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

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO UBEZPIECZONEGO PLUS

Kod warunków: LPGP55

Wersja z dnia: 20.11.2021 r.

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

INFORMACJA O PRODUKCIE

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

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA – CO UBEZPIECZAMY?

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

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

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

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

Zapłacimy maksymalnie za:
- 90 dni pobytu w szpitalu,
- 90 dni rekonwalescencji
  – w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy.

Jeśli będziesz przebywać w szpitalu lub na oddziale intensywnej terapii w czasie rekonwalescencji, to wypłacimy świadczenie:
- za pobyt w szpitalu i za pobyt na oddziale intensywnej terapii (jeśli przebywałeś na oddziale intensywnej terapii) albo
- za rekonwalescencję
  – według Twojego wyboru.

Decydujesz o tym, składając wniosek o wypłatę:
- za pobyt w szpitalu i pobyt na oddziale intensywnej terapii (jeśli przebywałeś na oddziale intensywnej terapii) albo
- za rekonwalescencję.

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

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

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

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ, KOGO UBEZPIECZAMY?

Ubezpieczenie dodatkowe zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.
Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego.

JAK DŁUGO TRWA UMOWA?

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

GDZIE OBOWIĄZUJE UBEZPIECZENIE?

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

JAK I KIEDY PŁACI SIĘ SKŁADKĘ?

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

KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA?

Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym i dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego.
Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego,
- z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego,

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

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

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

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

JAK ROZWIĄZAĆ UMOWĘ?

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

WYNAGRODZENIE DYSTRYBUTORA UBEZPIECZENIA

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA

1. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.
2. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć:
   1) na piśmie – osobiście albo wysłane pocztą w rozumieniu ustawy „Prawo pocztowe", na przykład pisząc na adres: PZU Życie SA ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres tylko do korespondencji);
   2) na piśmie – wysłane na adres do doręczeń elektronicznych PZU Życie SA w rozumieniu ustawy o doręczeniach elektronicznych, począwszy od dnia wpisania tego adresu do bazy adresów elektronicznych;
   3) w formie ustnej – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście, co potwierdzamy protokołem podczas wizyty w naszej jednostce;
   4) w postaci elektronicznej – wysyłając e-mail na reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.
3. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy najszybciej, jak to możliwe, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia, kiedy ją otrzymaliśmy. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć w ciągu 30 dni, poinformujemy:
   1) dlaczego odpowiedź się opóźnia;
   2) jakie okoliczności musimy jeszcze ustalić, aby rozpatrzyć sprawę;
   3) jaki jest nowy termin naszej odpowiedzi – termin ten nie może być dłuższy niż 60 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy reklamację, skargę lub zażalenie.
4. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy osobie, która je złożyła:
   1) w przypadku, gdy klientem jest osoba fizyczna – na piśmie, z tym że odpowiedź dostarczymy elektronicznie wyłącznie na wniosek klienta;
   2) w przypadku, gdy klientem jest inny podmiot niż wskazany w 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 leczenia szpitalnego ubezpieczonego Plus, kod warunków LPGP55 (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 4-14 pkt 23-25 pkt 47 pkt 48-51 pkt 52
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 15-18 pkt 19-20 pkt 21-22 pkt 44-45 pkt 46 pkt 52

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO UBEZPIECZONEGO PLUS

Kod OWU: LPGP55

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

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

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

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

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

1) **dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek 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) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
4) **pobyt na oddziale intensywnej terapii** – pobyt na oddziale intensywnej terapii, który trwa nieprzerwanie co najmniej 48 godzin;
5) **rekonwalescencja** – maksymalnie 30-dniowy nieprzerwany pobyt na zwolnieniu lekarskim bezpośrednio po pobycie w szpitalu. Zwolnienie lekarskie bezpośrednio po pobycie w szpitalu musi Ci wydać oddział szpitalny, w którym odbywało się leczenie;
6) **statek** – pasażerski albo towarowy statek morski albo statek śródlądowy, który ma napęd silnikowy lub żaglowy – statkiem nie są okręty wojenne;
7) **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;
8) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
9) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
10) **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;
11) **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;

12) **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;
13) **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 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 WYPŁATY 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 uznamy naszą ochronę z tytułu pobytu w szpitalu na podstawie dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego.

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

6. Zakres ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

7. Jeśli zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje pobyt w szpitalu na terenie krajów wymienionych w pkt 5, to rozszerzamy również ochronę w dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego o pobyt w szpitalu w tych krajach.

8. Wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony 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:
   1) jest Twoim pierwszym pobytem spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem i
   2) rozpoczął się nie później niż 14 dni po nieszczęśliwym wypadku.

9. Wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony 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:
   1) jest Twoim pierwszym pobytem spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym i
   2) rozpoczął się nie później niż 14 dni po wypadku komunikacyjnym.

10. Wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony 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:

1) jest Twoim pierwszym pobytem spowodowanym danym wypadkiem w pracy i
2) rozpoczął się nie później niż 14 dni po wypadku w pracy.

11. Wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony 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 14 dni po dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.

12. Jeśli przebywasz na oddziale intensywnej terapii, wypłacimy świadczenie jednorazowe w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

13. Za każdy dzień rekonwalescencji wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie i w indywidualnym potwierdzeniu ubezpieczenia.

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

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

15. 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.

16. 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) 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 zajście nieszczęśliwego wypadku;
7) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
8) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
9) w wyniku 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;
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) w wyniku padaczki – poza padaczką objawową, która jest objawem innej choroby;
12) w wyniku chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania umiejscowionych w kategoriach F00 - F99 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10;
13) w wyniku chorób spowodowanych obniżeniem odporności w przebiegu zakażenia wirusem HIV;
14) w związku z leczeniem i zabiegami stomatologicznymi – chyba że wynikają one z konieczności leczenia obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
15) w związku z wykonaniem badań diagnostycznych, które nie wynikają z choroby lub nieszczęśliwego wypadku, lub służą rozpoznaniu choroby zawodowej, lub służą zidentyfikowaniu odpowiedniego dawcy narządu do przeszczepu (z wyjątkiem pobytów związanych bezpośrednio z pobraniem narządu do przeszczepu), lub obserwacji szpitalnej na wniosek sądu;
16) w wyniku leczenia niepłodności;
17) 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;

18) w związku z wykonaniem operacji chirurgicznej w celu zmiany płci;
19) w związku z rehabilitacją – z wyjątkiem pierwszego pobytu w szpitalu ubezpieczonego z powodu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, jeśli pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego ochroną pobytu w szpitalu ubezpieczonego, który był związany – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą;
20) 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).

17. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje pobytu:
1) w hospicjach, placówkach lecznictwa odwykowego, placówkach dla przewlekle chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych ani zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
2) w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego – takich jak sanatoria, prewentoria oraz szpitale uzdrowiskowe, sanatoryjne i rehabilitacyjno-uzdrowiskowe;
3) w ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych – z wyjątkiem pobytu, o którym mowa w pkt 16 ppkt 19;
4) na oddziałach dziennych;
5) w takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.

18. 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.

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

19. Zapłacimy maksymalnie za:
1) 90 dni pobytu w szpitalu;
2) 90 dni rekonwalescencji
– w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy.

20. Jeśli będziesz przebywać w szpitalu lub na oddziale intensywnej terapii w czasie rekonwalescencji, to wypłacimy świadczenie:
1) za pobyt w szpitalu i za pobyt na oddziale intensywnej terapii (jeśli przebywałeś na oddziale intensywnej terapii) albo
2) za rekonwalescencję
– według Twojego wyboru.

Decydujesz o tym, składając wniosek o wypłatę:
1) za pobyt w szpitalu i pobyt na oddziale intensywnej terapii (jeśli przebywałeś na oddziale intensywnej terapii) albo
2) za rekonwalescencję.

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

21. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 30 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.

22. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli pobyt w szpitalu, pobyt na oddziale intensywnej terapii oraz rekonwalescencja jest 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.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

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

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

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

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

26. Wysokość składki za ubezpieczonego:
1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu dodatkowym;
2) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
3) zależy od:

a) sumy ubezpieczenia,
b) zakresu ubezpieczenia,
c) wysokości świadczenia,
d) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

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

28. 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

29. 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.

30. 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

31. 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

32. 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.

33. 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

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

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

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

37. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.

38. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego.

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

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

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

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

42. Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.

43. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

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

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

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

46. 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

47. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA
– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

48. W razie pobytu w szpitalu, 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;
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 lub kartę wypisową z oddziału intensywnej terapii, wydane przez lekarza prowadzącego – w trakcie pobytu w szpitalu;
4) w razie rekonwalescencji – dodatkowo dokument (kopię, wydruk) zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez ubezpieczającego albo zaświadczenie wydane przez ubezpieczającego o pobieranym zasiłku chorobowym w związku z Twoim pobytem na zwolnieniu lekarskim, które wydał szpital.

49. 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.

50. 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.

51. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jeszcze jest ważne

52. 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.