

801 102 102 pzu.pl

Oplata zgodna z taryfą operatora

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



Szanowni Państwo,

przekazujemy następujące ogólne warunki ubezpieczenia:

- Grupowe ubezpieczenie PZU Na Życie Plus
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci spowodowanej wypadkiem w pracy
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie Zagraniczna konsultacja medyczna i usługi assistance



**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 przekaże 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 obejmimy 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 przekaże 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 informacje o zawieszeniu umowy;
 - 10) wyznaczyć osobę, która będzie odpowiadała za wykonywanie przez niego umowy oraz poinformować ubezpieczonych i nas o tym, że wyznaczył taką osobę.

Nasze obowiązki

– czyli jakie zobowiązania bierze na siebie PZU Życie

- 61.** Musimy:
- 1) wywiązywać się terminowo z naszych zobowiązań, które wynikają z umowy;
 - 2) przekazywać ubezpieczającemu informacje o zmianie warunków umowy lub zmianie prawa właściwego dla umowy i o wpływie tych zmian na wartość świadczenia. Informacje te przekazujemy w formie, którą określa „Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej”. Zanim razem z ubezpieczającym wyrazimy zgodę na wprowadzenie takich zmian, ubezpieczający musi przekazać ubezpieczonym te informacje;
 - 3) przekazywać Tobie na Twój wniosek informacje, o których mowa w pkt 61 ppkt 2 OWU;
 - 4) informować Ciebie lub ubezpieczającego o tym, że wystąpiły zdarzenia objęte naszą ochroną, jeśli o zdarzeniu zawiadomiła nas inna osoba; informacja ta zostanie przekazana w terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia;

- 5) jeśli to konieczne, do rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia – poinformować osobę występującą z roszczeniem, jakich dokumentów potrzebujemy, aby ustalić prawo do świadczenia. Możemy to zrobić pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę;
- 6) informować pisemnie osobę, która występuje z roszczeniem o realizację świadczenia oraz Ciebie, jeśli nie jesteś tą osobą, o tym:
 - a) dlaczego nie możemy zrealizować świadczenia w całości lub części w przewidzianym terminie. Wtedy zrealizujemy tylko tę część świadczenia która jest bezsporna,
 - b) że świadczenie nie jest należne w całości lub części. Wtedy wskazujemy przyczyny i podstawę prawną, które uzasadniają naszą decyzję, oraz informujemy o tym, że można dochodzić roszczeń na drodze sądowej;
- 7) udostępniać informacje i dokumenty, które wpłynęły na naszą decyzję o ustaleniu prawa do świadczenia lub jego wysokości:
 - a) Tobie lub
 - b) ubezpieczającemu, lub
 - c) uprawnionemu, lub
 - d) innej osobie, która wnioskuje o realizację świadczenia.

Na żądanie tych osób informacje i dokumenty udostępniamy w formie elektronicznej;
- 8) udzielać – na Twój wniosek – informacji o Twoich prawach i obowiązkach, które wynikają z umowy;
- 9) udostępniać na wniosek ubezpieczającego lub Twój:
 - a) informacje o oświadczeniach, które złożył ubezpieczający, kiedy zawierał umowę,
 - b) informacje o oświadczeniach, które złożyłeś, kiedy przystępowałeś do ubezpieczenia,
 - c) kopie dokumentów, które wtedy powstały.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

– czyli komu należy się wypłata

62. Wypłata świadczenia przysługuje uposażonym. Możesz ich dowolnie wskazać, zmienić lub odwołać.
63. Wypłaty świadczenia nie otrzyma osoba, która umyślnie przyczyniła się do Twojej śmierci.
64. Jeśli wskażesz kilku uposażonych, a niektórzy z nich umrą przed Tobą lub utracą prawo do wypłaty świadczenia, wtedy należne im świadczenie rozdzielimy proporcjonalnie pomiędzy pozostałych uposażonych.
65. Jeżeli nie wskażesz uposażonego albo wszyscy uposażeni umrą przed Tobą lub utracą prawo do wypłaty świadczenia, przysługuje ono członkom Twojej rodziny – według kolejności:
 - 1) małżonek – w całości;
 - 2) dzieci – w równych częściach;
 - 3) rodzice – w równych częściach;
 - 4) inni Twoi spadkobiercy – w równych częściach.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy świadczenie

66. Po Twojej śmierci osoba, która wnioskuje o wypłatę świadczenia, musi dostarczyć nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) akt zgonu;
 - 3) kartę zgonu albo – jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną, która stwierdza przyczynę śmierci, jeżeli spowodował ją nieszczęśliwy wypadek lub nastąpiła w pierwszych dwóch latach od początku naszej ochrony.
67. Możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty, jeśli te już dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata świadczenia jest należna.
68. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, osoba, która składa wniosek, musi dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
69. O wypłacie świadczenia decydujemy w oparciu o wyżej wymienioną dokumentację.
70. Świadczenie wypłacimy jednorazowo, najpóźniej w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym ubezpieczeniem.
71. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być przez nas spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia wypłacimy w terminie określonym w pkt 70 OWU.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA

– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

72. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.
73. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć:
 - 1) na piśmie – osobiście albo wysłane pocztą w rozumieniu ustawy „Prawo pocztowe”, na przykład pisząc na adres: PZU Życie SA ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres tylko do korespondencji);

- 2) na piśmie – wysłane na adres do doręczeń elektronicznych PZU Życie SA w rozumieniu „Ustawy o doręczeniach elektronicznych”, 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 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, počawszy 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 należąca.
34. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, osoba, która składa wniosek, musi dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
35. O wypłacie świadczenia decydujemy w oparciu o wyżej wymienioną dokumentację.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

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



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



DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ WYPADKIEM KOMUNIKACYJNYM

Kod warunków: WKGP55

Wersja z dnia: 20.11.2021 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym, kod warunków: WKGP55 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU. Użyte w OWU definicje mogą mieć znaczenie odbiegające od powszechnie przyjętego pojęcia, dlatego zwróć na nie szczególną uwagę.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

INFORMACJA O PRODUKCIE

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

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA – CO UBEZPIECZAMY?

Ubezpieczamy życie ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje śmierć ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego.

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

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

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

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

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

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ, KOGO UBEZPIECZAMY?

Ubezpieczenie dodatkowe zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

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

JAK DŁUGO TRWA UMOWA?

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

GDZIE OBOWIĄZUJE UBEZPIECZENIE?

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

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 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
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 Rzeczniku Finansowym” oraz z „Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń”.
8. Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
9. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu „Ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich”, właściwym dla PZU Życie do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy. Adres jego strony internetowej to: rf.gov.pl.
10. Jeśli ubezpieczony albo ubezpieczający, uposażony i uprawniony są konsumentami, mogą zwrócić się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
11. Językiem stosowanym przez nas w relacjach z konsumentem jest język polski.
12. W PZU Życie podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia Zagraniczna konsultacja medyczna i usługi assistance KZGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1-5 pkt 7-70 pkt 98 pkt 99-108 pkt 109
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-5 pkt 11-70 pkt 71-74 pkt 75-76 pkt 94-95 pkt 96-97 pkt 109

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) **endarteriektomia tętnicy szyjnej** – operacja chirurgiczna usunięcia blaszek miażdżycowych ze światła tętnicy szyjnej wspólnej lub tętnicy szyjnej wewnętrznej;
- 16) **guz mózgu** – każda zmiana patologiczna zlokalizowana w obrębie mózgowia. Odpowiadamy wyłącznie za taki guz mózgu, który zwiększa swoją wielkość i powoduje neurologiczne objawy wzrostu ciśnienia śródczaszkowego;
- 17) **guz rdzenia kręgowego** – każda zmiana patologiczna zlokalizowana w obrębie rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za taki guz rdzenia kręgowego, który powoduje deficyt neurologiczny i wymaga leczenia operacyjnego;
- 18) **kardiomiopatia** – choroba mięśnia sercowego spowodowana jego pierwotnym uszkodzeniem. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kardiomiopatii wtórnych w przebiegu choroby niedokrwiennej serca (choroby wieńcowej), nadciśnienia tętniczego, nadciśnienia płucnego lub wad serca;
- 19) **leczenie chirurgiczne padaczki** – operacja neurochirurgiczna w obrębie mózgowia, przeprowadzona w celu leczenia padaczki lekoopornej;
- 20) **niewydolność nerek** – ostra lub przewlekła niewydolność nerek. Odpowiadamy tylko za taką niewydolność nerek, która wymagała leczenia szpitalnego;
- 21) **nowotwór złośliwy** – niekontrolowany rozrost komórek nowotworowych, cechujących się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów. Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy, którego inwazyjny charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym. Odpowiadamy także za nowotwór złośliwy ze zmianami przerzutowymi, gdy nie pobrano materiału do badania histopatologicznego, ale obraz kliniczny i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do złośliwości procesu nowotworowego;
- 22) **oparzenia obejmujące dużą powierzchnię ciała** – miejscowe uszkodzenie skóry i głębiej leżących tkanek, spowodowane czynnikiem termicznym, chemicznym lub elektrycznym. Odpowiadamy wyłącznie za takie ciężkie oparzenie, które wymagało hospitalizacji i obejmowało:
 - a) ponad 70% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie II stopnia lub

- b) ponad 70% powierzchni ciała – dla oparzeń II i III stopnia łącznie lub
- c) ponad 15% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie III stopnia;
- 23) **operacja chirurgiczna narządu wzroku** – operacja struktur gałki ocznej, aparatu ochronnego lub ruchowego oka; Nasza odpowiedzialność nie obejmuje operacji zaćmy lub wady wzroku;
- 24) **operacja chirurgiczna wszczepienia sztucznego stawu (protezoastyka)** – 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 pielęgniarki

- 26. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki.
- 27. Opieka pielęgniarki na rzecz ubezpieczonego lub współubezpieczonego polega na wykonywaniu czynności:
 - 1) związanych z higieną i odżywianiem (bez przygotowywania posiłków);
 - 2) zabiegów pielęgniarskich – zgodnie ze zleceniem lekarskim – takich jak wykonywanie okładów, opatrunków, rehabilitacji oddechowej, ćwiczeń terapeutycznych, pomiaru ciśnienia tętniczego i tętna, ważenia.
- 28. Ubezpieczony lub współubezpieczony pokrywa koszty wyrobów medycznych i produktów leczniczych używanych przy wymienionych czynnościach.
- 29. Opieka pielęgniarki przysługuje do ośmiu godzin dziennie przez dwa tygodnie albo do czterech godzin dziennie przez cztery tygodnie. Tryb opieki ubezpieczony zaznacza we wniosku o organizację usługi i nie może zmienić swojego wyboru. Może podzielić ośmiogodzinną opiekę na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy. Jeśli ubezpieczony wybierze opcję czterogodzinną, nie może podzielić tego okresu na krótszy.

Opieka nad drobnymi zwierzętami domowymi

- 30. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty usługi – ale tylko, jeśli spełnione są łącznie poniższe warunki:
 - 1) zwierzęta te przebywają w domu i nie zagrażają zdrowiu opiekunów ani bezpieczeństwu otoczenia – według opinii osoby sprawującej opiekę. Opieka może dotyczyć takich zwierząt jak: gady, gryzonie, koty, owady, płazy, psy, ptaki i ryby;
 - 2) nie są to zwierzęta gatunków ani ras uznanych – w szczególności przez akty prawne – za niebezpieczne;
 - 3) w domu nie ma osoby, która może się nimi zająć;
 - 4) ubezpieczony lub współubezpieczony albo osoba, którą wskaże ubezpieczony, przedstawi dokument, który potwierdza, że wymagane szczepienia zwierząt zostały przeprowadzone.
- 31. Jeżeli ubezpieczonego lub współubezpieczonego nie ma w domu, usługa może być zrealizowana pod warunkiem udzielenia przez niego pisemnej zgody na realizację usługi oraz udostępnienia domu przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego i osoby w nim przebywające.
- 32. Opieka nad zwierzętami obejmuje:
 - 1) dostarczenie żywności. Karma będzie kupiona w miejscu, które wskaże ubezpieczony lub współubezpieczony, o ile odległość do nich nie będzie większa niż odległość do miejsca zakupu, które wybierze Centrum Pomocy;
 - 2) czynności porządkowe;
 - 3) zapewnienie zwierzęciu opieki czasowej.
- 33. Centrum Pomocy pokrywa koszty dojazdu i honorarium opiekuna. Ubezpieczony lub współubezpieczony pokrywa pozostałe koszty opieki, czyli np. karmy, opieki weterynaryjnej, szczepień.
- 34. Usługa trwa do ośmiu godzin dziennie przez dwa tygodnie albo do czterech godzin dziennie przez cztery tygodnie. Tryb opieki ubezpieczony zaznacza we wniosku o organizację usługi i nie może zmienić swojego wyboru. Może podzielić ośmiogodzinną opiekę na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy. Jeśli ubezpieczony wybierze opcję czterogodzinną, nie może podzielić tego okresu na krótszy.
- 35. Każda rozpoczęta godzina opieki nad drobnymi zwierzętami domowymi jest liczona jako jedna godzina.

Opieka nad dziećmi

- 36. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty – ale tylko, jeśli:
 - 1) w miejscu pobytu dzieci nie ma osoby, która może się nimi zająć oraz
 - 2) ubezpieczony wyrazi pisemną zgodę na tę opiekę i wskaże terminy jej sprawowania.
- 37. W usłudze opieki nad dziećmi konieczny jest kontakt z ubezpieczonym lub osobą, którą wskaże. Jeśli nie skontaktujemy się z ubezpieczonym lub osobą wskazaną i nie uzyskamy pisemnej zgody ubezpieczonego, to nie podejmujemy się realizacji usługi.
- 38. Musimy wiedzieć, czy dzieci wymagają specjalnej opieki – np. są 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 brailowska;
 - 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) pikfłometr;
 - 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.