne z obecnością niedowładów – w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych	10–30
d) piersiowe	2–10
e) lędźwiowo-krzyżowe bólowe	2–5
f) lędźwiowo-krzyżowe bez niedowładów – ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	5–15
g) lędźwiowo-krzyżowe z obecnością niedowładów – w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych	10–30
h) guziczne	2–5
UWAGA: Zaburzenia stwierdzone w punkcie 95 a–h powinny mieć potwierdzenie w obiektywnej dokumentacji medycznej z leczenia i diagnostyki następstw zdarzenia.	

J. USZKODZENIA MIEDNICY

	Procent uszczerbku na zdrowiu
96. Rozejście spoiny łonowego i/lub zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:	

	Procent uszczerbku na zdrowiu
a) rozejście spojenia łonowego, bez dolegliwości ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, bez zaburzeń chodu	1–5
b) rozejście spojenia łonowego z dolegliwościami ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, z zaburzeniami chodu	5–15
c) rozejście, zwichnięcie spojenia łonowego ze zwichnięciem stawu krzyżowo-biodrowego leczone operacyjnie w zależności od stopnia zaburzeń chodu	15–35

UWAGA:

Jeżeli rozejściu spojenia łonowego towarzyszy złamanie kości miednicy, oceniać według punktu 97 lub 99.

97. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy kończyny dolnej jedno- lub wielomiejscowe – w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu:

a) w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa, kość łonowa i kulszowa)	1–20
b) w odcinku przednim obustronnie	5–25
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaignea)	15–40
d) w odcinku przednim i tylnym obustronnie	40–45

UWAGA:

Złamania stabilne kości miednicy, złamania awulsyjne oceniać według punktu 99.

98. Złamanie panewki stawu biodrowego z centralnym lub bez centralnego zwichnięcia stawu – w zależności od upośledzenia funkcji stawu:

a) złamanie niewielkiego fragmentu panewki bez zwichnięcia centralnego lub z centralnym zwichnięciem I°	1–10
b) pozostałe zwichnięcia centralne i złamania panewki – ze średnim stopniem ograniczenia funkcji	10–25
c) pozostałe zwichnięcia centralne i złamania panewki – ze znacznym stopniem ograniczenia funkcji stawu	25–40
d) bardzo duże zmiany, zeszczywnienie w stawie – w zależności od ustawienia	40–60

UWAGA:

Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem oceniać wg punktu 143.

99. Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej:

a) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej – bez zniekształcenia i bez zaburzenia funkcji	1–5
b) mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej – bez zniekształcenia i bez zaburzenia funkcji	2–7
c) jednomiejscowe złamanie kości miednicy i/lub kości krzyżowej – ze zniekształceniem i z zaburzeniami funkcji	3–10
d) mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej ze zniekształceniem i z zaburzeniami funkcji	5–20

UWAGA:

Towarzyszące złamaniom uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo wg pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.

K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ

Obręcz kończyny górnej	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa

100. Złamanie łopatki:

Obręcz kończyny górnej	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
a) wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem bez większych zaburzeń funkcji kończyny	1–10	1–5
b) wygojone złamanie łopatki z dużym przemieszczeniem i wyraźnym upośledzeniem funkcji kończyny – w zależności od stopnia zaburzeń	10–30	5–25
c) wygojone złamanie szyjki i panewki z dużym przemieszczeniem, przykurczem w stawie łopatkowo-ramiennym, z dużymi zanikami mięśni i innymi zmianami	30–55	25–45

UWAGA:

Normy pozycji 100 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.

101. Stan po złamaniu obojczyka – w zależności od stopnia zniekształcenia i/lub ograniczenia ruchów:

a) niewielkie zniekształcenie, bez ograniczenia ruchów	1–3	1–2
b) średniego stopnia zniekształcenie i ograniczenie ruchu miernego stopnia	3–10	2–5
c) duże zniekształcenie i ograniczenie ruchu	10–25	5–20
102. Staw rzekomy obojczyka – w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji kończyny:	10–25	5–20

UWAGA:

W przypadku złamania obojczyka powikłanego stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 102.

103. Podwichnięcie, zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – w zależności od ograniczenia ruchów, stopnia zniekształcenia i upośledzenia funkcji:

a) nieznaczne zmiany	1–5	1–3
b) zmiany średniego stopnia	5–15	3–12
c) znaczne zmiany	15–25	12–20

UWAGA:

W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków złamania obojczyka oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie według pozycji 182, natomiast stopień zniekształcenia obojczyka według pozycji 101–103. W przypadku nienakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 182.

104. Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych) – ocenia się wg poz. 101–103 – zwiększając stopień trwałego uszczerbku o:	1–5	
105. Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego (zwichnięcia, złamania głowy, nasady bliższej kości ramiennej, skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku – w zależności od blizn, ubytków tkanek, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń i zniekształceń:		
a) miernego stopnia	1–10	1–5
b) średniego stopnia	10–20	5–15
c) dużego stopnia	20–30	15–25
106. Zestarzałe nieodprowadzone zwichnięcie stawu łopatkowo-ramiennego w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny:	20–35	15–30

107. Nawykowe zwichnięcie:

a) po leczeniu operacyjnym w zależności od ograniczenia ruchomości	5–25	5–20
b) nieleczone operacyjnie	25	20

UWAGA:

Nawykowego zwichnięcia nie należy traktować jako kolejnego nieszczęśliwego wypadku, lecz jako skutek ostatniego urazowego zwichnięcia stawu łopatkowo-ramiennego. Przy orzekaniu według punktu 107 należy zebrać szczegółowy wywiad w kierunku przebytych wcześniej urazowych zwichnięć w stawie oraz zapoznać się z dodatkową dokumentacją medyczną w celu ustalenia daty ostatniego zwichnięcia urazowego oraz daty pierwszego zwichnięcia nawykowego.

Obręcz kończyny górnej	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
108. Staw cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości – w zależności od zaburzeń funkcji:	25–40	20–35
UWAGA: Staw wiotki z powodu porażen ocenia się wg norm neurologicznych.		
109. Zesztywnienie stawu barkowego:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od ustawienia i funkcji	20–35	15–30
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40	35
110. Bliznowaty przykurcz stawu barkowego – w zależności od zaburzeń czynności stawu: orzekać według punktu 105 lub 109.		
111. Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 105–110, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji:	1–35	1–25
112. Utrata kończyny w barku:	75	70
113. Utrata kończyny wraz z łopatką:	80	75

Ramię	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawe	Lewe
114. Złamanie trzonu kości ramiennej – w zależności od przemieszczeń, ograniczeń ruchu w stawie łopatkowo-ramiennym i łokciowym oraz zaburzeń neurologicznych:		
a) zmiany niewielkiego stopnia	3–15	2–10
b) zmiany średniego stopnia	15–30	10–25
c) zmiany dużego stopnia, przewlekłe zapalenie kości, przetoki, brak zrostu, staw rzekomy	30–55	25–50
115. Uszkodzenia skóry, ubytki mięśni, uszkodzenia ścięgien, naczyń, nerwów ramienia – w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
a) zmiany niewielkie	1–5	1–5
b) zmiany średnie	5–10	5–10
c) zmiany duże	10–50	10–45

UWAGA:
Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 114.

116. Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70	65
b) przy dłuższych kikutach	65	60
117. Przepukliny mięśniowe ramienia – w zależności od rozmiarów:	1–8	1–6

Łokieć	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
118. Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej) – w zależności od zniekształceń i ograniczenia ruchów w stawie łokciowym oraz deficytów neurologicznych:		
a) niewielkie zmiany	1–5	1–4

Łokieć	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
b) średnie zmiany	5–15	4–10
c) duże zmiany, przewlekłe zapalenie kości, przetoki, brak zrostu, staw rzekomy	15–50	10–45
119. Zesztywnienie stawu łokciowego:		
a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (70–105°)	30	25
b) z brakiem ruchów obrotowych	35	30
c) w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (0°–20°)	50	45
d) w innych ustawieniach – w zależności od przydatności czynnościowej kończyny	30–45	25–40
120. Uszkodzenia łokcia — zwłknięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich, skóry oraz zaburzenia neurologiczne — w zależności od blizn, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń, deficytów neurologicznych:		
a) zmiany niewielkiego stopnia	1–5	1–4
b) zmiany średniego stopnia	5–15	4–10
c) zmiany dużego stopnia, przetoki	15–45	10–40
UWAGA: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 118.		
121. Cepowy staw łokciowy – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni:	15–30	10–25
122. Utrata kończyny górnej na poziomie stawu łokciowego:	65	60
UWAGA: Funkcjonalny pełny wyprost stawu łokciowego 0°, pełne zgięcie 140°, supinacja i pronacja 0°–80°.		

Przedramię	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawe	Lewe
123. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka, ruchów obrotowych przedramienia, ruchomości palców i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:		
a) bez lub z niewielkim zniekształceniem bez istotnych zaburzeń ruchomości (np. złamania podokostnowe u dzieci, złamania bez przemieszczenia, izolowane złamania wyrostka rylcowatego)	1–3	1–2
b) średnie zniekształcenia z ograniczeniem ruchomości bez zaburzeń wtórnych	3–10	2–8
c) średnie lub duże zniekształcenia ze średnim ograniczeniem ruchomości, ze zmianami wtórnymi (np. zespół Sudecka i inne)	10–20	8–15
d) bardzo duże zniekształcenia z dużym ograniczeniem ruchów, ze zmianami wtórnymi (np. zespół Sudecka i inne)	20–30	15–25
124. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
a) niewielkie zmiany	1–5	1–4
b) średnie zmiany	5–20	4–15
c) duże zmiany, zmiany wtórne i inne	20–35	15–30
125. Uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń – w zależności od rozmiarów, uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne):		
a) niewielkie zmiany	1–5	1–4
b) średnie zmiany	5–10	4–8

Przedramię	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawe	Lewe
c) znaczne zmiany	10–20	8–15

UWAGA:

Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktów 123, 124, 126, 127.

126. Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:

a) średniego stopnia	10–20	10–15
b) dużego stopnia	20–35	15–30

UWAGA:

W przypadku złamania jednej kości przedramienia powikłanej stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 126.

127. Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:

a) średniego stopnia	10–25	10–20
b) dużego stopnia	25–40	20–35

UWAGA:

W przypadku złamania obu kości przedramienia powikłanych stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 127.

128. Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 123–127, zwiększając stopień trwałego uszczerbku w zależności od stopnia powikłań:

129. Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania:	55–65	50–60
---	-------	-------

130. Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka:	55	50
--	----	----

Nadgarstek	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy

131. Skręcenie, zwichnięcie w obrębie nadgarstka, złamanie kości nadgarstka (np. kości łódeczko-watej), uszkodzenia skóry, mięśni, naczyń – w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, niestabilności, rozległości uszkodzenia, upośledzenia funkcji, zmian troficznych i innych zmian wtórnych:

a) niewielkiego stopnia	1–10	1–8
b) średniego stopnia	10–20	8–15
c) dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym	20–30	15–25

132. Całkowite zeszytnienie w obrębie nadgarstka (stawu promieniowo-nadgarstkowego):

a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	15–30	10–25
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	25–45	20–40

133. Uszkodzenie nadgarstka powikłane głębokimi trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 131–132, zwiększając stopień trwałego uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań:

134. Utrata ręki na poziomie nadgarstka:	55	50
---	----	----

Śródreżce	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
135. Złamania kości śródreżca, uszkodzenia ścięgien i pozostałych części miękkich (skóry, mięśni, naczyń, nerwów), w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, upośledzenia funkcji ręki i palców oraz innych zmian wtórnych:		
a) niewielkie zmiany	1–5	1–4
b) średnie zmiany	5–10	4–8
c) rozległe zmiany	10–20	8–18

Kciuk	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
136. Utrata w zakresie kciuka – w zależności od rozmiaru ubytku, blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:		
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki, trwała utrata płytki paznokciowej	1–5	1–4
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego	5–15	4–13
c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego mniej niż 2/3 długości paliczka	15–20	13–18
d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego ponad 2/3 jego długości lub utrata obu paliczków bez kości śródreżca	20–28	18–25
e) utrata obu paliczków z kością śródreżca	28–35	25–33
137. Inne uszkodzenia kciuka: złamania, zwichnięcia, uszkodzenia mięśni, ścięgien, naczyń, nerwów – w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:		
a) niewielkie zmiany	1–5	1–4
b) średnie zmiany	5–15	4–13
c) znaczne zmiany	15–20	13–18
d) bardzo duże zmiany graniczące z utratą kciuka (dotyczy utraty funkcji)	20–23	18–20
e) całkowita bezużyteczność kciuka	25	23
f) rozległe zmiany, graniczące z utratą pierwszej kości śródreżca (dotyczy utraty funkcji)	25–35	23–33

UWAGA:

Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka brać pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.

Palec wskazujący	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
138. Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:		
a) utrata częściowa lub całkowita opuszki, trwała utrata płytki paznokciowej	1–5	1–4
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego	5–10	4–8
c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka środkowego	10–15	8–13
d) utrata dwóch paliczków	15–20	13–18
e) utrata w obrębie paliczka podstawowego lub utrata trzech paliczków	20–25	18–23
f) utrata wskaziciela w obrębie lub z kością śródreżca	25–30	23–27
139. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela: złamania, zwichnięcia, uszkodzenia mięśni, ścięgien, naczyń, nerwów – w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki, przykurczów stawów, zeszytywień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych – w zależności od stopnia:		

Palec wskazujący	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
a) niewielkie zmiany	1–5	1–4
b) zmiany średniego stopnia	5–10	4–8
c) zmiany dużego stopnia	10–15	8–13
d) zmiany znacznego stopnia, graniczące z utratą wskaziciela (bezużyteczność palca)	15–20	13–18
e) całkowita bezużyteczność wskaziciela	23	20

Palec trzeci, czwarty i piąty	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
140. Palec trzeci, czwarty i piąty – w zależności od stopnia uszkodzenia:		
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki lub trwała utrata płytki paznokciowej	1–2,5	1–2
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego	2,5–5	2–4,5
c) utrata w obrębie paliczka środkowego lub utrata dwóch paliczków	5–8	4,5–7
d) utrata w obrębie paliczka podstawowego lub utrata trzech paliczków	8–10	7–8,5
141. Utrata palców III, IV lub V w obrębie lub z kością śródręcza:	10–15	8–13

UWAGA:

Uszkodzenie palca III przy braku lub bezużyteczności wskaziciela ocenia się podwójnie palec trzeci. Palec trzeci może zastąpić wskaziciela, przy jego uszkodzeniu powstaje znaczne upośledzenie funkcji ręki.

142. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia mięśni, ścięgien, naczyń, nerwów – w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych – za każdy palec w zależności od stopnia:

a) niewielkie zmiany	1–2,5	1–2
b) zmiany średniego stopnia	2,5–5	2–4,5
c) zmiany dużego stopnia	5–8	4,5–7
d) całkowita bezużyteczność	9	8

UWAGA:

Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców, suma procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę ręki (dla prawej – 55%, dla lewej – 50%).

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ

Staw biodrowy	Procent uszczerbku na zdrowiu
143. Uszkodzenia stawu biodrowego – zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej – w zależności od zakresu ruchów, przemieszczeń, skrócenia, zniekształceń, zmian wtórnych:	
a) ze zmianami miernego stopnia	5–10
b) ze zmianami średniego stopnia	10–20
c) dużego stopnia	20–40
d) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano, niepowodzenia leczenia operacyjnego – np. biodro wiszące itp.)	40–65
e) leczenie uszkodzenia zakończone zabiegiem protezowania stawu w zależności od ograniczenia funkcji	15–40
144. Uszkodzenie tkanek miękkich okolicy stawu biodrowego (skóry, mięśni, naczyń, aparatu więzadłowo-torebkowego, nerwów) – w zależności od blizn, ubytków, deficytów neurologicznych, stopnia ograniczenia ruchów:	

Staw biodrowy	Procent uszczerbku na zdrowiu
a) niewielkiego stopnia	1–5
b) średniego stopnia	5–15
c) znacznego stopnia	15–30
d) bardzo duże zmiany	30–60

UWAGA:

Według tej pozycji oceniać uszkodzenia bez złamań kości i zwichnięć. W przypadku współistnienia złamań kości lub zwichnięć kości oceniać według punktu 143. W przypadku współistnienia uszkodzenia nerwów obwodowych w okolicy stawu biodrowego oceniać według punktu 144, w zależności od stopnia zaburzeń wykorzystując zakresy procentowe z punktu 182, odpowiadające poszczególnym nerwom (np. w przypadku współistnienia uszkodzenia nerwu kulszowego – zakres 20–60% w punkcie 182 – ocena winna być dokonana z punktu 144 c lub d).

145. Zesztywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń:

a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	15–35
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	35–60
146. Uszkodzenia w obrębie i okolicy stawu biodrowego powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 143 i 145, zwiększając stopień trwałego uszczerbku w zależności od stopnia powikłań:	5–15
147. Utrata kończyny dolnej przez wyłuszczenie jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej – w zależności od zniekształceń, stanu kikuta i możliwości jego oproteżowania:	75–85

Udo	Procent uszczerbku na zdrowiu
-----	-------------------------------

148. Złamanie kości udowej – w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stawie biodrowym i kolanowym, zaburzeń chodu, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych:

a) niewielkie zmiany – wzrost niepowikłany, bez zaburzeń osi kończyny	1–15
b) średnie zmiany – wzrost złamania, zaburzenia osi kończyny, skrócenie kończyny od 3 do 6 cm, zaburzenia rotacji kończyny w średnim stopniu upośledzające chód	15–30
c) duże zmiany – wzrost opóźniony, znaczne zaburzenia osi kończyny, skrócenie kończyny powyżej 6 cm, zaburzenia rotacji kończyny w znacznym stopniu upośledzające chód	30–40
149. Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych:	40–60

150. Uszkodzenie skóry, mięśni, ścięgien (blizny, ubytki, przepukliny mięśniowe itp.) – w zależności od zaburzeń funkcji itp.:

a) niewielkiego stopnia	1–5
b) średniego stopnia	5–10
c) znacznego stopnia	10–20

UWAGA:

Według tej pozycji oceniać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości oceniać według punktu 148.

151. Uszkodzenie dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia zaburzeń:

	5–30
152. Uszkodzenie uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, ciałami obcymi (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), skostnieniem pozaszkieletowym i zmianami neurologicznymi (z wyłączeniem nerwu kulszowego) – ocenia się wg punktu 148–151, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od rozmiarów powikłań o:	1–20
153. Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się wg punktu 148–151, zwiększając stopień trwałego uszczerbku – w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o:	10–65

Udo	Procent uszczerbku na zdrowiu
-----	-------------------------------

UWAGA:

Łączny stopień uszczerbku ocenianego wg poz. 148–151 i poz. 153 nie może przekroczyć 70%.

154. Utrata kończyny – w zależności od długości kikuta i przydatności jego cech do oprotezwowania:	50–70
---	-------

Kolano	Procent uszczerbku na zdrowiu
--------	-------------------------------

155. Złamanie nasad tworzących staw kolanowy i rzepki z lub bez uszkodzenia aparatu więzadłowego – w zależności od zniekształceń, szpotawości, koślawości, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu, zaburzeń statyczno-dynamicznych kończyny i innych zmian:

a) niewielkie zmiany – możliwość zgięcia do kąta w przedziale 90°–120° i/lub deficyt wyprostu do kąta 5°, mała lub średnia niestabilność prosta lub niewielka rotacyjna	1–10
b) średnie zmiany – możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 40° do 90° i/lub deficyt wyprostu do kąta w zakresie 15°–5°, duża niestabilność prosta lub średniego stopnia rotacyjna bądź niewielkiego lub średniego stopnia złożona, zaburzenia osi kończyny	10–25
c) duże zmiany – możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 0°–40° i/lub deficyt wyprostu do kąta powyżej 15°, utrwalone duże niestabilności złożone i rotacyjne, znaczne zaburzenia osi kończyny	25–40
d) zeszywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnej korzystnej 0–15°	30
e) zeszywnienie stawu kolanowego w pozycjach funkcjonalnych niekorzystnych	30–40

156. Skręcenia i zwichnięcia stawu kolanowego (w tym zwichnięcie rzepki) z uszkodzeniem aparatu więzadłowo-stawowego (torebki, więzadeł, łąkówek) – w zależności od ograniczenia ruchów, stabilności stawu, wydolności statyczno-dynamicznej kończyny:

a) izolowane uszkodzenia łąkówek, stan po leczeniu operacyjnym łąkówek z dobrym efektem, uszkodzenia aparatu więzadłowego bez cech niestabilności – w zależności od stopnia upośledzenia zakresu ruchu	1–5
b) uszkodzenia aparatu więzadłowego z lub bez uszkodzenia łąkówek – powodujące małą lub średnią niestabilność prostą, niewielkiego stopnia rotacyjną, stan po leczeniu operacyjnym struktur stawu z dobrym efektem – w zależności od stopnia upośledzenia zakresu ruchu	1–10
c) uszkodzeniami aparatu więzadłowego z lub bez uszkodzenia łąkówek, powodujące dużą niestabilność prostą lub średniego stopnia rotacyjną, bądź niewielkiego lub średniego stopnia złożoną – w zależności od upośledzenia zakresu ruchu	10–25
d) utrwalone duże niestabilności złożone i rotacyjne, uszkodzenia obu więzadeł krzyżowych, znaczne zaburzenia osi kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia zakresu ruchu	25–40

157. Inne uszkodzenia okolicy stawu kolanowego – blizny skóry, ciała obce (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przewlekłe stany zapalne, przetoki i inne zmiany wtórne – w zależności od nasilenia zmian:

a) niewielkie zmiany	1–5
b) średnie zmiany	5–10
c) duże zmiany	10–20
158. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego:	65

UWAGA:

Prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprostu do 120° dla zgięcia. Jeżeli zeszywnienie stawu kolanowego jest spowodowane uszkodzeniami innymi niż złamania kości, oceniać według punktu 155 d lub e.

Podudzie	Procent uszczerbku na zdrowiu
----------	-------------------------------

159. Złamanie trzonów kości podudzia jednej lub obu – w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:

Podudzie	Procent uszczerbku na zdrowiu
a) niewielkie zmiany – wzrost niepowikłany, niewielkie zaburzenia osi kończyny, niewielkie skrócenie	5–15
b) średnie zmiany – wzrost złamania lub cechy wzrostu opóźnionego, zaburzenia osi kończyny w średnim stopniu upośledzające chód	15–30
c) bardzo rozległe zmiany kości z towarzyszącymi ograniczeniami funkcji sąsiednich stawów – powikłane przewlekłym zapaleniem kości z przetokami, ubytkami kości, stawem rzekomym, martwicą aseptyczną, zmianami neurologicznymi i innymi zmianami wtórnymi	30–50
160. Izolowane złamanie strzałki (nie obejmuje kostki bocznej) – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, upośledzenia funkcji kończyny:	1–5

UWAGA:

W przypadku współistnienia trwałego uszkodzenia nerwu strzałowego, uszczerbek oceniać dodatkowo wg punktu 182 u.

161. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, nerwów podudzia, ścięgna Achillesa i innych ścięgien – w zależności od rozległości uszkodzenia, zniekształcenia stopy i ograniczeń czynnościowych, zmian neurologicznych, naczyniowych, troficznych i innych:

a) niewielkie zmiany	1–5
b) średnie zmiany	5–15
c) znaczne zaburzenia funkcji stopy, duże zmiany neurologiczne	15–35

UWAGA:

Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 159, 160.

162. Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:

a) przy długości kikuta do 8 cm, mierząc od szpary stawowej (u dzieci do lat 10 przy długości kikuta do 6 cm)	60
b) przy dłuższych kikutach	40–55

Staw goleniowo-skokowy i skokowo-piętowy, stopa	Procent uszczerbku na zdrowiu
163. Uszkodzenie stawu goleniowo-skokowego i/lub skokowo-piętowego – skręcenia, stłuczenia, uszkodzenia więzadeł, torebki, uszkodzenia tkanek miękkich, blizny – w zależności od zniekształceń, funkcji stopy, zmian wtórnych i innych powikłań:	
a) następstwa skręceń powodujące niewielkie zaburzenia ruchomości, niewielkie zniekształcenia, blizny, ubytki	1–2
b) miernego stopnia zaburzenia ruchomości i zniekształcenie – po częściowym uszkodzeniu więzadeł bez niestabilności w stawach	2–5
c) średniego stopnia zaburzenia ruchomości i zniekształcenie – po częściowym uszkodzeniu więzadeł, z niestabilnością w stawach	5–10
d) duże zmiany z utrzymującymi się objawami funkcjonalnej niestabilności stawów, po całkowitym rozerwaniu więzadeł	10–20
164. Złamania i zwichnięcia kości wchodzących w skład stawu goleniowo – skokowego i/lub skokowo- piętowego, nasad dalszych kości podudzia – w zależności od zniekształceń, ograniczeń ruchomości stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy, zeszywnienia stawów goleniowo-skokowego i/lub skokowo-piętowego – w zależności od utrzymujących się dolegliwości:	
a) niewielkiego stopnia ograniczenie funkcji w obrębie stawów skokowych	2–5
b) średniego stopnia zaburzenia funkcji w obrębie stawów skokowych	5–10
c) dużego stopnia zaburzenia funkcji w obrębie stawów skokowych lub zeszywnienie w ustawieniu pod kątem zbliżonym do prostego	10–20

Staw goleniowo-skokowy i skokowo-piętowy, stopa	Procent uszczerbku na zdrowiu
d) zeszywnienie w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	20–30
e) znacznego stopnia zaburzenia funkcji w obrębie stawów skokowych, powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami, martwicą, zmianami troficznymi i innymi zmianami wtórnymi, zeszywnienie w ustawieniu niekorzystnym	20–40
UWAGA: Jeżeli złamaniami lub zwichnięciami towarzyszą uszkodzenia więzadłowe, trwałe uszczerbek na zdrowiu należy oceniać z punktu 164.	
165. Złamania kości skokowej i/lub piętowej (niewchodzące w zakres punktu 164) – w zależności od utrzymujących się dolegliwości, przemieszczeń, zniekształceń, ustawienia stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych, zmian troficznych i innych powikłań:	
a) niewielkie zmiany	1–10
b) średnie zmiany	10–20
c) duże zmiany	20–30
166. Utrata kości skokowej i/lub piętowej – w zależności od wielkości, blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań:	
a) częściowa utrata	20–30
b) całkowita utrata	30–40
167. Złamania i zwichnięcia kości stępu w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i innych zmian wtórnych:	
a) niewielkiego stopnia – w zależności od wielkości zaburzeń czynnościowych	1–5
b) średniego stopnia – w zależności od wielkości zaburzeń czynnościowych	5–10
c) znacznego stopnia lub z innymi powikłaniami – w zależności od wielkości zaburzeń	10–20
168. Złamania kości śródstopia – w zależności od przemieszczeń, zniekształcenia stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych i innych zmian:	
a) złamanie jednej kości śródstopia – I lub V	1–10
b) złamanie jednej kości śródstopia – II, III lub IV	1–5
c) złamanie dwóch kości śródstopia	2–15
d) złamanie trzech lub więcej kości śródstopia	5–20
169. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 168, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań o:	1–10
170. Inne uszkodzenia okolicy stępu i śródstopia – skręcenia, stłuczenia, uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien, naczyń, nerwów – w zależności od rozmiaru blizn, zniekształceń, zmian troficznych, zaburzeń dynamicznych stopy i innych zmian wtórnych:	
a) zmiany niewielkie	1–5
b) średnie zmiany	5–10
c) duże zmiany	10–15
171. Utrata stopy w całości:	50
172. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta:	45
173. Utrata stopy w stawie Lisfranka:	35
174. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia – w zależności od rozległości utraty przodostopia i cech kikuta:	20–30

Palce stopy		Procent uszczerbku na zdrowiu
175. Utrata w zakresie palucha – w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, charakteru kikuta, zaburzeń statyki i chodu oraz innych zmian wtórnych:		
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki lub trwała utrata płytki paznokciowej		1–3
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego palucha		3–8
c) utrata palucha na poziomie paliczka bliższego		8–14
d) całkowita utrata palucha		15
176. Uszkodzenia palucha – zwinięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od rozległości blizn, ubytków, zniekształcenia, upośledzenia funkcji stopy:		
a) niewielkie zmiany		1–3
b) średnie zmiany		3–6
c) duże zmiany z niekorzystnym ustawieniem		6–10
177. Utrata palucha wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia:		15-25
178. Utrata w zakresie palców II, III, IV i V:		
a) częściowa utrata palca na wysokości paliczka środkowego – za każdy palec		1
b) całkowita utrata – za każdy palec		2
179. Utrata palca V z kością śródstopia:		3–15
180. Utrata palców II, III i IV z kością śródstopia – w zależności od wielkości utraty kości śródstopia, ustawienia stopy i innych zmian wtórnych – za każdy palec:		3–5
181. Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwinięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od rozległości blizn, ubytków, zniekształcenia, ustawienia, stopnia upośledzenia funkcji i liczby uszkodzonych palców orzekać łącznie:		1–5
UWAGA: Wartość uszczerbku ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę tego palca.		

M. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH

	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
182. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:		
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym		5–15
b) nerwu piersiowego długiego	7–15	5–10
c) nerwu pachowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–25	2–20
d) nerwu mięśniowo-skórnego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–25	2–20
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójętowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–45	2–35
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójętowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5–35	3–25
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–25	2–20
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2–15	1–10
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	4–40	3–30

	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–20	2–15
k) nerwu łokciowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2–25	1–20
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	10–25	5–20
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	15–45	10–40
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego		1–15
o) nerwu zastrzałkowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu		2–20
p) nerwu udowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu		2–30
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)		3–20
r) nerwu sromowego wspólnego		3–25
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy		20–60
t) nerwu piszczelowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu		5–40
u) nerwu strzałkowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu		5–30
v) splotu łędźwiowo-krzyżowego		30–70
w) pozostałych nerwów odcinka łędźwiowo-krzyżowego		1–10

UWAGA:

Według punktu 182 ocenia się tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadku współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych, należy stosować ocenę wg punktów dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.

183. Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną – w zależności od stopnia:	30-50
--	-------

UWAGA:

W ocenie tej zawiera się deficyt związany z uszkodzeniem typowym dla danego nerwu.

UWAGI OGÓLNE:

Przy wielomiejscowych uszkodzeniach kończyny górnej lub

dolnej (lub jej części) w ustaleniu ostatecznej wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu należy brać pod uwagę całkowitą funkcję kończyny (lub jej części), a nie tylko wynik matematyczny sumowania procentów trwałego uszczerbku za poszczególne uszkodzenia. Łączny uszczerbek na zdrowiu związany z uszkodzeniem skóry, mięśni, nerwów, kości nie może przekroczyć wartości za całkowitą utratę kończyny lub części kończyny, której te uszkodzenia dotyczą.

Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany niepowikłanymi bliznami pooperacyjnymi, związanymi z leczeniem narządów i układów, zawiera się w punktach tabeli przewidzianych do oceny uszkodzenia tych narządów lub układów i nie podlega dodatkowemu orzekaniu.

W przypadku, gdy blizny są jedynym trwałym następstwem leczenia lub pojawiły się powikłania w postaci np. bliznowca lub przepukliny, oceniać według odpowiednich punktów tabeli przewidzianych dla uszkodzenia tkanek miękkich.

Uszkodzenie kikuta amputowanych kończyn, wymagające zmiany protezy, reamputacji lub niemożności zastosowania protezy oceniać wg amputacji na wyższym poziomie.

W przypadku uszkodzeń kończyn górnych u osób leworęcznych, stosować ocenę uszczerbku dla kończyny górnej lewej w wysokości uszczerbku, jaka jest przewidziana dla kończyny górnej prawej.



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



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 wykazywania, 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.

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, poczynawszy 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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

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 wchodzi 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**



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, poczynawszy 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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

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 wchodzi 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 opisanyymi 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 MAŁŻONKA ALBO
PARTNERA ŻYCIOWEGO SPOWODOWANEJ
NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM**



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.

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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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



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 wchodzi 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

- 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**



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, poczynawszy 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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

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 wchodzi 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) **uczęszczenie 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.

KARENCAJA

– 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 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 opisanyymi 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 SPECJALISTYCZNEGO LECZENIA
UBEZPIECZONEGO**



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 (rozsuszniaka).

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 (rozsuszniaka),
- 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 zgłosiła:
- 1) w przypadku, gdy klientem jest osoba fizyczna – na piśmie, z tym że odpowiedź dostarczymy elektronicznie wyłącznie na wniosek klienta;
 - 2) w przypadku, gdy klientem jest inny podmiot niż wskazany w 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 zgłosiła 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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK 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 wchodzi 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) **abłacja** – zabieg polegający na zniszczeniu lub odizolowaniu obszaru w sercu, który jest źródłem zaburzeń rytmu serca. Odpowiadamy wyłącznie za taką abłację 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.