

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
ASYSTENT W CZASIE UTRATY ZDROWIA**





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE ASYSTENT W CZASIE UTRATY ZDROWIA

Wersja dokumentu z dnia 1.10.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia Asystent W Czasie Utraty Zdrowia, kod warunków: AUGP32 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

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 ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego następujących zdarzeń w okresie naszej odpowiedzialności:

- pobyt w szpitalu spowodowany chorobą,
- pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem,
- wykonanie operacji chirurgicznych wymienionych w Wykazie Operacji Chirurgicznych,
- nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości co najmniej 30% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

Ubezpieczony otrzyma pomoc, jeśli będzie mieć operację (wymienioną w Wykazie Operacji chirurgicznych) lub trafi do szpitala po nieszczęśliwym wypadku lub w wyniku choroby na dłużej niż 3 dni albo wystąpi nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu.

Zapewniamy wówczas:

- domową opiekę pielęgniarki,
- pomoc w prowadzeniu domu,
- opiekę nad dzieckiem,
- opiekę nad osobą niesamodzielną,
- opiekę nad drobnymi zwierzętami domowymi,
- domową wizytę psychologa,
- domową wizytę rehabilitanta lub masażysty,
- dostarczenie niezbędnych leków,
- dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego,
- dostarczenie do naprawy przedmiotów użytku osobistego,
- transport medyczny,
- drobne naprawy domowe,
- pomoc osobie wskazanej przez ubezpieczonego.

Ubezpieczenie może być zawarte wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta pod warunkiem jednoczesnego zawarcia albo funkcjonowania u ubezpieczającego umowy ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym, którzy w dniu złożenia deklaracji przystąpi-

nia objęci są ubezpieczeniem na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Jak długo trwa umowa?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Świadczenia:

- domowa opieka pielęgniarki,
- pomoc w prowadzeniu domu,
- opieka nad dzieckiem,
- opieka nad osobą niesamodzielną,
- opieka nad drobnymi zwierzętami domowymi,
- domowa wizyta psychologa,
- domowa wizyta rehabilitanta lub masażysty,
- dostarczenie niezbędnych leków,
- dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego,
- dostarczenie do naprawy przedmiotów użytku osobistego,
- transport medyczny,
- transport na rehabilitację,
- drobne naprawy domowe,
- pomoc osobie wskazanej przez ubezpieczonego, realizowane są na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w godzinach 8:00–20:00, 7 dni w tygodniu.

Świadczenia:

- opieka nad dzieckiem,
 - opieka nad osobą niesamodzielną,
 - dostarczenie niezbędnych leków,
 - transportu medycznego,
- realizowane są na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, całodobowo, 7 dni w tygodniu.

Jak i kiedy opłacasz składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.

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

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

W umowie ma zastosowanie karencja. Okres karencji liczony jest od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego. W pierwszym miesiącu karencji ponosimy odpowiedzialność tylko za nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości co najmniej 30%. W przypadku rozpoczętego w tym okresie pobytu w szpitalu i przeprowadzonej operacji chirurgicznej realizujemy jedynie świadczenia Informacyjnego Serwisu Medycznego. Po upływie okresu pierwszego miesiąca kalendarzowego, w okresie kolejnych pięciu miesięcy, ponosimy odpowiedzialność tylko za przeprowadzenie takiej operacji chirurgicznej, która była

następstwem nieszczęśliwego wypadku, za pobyt w szpitalu oraz za nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości co najmniej 30%. W przypadku przeprowadzenia w tym okresie operacji chirurgicznej, która nie była następstwem nieszczęśliwego wypadku, realizujemy jedynie świadczenia Informacyjnego Serwisu Medycznego.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:

- zakończenia naszej odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia,
- upływu okresu za jaki przekazano składkę w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego,
- upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- pobytu w szpitalu w związku z leczeniem i zabiegami stomatologicznymi, chyba że wynikają one z konieczności leczenia obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- pobytu w szpitalu w związku z rehabilitacją, z wyjątkiem pierwszego pobytu w szpitalu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego naszą odpowiedzialnością pobytu ubezpieczonego w szpitalu, związanego – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą,
- operacji chirurgicznej – kosmetycznej lub plastycznej, z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie naszej odpowiedzialności.

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).

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. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą, która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługuje prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.
2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:
 - 1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
 - 2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.
3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.
6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia Asystent w czasie utraty zdrowia, kod warunków AUGP32 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia.

Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 5 – 25 OWU § 39 OWU § 40 – 42 OWU § 43 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 6 OWU § 8 – 25 OWU § 33 – 34 OWU § 35 – 38 OWU § 43 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ASYSTENT W CZASIE UTRATY ZDROWIA



Kod warunków: AUGP32

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia Asystent w czasie utraty zdrowia, zawieranych jako umowy ubezpieczenia dodatkowego do umów grupowego ubezpieczenia na życie wskazanych przez PZU Życie SA, zwanych ubezpieczeniem podstawowym.

§ 2

1. Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

- 1) **Centrum Pomocy** – centrum działające na rzecz PZU Życie SA, do którego ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu jest zobowiązany zgłosić zdarzenie objęte zakresem ubezpieczenia; Centrum Pomocy czynne jest 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu;
- 2) **choroba** – stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego powodujący konieczność leczenia szpitalnego;
- 3) **dom** – wskazany przez ubezpieczonego adres miejsca zamieszkania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
- 4) **dziecko** – dziecko ubezpieczonego własne, a także przysposobione lub pasierba – jeżeli nie żyje ojciec lub matka – w wieku do ukończenia 15 roku życia;
- 5) **leczenie szpitalne** – leczenie stacjonarne stanów nagłych, w których odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia lub leczenie stanów, w których nie można uzyskać celu leczniczego podczas leczenia ambulatoryjnego;
- 6) **operacja chirurgiczna** – zabieg chirurgiczny, wykonywany w placówce medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przez wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędnym z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu, z zastrzeżeniem § 4 ust. 1 pkt 3; wyróżnia się następujące rodzaje operacji chirurgicznych:
 - a) **operacja chirurgiczna metodą endoskopową** – zabieg chirurgiczny polegający na takim otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub narządów wewnętrznych, które uniemożliwia czynności, określone w terminologii medycznej jako rekonozcyjny, wewnątrz wyżej wymienionych struktur;
 - b) **operacja chirurgiczna metodą otwartą** – zabieg chirurgiczny polegający na otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych połączony z czynnościami, określonymi w terminologii medycznej jako rekonozcyjny, wewnątrz wyżej wymienionych struktur;
 - c) **operacja chirurgiczna metodą zamkniętą** – zabieg chirurgiczny bez otwierania jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych (zabiegi prześrodkowe, przeznaczyniowe, z użyciem endoskopu),jeżeli w Wykazie Operacji Chirurgicznych, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 3, nie jest sprezykowane, jaką metodą dana operacja chirurgiczna jest wykonywana, PZU Życie SA ponosi odpowiedzialność za operację chirurgiczną wykonaną metodą otwartą lub endoskopową;
- 7) **osoba niesamodzielną** – osobę zamieszkujejącą z ubezpieczonym, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki;
- 8) **osoba wyznaczona** – pełnoletnią osobę wskazaną przez ubezpieczonego do opieki nad dzieckiem i osobą niesamodzielną;
- 9) **pobyt w szpitalu** – całonocny pobyt ubezpieczonego w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w celu leczenia szpitalnego, trwający nieprzerwanie dłużej niż 3 dni;
- 10) **szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego;
- 11) **ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu** – wskazane przez PZU Życie SA dodatkowe grupowe

- ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszcześliwym wypadkiem;
- 12) **usunięcie** – całkowite usunięcie narządu, struktury ciała lub zmiany patologicznej;
 - 13) **wycięcie** – częściowe lub całkowite wycięcie tkanki, narządu, struktury ciała lub zmiany patologicznej;
 - 14) **zmiana** – patologiczny rozrost komórek danej tkanki, narządu lub układu.

2. Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennic, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego i ogólnych warunkach ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu, używane są w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.

§ 4

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA:

- 1) pobyt w szpitalu spowodowany chorobą;
 - 2) pobyt w szpitalu spowodowany nieszcześliwym wypadkiem;
 - 3) wykonanie operacji chirurgicznych wymienionych w Wykazie Operacji Chirurgicznych stanowiącym załącznik do ogólnych warunków;
 - 4) nieszcześliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości co najmniej 30%, objęty odpowiedzialnością PZU Życie SA z tytułu ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. PZU Życie SA ponosi odpowiedzialność maksymalnie za trzy zdarzenia, które wystąpiły w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA, z tym że w przypadku pobytu w szpitalu liczy się rozpoczęcie pobytu.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 5

1. W przypadku wystąpienia zdarzenia spośród wymienionych w § 4 ust. 1, PZU Życie SA umożliwia ubezpieczonemu skorzystanie ze świadczeń:

- 1) domowej opieki pielęgniarstwa (§ 8);
- 2) pomocy w prowadzeniu domu (§ 9);
- 3) opieki nad dzieckiem (§ 10, § 11, § 12);
- 4) opieki nad osobą niesamodzielną (§ 13, § 14, § 15);
- 5) opieki nad drobnymi zwierzętami domowymi (§ 16);
- 6) domowej wizyty psychologa (§ 17);
- 7) domowej wizyty rehabilitanta lub masażyści (§ 18);
- 8) dostarczenia niezbędnych leków (§ 19);
- 9) dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego (§ 20);
- 10) dostarczenia do naprawy przedmiotów użytku osobistego (§ 21);
- 11) transportu medycznego (§ 22);
- 12) transportu na rehabilitację (§ 23);
- 13) drobnych napraw domowych (§ 24);
- 14) pomocy osobie wskazanej przez ubezpieczonego (§ 25).

2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, są realizowane na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w godzinach 8:00 – 22:00 7 dni w tygodniu, z wyjątkiem realizowanych całonocowo świadczeń:

- 1) opieki nad dzieckiem (ust. 1 pkt 3);
- 2) opieki nad osobą niesamodzielną (ust. 1 pkt 4);
- 3) dostarczenia niezbędnych leków (ust. 1 pkt 8);
- 4) transportu medycznego (ust. 1 pkt 11).

§ 6

1. PZU Życie SA organizuje świadczenia, o których mowa w § 5, w ramach limitów, które stanowią górną granicę odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego oraz w stosunku do jednego zdarzenia, o którym mowa w § 4 ust. 1, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.

- Świadczenia wskazane w § 5 wykonywane są na wniosek ubezpieczonego, nie wcześniej niż po uzyskaniu przez PZU Życie SA potwierdzenia wystąpienia zdarzenia, o którym mowa w § 4 ust. 1.

§ 7

- Poza świadczeniami, o których mowa w § 5, w przypadku wystąpienia zdarzenia, o którym mowa w § 4 ust. 1, PZU Życie SA umożliwia ubezpieczonemu skorzystanie ze świadczenia Informacyjnego Serwisu Medycznego o zakresie określonym w ust. 2.
- W ramach świadczenia Informacyjnego Serwisu Medycznego PZU Życie SA udziela informacji o:
 - sposobie postępowania w razie nieszczęśliwego wypadku, organizacji pierwszej pomocy i planowania leczenia;
 - placówkach medycznych, w których ubezpieczony będzie miał możliwość najszybszego uzyskania świadczenia medycznego takiego jak pierwsza pomoc, zabieg chirurgiczny, badanie diagnostyczne lub wizyta u specjalisty oraz przekazania informacji teleadresowych takich placówek;
 - usługach dostępnych w placówkach medycznych (szpitalach, klinikach, ambulatoriach, oddziałach specjalistycznych) na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w tym w szczególności położonych najbliżej domu, o zakresie ich specjalizacji, godzin otwarcia i danych teleadresowych;
 - zdrowiu, chorobie i jednostkach chorobowych;
 - zachowaniach prozdrowotnych;
 - szpitalach, aptekach, przychodniach, lekarzach ogólnych – znajdujących się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
 - pielęgnacji niemowląt;
 - lekach oraz objawach niepożądanych przy ich przyjmowaniu;
 - dietach, zdrowym żywieniu;
 - grupach wsparcia, telefonach zaufania – świadczących pomoc i dostępnych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
 - transporcie medycznym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
 - stanach wymagających nagłej pomocy;
 - opiece nad osobami starszymi.

Domowa opieka pielęgniarstwa

§ 8

- Domowa opieka pielęgniarstwa organizowana jest przez PZU Życie SA, który pokryje koszty dojazdu i honorarium pielęgniarstwa.
- Warunkiem realizacji świadczenia jest obecność ubezpieczonego w domu.
- Świadczenie obejmuje:
 - wykonywanie czynności związanych z utrzymaniem higieny;
 - wykonywanie zabiegów leczniczych takich jak: ćwiczenia terapeutyczne, okłady, opatrunki, rehabilitacja oddechowa, itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza;
 - wykonywanie czynności diagnostycznych takich jak: pomiar ciśnienia i tętna, ważenie, itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza;
 - pomoc w odżywianiu się.
- Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów materiałów lub lekarstw używanych przy wykonywaniu czynności, o których mowa w ust. 3. Koszty tych materiałów lub lekarstw pokrywa ubezpieczony.
- Świadczenie przysługuje ubezpieczonemu w odniesieniu do jednego zdarzenia, o którym mowa w § 4 ust. 1, maksymalnie przez 30 godzin, do czterech godzin dziennie, z tym że jedna wizyta pielęgniarstwa nie może trwać krócej niż jedną godzinę.
- Każda rozpoczęta godzina opieki domowej pielęgniarstwa jest liczona jak jedna godzina.

Pomoc w prowadzeniu domu

§ 9

- Pomoc w prowadzeniu domu organizowana jest przez PZU Życie SA, który pokryje koszty dojazdu i honorarium osób pomagających w prowadzeniu domu.
- Świadczenie jest organizowane i realizowane wyłącznie w przypadku, gdy:
 - ubezpieczony jest obecny w domu, z zastrzeżeniem ust. 3;
 - w domu nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić.
- Jeżeli ubezpieczony nie jest obecny w domu, świadczenie może być zrealizowane pod warunkiem udzielenia przez ubezpieczonego pisemnej zgody na jego realizację oraz udostępnienia domu przez ubezpieczonego i osoby w nim przebywające.
- Świadczenie obejmuje pomoc domową w:
 - utrzymaniu czystości w domu, tj.: sprzątaniu podłóg na sucho i na mokro, ścieraniu kurzy z mebli i parapetów, odkurzaniu dywanów lub wykładzin, czyszczeniu ceramiki łazienkowej, czyszczeniu wanny lub kabiny prysznicowej wraz z ewentualnym brodzikiem, zmywaniu naczyń, czyszczeniu zlewu, czyszczeniu płyty kuchennej;
 - przygotowaniu posiłków (również na rzecz dziecka lub osoby niesamodzielnej);

- robieniu zakupów niezbędnych do realizacji czynności określonych w pkt. 1 i 2;
 - podlewaniu kwiatów;
 - wyrzuceniu śmieci;
 - przy użyciu środków lub sprzętów udostępnionych przez ubezpieczonego.
- Zakupy, o których mowa w ust. 4 pkt 3, realizowane są w miejscach wskazanych przez ubezpieczonego, o ile odległość do nich nie będzie większa niż byłaby odległość do miejsca zakupu wybranego przez PZU Życie SA.
 - Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupów. Koszty zakupów pokrywa ubezpieczony.
 - Świadczenie przysługuje ubezpieczonemu w odniesieniu do jednego zdarzenia, o którym mowa w § 4 ust. 1, maksymalnie przez 30 godzin, do pięciu godzin dziennie, z tym że jedna wizyta nie może trwać krócej niż jedną godzinę.
 - Każda rozpoczęta godzina pomocy w prowadzeniu domu jest liczona jak jedna godzina.

Opieka nad dzieckiem

§ 10

- Opieka nad dzieckiem organizowana jest przez PZU Życie SA, który według wyboru ubezpieczonego pokryje koszty:
 - przewozu dziecka do osoby wyznaczonej albo
 - przewozu osoby wyznaczonej do domu.
- Decyzję o wyborze środka transportu podejmuje PZU Życie SA, uwzględniając dostępność środków transportu oraz czas i miejsce docelowe przewozu, a także – w przypadku przewozu dziecka do domu osoby wyznaczonej – jego wiek i stan zdrowia.
- Świadczenie przewozu dziecka do osoby wyznaczonej jest realizowane w towarzystwie osoby wskazanej przez PZU Życie SA i pod warunkiem wyrażenia przez ubezpieczonego pisemnej zgody na przewóz dzieci.
- Świadczenie przewozu dziecka do osoby wyznaczonej albo przewozu osoby wyznaczonej do domu przysługuje ubezpieczonemu, w odniesieniu do jednego zdarzenia, o którym mowa w § 4 ust. 1, maksymalnie raz (1 przejazd tam i 1 z powrotem) i maksymalnie do wysokości 1500 zł łącznie.

§ 11

- W przypadku braku kontaktu z osobą wyznaczoną albo, gdy osoba wyznaczona nie jest dostępna pod wskazanym przez ubezpieczonego adresem lub odmawia sprawowania opieki nad dzieckiem, PZU Życie SA zorganizuje i pokryje koszty dojazdu i honorarium wskazanych przez siebie osób, które będą sprawować opiekę nad dzieckiem w domu.
- Opieka, o której mowa w ust. 1, polega na sprawowaniu pieczy nad dzieckiem poprzez zapewnienie mu należytej egzystencji w zakresie podstawowych potrzeb bytowych i ochrony przed niebezpieczeństwami.
- Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, organizowane i realizowane jest pod warunkiem wyrażenia pisemnej zgody ubezpieczonego na opiekę nad dzieckiem udzielonej PZU Życie SA wraz z określeniem terminów sprawowania tej opieki, z zastrzeżeniem § 12 ust. 1.
- PZU Życie SA pokrywa koszty osób sprawujących opiekę w ramach limitów wskazanych w ust. 5. Pozostałe koszty, w tym w szczególności: koszty żywności, ubrań, środków higienicznych, lekarstw, opieki lekarskiej (w tym leczenia oraz szczepień) pokrywa w całości ubezpieczony.
- Świadczenie przysługuje ubezpieczonemu w odniesieniu do jednego zdarzenia, o którym mowa w § 4 ust. 1, maksymalnie przez 30 godzin, z tym że jedna wizyta osób sprawujących opiekę nie może trwać krócej niż dwie godziny.
- Każda rozpoczęta godzina opieki nad dzieckiem jest liczona jak jedna godzina.
- Jeżeli po wyczerpaniu limitu określonego w ust. 5 będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, PZU Życie SA przekaze opiekę nad dzieckiem placówce opieki społecznej właściwej dla adresu miejsca jego pobytu, o czym poinformuje ubezpieczonego.

§ 12

- Świadczenia, o których mowa w § 10 i w § 11, są organizowane i realizowane wyłącznie w przypadku, gdy w domu nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić.
- Osoba zgłaszająca wniosek o spełnienie świadczenia określonego w § 10 i w § 11, zobowiązana jest do udzielenia pełnej, pisemnej informacji, jeśli opieka nad dzieckiem wymaga specjalnego postępowania (np. cierpi ono na chorobę przewlekłą lub wymaga rehabilitacji) oraz jeśli przyjmuje ono leki lub jest na diecie.

Opieka nad osobą niesamodzielną

§ 13

- Opieka nad osobą niesamodzielną organizowana jest przez PZU Życie SA, który według wyboru ubezpieczonego pokryje koszty:

- 1) przewozu osoby niesamodzielnej do osoby wyznaczonej albo
- 2) przewozu osoby wyznaczonej do domu.
2. Decyzję o wyborze środka transportu podejmuje PZU Życie SA, uwzględniając dostępność środków transportu oraz czas i miejsce docelowe przewozu, a także – w przypadku przewozu osoby niesamodzielnej do osoby wyznaczonej – jej wiek i stan zdrowia.
3. Świadczenie polegające na przewozie osoby niesamodzielnej do osoby wyznaczonej jest realizowane w towarzystwie osoby wskazanej przez PZU Życie SA i pod warunkiem wyrażenia przez osobę niesamodzielnią zgody na jej przewóz, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Jeżeli osoba niesamodzielna jest całkowicie ubezwłasnowolniona, pisemną zgodę na jej przewóz do osoby wyznaczonej musi złożyć opiekun prawny.
5. Świadczenie przewozu osoby niesamodzielnej do osoby wyznaczonej albo przewozu osoby wyznaczonej do domu przysługuje ubezpieczonemu, w odniesieniu do jednego zdarzenia, o którym mowa w § 4 ust. 1, maksymalnie raz (1 przejazd tam i 1 z powrotem) i maksymalnie do wysokości 1500 zł łącznie.

§ 14

1. W przypadku braku kontaktu z osobą wyznaczoną albo, gdy osoba wyznaczona nie jest dostępna pod wskazanym przez ubezpieczonego adresem lub odmawia sprawowania opieki nad osobą niesamodzielną, PZU Życie SA zorganizuje i pokryje koszty dojazdu i honorarium wskazanych przez siebie osób, które będą sprawować opiekę nad osobą niesamodzielną w domu.
2. Opieka, o której mowa w ust. 1, polega na sprawowaniu pieczy nad osobą niesamodzielną poprzez zapewnienie jej należytej egzystencji w zakresie podstawowych potrzeb bytowych i ochrony przed niebezpieczeństwami.
3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, organizowane i realizowane jest pod warunkiem wyrażenia zgody osoby niesamodzielnej na opiekę nad nią udzielonej PZU Życie SA wraz z określeniem przez ubezpieczonego terminów sprawowania tej opieki, z zastrzeżeniem ust. 4 oraz § 15 ust. 1.
4. Jeżeli osoba niesamodzielna jest całkowicie ubezwłasnowolniona, pisemną zgodę na sprawowanie opieki nad nią musi złożyć opiekun prawny.
5. PZU Życie SA pokrywa jedynie koszty osób sprawujących opiekę w ramach limitów wskazanych w ust. 6. Pozostałe koszty, w tym w szczególności: koszty żywności, ubrań, środków higienicznych, leków, opieki lekarskiej (w tym leczenia oraz szczepień) pokrywa w całości ubezpieczony.
6. Świadczenie przysługuje ubezpieczonemu w odniesieniu do jednego zdarzenia, o którym mowa w § 4 ust. 1, maksymalnie przez 30 godzin, z tym że jedna wizyta osób sprawujących opiekę nie może trwać krócej niż dwie godziny.
7. Każda rozpoczęta godzina opieki nad osobą niesamodzielną jest liczona jak jedna godzina.
8. Jeżeli po wyczerpaniu limitu określonego w ust. 6 będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, PZU Życie SA przekazuje opiekę nad osobą niesamodzielną placówce opieki społecznej właściwej dla adresu miejsca jej pobytu, o czym poinformuje ubezpieczonego.

§ 15

1. Świadczenia, o których mowa w § 13 i w § 14, są organizowane i realizowane wyłącznie w przypadku, gdy w domu nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić.
2. Osoba zgłaszająca wniosek o spełnienie świadczenia określonego w § 13 i w § 14, zobowiązana jest do udzielenia pełnej, pisemnej informacji, jeśli opieka nad osobą niesamodzielną wymaga specjalnego postępowania (np. cierpią one na choroby przewlekłe lub wymagają rehabilitacji) oraz jeśli przyjmują one leki lub znajdują się na diecie.

Opieka nad drobnymi zwierzętami domowymi

§ 16

1. Opieka nad drobnymi zwierzętami domowymi (gady, gryzonie, koty, owady, płazy, psy, ptaki i ryby) przebywającymi w domu i nie zagrażającymi zdrowiu i bezpieczeństwu otoczenia, polegająca na dostarczeniu żywności, czynnościach porządkowych i zapewnieniu opieki czasowej, organizowana jest przez PZU Życie SA, który pokryje koszty dojazdu i honorarium osób sprawujących opiekę.
2. Świadczenie jest organizowane i realizowane wyłącznie w przypadku, gdy:
 - 1) ubezpieczony jest obecny w domu, z zastrzeżeniem ust. 3;
 - 2) w domu nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić.
3. Jeżeli ubezpieczony nie jest obecny w domu, świadczenie może być zrealizowane pod warunkiem udzielenia przez ubezpieczonego pisemnej zgody na jego realizację oraz udostępnienia domu przez ubezpieczonego i osoby w nim przebywające.

4. Świadczenie przysługuje pod warunkiem, że:

- 1) ubezpieczony lub inna osoba wskazana przez ubezpieczonego przedstawi osobie sprawującej opiekę dokument potwierdzający, że wymagane szczepienia zwierząt zostały przeprowadzone oraz
- 2) zwierzęta według uznania osoby sprawującej opiekę nie stanowią zagrożenia dla otoczenia oraz gdy dana rasa lub gatunek nie są uznane za niebezpieczne, w szczególności, gdy nie są uznane przez akty prawne za rasy agresywne bądź niebezpieczne.
5. Zakupy niezbędnych produktów realizowane są w miejscu wskazanym przez ubezpieczonego, o ile odległość do tego miejsca nie będzie większa niż byłaby odległość do miejsca zakupu wybranego przez PZU Życie SA.
6. PZU Życie SA pokrywa jedynie koszty osób sprawujących opiekę w ramach limitów wskazanych w ust. 7. Pozostałe koszty opieki nad zwierzętami, w tym w szczególności: koszty karmy dla zwierząt, koszty opieki weterynaryjnej (w tym leczenia oraz szczepień) pokrywa w całości ubezpieczony.
7. Świadczenie przysługuje ubezpieczonemu w odniesieniu do jednego zdarzenia, o którym mowa w § 4 ust. 1, maksymalnie przez 28 godzin.
8. Każda rozpoczęta godzina opieki nad drobnymi zwierzętami domowymi jest liczona jak jedna godzina.

Domowa wizyta psychologa

§ 17

1. W przypadku, gdy bezpośrednio w związku z stanem zdrowia, w jakim znajduje się ubezpieczony nastąpiło pogorszenie jego stanu psychicznego, PZU Życie SA zorganizuje i pokryje koszty dojazdów oraz wizyty lub serii wizyt psychologa w domu.
2. W odniesieniu do jednego zdarzenia, o którym mowa w § 4 ust. 1, w ramach świadczenia ubezpieczonemu przysługuje maksymalnie pięć wizyt, z tym że jednego dnia przysługuje jedna wizyta nie dłuższa niż dwie godziny.
3. Każda rozpoczęta godzina wizyty psychologa jest liczona jak jedna godzina.

Domowa wizyta rehabilitanta lub masażysty

§ 18

1. W przypadku, gdy bezpośrednio w związku z stanem zdrowia, w jakim znajduje się ubezpieczony niezbędna jest rehabilitacja, zgodnie ze skierowaniem wydanym przez lekarza, PZU Życie SA zorganizuje i pokryje koszty dojazdów oraz wizyty lub serii wizyt rehabilitanta lub masażysty w domu.
2. W odniesieniu do jednego zdarzenia, o którym mowa w § 4 ust. 1, w ramach świadczenia ubezpieczonemu przysługuje maksymalnie pięć wizyt, z tym że jednego dnia przysługuje jedna wizyta nie dłuższa niż dwie godziny.
3. Każda rozpoczęta godzina wizyty rehabilitanta lub masażyisty jest liczona jak jedna godzina.

Dostarczenie niezbędnych leków

§ 19

1. W przypadku, gdy ubezpieczony musi, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza, przebywać w domu co najmniej 5 dni, PZU Życie SA zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia do domu przepisanych na receptę przez lekarza niezbędnych leków, o ile są one dostępne na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem ust. 4.
2. W odniesieniu do jednego zdarzenia, o którym mowa w § 4 ust. 1, ubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów jednorazowego dostarczenia leków, gdy w domu nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić.
3. Zakup niezbędnych leków realizowany jest w miejscu wskazanym przez ubezpieczonego, o ile odległość do tego miejsca nie będzie większa niż byłaby odległość do miejsca zakupu wybranego przez PZU Życie SA.
4. Jeżeli ubezpieczony ponadto potrzebuje leków dostępnych bez recepty, które jednocześnie są dostępne w miejscu realizacji recepty, o której mowa w ust. 1, PZU Życie SA realizuje dostarczenie wskazanych przez ubezpieczonego leków dostępnych bez recepty.
5. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów leków. Koszty leków pokrywa ubezpieczony.

Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego

§ 20

1. W przypadku, gdy ubezpieczony musi, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza, przebywać w domu co najmniej 5 dni, PZU Życie SA zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia do domu sprzętu rehabilitacyjnego, zaleconego wcześniej przez lekarza na podstawie recept lub pisemnych zaleceń.

2. W odniesieniu do jednego zdarzenia, o którym mowa w § 4 ust. 1, ubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów jednorazowego dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego, gdy w domu nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić.
3. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów sprzętu rehabilitacyjnego. Koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego pokrywa ubezpieczony.

Dostarczenie do naprawy przedmiotów użytku osobistego § 21

1. W przypadku, gdy bezpośrednio w związku ze stanem zdrowia, w jakim znajduje się ubezpieczony, musi on, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza, przebywać w domu co najmniej 5 dni, PZU Życie SA zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia z domu do wskazanego przez ubezpieczonego punktu naprawy i z powrotem, następujących przedmiotów użytku osobistego ubezpieczonego:

1) aparat słuchowy	14) okulary
2) aparat do mierzenia ciśnienia krwi	15) parapodium
3) balkonik	16) pionizator
4) chodzik	17) pikfometr
5) drukarka brajlowska	18) podnośnik
6) glukometr	19) pompa infuzyjna
7) inhalator	20) pompa insulinowa
8) koncentrator tlenowy	21) proteza
9) krtań elektroniczna	22) respirator
10) łóżko rehabilitacyjne	23) ssak
11) materac pneumatyczny	24) syntezator mowy
12) nawilżacz powietrza	25) urządzenie do masażu
13) nebulizator	26) wózek inwalidzi

2. W odniesieniu do jednego zdarzenia, o którym mowa w § 4 ust. 1, ubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów jednorazowego dostarczenia do naprawy przedmiotów użytku osobistego, gdy w domu nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić.
3. Naprawa przedmiotów użytku osobistego realizowana jest w miejscu wskazanym przez ubezpieczonego, o ile odległość do tego miejsca nie będzie większa niż byłaby odległość do miejsca naprawy wybranego przez PZU Życie SA.
4. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów naprawy przedmiotów, o których mowa w ust. 1. Koszty naprawy pokrywa ubezpieczony.

Transport medyczny

§ 22

1. PZU Życie SA organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Transport medyczny przysługuje ubezpieczonemu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:
 - 1) do szpitala albo innej jednostki służby zdrowia albo
 - 2) do domu ze szpitala lub z innej jednostki służby zdrowia albo
 - 3) pomiędzy szpitalem a innym szpitalem albo jednostką służby zdrowia.
3. Decyzję o wyborze czasu, celu i środka transportu podejmuje PZU Życie SA po konsultacji (o ile jest to uzasadnione z medycznego punktu widzenia) z lekarzem ubezpieczonego, uwzględniając jego stan zdrowia, dostępne środki transportu oraz czas i cel transportu.
4. W celu umożliwienia spełnienia świadczenia transportu medycznego ubezpieczony zobowiązany jest do zapewnienia PZU Życie SA lub innym osobom uprawnionym przez PZU Życie SA dostępu do wszelkich informacji pozwalających na ocenę jego stanu zdrowia i celowości transportu medycznego.
5. Świadczenie transportu medycznego przysługuje ubezpieczonemu, w odniesieniu do jednego zdarzenia, o którym mowa w § 4 ust. 1, maksymalnie dwa razy, tj. dwa przejazdy, łącznie dla trzech świadczeń wymienionych w ust. 2 pkt 1, 2 i 3, i maksymalnie do wysokości 1500 zł łącznie.

Transport na rehabilitację

§ 23

1. PZU Życie SA organizuje i pokrywa koszty transportu ubezpieczonego na rehabilitację pomiędzy domem a miejscem rehabilitacji na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Warunkiem realizacji świadczenia jest posiadanie przez ubezpieczonego skierowania na rehabilitację wystawionego przez lekarza.
3. Ubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów transportu na rehabilitację, gdy w domu nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić.
4. Świadczenie transportu na rehabilitację przysługuje ubezpieczonemu, w odniesieniu do jednego zdarzenia, o którym mowa w § 4 ust. 1,

maksymalnie dziesięć razy (10 przejazdów tam i 10 z powrotem) i maksymalnie do wysokości 1500 zł łącznie.

Drobne naprawy domowe

§ 24

1. PZU Życie SA organizuje i pokrywa koszty dojazdu do domu oraz koszty robocizny niższej wymienionych specjalistów:
 - 1) elektryka – w przypadku uszkodzenia instalacji elektrycznej w domu;
 - 2) hydraulika – w celu interwencji w domu mającej zapobiec jego zalaniu albo zwiększeniu już powstałego zalania;
 - 3) ślusarza – w przypadku uszkodzenia szyb w domu;
 - 4) ślusarza – w przypadku konieczności wymiany zamków w drzwiach wejściowych do domu na skutek ich uszkodzenia lub utraty kluczy;
 - 5) technika urządzeń grzewczych – w przypadku zapowietrzenia lub rozszczelnienia grzejników.
2. Świadczenie jest organizowane i realizowane wyłącznie w przypadku, gdy:
 - 1) ubezpieczony jest obecny w domu, z zastrzeżeniem ust. 3;
 - 2) w domu nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić.
3. Jeżeli ubezpieczony nie jest obecny w domu, świadczenie może być zrealizowane pod warunkiem udzielenia przez ubezpieczonego pisemnej zgody na jego realizację oraz udostępnienia domu przez ubezpieczonego i osoby w nim przebywające.
4. Świadczenie nie obejmuje kosztów materiałów zużytych w czasie napraw dokonywanych przez specjalistów, o których mowa w ust. 1. Koszty tych materiałów pokrywa w całości ubezpieczony.
5. W odniesieniu do jednego zdarzenia, o którym mowa w § 4 ust. 1, w ramach świadczenia ubezpieczonemu przysługują maksymalnie 3 wizyty maksymalnie do wysokości 1000 zł łącznie.

Pomoc osobie wskazanej przez ubezpieczonego

§ 25

1. W przypadku, gdy bezpośrednio w związku ze stanem zdrowia, ubezpieczony nie może wywiązać się wobec wskazanej przezeń osoby, z przyjętych zobowiązań w zakresie pomocy w życiu codziennym, PZU Życie SA organizuje i pokrywa koszty organizacji wobec tej osoby wybranych przez ubezpieczonego świadczeń określonych w § 9, § 16, § 19, § 20, § 21, § 24.
2. Wybrane przez ubezpieczonego świadczenia realizowane są na warunkach określonych w § 9, § 16, § 19, § 20, § 21, § 24 i w limitach przysługujących ubezpieczonemu, tzn. że łączne limity dla takiego samego świadczenia realizowanego wobec ubezpieczonego i osoby przezeń wskazanej nie mogą przekroczyć limitów przysługujących ubezpieczonemu.
3. Świadczenie jest organizowane i realizowane wyłącznie w przypadku, gdy w domu ubezpieczonego ani w domu osoby wskazanej przez ubezpieczonego nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 26

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.
2. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta pod warunkiem jednoczesnego zawarcia albo funkcjonowania u ubezpieczającego umowy ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu.

§ 27

Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym, którzy w dniu złożenia deklaracji przystąpienia objęci są ubezpieczeniem na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 28

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu i żadna ze stron nie postanowi inaczej, z tym że oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia dodatkowego została zawarta.



§ 29

W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres nie jest wymagane ponowne złożenie deklaracji przystąpienia.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 30

1. Zasady odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia podstawowego.
4. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.
5. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 31

1. Zasady wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia podstawowego.
4. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.
5. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu.

SKŁADKA

§ 32

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od częstotliwości opłacania składek oraz liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przystępujących do ubezpieczenia.
2. Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
3. Składka przekazywana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 33

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

§ 34

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:

- 1) zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym lub w ubezpieczeniu na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu;
- 2) otrzymania przez PZU Życie SA oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego;
- 3) upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia;
- 4) upływu okresu za jaki przekazano składkę w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego;
- 5) upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego;
- 6) rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 35

1. W okresie pierwszego miesiąca kalendarzowego, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego (karencja), PZU Życie SA ponosi odpowiedzialność tylko za nieszczęśliwy wypadek

powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości co najmniej 30%; w przypadku rozpoczętego w tym okresie pobytu w szpitalu i przeprowadzonej operacji chirurgicznej PZU Życie SA realizuje jedynie świadczenia Informacyjnego Serwisu Medycznego (§ 7).

2. Po upływie okresu, o którym mowa w ust. 1, w okresie kolejnych pięciu miesięcy (karencja), PZU Życie SA ponosi odpowiedzialność tylko za przeprowadzenie takiej operacji chirurgicznej, która była następstwem nieszczęśliwego wypadku, za pobyt w szpitalu oraz za nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości co najmniej 30%; w przypadku przeprowadzenia w tym okresie operacji chirurgicznej, która nie była następstwem nieszczęśliwego wypadku, PZU Życie SA realizuje jedynie świadczenia Informacyjnego Serwisu Medycznego (§ 7).

§ 36

PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu i operacji chirurgicznej – odpowiednio – rozpoczętego i przeprowadzonej przed początkiem odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego oraz z tytułu pobytu w szpitalu i operacji chirurgicznej, których konieczność powstała:

- 1) w wyniku działań wojennych, katastrof powodujących skażenie promieniotwórcze, chemiczne bądź biologiczne oraz czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
- 2) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 3) w wyniku wypadku komunikacyjnego, gdy ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) nie mając uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu,
 - b) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,o ile okoliczności, o których mowa w lit. a lub b, miały wpływ na zajście zdarzenia;
- 4) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
- 5) w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa;
- 6) bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
- 7) w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
- 8) w wyniku uprawiania sportu w celach zarobkowych (profesjonalne uprawianie sportu) lub w wyniku rekreacyjnego uprawiania sportów walki, sportów motorowych i motorowodnych, sportów lotniczych, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoków do wody, skoków na linie (ang. bungee jumping).

§ 37

1. PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu, którego konieczność powstała:

- 1) w wyniku padaczki, z wyłączeniem padaczki objawowej będącej objawem innej choroby, oraz wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, nerwicy i uzależnień;
- 2) w wyniku chorób spowodowanych obniżeniem odporności organizmu w przebiegu zakażenia wirusem HIV;
- 3) w związku z leczeniem i zabiegami stomatologicznymi, chyba że wynikają one z konieczności leczenia obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
- 4) w związku z wykonywaniem badań lekarskich, dodatkowych badań medycznych służących ustaleniu istnienia choroby zawodowej, badań diagnostycznych nie wynikających z zachorowania, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów związanych bezpośrednio z pobraniem narządu) oraz obserwacji na wniosek sądu;
- 5) w wyniku leczenia niepłodności;
- 6) w związku z wykonywaniem operacji kosmetycznych lub plastycznych, w tym operacji zmiany płci, z wyjątkiem operacji niezbędnych

do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA;

- 7) w związku z rehabilitacją, z wyjątkiem pierwszego pobytu w szpitalu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego odpowiedzialnością PZU Życie SA pobytu ubezpieczonego w szpitalu, związanego – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą.

2. PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu w:

- 1) hospicjach, placówkach lecznictwa odwykowego, placówkach dla przewlekłych chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- 2) zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności w sanatoriach, prewentoriach i szpitalach uzdrowiskowych, sanatoryjnych oraz rehabilitacyjno-uzdrowiskowych;
- 3) ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych, z wyjątkiem pobytu, o którym mowa w ust. 1 pkt 7;
- 4) oddziałach dziecięcych oraz takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.

§ 38

PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu operacji chirurgicznej:

- 1) w której ubezpieczony był dawcą organów lub narządów;
- 2) kosmetycznej lub plastycznej, z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA;
- 3) przeprowadzonej w celu antykoncepcyjnym;
- 4) zmniejszenia lub powiększenia piersi oraz zmiany płci;
- 5) implantowania zębów;
- 6) wykonanej w celach diagnostycznych;
- 7) związanej z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 39

Prawo do świadczenia przysługuje ubezpieczonemu.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 40

1. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku o organizację świadczenia złożonego Centrum Pomocy przez ubezpieczonego lub osobę działającą w jego imieniu. Wniosek zgłasza się pod czynny całonocowo numer telefonu wskazany przez PZU Życie SA w deklaracji przystąpienia.
2. PZU Życie SA rozpoczyna realizację świadczeń niezwłocznie, nie później niż w ciągu 48 godzin od chwili spełnienia określonych w § 41 warunków niezbędnych do ich organizacji.
3. W przypadku, gdy wniosek o realizację świadczenia w imieniu ubezpieczonego zgłosiła osoba działająca w jego imieniu, PZU Życie SA realizuje świadczenia po potwierdzeniu przez ubezpieczonego potrzeby ich organizacji.
4. PZU Życie SA realizuje ostatnie świadczenie należne z tytułu danego zdarzenia, o którym mowa w § 4 ust. 1, najpóźniej przed upływem 6 miesięcy, licząc od dnia zgłoszenia przez ubezpieczonego pierwszego wniosku uprawniającego do świadczenia z tytułu tego zdarzenia.

§ 41

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia, o którym mowa w § 4 ust. 1, zgłaszający wniosek o organizację świadczenia zobowiązany jest skontaktować się niezwłocznie z Centrum Pomocy oraz :
 - 1) w celu dopełnienia procedury autoryzacji potwierdzającej, że jest objęty odpowiedzialnością PZU Życie SA, podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko ubezpieczonego,
 - b) nr PESEL ubezpieczonego,
 - c) nazwę ubezpieczenia,
 - d) rodzaj, szczegółowy opis i datę zdarzenia, o którym mowa w § 4 ust. 1;
 - 2) przekazać wszelkie dostępne informacje potrzebne do organizacji świadczenia, a w szczególności:
 - a) numer telefonu, pod którym Centrum Pomocy może się skontaktować z ubezpieczonym lub osobą występującą w jego imieniu,

- b) dane osoby wyznaczonej niezbędne do organizacji świadczenia,
- c) dane osoby wskazanej przez ubezpieczonego (§ 25),
- d) adres domu jako miejsca organizacji świadczenia,
- e) inne dane – o ile są one niezbędne do organizacji świadczenia;

- 3) postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Pomocy.

2. W przypadku wniosku o realizację:

- 1) opieki nad dzieckiem (§ 10, § 11, § 12);
 - 2) opieki nad osobą niesamodzielną (§ 13, § 14, § 15);
- ubezpieczony musi podpisać zgodę na powierzenie opieki nad dzieckiem i osobą niesamodzielną (o ile jest opiekunem prawny osobą niesamodzielną).

3. W przypadku, gdy świadczenie ma być zrealizowane pod nieobecność ubezpieczonego w domu, ubezpieczony musi udzielić na to pisemnej zgody.

4. Przed rozpoczęciem realizacji świadczenia ubezpieczony zobowiązany jest okazać na wezwanie przybyłej osoby realizującej świadczenie ważny dokument tożsamości oraz:

- 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego, jeżeli ubezpieczony zakończył już pobyt w szpitalu, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt. 1 – 2, lub kartę informacyjną z placówki medycznej potwierdzającą wykonanie operacji albo zaświadczenie o przebiegu operacji chirurgicznej, w przypadku wykonania operacji chirurgicznej, o której mowa w § 4 ust. 1 pkt 3;
- 2) dokument zwolnienia lekarskiego, o którym mowa w § 19, § 20, § 21, w przypadku wniosku o realizację świadczenia:
 - a) dostarczenia niezbędnych leków (§ 19),
 - b) dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego (§ 20),
 - c) dostarczenia do naprawy przedmiotów użytku osobistego (§ 21);
- 3) skierowanie na rehabilitację, o którym mowa w § 18 ust. 1 i § 23 ust. 2, w przypadku wniosku o realizację wizyty rehabilitanta lub masażyści (§ 18) i transportu na rehabilitację (§ 23).

5. Wszelkie świadczenia i zawiadomienia ubezpieczonego dotyczące realizacji świadczenia mogą być skutecznie dokonywane w rozmowie telefonicznej rejestrowanej i archiwizowanej przez PZU Życie SA, z zastrzeżeniem ust. 1 pkt 2.

6. Rozmowy telefoniczne prowadzone między PZU Życie SA a wnioskującym są nagrywane.

§ 42

1. Jeżeli świadczenie zostanie zorganizowane wskutek wprowadzenia PZU Życie SA w błąd lub podania nieprawdy przez zgłaszającego wniosek o jego organizację i w związku z tym PZU Życie SA poniesie koszty takiej organizacji, PZU Życie SA będzie dochodzić od zgłaszającego wniosek zwrotu nienależnego świadczenia.
2. PZU Życie SA i Centrum Pomocy nie są zobowiązane do zwrotu kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, jeżeli zdarzenie nie zostało zgłoszone do Centrum Pomocy, chyba że brak zgłoszenia w sposób o którym mowa w § 41 ust. 1 wynikał z siły wyższej, która uniemożliwiła kontakt z Centrum Pomocy.
3. Jeżeli ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu z powodu siły wyższej nie mogła skontaktować się z Centrum Pomocy w sposób, o którym mowa w § 41 ust. 1 i we własnym zakresie zorganizowała i pokryła koszty usług, o których mowa w § 5, zobowiązana jest w ciągu 7 dni od dnia, w którym skontaktowanie z Centrum Pomocy stało się możliwe, powiadomić o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Ponadto ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu zobowiązana jest do podania przyczyn niemożności skontaktowania się z Centrum Pomocy.
4. W przypadku, o którym mowa w § 3 PZU Życie SA jest zobowiązany do zwrotu ubezpieczonemu poniesionych przez niego kosztów, do wysokości faktycznie poniesionych kosztów, nie więcej niż do wysokości limitu kwotowego ustalonego dla danego świadczenia a jeżeli limit nie został ustalony – maksymalnie do kwoty odpowiadającej średniej cenie wykonania tego typu usługi na terenie miejscowości, w której ta usługa została wykonana. Podstawą rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia jest złożenie przez ubezpieczonego dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia: dokumentacji medycznej potwierdzającej zajście zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością PZU Życie SA oraz imiennych rachunków i dowodów zapłaty.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 43

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 44

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/311/2009 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 8 października 2009 roku ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu

Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku.

2. Niniejsze ogólne warunki wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2013 roku.

WYKAZ OPERACJI CHIRURGICZNYCH

Załącznik do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia Asystent w czasie utraty zdrowia



Nazwa procedury

Układ nerwowy

Rozległa resekcja tkanki mózgowej
Wycięcie zmiany tkanki mózgowej
Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej
Drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej
Wszczepienie stimulatora mózgu
Wentrykulostomia
Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu
Przeszczep nerwu czaszkowego
Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego
Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego
Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego
Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego
Operacja naprawcza nerwu czaszkowego
Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego
Usunięcie zmiany opony mózgu
Rekonstrukcja opony twardej
Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej
Drenaż przestrzeni podołonowej
Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego
Operacja korzenia nerwu rdzeniowego
Wycięcie nerwu obwodowego
Zniszczenie nerwu obwodowego
Wycięcie zmiany nerwu obwodowego
Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną
Sympatektomia szyjna

Układ endokrynologiczny oraz gruczoł sutkowy

Wycięcie przysadki mózgowej
Zniszczenie przysadki mózgowej
Operacja szyszynki
Wycięcie tarczycy
Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy
Wycięcie tarczycy językowej
Wycięcie przytarczyc
Wycięcie grasicy
Wycięcie nadnercza
Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy
Całkowite wycięcie sutka
Całkowita rekonstrukcja sutka
Nacięcie sutka
Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego

Oko

Wycięcie gałki ocznej
Usunięcie zmiany oczodołu
Protezowanie gałki ocznej
Rewizja protezy gałki ocznej
Operacyjna plastyka oczodołu
Nacięcie oczodołu
Rozcięcie kąta szpary powiekowej
Usunięcie zmiany powieki
Wycięcie nadmiaru powieki
Rekonstrukcja powieki
Korekcja deformacji powieki
Korekcja opadania powieki
Nacięcie powieki
Ochronne zeszytanie szpary powiekowej
Operacja gruczołu łzowego
Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową
Operacja kanału łzowego

Nazwa procedury

Złożona operacja na mięśniach okoruchowych
Repozycja mięśnia okoruchowego
Usunięcie mięśnia okoruchowego
Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego
Usunięcie zmiany spojówki
Operacja naprawcza spojówki
Nacięcie spojówki
Wycięcie zmiany rogówki
Plastyka rogówki
Operacja naprawcza rogówki
Nacięcie rogówki
Usunięcie zmiany twardówki
Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z kłamrowaniem
Nacięcie twardówki
Wycięcie tętnicy
Nacięcie tętnicy z wytworzeniem przetoki
Nacięcie tętnicy
Usunięcie ciała rzęskowego
Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki
Wewnątrztorebkowe usunięcie soczewki
Nacięcie torebki soczewki oka
Wprowadzenie sztucznej soczewki
Operacja ciała szklistego
Zniszczenie zmiany siatkówki

Ucho

Wycięcie ucha zewnętrznego
Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego
Plastyka ucha zewnętrznego
Drenaż ucha zewnętrznego
Otwarcie wyrostka sutkowatego
Operacja naprawcza błony bębenkowej
Drenaż ucha środkowego
Rekonstrukcja kosteczek słuchowych
Usunięcie zmiany ucha środkowego
Operacja trąbki Eustachiusza
Operacja ślimaka
Operacja aparatu przedsionkowego

Układ oddechowy

Wycięcie nosa
Plastyka nosa
Operacja przegrody nosa
Operacja małżowiny wewnętrznej nosa
Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego
Operacja nosa zewnętrznego
Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego
Operacja zatoki czołowej
Operacja zatoki klinowej
Operacja zatoki nosa
Wycięcie gardła
Operacja naprawcza gardła
Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)
Wycięcie krtań
Wycięcie zmiany krtań metodą otwartą
Rekonstrukcja krtań
Terapeutyczna operacja krtań przy użyciu endoskopu
Częściowe wycięcie tchawicy
Plastyka tchawicy
Protezowanie tchawicy metodą otwartą
Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)

Nazwa procedury

Otwarta operacja ostrogi tchawicy
Częściowe usunięcie oskrzela
Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)
Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)
Przeszczep płuca
Wycięcie płuca
Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą
Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)
Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu

Jama ustna

Częściowe wycięcie wargi
Usunięcie zmiany wargi
Korekcja deformacji wargi
Wycięcie języka
Usunięcie zmiany języka
Nacięcie języka
Usunięcie zmiany podniebienia
Korekcja deformacji podniebienia
Wycięcie migdałków
Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)
Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)
Wycięcie ślinianki
Usunięcie zmiany ślinianki
Nacięcie gruczołu ślinowego
Przeszczepienie przewodu ślinowego
Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą
Podwiązanie przewodu ślinowego
Poszerzenie przewodu ślinowego

Górna część przewodu pokarmowego

Wycięcie przełyku i żołądka
Całkowite wycięcie przełyku
Częściowe wycięcie przełyku
Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą
Zespolenie omijające przełyku
Rewizja zespolenia przełyku
Operacja naprawcza przełyku
Wytworzenie przetoki przełykowej
Nacięcie przełyku
Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą
Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą
Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową
Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoscopu
Operacja naprawcza przepukliny przeponowej
Operacja antyrefluksowa
Rewizja po zabiegu antyrefluksowym
Całkowite wycięcie żołądka
Częściowe wycięcie żołądka
Usunięcie zmiany żołądka metodą otwartą
Operacja plastyczna żołądka
Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze
Zespolenie żołądkowo-czce
Gastrotomia
Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka
Pyloromyotomia
Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową
Wycięcie dwunastnicy
Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą
Zespolenie omijające dwunastnicy
Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy
Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu
Wycięcie jelita czczego
Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą
Jejunostomia

Nazwa procedury

Zespolenie omijające jelita czczego
Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu
Wycięcie jelita krętego
Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą
Zespolenie omijające jelita krętego
Rewizja zespolenia jelita krętego
Wytworzenie ileostomii
Rewizja ileostomii
Śródbrzuszne manipulacje na jelicie krętym
Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu

Dolny odcinek przewodu pokarmowego

Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych
Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy
Całkowite wycięcie okrężnicy
Rozszerzona prawostronna hemikolektomia
Resekcja poprzecznic
Lewostronna hemikolektomia
Wycięcie esicy
Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą
Zespolenie omijające okrężnicy
Wylonięcie jelita ślepego
Nacięcie okrężnicy
Śródbrzuszne manipulacje na okrężnicy
Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu
Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu
Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoscopu
Wycięcie odbytnicy
Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą
Ufiksovanie odbytnicy metodą otwartą
Operacja ufiksovania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu
Operacja ufiksovania odbytnicy z dojścia przez krocie
Wycięcie odbytu
Wycięcie zmiany odbytu
Operacja naprawcza odbytu
Wycięcie hemoroidów
Drenaż przez okolicę krocia
Wycięcie zatoki włosowej

Inne narządy jamy brzusznej

Przeszczep wątroby
Częściowe wycięcie wątroby
Usunięcie zmiany wątroby
Nacięcie wątroby
Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu
Przeznaczyniowe zabiegi operacyjne na naczyniach wątrobowych
Wycięcie pęcherzyka żółciowego
Zespolenie pęcherzyka żółciowego
Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego
Nacięcie pęcherzyka żółciowego
Przezskórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego
Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego
Usunięcie zmiany dróg żółciowych
Zespolenie przewodu wątrobowego
Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego
Operacja naprawcza przewodu żółciowego
Nacięcie przewodu żółciowego
Przedwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą
Przedwunastnicze nacięcie zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą
Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego
Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego
Endoskopowe operacje przewodu trzustkowego
Przezskórna rewizja połączenia przewodu żółciowego
Przezskórna implantacja protezy przewodu żółciowego
Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)
Przeszczep trzustki
Całkowite wycięcie trzustki
Wycięcie głowy trzustki
Usunięcie zmiany trzustki
Zespolenie przewodu trzustkowego
Otwarty drenaż trzustki

Nazwa procedury

Nacięcie trzustki
Całkowite wycięcie śledziony

Serce

Przeszczep płuc i serca
Korekcja całkowita tetralogii Fallota
Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie spływu żylnego (op. Mustarda)
Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego
Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo-komorowej
Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej
Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej
Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu
Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja przegrody serca
Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego
Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju
Plastyka przedsionka serca
Walwuloplastyka mitralna
Walwuloplastyka aortalna
Plastyka zastawki trójdzielnej
Plastyka zastawki tętnicy płucnej
Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca
Rewizja plastyki zastawki serca
Otwarta walwulotomia
Zamknięta walwulotomia
Przezkórna operacja dotycząca zastawki serca
Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca
Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej
Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu
Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy
Pomostowanie t. wieńcowej z t. piersiową wewnętrzną
Otwarta koronaroplastyka
Przezkórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej
Otwarta operacja układu bódzoprzewodzącego serca
Wszczepienie systemu wspomagania serca
Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły
Inny stały sposób stymulacji serca
Wycięcie osierdzia
Drenaż osierdzia
Nacięcie osierdzia

Naczynia tętnicze oraz żyłne

Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń
Otwarta operacja zamknięcia przetwiałego przewodu tętniczego
Przezkórna operacja dotycząca wad wielkich naczyń
Zespoleń aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej
Zespoleń podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej
Operacja naprawcza tętnicy płucnej
Przezkórna operacja tętnicy płucnej
Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego
Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych
Wymiana aortalnej protezy naczyniowej
Plastyka aorty
Przeznaczeniowa operacja aorty
Rekonstrukcja tętnicy szyjnej
Przeznaczeniowa operacja tętnicy szyjnej
Operacja tętniaka tętnicy mózgu
Przeznaczeniowa operacja tętnicy mózgowej
Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej
Przeznaczeniowa operacja tętnicy podobojczykowej
Rekonstrukcja tętnicy nerkowej
Przeznaczeniowa operacja tętnicy nerkowej
Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej
Przeznaczeniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej
Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych
Rekonstrukcja tętnicy biodrowej
Przeznaczeniowa operacja tętnicy biodrowej
Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych
Rekonstrukcja tętnicy udowej
Przeznaczeniowa operacja tętnicy udowej
Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy
Wycięcie innej tętnicy
Operacja naprawcza innej tętnicy
Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna innych tętnic

Nazwa procedury

Zespoleń tętniczo-żylny
Zespoleń żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej
Wytworzenie zastawki żyły obwodowej
Operacja żyłaków kończyny dolnej z usunięciem żyły odpiszczelowej
Usunięcie skrzepiny z żyły metodą otwartą
Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna naczynia żylnego

Układ moczowy

Przeszczep nerki
Całkowite wycięcie nerki
Częściowe wycięcie nerki
Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą
Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą
Nacięcie nerki
Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową
Operacja nerki przez nefrostomię
Wycięcie moczowodu
Wytworzenie przetoki moczowodowej
Reimplantacja moczowodu
Operacja naprawcza moczowodu
Nacięcie moczowodu
Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop
Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop
Operacja w zakresie ujścia moczowodu
Całkowite wycięcie pęcherza moczowego
Częściowe wycięcie pęcherza moczowego
Powiększenie pęcherza
Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skronej
Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową
Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza
Brzusno-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety
Brzusna plastyka ujścia pęcherza u kobiety
Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety
Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety
Wycięcie prostaty metodą otwartą
Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny
Wycięcie cewki moczowej
Operacja naprawcza cewki moczowej
Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej
Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej

Narządy płciowe męskie

Usunięcie moszny
Obustronne wycięcie jąder
Usunięcie zmiany jądra
Jednostronne wycięcie jądra
Obustronne sprowadzenie jąder
Proteżowanie jądra
Operacja wodniaka jądra
Operacja najądrza
Wycięcie nasieniowodu
Operacja naprawcza powrózka nasiennego
Operacja żyłaków powrózka nasiennego
Operacja pęcherzyków nasiennych
Amputacja prącia
Usunięcie zmiany prącia
Operacja plastyczna prącia
Proteżowanie prącia
Operacja napletka

Żeński układ rozrodczy

Operacja lechtaczki
Operacja gruczołu Bartholina
Wycięcie sromu
Wycięcie zmiany sromu
Operacja naprawcza w obrębie sromu
Nacięcie kanału pochwy
Wycięcie pochwy
Nacięcie zrostów pochwy
Usunięcie zmiany pochwy
Operacja plastyczna pochwy
Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy

Nazwa procedury

Plastyka sklepienia pochwy
Operacja w obrębie zatoki Douglase'a
Wycięcie szyjki macicy
Wycięcie zmiany szyjki macicy
Całkowite wycięcie macicy drogą brzusną
Wycięcie macicy drogą przezpochwową
Terapeutyczna operacja endoskopowa macicy
Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy
Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy
Częściowe wycięcie jajowodu
Wszczępienie protezy jajowodu
Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów
Nacięcie jajowodu
Operacja dotycząca strzępków jajowodu
Częściowe wycięcie jajnika
Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika
Operacja naprawcza jajnika
Operacja endoskopowa dotycząca jajnika
Operacja wężadła szerokiego macicy
Operacja innego wężadła macicy

Skóra

Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego
Odległy przeszczep płata skórno-powierzchniowego
Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-mięśniowego
Przeszczep płata skóry owłosionej
Przeszczep płata skórno-mięśniowego z unerwieniem
Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-mięśniowego
Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego
Miejscowy przeszczep płata skórno-powierzchniowego
Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną, płata skóry
Przeszczep płata śluzówki
Siatkowy autoprzeszczep skóry
Przeszczep śluzówki
Przeszczepienie innej tkanki do skóry
Wprowadzenie ekspandera pod skórę
Rewizja ekspandera w tkance podskórnej

Tkanki miękkie

Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej
Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej
Wycięcie oplotniczej metodą otwartą
Operacja terapeutyczna oplotniczej przy użyciu endoskopu
Operacja naprawcza pękniętej przepony
Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej
Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej
Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej
Pierwotna plastyka przepukliny udowej
Plastyka nawrotowej przepukliny udowej
Plastyka przepukliny pępkowej
Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej
Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej
Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu
Operacja dotycząca pępka
Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej)
Drenaż otwarty jamy otrzewnej
Operacja dotycząca sieci
Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego
Operacja dotycząca krezki okrężnicy
Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej
Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej
Przeszczep powięzi
Wycięcie powięzi brzucha
Usunięcie zmiany powięzi
Wycięcie torbieli galearetowej pochewki ścięgna
Powtórne wycięcie torbieli galearetowej pochewki ścięgna
Operacja kaletki maziowej
Przełożenie ścięgna
Wycięcie ścięgna
Pierwotna operacja naprawcza ścięgna
Wtórna operacja naprawcza ścięgna
Uwolnienie ścięgna

Nazwa procedury

Zmiana długości ścięgna
Wycięcie pochewki ścięgna
Przeszczep mięśnia
Wycięcie mięśnia
Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia)
Uwolnienie przykurczu mięśnia
Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych
Drenaż węzła chłonnego
Operacja przewodu limfatycznego
Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej

Kości oraz stawy

Operacja naprawcza czaszki
Otwarcie czaszki
Wycięcie kości twarzy
Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą
Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą
Wycięcie żuchwy
Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą
Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego
Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny
Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego
Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy
Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy (nie obejmuje operacji wycięcia krążka międzykręgowego)
Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego
Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa
Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego
Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego
Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego
Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego
Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego
Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego
Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego
Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego
Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa
Korekcja deformacji stawów kręgosłupa
Korekcja ukształtowania kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych
Usunięcie zmiany kręgosłupa
Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą
Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą
Całkowita rekonstrukcja kiukuła
Całkowita rekonstrukcja przodostopia
Całkowita rekonstrukcja tylostopia
Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości
Wycięcie kości ektopowej
Usunięcie zmiany kości
Otwarte chirurgiczne złamanie kości
Kątowe okołostawowe rozdzielanie kości
Rozdzielenie trzonu kości
Rozdzielenie kości stopy
Drenaż kości
Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną
Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną
Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości
Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości
Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną
Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną
Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości
Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu
Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu
Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu
Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu

Nazwa procedury

Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu
Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu
Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu
Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu
Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu
Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu
Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu
Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu
Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha
Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym zewnątrzstawowym
Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym
Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu
Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu
Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwłknięcia stawu
Wtórne nastawienie urazowego zwłknięcia stawu metodą otwartą
Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą
Protezowanie ścięgna
Wzmocnienie ścięgna protezą

Nazwa procedury

Operacja stabilizująca staw metodą otwartą
Uwolnienie przykurczu stawu
Operacja struktur okołostawowych palucha
Terapeutyczna endoskopia chrząstki półksiężycowatej
Terapeutyczna endoskopia innych chrząstek stawowych
Terapeutyczna endoskopia innych struktur stawowych
Terapeutyczna endoskopia stawu kolanowego
Terapeutyczna endoskopia innego stawu

Różne

Reimplantacja kończyny górnej
Reimplantacja kończyny dolnej
Reimplantacja innego narządu
Wszczepienie protezy kończyny
Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia
Amputacja ręki na wysokości nadgarstka
Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda
Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stopy
Amputacja palucha



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

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY

Wersja dokumentu z dnia 18.09.2020 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności o ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, o kodzie warunków: CCGP34 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU. Użyte w owu definicje mogą odbiegać od powszechnie przyjętego pojęcia, dlatego zwróć na nie szczególną uwagę. Zawarcie umowy jest dobrowolne.

INFORMACJA O PRODUKCIE

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

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA – CO UBEZPIECZAMY?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- wystąpienie u ubezpieczonego 17 ciężkich chorób wskazanych w OWU (Wariant podstawowy),
- wystąpienie u ubezpieczonego 22 ciężkich chorób wskazanych w OWU (Wariant rozszerzony),
- wystąpienie u ubezpieczonego 31 ciężkich chorób wskazanych w OWU (Wariant podstawowy plus),
- wystąpienie u ubezpieczonego 36 ciężkich chorób wskazanych w OWU (Wariant rozszerzony plus),

które zaistniały w okresie naszej odpowiedzialności.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku wystąpienia ciężkiej choroby w okresie naszej odpowiedzialności wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie pieniężne równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia ciężkiej choroby. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ, KOGO UBEZPIECZAMY?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

Ubezpieczającemu, który zawarł umowę ubezpieczenia dodatkowego w określonym wariantcie, w każdym czasie przysługuje prawo do zmiany wariantu ubezpieczenia na inny wariant.

JAK DŁUGO TRWA UMOWA?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

GDZIE OBOWIĄZUJE UBEZPIECZENIE?

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

JAK I KIEDY OPŁACASZ SKŁADKĘ?

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

KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym. W przypadku zmiany wariantu – w dniu poprzedzającym początek odpowiedzialności z tytułu nowego wariantu – kończy się nasza odpowiedzialność z tytułu poprzedniego wariantu.

Karencja ma zastosowanie w okresie pierwszych 90 dni, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego. Ponosimy odpowiedzialność jedynie za ciężkie choroby powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nieszczęśliwy wypadek wydarzył się w tym okresie. W przypadku zmiany wariantu okres karencji liczony jest od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego w nowym wariantcie, ale tylko w stosunku do odpowiedzialności z tytułu ciężkich chorób nie objętych wariantem poprzednim.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego w umowie zakończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego że odstępuje od umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym zrezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,
- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

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

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- ponownego wystąpienia danej ciężkiej choroby, która już wystąpiła u ubezpieczonego,
- ponownego wystąpienia nowotworu złośliwego,
- wystąpienia ciężkiej choroby, która nie spełnia definicji ciężkiej choroby wskazanej w OWU.

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

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. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

WYNAGRODZENIE DYSTRYBUTORA UBEZPIECZENIA

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

W poniższej tabeli przedstawiamy te postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, kod warunków CCGP34 (OWU), które wskazują podstawowe warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają 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 14 pkt 33–34 pkt 41 pkt 42–46 pkt 58
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 pkt 7 pkt 8–14 pkt 15 pkt 17 pkt 38–39 pkt 40 pkt 58

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY

Kod OWU: CCGP34

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby uchwałą nr UZ/155/2020 z dnia 13 lipca 2020 r. (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 18.09.2020 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 października 2020 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **ciężka choroba** – tylko taka choroba, uraz lub operacja chirurgiczna, które są objęte naszą ochroną. Listę oraz definicję ciężkich chorób znajdziesz w załączniku do tych OWU;
- 2) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – takie postępowanie medyczne, na które składają się: wywiad chorobowy, fizykalne badanie pacjenta oraz badania dodatkowe, służące ustaleniu rozpoznania lub postępowanie medyczne mające na celu leczenie;
- 3) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 4) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie wskazane w polisie, do którego ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
- 5) **wystąpienie ciężkiej choroby** – zaistnienie w okresie naszej ochrony z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następujących okoliczności:
 - a) zdiagnozowania – w przypadku: bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, bakteryjnego zapalenia wsierdza, całkowitej utraty słuchu w obydwu uszach, całkowitej utraty wzroku w obydwu oczach, choroby Creutzfeldta-Jakoba, choroby Huntingтона, choroby neuronu ruchowego (stwardnienia zanikowego bocznego), choroby Parkinsona, ciężkiego oparzenia, kleszczowego zapalenia mózgu, neuroboreliozy, nowotworu złośliwego, sztyklowej niewydolności wątroby, sepsy (posocznicy), stwardnienia rozsianego, tężca, udaru mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym, wścieklizny, zatoru tętnicy płucnej, zawału serca, zgorzeli gazowej,
 - b) specjalistycznego leczenia – w przypadku: anemii aplastycznej (niedokrwistości aplastycznej) – rozpoczęcia leczenia immunosupresyjnego, immunostymulacyjnego lub wykonania transplantacji szpiku, gruźlicy – rozpoczęcia leczenia przeciwpłukowego, przewlekłej niewydolności nerek – rozpoczęcia stałej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki,
 - c) przeprowadzenia operacji – w przypadku: błonowca mózgu, chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej, chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej, chirurgicznego leczenia choroby niedokrwiennej serca (by-pass), chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca, niezłośliwego guza mózgu, ropnia mózgu, transplantacji, utraty kończyny, zakażonej martwicy trzustki,
 - d) zakażenia – w przypadku: zakażenia wirusem HIV.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Ubezpieczenie występuje w czterech wariantach:

- 1) podstawowym;
- 2) rozszerzonym;
- 3) podstawowym plus;
- 4) rozszerzonym plus.

Zakres wariantów znajdziesz w załączniku do tych OWU.

5. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ciebie w okresie naszej ochrony ciężkiej choroby, która spełnia następujące warunki:

- 1) jest zgodna z naszą definicją wskazaną w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego;
- 2) jest w wariancie ubezpieczenia, który obowiązuje w umowie ubezpieczenia (polisie).

6. Wariant ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.

7. Jeśli wystąpi u Ciebie ciężka choroba, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości równej wskazanemu w polisie procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia ciężkiej choroby.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

8. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminów:

- 1) akty terroru – są to działania indywidualne lub grupowe przeciwko ludności lub mieniu, aby osiągnąć skutki ekonomiczne, polityczne lub społeczne; celem aktów terroru jest wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności, dezorganizacja 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 łądzie, w powietrzu lub na morzu;
- 3) masowe rozruchy społeczne – są to wystąpienia grupy społecznej przeciw strukturom, które sprawują władzę na mocy prawa; wywołują je: niezadowolenie z sytuacji politycznej, ekonomicznej lub społecznej; masowym rozruchom społecznym zwykle towarzyszą akty przemocy fizycznej;
- 4) zawodowe uprawianie sportu – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
 - a) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - b) osoby, które uprawiają sporty indywidualne i biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - c) osoby, które otrzymują wynagrodzenie, a także stypendium lub zwrot kosztów związanych z uprawianiem sportu indywidualnego lub gier zespołowych (diety, zasiłki) – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.

9. Nie ponosimy odpowiedzialności za tytułu ciężkiej choroby, jeśli:

- 1) wystąpienie ciężkiej choroby jest następstwem nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił:
 - a) w wyniku działań wojennych,
 - b) gdy ubezpieczony czynnie uczestniczył w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
 - c) gdy ubezpieczony usiłował popełnić lub popełnił czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - d) gdy ubezpieczony uczestniczył w wypadku komunikacyjnym, w którym kierował pojazdem:
 - bez uprawnień,
 - w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości – w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajęcie wypadku komunikacyjnego;
 - e) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajęcie nieszczęśliwego wypadku;
- 2) wystąpienie ciężkiej choroby jest następstwem:
 - a) samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - b) bezpośredniego zatrucia spożytym alkoholem, użytkami narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajęcie zdarzenia,
 - c) użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
 - d) 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,
 - e) zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego.

10. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje także:

- 1) w przypadku wystąpienia chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej – operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgąszeniach aorty brzusznej;
- 2) w przypadku wystąpienia chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej – operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgąszeniach aorty piersiowej;
- 3) w przypadku wystąpienia chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca – zabiegów rekonstrukcji ani plastyki nieprawidłowo pracujących elementów zastawek naturalnych;
- 4) w przypadku wystąpienia choroby Parkinsona – parkinsonizmu objawowego;
- 5) w przypadku wystąpienia niezłośliwego guza mózgu – torbieli, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, krwaków mózgu, guzów przysadki mózgowej;
- 6) w przypadku wystąpienia nowotworu złośliwego:
 - a) nowotworów ocenionych w badaniu histopatologicznym jako łagodne, o granicznej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjne lub przedinwazyjne (tzw. in situ),
 - b) zmian o cechach dysplazji,
 - c) ziarnicy złośliwej w pierwszym stadium,
 - d) czerniaka złośliwego skóry opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 oraz wszystkich nowotworów skóry w tym chłoniaka skóry,
 - e) brodawkowatego raka tarczycy opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0,
 - f) nowotworu złośliwego gruczołu krokowego (prostaty, stercza) opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 lub T1bN0M0,
 - g) dysplazji szyjki macicy i nowotworu złośliwego szyjki macicy opisanego wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3,

h) wszystkich nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV;

- 7) w przypadku wystąpienia przewlekłej niewydolności nerek – ostrej niewydolności nerek, która jest odwracalna i która wymaga jedynie czasowej dializoterapii;
 - 8) w przypadku wystąpienia schyłkowej niewydolności wątroby – takiej, która jest spowodowana alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla wątroby;
 - 9) w przypadku wystąpienia udaru mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym – takiego, który ma przyczynę inną niż naczyniową lub powstał wskutek urazu lub przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA).
- 11. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje także:**
- 1) całkowitej utraty słuchu w obydwu uszach, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano nowotwór lub otosklerozę, które były przyczyną utraty słuchu;
 - 2) całkowitej utraty wzroku w obydwu oczach, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano zwyrodnienie plamki żółtej, jaskrę lub cukrzycę, które były przyczyną utraty wzroku;
 - 3) chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano tętniaka aorty brzusznej lub rozwarstwienie aorty brzusznej;
 - 4) chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano tętniaka aorty piersiowej lub rozwarstwienie aorty piersiowej;
 - 5) chirurgicznego leczenia choroby niedokrwiennej serca metodą by-pass, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę niedokrwinną serca lub zawał serca;
 - 6) chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano zastawkową wadę serca, która była przyczyną tego leczenia chirurgicznego;
 - 7) przewlekłej niewydolności nerek, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano kłębuszkowe zapalenie nerek lub wielotorbielowatość nerek;
 - 8) transplantacji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczony został wpisany na listę oczekujących na przeszczep;
 - 9) udaru mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, miążdżycę naczyń mózgowych;
 - 10) utraty kończyny, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano cukrzycę lub miążdżycę tętnic kończyn dolnych, które były przyczyną amputacji;
 - 11) zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano hemofilie;
 - 12) zakażenie martwicy trzustki, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano ostre zapalenie trzustki lub przewlekłe zapalenie trzustki;
 - 13) zatoru tętnicy płucnej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę zakrzepowo-zatorową;
 - 14) zawału serca, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę niedokrwinną serca lub wystąpił zawał serca.
- 12. Nasza ochrona nie obejmuje ciężkich chorób, wskazanych w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto u ubezpieczonego postępowanie diagnostyczno-lecznicze, zanim rozpoczął się okres naszej ochrony.**
- 13. Wyłączenie z pkt 12 nie dotyczy:**
- a) sytuacji, w których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się i zakończyło przed ukończeniem przez ubezpieczonego 18 lat,
 - b) ciężkich chorób, w przypadku których nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiej samej ciężkiej choroby.
- 14. Po wystąpieniu danej ciężkiej choroby nasza ochrona wygasa w zakresie tej choroby. W przypadku nowotworu złośliwego wypłacane jest tylko jedno świadczenie niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów.**

KARENCJA

– czyli okres po zawarciu ubezpieczenia oraz przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia, w którym nie ponosimy odpowiedzialności

15. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 90 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.
16. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli ciężka choroba była wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu pierwszych 90 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem wyłączeń z punktu 9.
17. Jeśli zmienisz wariant ubezpieczenia, karencję stosujemy dla tych ciężkich chorób, które nie były objęte naszą ochroną w poprzednim wariantcie ubezpieczenia.

ZAWIERANIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

18. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jej trwania.
19. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.
20. Ubezpieczający może wybrać jeden z czterech wariantów ubezpieczenia, to jest: podstawowy, rozszerzony, podstawowy plus, rozszerzony plus.
21. Ubezpieczający może zmieniać wariant ubezpieczenia na inny w dowolnym momencie.
22. Aby zmienić wariant ubezpieczenia, ubezpieczający składa wniosek. Nowy wariant ubezpieczenia obowiązuje od 1 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym został złożony wniosek.
23. Jeśli zmieniasz wariant ubezpieczenia, okres naszej ochrony dla poprzedniego wariantu ubezpieczenia kończy się z upływem dnia, po którym rozpocznie się okres naszej ochrony dla nowego wariantu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 17.

CZAS TRWANIA UMOWY

– czyli jak długo trwa ubezpieczenie

24. Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli ubezpieczenie zawierane jest z nami pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona trwa do najbliższej rocznicy polisy.

PRZEDŁUŻENIE UMOWY

– czyli jak umowa ubezpieczenia się przedłuża

25. Jeśli żadna ze stron umowy, czyli ubezpieczający lub my, nie postanowi inaczej, umowa ubezpieczenia dodatkowego wraz z umową ubezpieczenia podstawowego przedłuża się na kolejny rok automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
26. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tej umowy.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

– czyli od kiedy ubezpieczający może się wycofać z umowy ubezpieczenia

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

WYPowiedzenie umowy

– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z umowy ubezpieczenia

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

SUMA UBEZPIECZENIA

– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

33. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia pieniężnego.
34. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie.

SKŁADKA

– od czego zależy i kiedy ją opłacać

35. Wysokość składki za ubezpieczonego:
 - 1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu;
 - 2) zależy od:
 - a) sumy ubezpieczenia,
 - b) zakresu ubezpieczenia,
 - c) wysokości świadczenia,
 - d) częstotliwości jej przekazywania,
 - e) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do umowy, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.
36. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy w polisie.
37. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

38. Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
39. Okres ochrony w tej umowie rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się to ubezpieczenie

40. Nasza odpowiedzialność w tej umowie kończy się:
 - 1) z dniem zakończenia okresu naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
 - 2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy;
 - 3) z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane;
 - 4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę;
 - 5) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
 - 6) z dniem, w którym umowa ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

– czyli komu należy się wypłata

41. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci świadczenie

42. Jeśli wystąpi u Ciebie ciężka choroba, dostarcz nam:
- 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie ciężkiej choroby, w przypadku oparzeń – ich stopień i powierzchnię;
 - 3) taką dokumentację, która potwierdza okoliczności wypadku – w przypadku ciężkiej choroby w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
43. Możemy dodatkowo:
- 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
 - 2) zlecić badania medyczne – jeśli będzie to konieczne dla ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości należnego Ci świadczenia.
44. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
45. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
46. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA, SKIEROWANIE SPRAWY DO SĄDU

– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

47. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.
48. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć:
- 1) pisemnie – przesyłką pocztową (w rozumieniu ustawy „Prawo pocztowe”) albo osobiście;
 - 2) ustnie – przez telefon, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście, co potwierdzamy protokołem;
 - 3) elektronicznie – na adres: reklamacje@pzu.pl lub za pomocą formularza na pzu.pl.
49. 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.

50. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy:
- 1) w postaci papierowej lub
 - 2) pocztą elektroniczną – robimy to na wniosek osoby (podmiotu), która złożyła reklamację.
51. 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.
52. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
53. Pozew w sprawach, które wynikają z niniejszej umowy, można złożyć według przepisów o właściwości ogólnej zgodnie z Kodeksem postępowania cywilnego albo:
- 1) przez sąd właściwy dla siedziby ubezpieczającego lub miejsca zamieszkania ubezpieczonego lub
 - 2) przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego.
54. Więcej o reklamacjach można dowiedzieć się z „Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i Rzeczniku Finansowym” oraz z „Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń”.
55. Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
56. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu „Ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich”, właściwym dla PZU Życie SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy. Adres jego strony internetowej jest taki: rf.gov.pl.
57. W przypadku umowy direct oraz umowy w systemie uproszczonym, gdzie oferta została wysłana drogą elektroniczną i do zawarcia umowy ubezpieczenia doszło drogą elektroniczną, konsument ma prawo skorzystać z pozasądowego sposobu rozstrzygania sporów i złożyć skargę za pośrednictwem platformy internetowej systemu rozstrzygania sporów (Platforma ODR) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. – adres: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>. Za działanie Platformy ODR odpowiada Komisja Europejska. Adres poczty elektronicznej do kontaktu z PZU jest następujący: reklamacje@pzu.pl.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

58. W sprawach, których nie reguluje ta umowa, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego wskazanego w polisie, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

ZŁĄCZNIK

DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA

NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY

1. Za ciężkie choroby objęte naszą odpowiedzialnością uznaje się wyłącznie:
 - 1) **anemię aplastyczną (niedokrwistość aplastyczną)**, która jest przewlekłą i nieodwracalną niewydolnością szpiku, polegającą na zaniku wszystkich linii komórkowych układu granulocytowego, czerwonych krwinek i płytek krwi. Odpowiadamy wyłącznie za taką anemię aplastyczną, którą rozpoznano na podstawie oceny szpiku kostnego i w przebiegu której zastosowano leczenie immunosupresyjne, immunostymulacyjne lub wykonano transplantację szpiku;
 - 2) **bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych**, które jest zakaźną chorobą bakteryjną układu nerwowego przebiegającą z neurologicznymi objawami zająca procesem zapalnym mózgu lub rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
 - 3) **bakteryjne zapalenie wsierdza**, które jest zapaleniem wsierdza spowodowanym przez zakażenie bakteryjne. Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie wsierdza, które wymagało hospitalizacji i dotyczyło własnych zastawek serca lub jam serca, bez obcego materiału i urządzeń medycznych. Rozpoznanie bakteryjnego zapalenia wsierdza potwierdzają badania mikrobiologiczne identyfikujące bakterie wywołujące zapalenie lub badania obrazowe bądź patomorfologiczne ujawniające uszkodzenie wsierdza;
 - 4) **bąblowca mózgu**, który jest chorobą zakaźną spowodowaną przez tasiemca bąblowcowego, z zajęciem mózgu. Odpowiadamy wyłącznie za takiego bąblowca mózgu, który wymagał chirurgicznego usunięcia zmian powstałych w mózgu i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
 - 5) **całkowitą utratę słuchu w obydwu uszach**, która jest nieodwracalną utratą zdolności słyszenia w obydwu uszach, powodującą obustronny ubytek słuchu o wartości co najmniej 90dB (obliczony jako uśredniona wartość dla dźwięków pasma mowy);
 - 6) **całkowitą utratę wzroku w obydwu oczach**, która jest nieodwracalną utratą zdolności widzenia w obydwu oczach, powodującą obustronne obniżenie ostrości widzenia poniżej 0,1 (5/50 (mierzonej po korekcie optycznej) lub zmniejszenie pola widzenia poniżej 20 stopni;
 - 7) **chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej**, które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty brzusznej protezą naczyniową. Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty brzusznej;
 - 8) **chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej**, które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty piersiowej protezą naczyniową. Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej;
 - 9) **chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)**, które jest metodą polegającą na wszczęciu pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej;
 - 10) **chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca**, które jest metodą polegającą na leczeniu uszkodzonej własnej zastawki serca. Odpowiadamy wyłącznie za takie chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca, które polega na wymianie naturalnej, chorobowo zmienionej zastawki serca na zastawkę sztuczną lub zastawkę biologiczną;
 - 11) **chorobę Creutzfeldta-Jakoba**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego wywołaną przez priony. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Creutzfeldta-Jakoba, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała otępienie i zaburzenia funkcji ruchu;
 - 12) **chorobę Huntingтона**, która jest dziedziczną chorobą ośrodkowego układu nerwowego. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Huntingтона, która została rozpoznana przez lekarza neurologa na podstawie badania genetycznego i która spowodowała wystąpienie co najmniej jednego z trzech poniższych objawów:
 - a) zaburzenia motoryczne,
 - b) zaburzenia nastroju,
 - c) zaburzenia poznawcze;
 - 13) **chorobę neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)**, która jest neurodegeneracyjną chorobą obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną 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;
 - 14) **chorobę Parkinsona**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną zanikiem komórek nerwowych, mających znaczenie dla funkcji ruchowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Parkinsona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała wystąpienie co najmniej dwóch z trzech poniższych objawów neurologicznych:
 - a) drżenie spoczynkowe,
 - b) spowolnienie ruchowe,
 - c) zwiększone napięcie mięśni;
 - 15) **ciężkie oparzenie**, które jest miejscowym uszkodzeniem skóry i głębiej leżących tkanek spowodowanym czynnikiem termicznym, chemicznym lub elektrycznym. Odpowiadamy wyłącznie za takie ciężkie oparzenie, które wymagało hospitalizacji i obejmowało:
 - a) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie II stopnia lub
 - b) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II i III stopnia łącznie lub
 - c) ponad 15% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie III stopnia;
 - 16) **gruźlicę**, która jest chorobą zakaźną wywołaną przez prątki gruźlicy. Odpowiadamy wyłącznie za taką gruźlicę, która wymagała hospitalizacji i leczenia przeciwpłaskowego i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
 - 17) **kleszczowe zapalenie mózgu**, które jest zakaźną chorobą wirusową przenoszoną przez kleszcze, przebiegającą z neurologicznymi objawami objęcia procesem zapalnym mózgu lub rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za takie kleszczowe zapalenie mózgu, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
 - 18) **neuroboreliozę**, która jest chorobą zakaźną spowodowaną przez krętki z rodzaju Borrelia, przebiegającą z zajęciem układu nerwowego. Odpowiadamy wyłącznie za taką neuroboreliozę, która spowodowała co najmniej jeden z poniższych zespołów klinicznych:
 - a) zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego,
 - b) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
 - c) zapalenie nerwu czaszkowego,
 - d) zapalenie wielokorzeniowe.Rozpoznanie neuroboreliozy i czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;

- 19) **niezłotliwego guza mózgu**, który jest łagodnym wewnątrzczaszkowym guzem mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych. Odpowiadamy wyłącznie za taki niezłotliwy guz mózgu, który został usunięty lub jeśli ze względów medycznych usunięcie guza nie było możliwe, spowodował on wystąpienie ubytków neurologicznych. Rozpoznanie niezłotliwego guza mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu;
 - 20) **nowotwór złośliwy**, który jest niekontrolowanym rozrostem komórek nowotworowych, cechujących się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów. Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy, którego inwazyjny charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym. Odpowiadamy także za rozlaną chorobę nowotworową ze zmianami przerzutowymi, gdy nie pobrano materiału do badania histopatologicznego, ale obraz kliniczny i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do złośliwości procesu nowotworowego;
 - 21) **przewłektą niewydolność nerek**, która jest trwałym upośledzeniem czynności obu nerek lub jednej nerki. Odpowiadamy wyłącznie za taką przewłektą niewydolność nerek, w przebiegu której zastosowano stałą dializoterapię lub wykonano przeszczep nerki;
 - 22) **ropnia mózgu**, który jest miejscowym zakażeniem wewnątrzczaszkowym mającym swój początek w ograniczonym zapaleniu mózgu i prowadzącym do powstania zbiornika ropy wewnątrz unaczynionej torebki. Odpowiadamy wyłącznie za taki ropień mózgu, który został usunięty chirurgicznie z otwarciem czaszki lub wykonano aspirację treści ropnia przez otwór trepanacyjny. Rozpoznanie ropnia mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu;
 - 23) **schyłkową niewydolność wątroby**, która jest końcowym stadium upośledzenia funkcji wątroby. Odpowiadamy wyłącznie za taką schyłkową niewydolność wątroby, która doprowadziła do żółtaczki, wodobrzusza, żylaków przełyku i encefalopatii wątrobowej łącznie;
 - 24) **sepsę (posocznicę)**, która jest ogólnoustrojową, nieswoistą reakcją organizmu na obecne wa krwi drobnoustroje oraz ich toksyny. Odpowiadamy wyłącznie za taką sepsę, która doprowadziła do niewydolności co najmniej dwóch z poniższych narządów lub układów:
 - a) ośrodkowy układ nerwowy,
 - b) układ krążenia,
 - c) układ oddechowy,
 - d) układ krwiotwórczy,
 - e) nerki,
 - f) wątroba.Rozpoznanie sepsy jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
 - 25) **stwardnienie rozsiane**, które jest chorobą 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 rozszanie zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym;
 - 26) **tęcza**, który jest chorobą zakaźną wywołaną działaniem neurotoksyny produkowanej przez laseczki tęcza. Odpowiadamy wyłącznie za taki tęczę, który wymagał hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
 - 27) **transplantację**, która jest operacją chirurgiczną przeszczepienia narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego. Odpowiadamy wyłącznie za wykonaną u biorycy transplantację serca, płuca, wątroby lub jej części oraz wykonaną u biorycy allogeniczną transplantację szpiku kostnego;
 - 28) **udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym**, który jest nagłym, ogniskowym lub uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu spowodowanym 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;
 - 29) **utratę kończyny**, która jest utratą całej kończyny lub jej części. Odpowiadamy wyłącznie za utratę kończyny górnej powyżej nadgarstka lub utratę kończyny dolnej powyżej stawu skokowego, będącą następstwem choroby;
 - 30) **wściekliznę**, która jest chorobą zakaźną wywołaną wirusem wścieklizny lub wirusami pokrewnymi, przebiegającą z objawami zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za taką wściekliznę, która wymagała hospitalizacji i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
 - 31) **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności powstałym w związku z transfuzją krwi lub preparatów krwiopochodnych. Odpowiadamy wyłącznie za zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, potwierdzone złożonymi dowodami;
 - 32) **zakażenie wirusem HIV zawodowe**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności, powstałym w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych. Zakażenie wirusem HIV zawodowe jest potwierdzone złożonymi dowodami;
 - 33) **zakażoną martwicę trzustki**, która jest martwiczym zakażeniem trzustki lub tkanek okołotrzustkowych w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Odpowiadamy wyłącznie za taką zakażoną martwicę trzustki, w której chirurgicznie usunięto martwicze tkanki trzustki lub tkanki okołotrzustkowe;
 - 34) **zator tętnicy płucnej**, który jest niedrożnością tętnicy płucnej spowodowaną skrzepliną. Odpowiadamy wyłącznie za taki zator tętnicy płucnej, w którym skrzeplina jest umiejscowiona w pniu tętnicy płucnej;
 - 35) **zawał serca**, który jest uszkodzeniem części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia. Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnienie jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:
 - a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,
 - b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,
 - c) nowy ubytek żywego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skrzewowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
 - d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.Odpowiadamy również za zawał związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych, o ile w badaniach obrazowych stwierdzono nowy ubytek żywego mięśnia sercowego o umiejscowieniu odpowiadającym etiologii niedokrwiennej lub w koronarografii stwierdzono powikłania zabiegu ograniczające przepływ krwi oraz w którym stwierdzono wzrost stężenia troponiny sercowej we krwi do wartości:
 - a) 5-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z przeszłłą interwencją wieńcową lub
 - b) 10-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z pomostowaniem tętnic wieńcowych;
 - 36) **zgorzel gazową**, która jest chorobą zakaźną wywołaną przez bakterie z grupy laseczek zgorzeli gazowej, będącą skutkiem ciężkiego zakażenia przyranego. Odpowiadamy wyłącznie za taką zgorzel gazową, która wymagała hospitalizacji i przebiegała z martwicą mięśni oraz ogólnymi objawami toksemii i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
2. Poniżej znajdziesz informacje, jakie choroby zawiera dane wariant ubezpieczenia.

Zakres ubezpieczenia w WARIANCIE PODSTAWOWYM		Zakres ubezpieczenia w WARIANCIE ROZSZERZONYM		Zakres ubezpieczenia w WARIANCIE PODSTAWOWYM PLUS		Zakres ubezpieczenia w WARIANCIE ROZSZERZONYM PLUS	
1)	anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1)	anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1)	anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1)	anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)
2)	bąblowiec mózgu	2)	bąblowiec mózgu	2)	bąblowiec mózgu	2)	bąblowiec mózgu
3)	chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	3)	chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	3)	chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	3)	chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)
4)	choroba Creutzfeldta-Jakoba	4)	choroba Creutzfeldta-Jakoba	4)	choroba Creutzfeldta-Jakoba	4)	choroba Creutzfeldta-Jakoba
5)	zator tętnicy płucnej	5)	zator tętnicy płucnej	5)	zator tętnicy płucnej	5)	zator tętnicy płucnej
6)	przewlekła niewydolność nerek	6)	przewlekła niewydolność nerek	6)	przewlekła niewydolność nerek	6)	przewlekła niewydolność nerek
7)	nowotwór złośliwy	7)	nowotwór złośliwy	7)	nowotwór złośliwy	7)	nowotwór złośliwy
8)	kleszczowe zapalenie mózgu	8)	kleszczowe zapalenie mózgu	8)	kleszczowe zapalenie mózgu	8)	kleszczowe zapalenie mózgu
9)	ropień mózgu	9)	ropień mózgu	9)	ropień mózgu	9)	ropień mózgu
10)	sepsa (posocznica)	10)	sepsa (posocznica)	10)	sepsa (posocznica)	10)	sepsa (posocznica)
11)	tężec	11)	tężec	11)	tężec	11)	tężec
12)	udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym	12)	udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym	12)	udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym	12)	udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym
13)	wścieklizna	13)	wścieklizna	13)	wścieklizna	13)	wścieklizna
14)	zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji	14)	zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji	14)	zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji	14)	zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji
15)	zakażenie wirusem HIV zawodowe	15)	zakażenie wirusem HIV zawodowe	15)	zakażenie wirusem HIV zawodowe	15)	zakażenie wirusem HIV zawodowe
16)	zawał serca	16)	zawał serca	16)	zawał serca	16)	zawał serca
17)	zgorzel gazowa	17)	zgorzel gazowa	17)	zgorzel gazowa	17)	zgorzel gazowa
		18)	ciężkie oparzenie	18)	neuroborelioza	18)	neuroborelioza
		19)	transplantacja	19)	chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej	19)	chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej
		20)	całkowita utrata wzroku w obydwu oczach	20)	chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej	20)	chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej
		21)	niezłośliwy guz mózgu	21)	gruźlica	21)	gruźlica
		22)	choroba Parkinsona	22)	schyłkowa niewydolność wątroby	22)	schyłkowa niewydolność wątroby
				23)	utrata kończyn	23)	utrata kończyn
				24)	całkowita utrata słuchu w obydwu uszach	24)	całkowita utrata słuchu w obydwu uszach
				25)	chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca	25)	chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca
				26)	choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)	26)	choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)
				27)	choroba Huntingtona	27)	choroba Huntingtona
				28)	bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo – rdzeniowych	28)	bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo – rdzeniowych
				29)	zakażona martwica trzustki	29)	zakażona martwica trzustki
				30)	bakteryjne zapalenie wsierdza	30)	bakteryjne zapalenie wsierdza
				31)	stwardnienie rozsiane	31)	stwardnienie rozsiane
						32)	ciężkie oparzenie
						33)	transplantacja
						34)	całkowita utrata wzroku w obydwu oczach
						35)	niezłośliwy guz mózgu
						36)	choroba Parkinsona

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
MEDYCZNY EKSPERT DOMOWY**





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE MEDYCZNY EKSPERT DOMOWY

Wersja dokumentu z dnia 1.10.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia Medyczny Ekspert Domowy, kod warunków: KZGP32 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

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 ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego lub zdrowie ubezpieczonego i współubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- zdrowie ubezpieczonego – wariant podstawowy,
- zdrowie ubezpieczonego i współubezpieczonego – wariant rozszerzony.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

Świadczenie przysługuje w przypadku wystąpienia lub diagnozy: zdarzenia medycznego skutkującego świadczeniem (w ramach pakietów: Zagranicznej Konsultacji Medycznej, Prywatnej Opieki Domowej, Pomocy w Planowaniu Leczenia, Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego) lub problemu zdrowotnego skutkującego świadczeniem w ramach Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego.

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Ubezpieczony ma prawo wybrać i w każdym czasie zmienić wariant ubezpieczenia.

Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

Jak długo trwa umowa?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym, że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy odpłacasz składkę?

Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.

Składka przekazywana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym. W przypadku zmiany wariantu – w dniu poprzedzającym początek naszej odpowiedzialności z tytułu nowego wariantu – kończy się nasza odpowiedzialność z tytułu poprzedniego wariantu.

Karencja ma zastosowanie w okresie pierwszych 30 dni, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego lub współubezpieczonego. W okresie karencji zapewniamy skorzystanie ze świadczenia polegającego wyłącznie na udzielaniu informacji w ramach Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego oraz skorzystanie ze świadczenia zagranicznej konsultacji medycznej, pod warunkiem, że zdarzenie medyczne jest następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie naszej odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego lub współubezpieczonego.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:

- zakończenia naszej odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- upływu okresu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia,
- upływu okresu za jaki przekazano składkę w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego,
- upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do współubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:

- zakończenia naszej odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym,
- rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 18 rok życia,
- rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym małżonek kończy 70 rok życia,
- śmierci współubezpieczonego,
- upływu okresu, za który została przekazana ostatnia składka na ubezpieczenie dodatkowe, w przypadku ustania związku małżeńskiego,
- z upływem okresu za jaki została przekazana ostatnia składka w przypadku zmiany przez ubezpieczonego wariantu ubezpieczenia na podstawowy.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- zdarzeń i skutków zdarzeń związanych z zagrożeniem życia,
- gdy ubezpieczony lub współubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego,
- zorganizowania usług przez Centrum Medyczne z powodu podania nieprawdy – koszty takich świadczeń ponosi ubezpieczony lub współubezpieczony.

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).

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. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą,

która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługujące prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.

2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:
 - 1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
 - 2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.
3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.
6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia Medyczny Ekspert Domowy, kod warunków KZGP32 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia.

Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 5 – 23 OWU § 36 – 37 OWU § 38 OWU § 39 – 40 OWU § 41 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 5 – 23 OWU § 32 – 33 OWU § 34 – 37 OWU § 41 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA MEDYCZNY EKSPERT DOMOWY

Kod warunków: KZGP32



POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia Medyczny Ekspert Domowy zawieranych jako umowy ubezpieczenia dodatkowego do umów grupowego ubezpieczenia na życie wskazanych przez PZU Życie SA, zwanych ubezpieczeniem podstawowym.

§ 2

1. Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

- 1) **Centrum Medyczne** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu uzyskania przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego świadczenia w ramach pakietów: Zagranicznej Konsultacji Medycznej, Prywatnej Opieki Domowej, Pomocy w Planowaniu Leczenia oraz Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego;
- 2) **dom** – miejsce aktualnego pobytu ubezpieczonego lub współubezpieczonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
- 3) **dziecko** – dziecko ubezpieczonego własne, a także przysposobione lub pasierba – jeżeli nie żyje ojciec lub matka – w wieku do 18 lat;
- 4) **konsultant** – placówkę medyczną wyznaczoną przez świadczeniodawcę do współpracy w celu sporządzenia konsultacji medycznej, działającą poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
- 5) **lekarz Centrum Medycznego** – osobę, którą łączy ze świadczeniodawcą stosowna umowa, uprawnioną do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem;
- 6) **małżonek** – osobę pozostającą z ubezpieczonym w związku małżeńskim;
- 7) **opieka nad dziećmi** – sprawowanie pieczy nad dziećmi do lat 15 lub osobami niesamodzielnymi poprzez zapewnienie im należytej egzystencji w zakresie podstawowych potrzeb bytowych i ochrony przed niebezpieczeństwami;
- 8) **osoba niesamodzielną** – osobę zamieszkującą z ubezpieczonym, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki;
- 9) **pielęgniarka** – osobę, która wykonuje zawód pielęgniarki, zgodnie z polskim prawem, działającą w imieniu i na zlecenie świadczeniodawcy;
- 10) **pierwsza opinia** – orzeczenie o stanie zdrowia pacjenta, wydane przez jego lekarza prowadzącego, tj. lekarza, pod którego opieką pozostaje pacjent na terenie Unii Europejskiej;
- 11) **placówki medyczne** – placówki w ramach lecznictwa otwartego lub zamkniętego, w zakresie publicznej lub prywatnej opieki zdrowotnej, świadczące na terenie Rzeczypospolitej Polskiej usługi o charakterze medycznym, działające na zlecenie świadczeniodawcy;
- 12) **transport medyczny** – transport zapewniony ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu przez Centrum Medyczne organizowany pod niezbędnym nadzorem medycznym i przy użyciu niezbędnych środków transportu;
- 13) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę z PZU Życie SA, dotyczącą organizacji świadczeń, określonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia;
- 14) **współubezpieczony** – małżonka lub dziecko ubezpieczonego;
- 15) **zagraniczna konsultacja medyczna** – ponowną analizę dokumentacji medycznej, dokonaną przez zagranicznego

konsultanta, przy wykorzystaniu zaawansowanych technik diagnostycznych oraz takich metod komunikacyjnych, które nie obejmują bezpośrednich konsultacji, ani żadnych innych bezpośrednich kontaktów pomiędzy pacjentem a konsultantem, po uzyskaniu przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego pierwszej opinii medycznej. Rezultat konsultacji – druga opinia medyczna na piśmie doręczana jest następnie lekarzowi świadczeniodawcy. Konsultacja medyczna dokonywana jest wyłącznie w przypadku wystąpienia jednego ze zdarzeń medycznych;

- 16) **zdarzenie medyczne** – stan objęty odpowiedzialnością PZU Życie SA, określony w ust. 2 – wariant podstawowy oraz w ust. 3 – wariant rozszerzony;
 - 17) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – objęte odpowiedzialnością PZU Życie SA zdarzenie medyczne albo problem zdrowotny, w wyniku którego ubezpieczony lub współubezpieczony potrzebuje uzyskać informację medyczną lub pomoc w organizacji leczenia lub życia dnia codziennego.
2. W wariancie podstawowym PZU Życie SA obejmuje odpowiedzialność następujące stany:
- 1) **chirurgia naczyń wieńcowych, angioplastyka** – operacje, które mają na celu udrożnienie, poszerzenie naczyń lub naczyń wieńcowych wszelkimi sposobami np. balonikowanie, użycie lasera, założenie stentu, przeszczep omijający;
 - 2) **choroba Alzheimera** – ośpienie u osób powyżej 40 roku życia w badaniu klinicznym udokumentowane odpowiednimi testami psychologicznymi, z 1 lub 2 deficytami poznawczymi, progresywnym pogorszeniem pamięci, bez zaburzeń świadomości, bez chorób układowych lub innych przyczyn ośpienia;
 - 3) **choroba neuronu ruchowego** – grupa postępujących chorób zwyrodnieniowych układu nerwowego spowodowana uszkodzeniem komórek piramidowych mózgu, dróg piramidowych, komórek rogów przednich rdzenia kręgowego oraz jąder ruchowych nerwów czaszkowych, których objawy kliniczne są uzależnione od lokalizacji i rozległości uszkodzenia (lokalizacja w komórkach ruchowych rdzenia wywołuje postępujący zanik mięśni, lokalizacja w jądrach ruchowych opuszki i mostu wywołuje postępujące porażenie opuszkowe, lokalizacja w komórkach ruchowych rogów przednich rdzenia, drogach piramidowych i komórkach ruchowych kory mózgu wywołuje postać kliniczną stwardnienia bocznego zanikowego – SLA). Podstawą rozpoznania jest obraz kliniczny i wynik badania EMG;
 - 4) **choroba Parkinsona** – przewlekła choroba układu pozapiramidowego o nieustalonej etiologii, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę, którego następstwem jest wystąpienie trzech objawów osiowych choroby (drżenia, sztywność mięśniowa, bezruchu – akinezy), zmniejszających się po zastosowaniu lewodopy;
 - 5) **choroby mielodysplastyczne** – grupa nabytych schorzeń krwi charakteryzujących się pancytopenią i niską liczbą retikulocytów przy bogato- normo- lub ubogokomórkowym szpiku, z komórkami wykazującymi anomalie morfologiczne lub zmiany dysplastyczne;
 - 6) **choroby zapalne jelit** – bakteryjne, wirusowe, grzybicze, pasożytnicze lub nieswoiste zapalenie jelit powodujące najczęściej bóle brzucha, biegunkę, odwodnienie, niedokrwistość;
 - 7) **choroby zastawki/zastawek serca, przeszczep zastawki lub jej korekcja chirurgiczna**;

- 8) **cukrzyca** – zespół charakteryzujący się hiperglikemią, będącą następstwem zaburzeń w wydzielaniu lub działaniu insuliny, które prowadzą do późnych powikłań w obrębie narządu wzroku, nerek i naczyń krwionośnych;
 - 9) **endarterektomia tętnicy szyjnej** – operacja tętnicy szyjnej z udrożnieniem jej światła i wtórnie poprawą przepływu w operowanym naczyniu;
 - 10) **guz lub inne patologie rdzenia kręgowego wymagające leczenia operacyjnego** – rozumiane jako każda nieprawidłowa masa zlokalizowana wewnątrzrdzeniowo, tworząca umiejscowione ognisko, którego obecność powoduje wystąpienie objawów deficytu neurologicznego, wynikającego z ucisku;
 - 11) **guz mózgu** – każda tkanka chorobowa, znajdująca się w jamie czaszki, która powoduje najczęściej przyrost masy wewnątrzczaszkowej i objawy wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego;
 - 12) **gluchota** – całkowita utrata zdolności odbioru dźwięków w paśmie 16 Hz – 20 kHz o częstotliwości 120 db;
 - 13) **infekcja wirusem HIV** – stwierdzenie w surowicy krwi przeciwciał przeciwko wirusowi HIV;
 - 14) **kardiomiopatia** – choroba mięśnia sercowego rozwijająca się w wyniku innych przyczyn niż miażdżycza naczyń wieńcowych, nadciśnienie tętnicze układowe lub płucne, wrodzone lub nabyte wady serca;
 - 15) **leczenie chirurgiczne padaczki**;
 - 16) **niewydolność nerek** – nagłe lub przewlekłe pogorszenie czynności wydaliniczej nerek prowadzące do zatrucia ustroju przez gromadzące się końcowe produkty metabolizmu;
 - 17) **oparzenia obejmujące dużą powierzchnię ciała** – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie obejmujące co najmniej 70% powierzchni ciała, dla oparzeń III stopnia obejmujące co najmniej 15% powierzchni ciała;
 - 18) **protezoastyka stawów, rozległe uszkodzenie ręki, uszkodzenie stożka rotatorów, wszczępienie protezy całkowitej lub częściowej dowolnego stawu** – uszkodzenie ręki uniemożliwiające całkowicie wykonywanie dotychczasowej pracy lub uniemożliwiające całkowicie wykonywanie czynności dnia codziennego. Uszkodzenie stożka rotatorów – uszkodzenie doprowadzające do braku możliwości wykonania czynnych ruchów odwodzenia, rotacji wewnętrznej lub rotacji zewnętrznej stawu ramienno-łopatkowego;
 - 19) **przeszczep jednego z głównych narządów** – przeszczep serca, nerki, wątroby, płuc, trzustki, allogeniczna transplantacja szpiku kostnego;
 - 20) **rak** – nowotwór złośliwy charakteryzujący się rozplemieniem komórek morfologicznie i funkcjonalnie komórek ustroju, który prowadzi do niszczenia prawidłowych struktur narządowych, najpierw w miejscu pierwotnego rozwoju procesu nowotworowego, a następnie do naciekania i niszczenia tkanek sąsiednich oraz do zagnieżdżania się i namnażania przekształconych komórek w narządach odległych;
 - 21) **rozległe schorzenia ginekologiczne** – choroby zapalne, nowotworowe oraz zaburzenia czynnościowe narządu rodniczego, które doprowadziły do poważnych powikłań wymagających hospitalizacji;
 - 22) **schyłkowy okres niewydolności jednego z głównych narządów** – niewydolność jednego z następujących narządów (serce, płuca, wątroba, trzustka, nerki, szpik kostny), która bez podjęcia intensywnego leczenia doprowadza do całkowitej niewydolności narządu i zgonu chorego;
 - 23) **schorzenia okulistyczne wymagające leczenia operacyjnego z wyłączeniem typowej zaćmy i chirurgicznego leczenia typowych wad wzroku**;
 - 24) **stwardnienie rozsiane** – rozumiane jako występująca lub postępująca rzutami lub pierwotnie przewlekła choroba ośrodkowego układu nerwowego, której istotę stanowią rozlane ogniska demielinizacji zlokalizowane w centralnym układzie nerwowym, powstałe na skutek rozpadu osłonek mielinowych w wyniku niszczenia ich przez proces immunologiczny;
 - 25) **śpiączka** – długotrwały stan nieprzytomności oceniany w zależności od stopnia nasilenia na osiem lub poniżej osiem punktów w skali Glasgow, w którym dochodzi do zniesienia reakcji na bodźce zewnętrzne, bądź zachowana jest reakcja na bodźce bólowe pod postacią celowych ruchów obronnych, ruchów niecelowych, przeżeń zgięciowych lub wyprostnych;
 - 26) **trwale całkowite inwalidztwo** – uszkodzenie ciała, spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, skutkujące trwałą i całkowitą niezdolnością do pracy w jakimkolwiek zawodzie oraz do samodzielnej egzystencji na stałe;
 - 27) **udar mózgu** – nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przetrwanie ciągłości ściany naczyńia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi;
 - 28) **utrata jednej lub więcej kończyn** – w przypadku kończyny górnej oznacza amputację powyżej stawu łokciowego, w przypadku kończyny dolnej oznacza amputację powyżej stawu kolanowego;
 - 29) **utrata mowy** – całkowitą i nieodwracalną utratę mowy;
 - 30) **wrodzone wady serca u dorosłych**;
 - 31) **zapalenie wątroby** – wirusowe (ostre lub przewlekłe) zapalenie doprowadzające do niewydolności wątroby (z objawami żółtaczki, powiększenia wątroby i bardzo znacznym podwyższeniem wartości aminotransferaz).
3. W wariancie rozszerzonym PZU Życie SA obejmuje odpowiedzialnością stany określone w ust. 2 oraz poniższe stany:
- 1) nienowotworowe choroby ośrodkowego układu nerwowego u dzieci, wymagające interwencji neurochirurgicznej;
 - 2) wady rozwojowe u dzieci;
 - 3) wrodzone wady serca u dzieci.
4. Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennie, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, używane są w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest:

- 1) zdrowie ubezpieczonego – wariant podstawowy lub
- 2) zdrowie ubezpieczonego i współubezpieczonego – wariant rozszerzony.

2. Wariant rozszerzony obejmuje ubezpieczonego oraz wszystkich współubezpieczonych.

ZAKRES UBEZPIECZENIA ORAZ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 4

Zakres ubezpieczenia w obu wariantach obejmuje wystąpienie lub diagnozę w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA:

- 1) zdarzenia medycznego skutującego świadczeniem w ramach poniższych pakietów:
 - a) Zagranicznej Konsultacji Medycznej,
 - b) Prywatnej Opieki Domowej,
 - c) Pomocy w Planowaniu Leczenia,
 - d) Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego lub
- 2) problemu zdrowotnego skutującego świadczeniem w ramach Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego.

ZAKRES ORAZ ŚWIADCZENIA W RAMACH ZAGRANICZNEJ KONSULTACJI MEDYCZNEJ

§ 5

1. Zakres ubezpieczenia w ramach Zagranicznej Konsultacji Medycznej obejmuje wystąpienie w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA zdarzenia medycznego.
2. W przypadku wystąpienia zdarzenia medycznego PZU Życie SA umożliwia ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu (zgodnie z wybranym przez ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia wariantem ubezpieczenia) skorzystanie – w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA – z zagranicznej konsultacji medycznej.

3. Świadczenie zagranicznej konsultacji medycznej polega na podjęciu przez PZU Życie SA, za pośrednictwem świadczeniodawcy, następujących czynności:
 - 1) udzieleniu ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie drugiej opinii medycznej;
 - 2) zapewnieniu tłumaczenia na język używany przez konsultanta dostarczonego PZU Życie SA dokumentacji medycznej, dotyczącej stanu zdrowia ubezpiezonego lub współubezpiezonego;
 - 3) przekazaniu przetłumaczonej dokumentacji medycznej konsultantowi przy wykorzystaniu najbardziej odpowiednich, według swego uznania, środków komunikacji, które umożliwią konsultantowi odczytanie dokumentacji i jej analizę;
 - 4) zapewnieniu wydania drugiej opinii medycznej przez konsultanta;
 - 5) przetłumaczeniu drugiej opinii medycznej wydanej przez konsultanta na język polski;
 - 6) udostępnieniu drugiej opinii medycznej ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu.
4. W obu wariantach ubezpieczenia ubezpieczony lub współubezpieczony ma prawo do jednej zagranicznej konsultacji medycznej w stosunku do jednego, tego samego zdarzenia medycznego, z tym że w przypadku zaistnienia zmian w obrazie choroby (potwierdzonych nowymi wynikami badań diagnostycznych) ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu, na jego wniosek, przysługuje kolejna zagraniczna konsultacja medyczna.

ZAKRES ORAZ ŚWIADCZENIA W RAMACH PRYWATNEJ OPIEKI DOMOWEJ

§ 6

1. Zakres ubezpieczenia w ramach Prywatnej Opieki Domowej obejmuje wystąpienie w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA zdarzenia medycznego.
2. W przypadku wystąpienia zdarzenia medycznego PZU Życie SA umożliwiła ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu (zgodnie z wybranym przez ubezpiezonego w deklaracji przystąpienia wariantem ubezpieczenia) skorzystanie – w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA – ze świadczeń określonych w § 7.
3. Świadczenia, o których mowa w ust. 2, są organizowane przez Centrum Medyczne i realizowane przez współpracujące ze świadczeniodawcą profesjonalne podmioty w godzinach 8:00 – 22:00, 7 dni w tygodniu, z wyjątkiem świadczenia transportu medycznego (§ 15) oraz dostarczenia niezbędnych leków (§ 16) realizowanych całonocowo.
4. W odniesieniu do jednego zdarzenia medycznego każde ze świadczeń określonych w § 7 może być zorganizowane wyłącznie raz, w granicach limitów czasowych określonych dla danego świadczenia, w okresie trwania odpowiedzialności PZU Życie SA, z zastrzeżeniem § 15 ust. 5 (transport medyczny).
5. W stosunku do współubezpiezonego Centrum Medyczne organizuje świadczenia według wyboru ubezpiezonego.

§ 7

1. W przypadku wystąpienia zdarzenia medycznego Centrum Medyczne organizuje jedno albo kilka z poniższych świadczeń:
 - 1) opiekę domową pielęgniarstwa (§ 9);
 - 2) pomoc w prowadzeniu domu (§ 10);
 - 3) opiekę nad dziećmi (§ 11);
 - 4) opiekę nad drobnymi zwierzętami domowymi (§ 12);
 - 5) wizytę domową psychologa (§ 13);
 - 6) wizytę domową rehabilitanta lub masażyści (§ 14);
 - 7) transport medyczny (§ 15);
 - 8) dostarczenie niezbędnych leków (§ 16);
 - 9) dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego (§ 17);
 - 10) dostarczenie do naprawy przedmiotów użytku osobistego (§ 18).
2. Świadczenia określone w ust. 1 pkt 1 – 6 oraz 8 i 9 realizowane są w domu albo w innym miejscu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, uzgodnionym z ubezpieczonym bądź osobą wskazaną przez ubezpiezonego, zapewniającym możliwość realizacji świadczenia.

§ 8

1. Centrum Medyczne organizuje świadczenia, o których mowa w § 7 ust. 1, w ramach limitów czasowych określonych dla poszczególnych świadczeń.
2. Limity czasowe wskazane dla poszczególnych świadczeń Prywatnej Opieki Domowej stanowią górną granicę odpowiedzialności PZU Życie SA i Centrum Medycznego w okresie odpowiedzialności w stosunku do ubezpiezonego lub współubezpiezonego.

Opieka domowa pielęgniarstwa

§ 9

1. Opieka domowa pielęgniarstwa organizowana jest przez Centrum Medyczne, które w ramach limitów określonych w ust. 2 pokrywa koszty dojazdu i honorarium pielęgniarstwa.
2. Świadczenie przysługuje według wyboru ubezpiezonego, dokonywanego we wniosku o organizację świadczenia:
 - 1) do ośmiu godzin dziennie przez okres dwóch tygodni albo
 - 2) do czterech godzin dziennie przez okres czterech tygodni.
3. Okres, o którym mowa w ust. 2 pkt 1 można podzielić na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy, natomiast okres, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, nie podlega podziałowi na krótsze okresy czasu. Wybór okresu realizacji świadczenia nie podlega zmianie.
4. Świadczenie na rzecz ubezpiezonego lub współubezpiezonego obejmuje:
 - 1) wykonywanie czynności związanych z utrzymaniem higieny;
 - 2) wykonywanie zabiegów leczniczych takich jak: okłady, opatrunki, rehabilitacja oddechowa itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego ubezpiezonego lub lekarza prowadzącego współubezpiezonego;
 - 3) wykonywanie czynności diagnostycznych takich jak: ćwiczenia terapeutyczne, pomiar ciśnienia i tętna, ważenie itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego ubezpiezonego lub lekarza prowadzącego współubezpiezonego;
 - 4) wykonywanie czynności pomagających w odżywianiu się.
5. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów materiałów lub lekarstw używanych przy wykonywaniu czynności, o których mowa w ust. 4. Koszty tych materiałów lub lekarstw pokrywa ubezpieczony lub współubezpieczony.

Pomoc w prowadzeniu domu

§ 10

1. Pomoc w prowadzeniu domu organizowana jest przez Centrum Medyczne, które w ramach limitów określonych w ust. 2 pokrywa koszty dojazdu i honorarium osób pomagającym w prowadzeniu domu.
2. Świadczenie przysługuje według wyboru ubezpiezonego, dokonywanego we wniosku o organizację świadczenia:
 - 1) do ośmiu godzin dziennie przez okres dwóch tygodni albo
 - 2) do czterech godzin dziennie przez okres czterech tygodni.
3. Okres, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, można podzielić na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy, natomiast okres, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, nie podlega podziałowi na krótsze okresy. Wybór okresu realizacji świadczenia nie podlega zmianie.
4. Świadczenie jest organizowane i realizowane wyłącznie w przypadku, gdy w domu nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić.
5. Świadczenie na rzecz ubezpiezonego lub współubezpiezonego obejmuje pomoc domową w:
 - 1) utrzymaniu czystości w domu, tj.: sprzątaniu podłóg na sucho i na mokro, ścieraniu kurzy z mebli i parapetów, odkurzaniu dywanów lub wykładzin, czyszczeniu ceramiką łazienkową, czyszczeniu wanny lub kabiny prysznicowej wraz z ewentualnym brodzikiem, zmywaniu naczyń, czyszczeniu zlewu, czyszczeniu płyty kuchennej;
 - 2) przygotowaniu posiłków (również na rzecz dzieci);
 - 3) robieniu zakupów niezbędnych do realizacji czynności określonych w pkt 1 i 2;
 - 4) podlewaniu kwiatów;
- przy użyciu środków lub sprzętów udostępnionych przez ubezpiezonego lub współubezpiezonego.
6. Zakupy, o których mowa w ust. 5 pkt 3, realizowane są w miejscach wskazanych przez ubezpiezonego lub współ-

ubezpieczonego, o ile odległość do nich nie będzie większa niż byłaby odległość do miejsca zakupu wybranego przez Centrum Medyczne.

7. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupów. Koszty zakupów pokrywa ubezpieczony lub współubezpieczony.

Opieka nad dziećmi

§ 11

1. Opieka nad dziećmi ubezpieczonego organizowana jest przez Centrum Medyczne, które w ramach limitów określonych w ust. 3 pokryje koszty dojazdu i honorarium osób sprawujących opiekę.
2. Świadczenie organizowane i realizowane jest pod warunkiem wyrażenia zgody ubezpieczonego na opiekę nad dziećmi udzielonej Centrum Medycznemu wraz z określeniem terminów sprawowania tej opieki, z zastrzeżeniem ust. 7.
3. Świadczenie przysługuje według wyboru ubezpieczonego albo osoby wskazanej przez ubezpieczonego, dokonywanego we wniosku o organizację świadczenia:
 - 1) do ośmiu godzin dziennie przez okres dwóch tygodni albo
 - 2) do czterech godzin dziennie przez okres czterech tygodni.
4. Okres, o którym mowa w ust. 3 pkt 1, można podzielić na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy, natomiast okres, o którym mowa w ust. 3 pkt 2, nie podlega podziałowi na krótsze okresy. Wybór okresu realizacji świadczenia nie podlega zmianie.
5. Świadczenie jest organizowane i realizowane wyłącznie w przypadku, gdy w miejscu pobytu dziecka nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić.
6. W przypadku braku kontaktu z ubezpieczonym bądź osobą wskazaną przez ubezpieczonego, Centrum Medyczne przekazuje zobowiązanie do opieki nad dziećmi placówce opieki społecznej właściwej dla adresu miejsca pobytu dziecka.
7. Osoba zgłaszająca wniosek o spełnienie świadczenia określonego w ust. 1, zobowiązana jest do udzielenia pełnej, pisemnej informacji, jeśli opieka nad dziećmi wymaga specjalnego postępowania (np. cierpią one na choroby przewlekłe lub wymagają rehabilitacji) oraz jeśli przyjmują one leki lub znajdują się na diecie.
8. Centrum Medyczne pokrywa jedynie honorarium osób sprawujących opiekę w ramach limitów wskazanych w ust. 3. Pozostałe koszty opieki nad dziećmi, w tym w szczególności: koszty żywności, ubrań, środków higienicznych, leków, opieki lekarskiej (w tym leczenia oraz szczepień) pokrywa w całości ubezpieczony lub współubezpieczony, zapewniając osobom sprawującym opiekę odpowiednie środki.

Opieka nad drobnymi zwierzętami domowymi

§ 12

1. Opieka nad drobnymi zwierzętami domowymi (gady, gryzonie, koty, owady, płazy, psy, ptaki i ryby) przebywającymi w domu i nie zagrażającymi zdrowiu i bezpieczeństwu otoczenia, polegająca na dostarczeniu żywności, czynnościach porządkowych i zapewnieniu opieki czasowej, organizowana jest przez Centrum Medyczne, które w ramach limitów określonych w ust. 2 pokryje koszty dojazdu i honorarium osób sprawujących opiekę.
2. Świadczenie przysługuje według wyboru ubezpieczonego, dokonywanego we wniosku o organizację świadczenia:
 - 1) do ośmiu godzin dziennie przez okres dwóch tygodni albo
 - 2) do czterech godzin dziennie przez okres czterech tygodni.
3. Okres, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, można podzielić na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy, natomiast okres, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, nie podlega podziałowi na krótsze okresy. Wybór okresu realizacji świadczenia nie podlega zmianie.
4. Świadczenie jest organizowane i realizowane wyłącznie w przypadku, gdy w domu nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić.
5. Świadczenie przysługuje pod warunkiem, że ubezpieczony, współubezpieczony lub inna osoba wskazana przez ubezpieczonego przedstawi osobie sprawującej opiekę dokument potwierdzający, że wymagane szczepienia zwierząt zostały przeprowadzone.
6. Świadczenie przysługuje pod warunkiem, że zwierzęta według uznania osoby sprawującej opiekę nie stanowią zagrożenia dla otoczenia oraz gdy dana rasa lub gatunek nie są uznane za niebezpieczne, w szczególności, gdy nie są uznane przez akty prawne za rasy agresywne bądź niebezpieczne.

7. Zakup dostarczanej karmy realizowany jest w miejscu wskazanym przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego, o ile odległość do tego miejsca nie będzie większa niż byłaby odległość do miejsca zakupu wybranego przez Centrum Medyczne.
8. Centrum Medyczne pokrywa jedynie honorarium osób sprawujących opiekę w ramach limitów wskazanych w ust. 2. Pozostałe koszty opieki nad zwierzętami, w tym w szczególności: koszty karmy dla zwierząt, koszty opieki weterynaryjnej (w tym leczenia oraz szczepień) pokrywa w całości ubezpieczony lub współubezpieczony, zapewniając osobom sprawującym opiekę odpowiednie środki.

Wizyta domowa psychologa

§ 13

1. W przypadku, gdy bezpośrednio w związku ze stanem zdrowia, w jakim znajduje się ubezpieczony lub współubezpieczony nastąpiło pogorszenie się jego stanu psychicznego, Centrum Medyczne – w ramach limitów określonych w ust. 2 – zorganizuje i pokryje koszty wizyty lub serii wizyt psychologa w domu.
2. Ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu przysługuje jedna wizyta psychologa dziennie trwająca maksymalnie dwie godziny przez okres czterech tygodni, nie dłużej jednak niż przez okres, który psycholog odbywający wizytę uzna za zasadny.

Wizyta domowa rehabilitanta lub masażysty

§ 14

1. W przypadku, gdy bezpośrednio w związku ze stanem zdrowia, w jakim znajduje się ubezpieczony lub współubezpieczony niezbędna jest rehabilitacja, zgodnie ze skierowaniem wydanym przez lekarza prowadzącego, Centrum Medyczne – w ramach limitów określonych w ust. 2 – zorganizuje i pokryje koszty wizyty lub serii wizyt rehabilitanta lub masażysty w domu.
2. Ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu przysługuje jedna wizyta rehabilitanta lub masażysty dziennie trwająca maksymalnie dwie godziny przez okres czterech tygodni, nie dłużej jednak niż przez okres, który rehabilitant lub masażysta odbywający wizytę uzna za zasadny.

Transport medyczny

§ 15

1. W przypadku zalecenia przez lekarza prowadzącego ubezpieczonego lub współubezpieczonego pilnej konsultacji medycznej, hospitalizacji lub specjalistycznego zabiegu ambulatoryjnego, Centrum Medyczne zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego ubezpieczonego lub współubezpieczonego.
2. Transport medyczny organizowany pod niezbędnym nadzorem medycznym i przy użyciu niezbędnych środków transportu przysługuje ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu:
 - 1) do najbliższego od miejsca jego pobytu i odpowiednio wyposażonego do udzielenia pomocy szpitala lub innej jednostki służby zdrowia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, o ile stan zdrowia ubezpieczonego lub współubezpieczonego umożliwia taki przewóz oraz
 - 2) do domu po wypisaniu ubezpieczonego lub współubezpieczonego ze szpitala lub innej jednostki służby zdrowia, do którego ubezpieczony lub współubezpieczony został skierowany przez lekarza prowadzącego.
3. Decyzje o wyborze czasu, celu i środka transportu podejmuje lekarz Centrum Medycznego po konsultacji (o ile jest to uzasadnione z medycznego punktu widzenia) z lekarzem prowadzącym ubezpieczonego lub współubezpieczonego, uwzględniając jego stan zdrowia, dostępne środki transportu oraz czas i cel transportu.
4. Podjęcie przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego działań sprzecznych z zaleceniami lekarza Centrum Medycznego skutkuje utratą prawa do świadczeń określonych w tym paragrafie.
5. Świadczenie transportu medycznego przysługuje ubezpieczonemu i współubezpieczonemu, w odniesieniu do jednego zdarzenia medycznego, maksymalnie dwa razy (łącznie dla obu świadczeń wymienionych w ust. 2 pkt 1 i 2).

Dostarczenie niezbędnych leków

§ 16

1. W przypadku, gdy bezpośrednio w związku ze stanem zdrowia, w jakim znajduje się ubezpieczony lub współubezpieczony musi

- on, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza prowadzącego, przebywać w domu co najmniej 5 dni, Centrum Medyczne zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia do domu przepisanych na receptę przez lekarza prowadzącego niezbędnych leków, o ile są one dostępne na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Ubezpieczonemu i współubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów jednorazowego dostarczenia leków w okresie danego zwolnienia lekarskiego, gdy w domu nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić.
 3. Zakup dostarczanych niezbędnych leków realizowany jest w miejscu wskazanym przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego, o ile odległość do tego miejsca nie będzie większa niż byłaby odległość do miejsca zakupu wybranego przez Centrum Medyczne.
 4. Świadczenie nie obejmuje pokrycia wartości leków. Koszty leków pokrywa ubezpieczony lub współubezpieczony, zapewniając osobom dostarczającym niezbędne leki odpowiednie środki.

Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego

§ 17

1. W przypadku, gdy bezpośrednio w związku ze stanem zdrowia, w jakim znajduje się ubezpieczony lub współubezpieczony musi on, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza prowadzącego, przebywać w domu co najmniej 5 dni, Centrum Medyczne zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia do domu wypożyczonego bądź zakupionego przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego sprzętu rehabilitacyjnego, zaleconego wcześniej przez lekarza prowadzącego na podstawie recept lub pisemnych zaleceń.
2. Ubezpieczonemu i współubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów jednorazowego dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego w okresie danego zwolnienia lekarskiego, gdy w domu nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić.
3. Świadczenie nie obejmuje pokrycia wartości sprzętu rehabilitacyjnego. Koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego pokrywa ubezpieczony lub współubezpieczony, zapewniając osobom dostarczającym sprzęt rehabilitacyjny odpowiednie środki.

Dostarczenie do naprawy przedmiotów użytku osobistego

§ 18

1. W przypadku, gdy bezpośrednio w związku ze stanem zdrowia, w jakim znajduje się ubezpieczony lub współubezpieczony musi on, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza prowadzącego, przebywać w domu co najmniej 5 dni, Centrum Medyczne zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia do naprawy następujących przedmiotów użytku osobistego ubezpieczonego lub współubezpieczonego:
 - 1) aparat słuchowy;
 - 2) aparat do mierzenia ciśnienia krwi;
 - 3) balkonik;
 - 4) chodzik;
 - 5) drukarkę brailowską;
 - 6) glukometr;
 - 7) inhalator;
 - 8) koncentrator tlenowy;
 - 9) krtań elektroniczną;
 - 10) łóżko rehabilitacyjne;
 - 11) materac pneumatyczny;
 - 12) nawilżacz powietrza;
 - 13) nebulizator;
 - 14) okulary;
 - 15) parapodium;
 - 16) pionizator;
 - 17) pikfometr;
 - 18) podnośnik;
 - 19) pompa infuzyjna;
 - 20) pompa insulinowa;
 - 21) proteza;
 - 22) respirator;
 - 23) ssak;
 - 24) syntezator mowy;
 - 25) urządzenie do masażu;

26) wózek inwalidzki;

- z domu do punktu naprawy działającego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i wskazanego przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego oraz dostarczenia ich z powrotem do domu.
2. Ubezpieczonemu i współubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów jednorazowej organizacji dostarczenia do naprawy przedmiotów użytku osobistego w okresie danego zwolnienia lekarskiego, gdy w domu nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić.
 3. Naprawa przedmiotów użytku osobistego realizowana jest w miejscu wskazanym przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego, o ile odległość do tego miejsca nie będzie większa niż byłaby odległość do miejsca naprawy wybranego przez Centrum Medyczne.
 4. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów naprawy przedmiotów, o których mowa w ust. 1. Koszty naprawy pokrywa ubezpieczony lub współubezpieczony, zapewniając osobom dostarczającym sprzęt do naprawy odpowiednie środki.

ZAKRES ORAZ ŚWIADCZENIA W RAMACH POMOCY W PLANOWANIU LECZENIA

§ 19

1. Zakres ubezpieczenia w ramach Pomocy w Planowaniu Leczenia obejmuje wystąpienie w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA zdarzenia medycznego.
2. W przypadku wystąpienia zdarzenia medycznego PZU Życie SA umożliwi ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu (zgodnie z wybranym przez ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia wariantem ubezpieczenia) – w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA – skorzystanie ze świadczeń określonych w § 20, świadczonych na rzecz ubezpieczonego lub współubezpieczonego za pośrednictwem Centrum Medycznego.

§ 20

1. W przypadku wystąpienia zdarzenia medycznego Centrum Medyczne organizuje ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu świadczenie:
 - 1) pomocy w planowaniu leczenia (§ 21 ust. 1) lub
 - 2) pomocy w organizacji leczenia (§ 21 ust. 3).
2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, realizowane są w placówkach medycznych.

§ 21

1. W ramach pomocy w planowaniu leczenia Centrum Medyczne – według wyboru ubezpieczonego lub współubezpieczonego:
 - 1) wyszukuje placówkę medyczną, w której ubezpieczony lub współubezpieczony będzie miał możliwość najszybszego uzyskania świadczenia medycznego takiego jak zabieg chirurgiczny, badanie diagnostyczne lub wizyta u specjalisty, zalecanego przez lekarza prowadzącego lub
 - 2) udziela ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu drogą telefoniczną informacji o nazwie, adresie oraz numerze telefonu placówki, w której będzie miał możliwość najszybszego uzyskania świadczenia medycznego, o które wnioskuje oraz możliwym terminie wizyty u odpowiedniego specjalisty.
2. Pomoc w planowaniu leczenia udzielana jest przy użyciu bazy Centrum Medycznego dotyczącej placówek medycznych świadczących usługi na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, obejmującej informację o dostępności albo braku dostępności tych świadczeń w czasie uzgodnionym z ubezpieczonym lub współubezpieczonym.
3. W ramach pomocy w organizacji leczenia Centrum Medyczne – według wyboru ubezpieczonego lub współubezpieczonego:
 - 1) umówi wizyty lekarskie i inne świadczenia medyczne (wizyty pielęgniarki, rehabilitanta, lekarza w domu) w placówkach medycznych lub
 - 2) udzieli informacji dotyczących usług dostępnych w placówkach medycznych (szpitalach, klinikach, ambulatoriach, oddziałach specjalistycznych) na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w tym w szczególności położonych najbliższej domu, w zakresie ich specjalizacji, godzin otwarcia i danych teleadresowych.

4. Niezależnie od innych postanowień niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, warunkiem uzyskania świadczenia jest uzyskanie przez Centrum Medyczne od ubezpieczonego lub współubezpieczonego przez telefon informacji dotyczącej rodzaju specjalistycznego świadczenia medycznego, którego wymaga jego stan zdrowia.

ZAKRES ORAZ ŚWIADCZENIA W RAMACH CAŁODOBOWEGO TELEFONICZNEGO SERWISU MEDYCZNEGO

§ 22

1. Zakres ubezpieczenia w ramach Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego obejmuje wystąpienie w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA zdarzenia ubezpieczeniowego, w wyniku którego ubezpieczony lub współubezpieczony potrzebuje uzyskać informację medyczną.
2. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust. 1, PZU Życie SA umożliwiła ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu (zgodnie z wybranym przez ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia wariantem ubezpieczenia) skorzystanie – w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA – z całodobowych usług informacyjnych o zakresie określonym w § 23, świadczonych na ich rzecz za pośrednictwem Centrum Medycznego.

§ 23

Zakres informacji udzielanych w ramach Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego obejmuje informacje o:

- 1) zdrowiu, chorobie i jednostkach chorobowych;
- 2) zachowaniach prozdrowotnych;
- 3) szpitalach, aptekach, przychodniach, lekarzach ogólnych – znajdujących się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
- 4) pielęgnacji niemowląt;
- 5) lekach oraz objawach niepożądanych przy ich przyjmowaniu;
- 6) dietach, zdrowym żywieniu;
- 7) grupach wsparcia, telefonach zaufania – świadczących pomoc i dostępnych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
- 8) transporcie medycznym;
- 9) stanach wymagających nagłej pomocy;
- 10) opiece nad osobami starszymi.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 24

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

§ 25

1. Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia dodatkowego w wariantcie podstawowym i rozszerzonym.
2. Ubezpieczony ma prawo wybrać i w każdym czasie zmieniać wariant ubezpieczenia.
3. W przypadku zmiany wariantu ubezpieczenia przez ubezpieczonego ubezpieczający składa PZU Życie SA deklarację przystąpienia, w której ubezpieczony oświadcza, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej w ramach zmienionego wariantu ubezpieczenia na warunkach określonych w umowie.

§ 26

Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 27

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym, że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polis, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polis.

2. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej, z tym, że oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia dodatkowego została zawarta.

§ 28

W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres nie jest wymagane ponowne złożenie deklaracji przystąpienia.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 29

1. Zasady odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 30

1. Zasady wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia podstawowego.

SKŁADKA

§ 31

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wariantu ubezpieczenia.
2. Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
3. Składka przekazywana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 32

1. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego i współubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. W przypadku zmiany wariantu – w dniu poprzedzającym początek odpowiedzialności PZU Życie SA z tytułu nowego wariantu – kończy się odpowiedzialność PZU Życie SA z tytułu poprzedniego wariantu.

§ 33

1. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:
 - 1) zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym;
 - 2) otrzymania przez PZU Życie SA oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego;
 - 3) upływu okresu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia;
 - 4) upływu okresu za jaki przekazano składkę w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego;
 - 5) upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego;
 - 6) rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.
2. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do współubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:

- 1) zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym;
- 2) rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 18 rok życia;
- 3) rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym małżonek kończy 70 rok życia;
- 4) śmierci współubezpieczonego;
- 5) upływu okresu, za który została przekazana ostatnia składka na ubezpieczenie dodatkowe, w przypadku ustania związku małżeńskiego;
- 6) upływu okresu za jaki została przekazana ostatnia składka w przypadku zmiany przez ubezpieczonego wariantu ubezpieczenia na podstawowy.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 34

W okresie pierwszych 30 dni, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego lub współubezpieczonego (karencja), PZU Życie SA zapewnia skorzystanie ze świadczenia polegającego wyłącznie na udzielaniu informacji w ramach Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego oraz skorzystanie ze świadczenia zagranicznej konsultacji medycznej, pod warunkiem, że zdarzenie medyczne jest następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego lub współubezpieczonego.

§ 35

PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzeń medycznych, jeżeli powstały:

- 1) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału ubezpieczonego lub współubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
- 2) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 3) gdy ubezpieczony lub współubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 4) w wyniku samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego samobójstwa;
- 5) bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę.

§ 36

Z zakresu odpowiedzialności PZU Życie SA wyłączone są:

- 1) koszty wizyty pielęgniarki, transportu medycznego, psychologa oraz innych usług, które zorganizowane zostały przez Centrum Medyczne z powodu podania nieprawdy przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego – koszty takich świadczeń ponosi ubezpieczony lub współubezpieczony;
- 2) zdarzenia i skutki zdarzeń związanych z zagrożeniem życia.

§ 37

1. PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności – w odniesieniu do każdego ze świadczeń Prywatnej Opieki Domowej, o których mowa w § 7 ust. 1 – za przebieg i skutki ich realizacji.
2. PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności za treść zagranicznej konsultacji medycznej.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 38

Prawo do świadczenia przysługuje ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 39

1. Wnioskujący o sporządzenie zagranicznej konsultacji medycznej składa do świadczeniodawcy:
 - 1) zgłoszenie roszczenia;
 - 2) pełną dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie zdarzenia medycznego orzeczonego w pierwszej opinii medycznej;
 - 3) w przypadku współubezpieczonych:
 - a) małżonka – akt małżeństwa,
 - b) dziecka – akt urodzenia dziecka;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia o sporządzenie konsultacji medycznej – na życzenie świadczeniodawcy lub PZU Życie SA.
2. W przypadku wystąpienia z roszczeniem o sporządzenie zagranicznej konsultacji medycznej przez współubezpieczonego warunkiem wykonania zobowiązania jest zgoda współubezpieczonego na przetwarzanie danych osobowych. W przypadku braku zgody na przetwarzanie danych osobowych współubezpieczonego PZU Życie SA jest zwolniony z obowiązku wykonania zobowiązania.
3. PZU Życie SA wykonuje zobowiązanie za pośrednictwem świadczeniodawcy.
4. PZU Życie SA wykonuje zobowiązanie najpóźniej w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu uzasadniającym roszczenie o sporządzenie zagranicznej konsultacji medycznej.
5. W przypadku, gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego okazało się niemożliwe – w szczególności, gdy w powyższym terminie PZU Życie SA nie otrzymało kompletu dokumentów uzasadniających roszczenie – PZU Życie SA wykonuje zobowiązanie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
6. Niezależnie od innych postanowień niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, warunkiem uzyskania świadczenia zagranicznej konsultacji medycznej, jest dostarczenie przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego do świadczeniodawcy, na własny koszt, pełnej dokumentacji medycznej w języku polskim określonego zdarzenia medycznego orzeczonego w pierwszej opinii medycznej, właściwie sporządzonej i podpisanej przez lekarza prowadzącego pacjenta. Dokumentacja medyczna musi zawierać pierwszą opinię, co stanowi podstawowy warunek przekazania jej konsultantowi. Decyzja lekarza rozstrzygająca, czy pierwsza opinia została wydana przez specjalistę we właściwej dziedzinie oraz czy jest wystarczająco szczegółowa, jest wiążąca dla ubezpieczonego lub współubezpieczonego i jeżeli, według wyłącznego uznania lekarza, zachodzi taka konieczność, ubezpieczony lub współubezpieczony na własny koszt doprowadzi do sporządzenia innej pierwszej opinii lub uzupełnienia złożonej pierwszej opinii medycznej lub dokumentacji medycznej.
7. PZU Życie SA zobowiązany jest do spełnienia świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli roszczenie o zagraniczną konsultację medyczną zostało zgłoszone w czasie trwania odpowiedzialności PZU Życie SA.

§ 40

1. Świadczenia w ramach Prywatnej Opieki Domowej, Pomocy w Planowaniu Leczenia i Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego realizowane są wyłącznie na podstawie zgłoszonego telefonicznie wniosku przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego w Centrum Medycznym. Wniosek powinien zostać zgłoszony pod czynny całodobowo numer telefonu wskazany przez PZU Życie SA w deklaracji przystąpienia. PZU Życie SA rozpoczyna realizację świadczeń niezwłocznie, nie później niż w ciągu 48 godzin od chwili spełnienia określonych w poniższych ustępach warunków niezbędnych do organizacji świadczenia.
2. W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczony lub współubezpieczony, zgłaszając wniosek o organizację świadczenia w ramach Prywatnej Opieki Domowej, Pomocy

w Planowaniu Leczenia lub Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego, zobowiązany jest:

- 1) w celu dopełnienia procedury autoryzacji potwierdzającej, że jest objęty odpowiedzialnością PZU Życie SA, podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko ubezpieczonego,
 - b) nr PESEL ubezpieczonego,
 - c) nazwę i miejsce siedziby ubezpieczającego;
 - 2) przelać do Centrum Medycznego faksem, drogą elektroniczną albo pocztą dokument zaświadczenia lekarskiego potwierdzający wystąpienie zdarzenia medycznego (nie dotyczy realizacji świadczenia w ramach Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego);
 - 3) w przypadku wniosku o organizację:
 - a) dostarczenia niezbędnych leków (§ 16),
 - b) dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego (§ 17),
 - c) dostarczenia do naprawy przedmiotów użytku osobistego (§ 18),przelać faksem, drogą elektroniczną albo pocztą Centrum Medycznemu wymagane zwolnienie lekarskie uzasadniające konieczność organizacji świadczenia;
 - 4) przekazać Centrum Medycznemu wszelkie dostępne informacje potrzebne do organizacji świadczenia, a w szczególności:
 - a) numer telefonu, pod którym Centrum Medyczne może się skontaktować z ubezpieczonym lub współubezpieczonym lub osobą występującą w jego imieniu,
 - b) dane osoby wyznaczonej niezbędne do organizacji świadczenia,
 - c) adres domu jako miejsca organizacji świadczenia,
 - d) inne dane – o ile są one niezbędne do organizacji świadczenia;
 - 5) postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Medycznego.
3. Ubezpieczony i współubezpieczony, na wezwanie przedstawiciela Centrum Medycznego w miejscu realizacji świadczenia w ramach Prywatnej Opieki Domowej, zobowiązany jest do:
- 1) okazania dokumentu potwierdzającego jego tożsamość;
 - 2) podania danych niezbędnych do wykonania świadczenia.
4. W celu umożliwienia Centrum Medycznemu spełnienia świadczenia transportu medycznego, o którym mowa w § 15, ubezpieczony lub współubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu zobowiązana jest do zapewnienia zespołowi medycznemu lub innym osobom uprawnionym przez Centrum Medyczne dostępu do wszelkich informacji pozwalających na ocenę stanu zdrowia i celowości transportu medycznego, co jest warunkiem organizacji świadczenia.
5. PZU Życie SA i Centrum Medyczne nie są zobowiązane do zwrotu kosztów poniesionych przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego, jeżeli zdarzenie nie zostało zgłoszone do Centrum Medycznego, chyba że brak zgłoszenia wynikał z siły wyższej, która uniemożliwiła kontakt z Centrum Medycznym.

6. Jeżeli ubezpieczony lub współubezpieczony lub osoba występująca w ich imieniu z powodu siły wyższej nie mogli skontaktować się z Centrum Medycznym w sposób, o którym mowa w ust. 1 i ust. 2 i we własnym zakresie zorganizowali i pokryli koszty usług, o których mowa w § 7, zobowiązani są w ciągu 7 dni od dnia, w którym skontaktowanie z Centrum Medycznym stało się możliwe, powiadomić o zajściu zdarzenia ubezpieczonego. Ponadto ubezpieczony lub współubezpieczony lub osoba występująca w ich imieniu zobowiązani są do podania przyczyn niemożności skontaktowania się z Centrum Medycznym.
7. W przypadku, o którym mowa w ust. 6 PZU Życie SA jest zobowiązany do zwrotu ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu poniesionych przez niego kosztów do wysokości faktycznie poniesionych kosztów nie więcej niż maksymalnie do kwoty odpowiadającej średniej cenie wykonania tego typu usługi na terenie miejscowości, w której ta usługa została wykonana. Podstawą rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia jest złożenie przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia: dokumentacji medycznej potwierdzającej zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, objętego odpowiedzialnością PZU Życie SA oraz imiennych rachunków i dowodów zapłaty.
8. Wszelkie oświadczenia i zawiadomienia ubezpieczonego lub współubezpieczonego dotyczące ubezpieczenia mogą być skutecznie dokonywane w rozmowie telefonicznej rejestrowanej i archiwizowanej przez Centrum Medyczne.
9. Rozmowy telefoniczne prowadzone między Centrum Medycznym a ubezpieczonym lub współubezpieczonym w ramach każdego zgłoszenia roszczenia o organizację świadczenia są nagrywane.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 41

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 42

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/427/2008 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 18 listopada 2008 roku ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku.
2. Niniejsze ogólne warunki wchodzą w życie z dniem 1 listopada 2013 roku.

POSTANOWIENIA DODATKOWE DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA MEDYCZNY EKSPERT DOMOWY



§ 1

W ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia Medyczny Ekspert Domowy, kod warunków KZGP32, zatwierdzonych uchwałą nr UZ/427/2008 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 18 listopada 2008 roku ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku, zwanych dalej „OWU”, wprowadza się następującą zmianę:

§ 2

§ 2 ust. 2 pkt 24 otrzymuje brzmienie:

stwardnienie rozsiane – choroba ośrodkowego układu nerwowego z obecnością ubytkowych objawów neurologicznych, powstałych na podłożu rozsianych zmian demielinizacyjnych, która

została ostatecznie rozpoznana przez lekarza neurologa na podstawie objawów neurologicznych i badania rezonansu magnetycznego, potwierdzających czasowe i lokalizacyjne rozszanie zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym.

§ 3

Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.

§ 4

Niniejsze postanowienia dodatkowe zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/181/2017 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 31 października 2017 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia Medyczny Ekspert Domowy, kod warunków KZGP32.



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

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK SPECJALISTYCZNEGO LECZENIA

Wersja dokumentu z dnia 18.09.2020r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek specjalistycznego leczenia, kod warunków: LCGP33 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU. Użyte w OWU definicje mogą odbiegać od powszechnie przyjętego pojęcia, dlatego zwróć na nie szczególną uwagę. Zawarcie umowy jest dobrowolne.

INFORMACJA O PRODUKCIE

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

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA – CO UBEZPIECZAMY?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje przeprowadzenie u ubezpieczonego w okresie naszej odpowiedzialności specjalistycznego leczenia tj.:

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

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

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

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

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ, KOGO UBEZPIECZAMY?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

JAK DŁUGO TRWA UMOWA?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na

okres do najbliższej rocznicy polisy. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

GDZIE OBYWIAZUJE UBEZPIECZENIE?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na terytorium całego świata przez 24 godziny na dobę.

JAK I KIEDY OPŁACASZ SKŁADKĘ?

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

KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym. Karencja ma zastosowanie w okresie pierwszych 90 dni, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego. Karencji nie stosuje się, jeżeli konieczność przeprowadzenia specjalistycznego leczenia spowodowana została nieszczęśliwym wypadkiem.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego w umowie zakończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym zrezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,
- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

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

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia,
- podania ubezpieczonemu każdej kolejnej dawki leku w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej,
- podania ubezpieczonemu każdej kolejnej dawki promieniowania jonizującego.

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).

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. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

WYNAGRODZENIE DYSTRYBUTORA UBEZPIECZENIA

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

W poniższej tabeli przedstawiamy te postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek specjalistycznego leczenia, kod warunków LCGP33 (OWU), które wskazują podstawowe warunki umowy ubezpieczenia.

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

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 pkt 4–5 pkt 7–11 pkt 25–26 pkt 33 pkt 34–36 pkt 48
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 pkt 6 pkt 7–11 pkt 12 pkt 30–31 pkt 32 pkt 48

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK SPECJALISTYCZNEGO LECZENIA

Kod warunków: LCGP33

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek specjalistycznego leczenia uchwałą nr UZ/155/2020 z dnia 13 lipca 2020 (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 18.09.2020 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 października 2020 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU kaźdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego

SŁOWNIWEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **ablacja** – zabieg polegający na zniszczeniu lub odizolowaniu obszaru w sercu, który jest źródłem zaburzeń rytmu serca. Odpowiadamy wyłącznie za taką ablację zaburzeń rytmu serca, w której wykorzystano generator prądu lub niską temperaturę;
- 2) **chemioterapia** – metoda leczenia nowotworu złośliwego z zastosowaniem przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego należącego do grupy L01 klasyfikacji ATC;
- 3) **dializoterapia** – metoda leczenia niewydolności nerek poprzez hemodializę lub dializę otrzewnową. Odpowiadamy wyłącznie za taką dializoterapię, którą zastosowano w leczeniu przewlekłej niewydolności nerek;
- 4) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – takie postępowanie medyczne, na które składają się: wywiad chorobowy, fizykalne badanie pacjenta oraz badania dodatkowe, służące ustaleniu rozpoznania lub postępowanie medyczne mające na celu leczenie;
- 5) **radioterapia** – metoda leczenia nowotworu złośliwego za pomocą promieniowania jonizującego;
- 6) **radioterapia Gamma Knife lub Cyber Knife** – metoda leczenia nowotworu złośliwego za pomocą radioterapii stereotaktycznej tzw. Gamma Knife lub Cyber Knife;
- 7) **terapia interferonowa** – metoda leczenia z zastosowaniem interferonu. Odpowiadamy wyłącznie za leczenie interferonem stwardnienia rozsianego oraz przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C;
- 8) **terapia radiojodem nienowotworowych chorób tarczycy** – metoda leczenia nienowotworowych chorób tarczycy, poprzez zastosowanie radioizotopu jodu, polegająca na nieodwracalnym zniszczeniu tkanki tarczycowej;
- 9) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 10) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie wskazane w polisie, do którego ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
- 11) **wszczepienie kardiowertera-defibrylatora** – zabieg implantacji do ciała chorego na stałe urządzenia stymulującego serce z funkcją defibrylacji lub kardiowersji;
- 12) **wszczepienie stymulatora serca (rozrusznika)** – zabieg implantacji do ciała chorego na stałe urządzenia stymulującego serce tzw. rozrusznika, bez funkcji defibrylacji, kardiowersji i synchronizacji skurczu serca;
- 13) **wszczepienie stymulatora resynchronizującego** – zabieg implantacji do ciała chorego na stałe urządzenia stymulującego serce z funkcją synchronizacji skurczu serca.

2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje specjalistyczne leczenie, które rozpoczęło się w okresie naszej ochrony z tytułu ubezpieczenia dodatkowego tj.:
 - 1) ablację;
 - 2) chemioterapię;
 - 3) dializoterapię;
 - 4) radioterapię;
 - 5) radioterapię Gamma Knife lub Cyber Knife;
 - 6) terapię interferonową;
 - 7) terapię radiojodem nienowotworowych chorób tarczycy;
 - 8) wszczepienie kardiowertera-defibrylatora;
 - 9) wszczepienie stymulatora serca (rozrusznika);
 - 10) wszczepienie stymulatora resynchronizującego.
5. W razie wystąpienia u Ciebie specjalistycznego leczenia, które rozpoczęło się w okresie naszej ochrony, wypłacimy określony w polisie procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu:
 - 1) podania pierwszej dawki leku – w przypadku chemioterapii lub terapii interferonowej;
 - 2) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego;
 - 3) wykonania pierwszej terapii radiojodem nienowotworowych chorób tarczycy;
 - 4) pierwszego wszczepienia kardiowertera-defibrylatora;
 - 5) pierwszego wszczepienia stymulatora serca (rozrusznika);
 - 6) pierwszego wszczepienia stymulatora resynchronizującego;
 - 7) wykonania pierwszej radioterapii Gamma Knife lub Cyber Knife;
 - 8) wykonania pierwszej ablacji;
 - 9) wykonania pierwszej dializoterapii.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

6. Nasza ochrona nie obejmuje:

- 1) w przypadku chemioterapii – zastosowania leków hormonalnych grupy L02, immunostymulujących grupy L03 lub immunosupresyjnych grupy L04 klasyfikacji ATC jako metody leczenia nowotworu złośliwego;
- 2) w przypadku dializoterapii – dializoterapii czasowej stosowanej w niewydolności nerek, która ma charakter odwrotny;
- 3) w przypadku wszczepienia kardiowertera-defibrylatora, wszczepienia stymulatora serca, wszczepienia stymulatora resynchronizującego – zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod u układu stymulującego.

OGROANICZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach i ile maksymalnie wypłacimy z ubezpieczenia

7. Nasze ubezpieczenie obejmuje pierwsze zastosowanie danego specjalistycznego leczenia wskazanego w OWU w okresie naszej ochrony, z uwzględnieniem pkt 9–11.
8. Jeśli wypłacimy świadczenie po:
 - 1) ablacji;

- 2) chemioterapii albo radioterapii bądź radioterapii Gamma Knife lub Cyber Knife;
- 3) dializoterapii;
- 4) terapii interferonowej;
- 5) terapii radiojodem nienowotworowych chorób tarczycy;
- 6) wszczepieniu kardiowertera-defibrylatora;
- 7) wszczepieniu stymulatora resynchronizującego;
- 8) wszczepieniu stymulatora serca (rozrusznika) – to nasza ochrona dla tego specjalistycznego leczenia kończy się.
9. W przypadku specjalistycznego leczenia wskazanego w OWU wypłacimy świadczenie, o ile nie ma związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy obecnym, a poprzednim leczeniem, jeśli takie wystąpiło przed początkiem naszej ochrony.
10. Nasza ochrona obejmuje kolejne specjalistyczne leczenie, jeżeli poprzednie, jeśli takie wystąpiło przed początkiem naszej ochrony, zakończyło się przed ukończeniem przez Ciebie 18 lat.
11. W razie przeprowadzenia u Ciebie radioterapii, radioterapii Gamma Knife lub Cyber Knife jak i chemioterapii świadczenie wypłacamy tylko za jedno wymienione leczenie specjalistyczne.

KARENCJA

– czyli okres po zawarciu ubezpieczenia oraz przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia, w którym nie ponosimy odpowiedzialności

12. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 90 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.
13. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli specjalistyczne leczenie było wynikiem nieszczęśliwego wypadku.

ZAWIERANIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

14. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jej trwania.
15. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UMOWY

– czyli jak długo trwa ubezpieczenie

16. Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli ubezpieczenie zawierane jest z nami pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona trwa do najbliższej rocznicy polisy.

PRZEDŁUŻENIE UMOWY

– czyli jak umowa ubezpieczenia się przedłuża

17. Jeśli żadna ze stron umowy, czyli ubezpieczający lub my, nie postanowi inaczej, umowa ubezpieczenia dodatkowego wraz z umową ubezpieczenia podstawowego przedłuża się na kolejny rok automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
18. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tej umowy.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

– czyli do kiedy ubezpieczający może się wycofać z umowy ubezpieczenia

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

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

WYPowiedzenie UMOWY

– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z umowy ubezpieczenia

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

SUMA UBEZPIECZENIA

– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

25. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia pieniężnego.
26. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie.

SKŁADKA

– od czego zależy i kiedy ją opłacać

27. Wysokość składki za ubezpieczonego:
 - 1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu;
 - 2) zależy od:
 - a) sumy ubezpieczenia,
 - b) częstotliwości jej przekazywania,
 - c) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do umowy, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.
28. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy w polisie.
29. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

30. Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego rozpocznie się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
31. Okres ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się to ubezpieczenie

32. Nasza odpowiedzialność w tej umowie kończy się:
 - 1) z dniem zakończenia okresu naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
 - 2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy;
 - 3) z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane;
 - 4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym zrezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę;
 - 5) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
 - 6) z dniem, w którym umowa ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

– czyli komu należy się wypłata

33. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci świadczenie

34. Po specjalistycznym leczeniu dostarczą nam:

- 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
- 2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza specjalistyczne leczenie.

35. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.

36. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA, SKIEROWANIE SPRAWY DO SĄDU

– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

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

38. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć:

- 1) pisemnie – przesyłką pocztową (w rozumieniu ustawy „Prawo pocztowe”) albo osobiście;
- 2) ustnie – przez telefon, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście, co potwierdzamy protokołem;
- 3) elektronicznie – na adres: reklamacje@pzu.pl lub za pomocą formularza na pzu.pl.

39. 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 rozprawić 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.

40. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy:

- 1) w postaci papierowej lub
- 2) pocztą elektroniczną – robimy to na wniosek osoby (podmiotu), która złożyła reklamację.

41. Jeśli po rozpatrzeniu reklamacji:

- 1) nie uwzględniłmy zgłoszonych roszczeń albo

2) uwzględniłmy 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.

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

43. Pozew w sprawach, które wynikają z niniejszej umowy, można złożyć według przepisów o właściwości ogólnej zgodnie z Kodeksem postępowania cywilnego albo:

- 1) przez sąd właściwy dla siedziby ubezpieczającego lub miejsca zamieszkania ubezpieczonego lub
- 2) przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego.

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

45. Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.

46. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu „Ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich”, właściwym dla PZU Życie SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy. Adres jego strony internetowej jest taki: rf.gov.pl.

47. W przypadku umowy direct oraz umowy w systemie uproszczonym, gdzie oferta została wysłana drogą elektroniczną i do zawarcia umowy ubezpieczenia doszło drogą elektroniczną, konsument ma prawo skorzystać z pozasądowego sposobu rozstrzygania sporów i złożyć skargę za pośrednictwem platformy internetowego systemu rozstrzygania sporów (Platforma ODR) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. – adres: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>. Za działanie Platformy ODR odpowiada Komisja Europejska. Adres poczty elektronicznej do kontaktu z PZU jest następujący: reklamacje@pzu.pl.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

48. W sprawach, których nie reguluje ta umowa, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego wskazanego w polisie, 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 LECZENIA SZPITALNEGO**



DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO



Wersja dokumentu z dnia 1.10.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, kod warunków: LSGP32 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

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 ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- pobyt w szpitalu spowodowany chorobą,
- pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, zaistniałym w okresie naszej odpowiedzialności.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

Świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany chorobą albo nieszczęśliwym wypadkiem wypłacimy ubezpieczonemu, jeśli pobyt w szpitalu trwał co najmniej 4 kolejne dni oraz nie dłużej niż 90 dni w ciągu roku kalendarzowego.

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

Jak długo trwa umowa?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy opłacać składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.

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

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

W umowie ma zastosowanie 30-dniowa karencja. W okresie pierwszych 30 dni, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do pobytu w szpitalu spowodowanego leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie naszej odpowiedzialności.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego zakończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:

- zakończenia naszej odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia,
- upływu okresu, za jaki przekazano składkę, w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego,
- upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- pobytu w szpitalu który trwał mniej, niż 4 dni,
- w związku z rehabilitacją, z wyjątkiem pierwszego pobytu w szpitalu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego naszą odpowiedzialnością pobytu ubezpieczonego w szpitalu, związanego – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą,
- pobytu w szpitalu nie spowodowanego chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem.

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).

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. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą, która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługuje prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.
2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:
 - 1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
 - 2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.
3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3,

PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:

- 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.
 6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
 7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, kod warunków LSGP32 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia.

Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 5 OWU § 12 OWU § 17 – 18 OWU § 20 OWU § 21 – 22 OWU § 23 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 14 – 15 OWU § 16 – 19 OWU § 23 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO

Kod warunków: LSGP32



POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego zawieranych jako umowy ubezpieczenia dodatkowego do umów wskazanego przez PZU Życie SA grupowego ubezpieczenia na życie zwanego ubezpieczeniem podstawowym.

§ 2

- Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:
 - choroba** – stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego powodujący konieczność leczenia szpitalnego;
 - leczenie szpitalne** – leczenie stacjonarne stanów nagłych, w których odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia lub leczenie stanów, w których nie można uzyskać celu leczniczego podczas leczenia ambulatoryjnego;
 - pobyt w szpitalu** – całodobowy pobyt ubezpieczonego w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w celu leczenia szpitalnego, trwający nieprzerwanie dłużej niż 3 dni;
 - szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego.
- Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennie, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, używane są w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA:

- pobyt w szpitalu spowodowany chorobą;
- pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 5

- PZU Życie SA wypłaca świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu w wysokości 0,5% sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.
- Jeżeli pobyt w szpitalu jest pierwszym pobytem spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem i rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, PZU Życie SA wypłaca świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu w wysokości 1% sumy ubezpieczenia w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu.
- Wysokość należnego świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu pobytu w szpitalu.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 6

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

§ 7

Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 8

- Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
- Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej, z tym że oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia dodatkowego została zawarta.

§ 9

W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres nie jest wymagane ponowne złożenie deklaracji przystąpienia.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 10

- Zasady odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
- Odstąpienie od umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.
- Odstąpienie od umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 11

- Zasady wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
- Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.
- Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia podstawowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 12

- Wysokość sumy ubezpieczenia określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.

- 2) Wysokość sumy ubezpieczenia jest niezmienna przez cały czas trwania umowy.

SKŁADKA

§ 13

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składek oraz liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przysługujących do ubezpieczenia.
2. Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
3. Składka przekazywana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 14

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

§ 15

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:

- 1) zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym;
- 2) otrzymania przez PZU Życie SA oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego;
- 3) upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia;
- 4) upływu okresu, za jaki przekazano składkę, w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego;
- 5) upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego;
- 6) rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 16

W okresie pierwszych 30 dni, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego (karencja), PZU Życie SA ponosi odpowiedzialność jedynie z tytułu pobytu w szpitalu spowodowanego leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

§ 17

PZU Życie SA wypłaca ubezpieczonemu świadczenie maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy, trwającym między rocznicami polisy.

§ 18

Jeżeli nieszczęśliwy wypadek miał miejsce przed początkiem odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego, świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu spowodowanego następstwami tego wypadku będzie wypłacone w wysokości określonej w § 5 ust. 1.

§ 19

1. PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu, który rozpoczął się przed początkiem odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego lub konieczność którego powstała:

- 1) w wyniku działań wojennych, katastrof powodujących skażenie promieniotwórcze, chemiczne bądź biologiczne oraz czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;

- 2) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 3) w wyniku wypadku komunikacyjnego, gdy ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) nie mając uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu,
 - b) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile okoliczności, o których mowa pod lit. a lub b, miały wpływ na zaistnienie zdarzenia;
- 4) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku;
- 5) w wyniku samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa;
- 6) bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
- 7) w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
- 8) w wyniku padaczki, z wyłączeniem padaczki objawowej będącej objawem innej choroby, oraz wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, nerwicy i uzależnień;
- 9) w wyniku chorób spowodowanych obniżeniem odporności organizmu w przebiegu zakażenia wirusem HIV;
- 10) w związku z leczeniem i zabiegami stomatologicznymi, chyba że wynikają one z konieczności leczenia obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
- 11) w związku z wykonywaniem badań lekarskich, dodatkowych badań medycznych służących ustaleniu istnienia choroby zawodowej, badań diagnostycznych nie wynikających z zachorowania, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów związanych bezpośrednio z pobraniem narządu) oraz obserwacji na wniosek sądu;
- 12) w wyniku leczenia niepłodności;
- 13) w związku z wykonywaniem operacji kosmetycznych lub plastycznych, w tym operacji zmiany płci, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA;
- 14) w związku z rehabilitacją, z wyjątkiem pierwszego pobytu w szpitalu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego odpowiedzialnością PZU Życie SA pobytu ubezpieczonego w szpitalu, związanego – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą;
- 15) w wyniku uprawiania sportu w celach zarobkowych (profesjonalne uprawianie sportu) lub w wyniku rekreacyjnego uprawiania sportów walki, sportów motorowych i motorowodnych, sportów lotniczych, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoków do wody, skoków na linie (ang. bungee jumping).

2. PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu w:
 - 1) hospicjach, placówkach lecznictwa odywkowego, placówkach dla przewlekłych chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
 - 2) zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności w sanatoriach, prewentoriach i szpitalach uzdrowiskowych, sanatoryjnych oraz rehabilitacyjno-uzdrowiskowych;

- 3) ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych, z wyjątkiem pobytu, o którym mowa w ust. 1 pkt 14;
- 4) oddziałach dziennych oraz takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 20

Prawo do świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje ubezpieczonemu.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 21

Ubezpieczony może zgłosić roszczenie o wykonanie zobowiązania:

- 1) niezwłocznie po zakończeniu pobytu w szpitalu;
- 2) w trakcie pobytu w szpitalu, po 30 lub 60 dniu tego pobytu.

§ 22

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:

- 1) zgłoszenie roszczenia;
- 2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego – w przypadku, o którym mowa w § 21 pkt 1;

- 3) dokument potwierdzający rozpoznanie choroby, wydany przez lekarza prowadzącego – w przypadku, o którym mowa w § 21 pkt 2;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na życzenie PZU Życie SA.
2. PZU Życie SA decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 23

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 24

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/340/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 11 lipca 2007 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku, uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku.
2. Niniejsze ogólne warunki wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2013 roku.



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

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY MAŁŻONKA

Wersja dokumentu z dnia 18.09.2020 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka, kod warunków: MCGP33 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU. Użyte w owu definicje mogą odbiegać od powszechnie przyjętego pojęcia, dlatego zwróć na nie szczególną uwagę. Zawarcie umowy jest dobrowolne.

INFORMACJA O PRODUKCIE

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

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA – CO UBEZPIECZAMY?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest wystąpienie ciężkiej choroby małżonka. Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- wystąpienie u małżonka ubezpieczonego 17 ciężkich chorób wskazanych w OWU (Wariant podstawowy),
 - wystąpienie u małżonka ubezpieczonego 22 ciężkich chorób wskazanych w OWU (Wariant rozszerzony),
 - wystąpienie u małżonka ubezpieczonego 31 ciężkich chorób wskazanych w OWU (Wariant podstawowy plus),
 - wystąpienie u małżonka ubezpieczonego 36 ciężkich chorób wskazanych w OWU (Wariant rozszerzony plus),
- które zaistniało w okresie naszej odpowiedzialności.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku wystąpienia ciężkiej choroby w okresie naszej odpowiedzialności wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie pieniężne równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia ciężkiej choroby małżonka.

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ, KOGO UBEZPIECZAMY?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

Ubezpieczającemu, który zawarł umowę ubezpieczenia dodatkowego w określonym wariantcie, w każdym czasie przysługuje prawo do zmiany wariantu ubezpieczenia na inny wariant.

JAK DŁUGO TRWA UMOWA?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

GDZIE OBOWIĄZUJE UBEZPIECZENIE?

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

JAK I KIEDY OPŁACASZ SKŁADKĘ?

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

KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym. W przypadku zmiany wariantu – w dniu poprzedzającym początek odpowiedzialności z tytułu nowego wariantu – kończy się nasza odpowiedzialność z tytułu poprzedniego wariantu.

Karencja ma zastosowanie w okresie pierwszych 180 dni, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego. Ponosimy odpowiedzialność jedynie za ciężkie choroby małżonka powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nieszczęśliwy wypadek wydarzył się w tym okresie. W przypadku zmiany wariantu okres karencji liczony jest od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego w nowym wariantcie, ale tylko w stosunku do odpowiedzialności z tytułu ciężkich chorób nie objętych wariantem poprzednim.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego w umowie zakończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym zrezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,
- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

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

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- ponownego wystąpienia nowotworu złośliwego,
- ponownego wystąpienia danej ciężkiej choroby, która już wystąpiła u małżonka,
- wystąpienia ciężkiej choroby, która nie spełnia definicji ciężkiej choroby wskazanej w OWU.

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

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. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

WYNAGRODZENIE DYSTRYBUTORA UBEZPIECZENIA

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

W poniższej tabeli przedstawiamy te postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka, kod warunków MCGP33 (OWU), które wskazują podstawowe warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają 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 14 pkt 33–34 pkt 41 pkt 42–46 pkt 58
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 pkt 7 pkt 8–14 pkt 15 pkt 17 pkt 38–39 pkt 40 pkt 58

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY MAŁŻONKA

Kod OWU: MCGP33

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka uchwałą nr UZ/155/2020 z dnia 13 lipca 2020 r. (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 18.09.2020 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 października 2020 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNIWEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **ciężka choroba** – tylko taka choroba, uraz lub operacja chirurgiczna, które są objęte naszą ochroną. Listę oraz definicję ciężkich chorób znajdziesz w załączniku do tych OWU;
- 2) **małżonek** – osoba, która pozostaje z ubezpieczonym w związku małżeńskim i której wiek w dniu wystąpienia u niej ciężkiej choroby nie przekracza 70 lat;
- 3) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – takie postępowanie medyczne, na które składają się: wywiad chorobowy, fizykalne badanie pacjenta oraz badania dodatkowe, służące ustaleniu rozpoznania lub postępowanie medyczne mające na celu leczenie;
- 4) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowania mają niniejsze OWU;
- 5) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie wskazane w polisie, do którego ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
- 6) **wystąpienie ciężkiej choroby** – zaistnienie w okresie naszej ochrony z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następujących okoliczności:
 - a) zdiagnozowania – w przypadku: bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, bakteryjnego zapalenia wsierdza, całkowitej utraty słuchu w obydwu uszach, całkowitej utraty wzroku w obydwu oczach, choroby Creutzfeldta-Jakoba, choroby Huntingтона, choroby neuronu ruchowego (stwardnienia zanikowego bocznego), choroby Parkinsona, ciężkiego oparzenia, kleszczowego zapalenia mózgu, neuroboreliozy, nowotworu złośliwego, schyłkowej niewydolności wątroby, sepsy (posocznicy), stwardnienia rozsianego, tęcza, udaru mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym, wścieklizny, zatoru tętnicy płucnej, zawału serca, zgorzeli gazowej,
 - b) specjalistycznego leczenia – w przypadku: anemii aplastycznej (niedokrwistości aplastycznej) – rozpoczęcia leczenia immunosupresyjnego, immunostymulacyjnego lub wykonania transplantacji szpiku, gruźlicy – rozpoczęcia leczenia przeciwprątкового, przewlekłej niewydolności nerek – rozpoczęcia stałej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki,
 - c) przeprowadzenia operacji – w przypadku: błonowca mózgu, chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej, chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej, chirurgicznego leczenia choroby niedokrwiennej serca (by-pass), chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca, niezłośliwego guza mózgu, ropnia mózgu, transplantacji, utraty kończyny, zakażonej martwicy trzustki,
 - d) zakażenia – w przypadku: zakażenia wirusem HIV.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy zdarzenie w Twoim życiu, którym jest wystąpienie ciężkiej choroby u małżonka.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Ubezpieczenie występuje w czterech wariantach:

- 1) podstawowym;
- 2) rozszerzonym;
- 3) podstawowym plus;
- 4) rozszerzonym plus.

Zakres wariantów znajdziesz w załączniku do tych OWU.

5. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest wystąpienie u Twojego małżonka w okresie naszej ochrony ciężkiej choroby, która spełnia następujące warunki:

- 1) jest zgodna z naszą definicją wskazaną w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego;
- 2) jest w wariancie ubezpieczenia, który obowiązuje w umowie ubezpieczenia (polisie);
- 3) wystąpiła przed ukończeniem przez małżonka 70 lat.

6. Wariant ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.

7. Jeśli wystąpi u Twojego małżonka ciężka choroba, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości równej wskazanemu w polisie procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia ciężkiej choroby.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

8. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminów:

- 1) **akty terroru** – są to działania indywidualne lub grupowe przeciwko ludności lub mieniu, aby osiągnąć skutki ekonomiczne, polityczne lub społeczne; celem aktów terroru jest wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności, dezorganizacja życia publicznego, funkcjonowania transportu publicznego, zakładów usługowych lub wytwórczych;
- 2) **działania wojenne** – są to działania sił zbrojnych, które dążą do rozbięcia 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; wywołują je: niezadowolone z sytuacji politycznej, ekonomicznej lub społecznej; masowym rozruchom społecznym zwykle towarzyszą akty przemocy fizycznej;
- 4) **zawodowe uprawianie sportu** – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
 - a) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - b) osoby, które uprawiają sporty indywidualne i biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - c) osoby, które otrzymują wynagrodzenie, a także stypendium lub zwrot kosztów związanych z uprawianiem sportu indywidualnego lub gier zespołowych (diety, zasiłki) – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.

9. Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu ciężkiej choroby małżonka, jeśli:

- 1) wystąpienie ciężkiej choroby jest następstwem nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił:
 - a) w wyniku działań wojennych,
 - b) gdy małżonek czynnie uczestniczył w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
 - c) gdy małżonek usiłował popełnić lub popełnił czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - d) gdy małżonek uczestniczył w wypadku komunikacyjnym, w którym kierował pojazdem:
 - bez uprawnień,
 - w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości
 - w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście wypadku komunikacyjnego;
- e) gdy małżonek był w stanie nietrzeźwości w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
- 2) wystąpienie ciężkiej choroby jest następstwem:
 - a) samookałeczenia się małżonka lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez małżonka,
 - b) bezpośredniego zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia,
 - c) użycia przez małżonka produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego,
 - d) 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,
 - e) zawodowego uprawiania sportu przez małżonka.

10. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje także:

- 1) w przypadku wystąpienia chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej – operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty brzusznej;
- 2) w przypadku wystąpienia chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej – operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty piersiowej;
- 3) w przypadku wystąpienia chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca – zabiegów rekonstrukcji ani plastyki nieprawidłowo pracujących elementów zastawek naturalnych;
- 4) w przypadku wystąpienia choroby Parkinsona – parkinsonizmu objawowego;
- 5) w przypadku wystąpienia niezłośliwego guza mózgu – torbieli, ziarninaków, malformacji naczyńniowych, krwinków mózgu, guzów przysadki mózgowej;
- 6) w przypadku wystąpienia nowotworu złośliwego:
 - a) nowotworów ocenionych w badaniu histopatologicznym jako łagodne, o granicznej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjne lub przedinwazyjne (tzw. in situ),
 - b) zmian o cechach dysplazji,
 - c) ziarnicy złośliwej w pierwszym stadium,
 - d) czerniaka złośliwego skóry opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 oraz wszystkich nowotworów skóry w tym chłoniaka skóry,
 - e) brodawkowatego raka tarczycy opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0,
 - f) nowotworu złośliwego gruczołu krokowego (prostaty, stercza) opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 lub T1bN0M0,

- g) dysplazji szyjki macicy i nowotworu złośliwego szyjki macicy opisanego wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3,
- h) wszystkich nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV;
- 7) w przypadku wystąpienia przewlekłej niewydolności nerek – ostrej niewydolności nerek, która jest odwracalna i która wymaga jedynie czasowej dializoterapii;
- 8) w przypadku wystąpienia schyłkowej niewydolności wątroby – takiej, która jest spowodowana alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla wątroby;
- 9) w przypadku wystąpienia udaru mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym – takiego, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu lub przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA).

11. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje także:

- 1) całkowitej utraty słuchu w obydwu uszach, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka nowotwór lub otosklerozę, które były przyczyną utraty słuchu;
- 2) całkowitej utraty wzroku w obydwu oczach, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka wyrodnienie plamki żółtej, jaskrę lub cukrzycę, które były przyczyną utraty wzroku;
- 3) chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka tętniaka aorty brzusznej lub rozwarstwienie aorty brzusznej;
- 4) chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka tętniaka aorty piersiowej lub rozwarstwienie aorty piersiowej;
- 5) chirurgicznego leczenia choroby niedokrwiennej serca metodą by-pass, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka chorobę niedokrwinną serca lub zawał serca;
- 6) chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka zastawkową wadę serca, która była przyczyną tego leczenia chirurgicznego;
- 7) przewlekłej niewydolności nerek, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka kłębuszkowe zapalenie nerek lub wielotorbielowatość nerek;
- 8) transplantacji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej małżonek został wpisany na listę oczekujących na przeszczep;
- 9) udaru mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, miażdżycę naczyń mózgowych;
- 10) utraty kończyn, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka cukrzycę lub miażdżycę tętnic kończyn dolnych, które były przyczyną amputacji;
- 11) zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka hemofilie;
- 12) zakażonej martwicy trzustki, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano ostre zapalenie trzustki lub przewlekłe zapalenie trzustki;
- 13) zatoru tętnicy płucnej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka chorobę zakrzepowo-zatorową;
- 14) zawału serca, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka chorobę niedokrwinną serca lub wystąpił zawał serca.

12. Nasza ochrona nie obejmuje ciężkich chorób, wskazanych w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto u małżonka postępowanie diagnostyczno-lecznicze, zanim rozpoczął się okres naszej ochrony.

13. Wyłączenie z pkt 12 nie dotyczy:

- a) sytuacji, w których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się i zakończyło przed ukończeniem przez małżonka 18 lat,
 - b) ciężkich chorób, w przypadku których nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiej samej ciężkiej choroby.
14. Po wystąpieniu danej ciężkiej choroby nasza ochrona wygasa w zakresie tej choroby. W przypadku nowotworu złośliwego wypłacane jest tylko jedno świadczenie niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów.

KARENCJA

– czyli okres po zawarciu ubezpieczenia oraz przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia, w którym nie ponosimy odpowiedzialności

- 15. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 180 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.
- 16. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli ciężka choroba była wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu pierwszych 180 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem wyłączeń z punktu 9.
- 17. Jeśli zmienisz wariant ubezpieczenia, karencję stosujemy dla tych ciężkich chorób, które nie były objęte naszą ochroną w poprzednim wariancie ubezpieczenia.

ZAWIERANIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

- 18. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jej trwania.
- 19. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.
- 20. Ubezpieczający może wybrać jeden z czterech wariantów ubezpieczenia, to jest: podstawowy, rozszerzony, podstawowy plus, rozszerzony plus.
- 21. Ubezpieczający może zmienić wariant ubezpieczenia na inny w dowolnym momencie.
- 22. Aby zmienić wariant ubezpieczenia, ubezpieczający składa wniosek. Nowy wariant ubezpieczenia obowiązuje od 1 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym został złożony wniosek.
- 23. Jeśli zmieniasz wariant ubezpieczenia, okres naszej ochrony dla poprzedniego wariantu ubezpieczenia kończy się z upływem dnia, po którym rozpocznie się okres naszej ochrony dla nowego wariantu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 17.

CZAS TRWANIA UMOWY

– czyli jak długo trwa ubezpieczenie

- 24. Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli ubezpieczenie zawierane jest z nami pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona trwa do najbliższej rocznicy polisy.

PRZEDŁUŻENIE UMOWY

– czyli jak umowa ubezpieczenia się przedłuża

- 25. Jeśli żadna ze stron umowy, czyli ubezpieczający lub my, nie postanowi inaczej, umowa ubezpieczenia dodatkowego wraz z umową ubezpieczenia podstawowego przedłuża się na kolejny rok automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
- 26. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tej umowy.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

– czyli do kiedy ubezpieczający może się wycofać z umowy ubezpieczenia

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

WYPowiedzenie UMOWY

– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z umowy ubezpieczenia

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

SUMA UBEZPIECZENIA

– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

- 33. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia pieniężnego.
- 34. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie.

SKŁADKA

– od czego zależy i kiedy ją opłacać

- 35. Wysokość składki za ubezpieczonego:
 - 1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu;
 - 2) zależy od:
 - a) sumy ubezpieczenia,
 - b) zakresu ubezpieczenia,
 - c) wysokości świadczenia,
 - d) częstotliwości jej przekazywania,
 - e) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do umowy, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.
- 36. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy w polisie.
- 37. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

- 38. Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
- 39. Okres ochrony w tej umowie rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązująca ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się to ubezpieczenie

- 40. Nasza odpowiedzialność w tej umowie kończy się:
 - 1) z dniem zakończenia okresu naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
 - 2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy;
 - 3) z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane;
 - 4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym zrezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę;
 - 5) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;

- 6) z dniem, w którym umowa ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

– czyli komu należy się wypłata

41. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci świadczenie

42. Jeśli u Twojego małżonka wystąpi ciężka choroba, dostarcz nam:
- 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) zgodę na przetwarzanie danych osobowych Twojego małżonka oraz upoważnienie przez Twojego małżonka kierownictwa placówek zdrowia oraz lekarzy do udzielania nam informacji, w tym do przekazywania nam kopii dokumentacji medycznej, które dotyczą stanu zdrowia Twojego małżonka;
 - 3) Twój akt małżeństwa;
 - 4) taką dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie ciężkiej choroby, w przypadku oparzeń – ich stopień i powierzchnię;
 - 5) taką dokumentację, która potwierdza okoliczności wypadku – w przypadku ciężkiej choroby w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
43. Możemy dodatkowo:
- 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
 - 2) zlecić badania medyczne – jeśli będzie to konieczne dla ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości należnego Ci świadczenia.
44. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
45. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
46. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA, SKIEROWANIE SPRAWY DO SĄDU

– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

47. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.
48. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć:
- 1) pisemnie – przesyłką pocztową (w rozumieniu ustawy „Prawo pocztowe”) albo osobiście;
 - 2) ustnie – przez telefon, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście, co potwierdzamy protokołem;
 - 3) elektronicznie – na adres: reklamacje@pzu.pl lub za pomocą formularza na pzu.pl.
49. 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 rozprząć 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.
50. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy:
- 1) w postaci papierowej lub
 - 2) pocztą elektroniczną – robimy to na wniosek osoby (podmiotu), która złożyła reklamację.
51. 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.
52. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
53. Pozew w sprawach, które wynikają z niniejszej umowy, można złożyć według przepisów o właściwości ogólnej zgodnie z Kodeksem postępowania cywilnego albo:
- 1) przez sąd właściwy dla siedziby ubezpieczającego lub miejsca zamieszkania ubezpieczonego lub
 - 2) przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego.
54. Więcej o reklamacjach można dowiedzieć się z „Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i Rzeczniku Finansowym” oraz z „Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń”.
55. Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
56. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu „Ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich”, właściwym dla PZU Życie SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy. Adres jego strony internetowej jest taki: rf.gov.pl.
57. W przypadku umowy direct oraz umowy w systemie uproszczonym, gdzie oferta została wysłana drogą elektroniczną i do zawarcia umowy ubezpieczenia doszło drogą elektroniczną, konsument ma prawo skorzystać z pozasądowego sposobu rozstrzygania sporów i złożyć skargę za pośrednictwem platformy internetowej systemu rozstrzygania sporów (Platforma ODR) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. – adres: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>. Za działanie Platformy ODR odpowiada Komisja Europejska. Adres poczty elektronicznej do kontaktu z PZU jest następujący: reklamacje@pzu.pl.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

58. W sprawach, których nie reguluje ta umowa, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego wskazanego w polisie, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

ZŁĄCZNIK

DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA

NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY MAŁŻONKA

1. Za ciężkie choroby objęte naszą odpowiedzialnością uznaje się wyłącznie:
 - 1) **anemię aplastyczną** (niedokrwistość aplastyczną), która jest przewlekłą i nieodwracalną niewydolnością szpiku, polegającą na zaniku wszystkich linii komórkowych układu granulocytowego, czerwonych krwinek i płytek krwi. Odpowiadamy wyłącznie za taką anemię aplastyczną, którą rozpoznano na podstawie oceny szpiku kostnego i w przebiegu której zastosowano leczenie immunosupresyjne, immunostymulacyjne lub wykonano transplantację szpiku;
 - 2) **bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych**, które jest zakaźną chorobą bakteryjną układu nerwowego przebiegającą z neurologicznymi objawami zajęcia procesem zapalnym mózgu lub rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
 - 3) **bakteryjne zapalenie wsierdza**, które jest zapaleniem wsierdza spowodowanym przez zakażenie bakteryjne. Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie wsierdza, które wymagało hospitalizacji i dotyczyło własnych zastawek serca lub jam serca, bez obcego materiału i urządzeń medycznych. Rozpoznanie bakteryjnego zapalenia wsierdza potwierdzają badania mikrobiologiczne identyfikujące bakterie wywołujące zapalenie lub badania obrazowe bądź patomorfologiczne ujawniające uszkodzenie wsierdza;
 - 4) **bólłowca mózgu**, który jest chorobą zakaźną spowodowaną przez tasiemca bólłowcowego, z zajęciem mózgu. Odpowiadamy wyłącznie za takiego bólłowca mózgu, który wymagał chirurgicznego usunięcia zmian powstałych w mózgu i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
 - 5) **całkowitą utratę słuchu** w obydwu uszach, która jest nieodwracalną utratą zdolności słyszenia w obydwu uszach, powodującą obustronny ubytek słuchu o wartości co najmniej 90dB (obliczony jako uśredniona wartość dla dźwięków pasma mowy);
 - 6) **całkowitą utratę wzroku w obydwu oczach**, która jest nieodwracalną utratą zdolności widzenia w obydwu oczach, powodującą obustronne obniżenie ostrości widzenia poniżej 0,1 (5/50 (mierzonej po korekcie optycznej) lub zmniejszenie pola widzenia poniżej 20 stopni;
 - 7) **chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej**, które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty brzusznej protezą naczyniową. Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty brzusznej;
 - 8) **chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej**, które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty piersiowej protezą naczyniową. Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej;
 - 9) **chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)**, które jest metodą polegającą na wszczepieniu pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej;
 - 10) **chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca**, które jest metodą polegającą na leczeniu uszkodzonej własnej zastawki serca. Odpowiadamy wyłącznie za takie chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca, które polega na wymianie naturalnej, chorobowo zmienionej zastawki serca na zastawkę sztuczną lub zastawkę biologiczną;
 - 11) **chorobę Creutzfeldta-Jakoba**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego wywołaną przez priony. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Creutzfeldta-Jakoba, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała ośłupienie i zaburzenia funkcji ruchu;
 - 12) **chorobę Huntingtona**, która jest dziedziczną chorobą ośrodkowego układu nerwowego. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Huntingtona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa na podstawie badania genetycznego i która spowodowała wystąpienie co najmniej jednego z trzech poniższych objawów:
 - a) zaburzenia motoryczne,
 - b) zaburzenia nastroju,
 - c) zaburzenia poznawcze;
 - 13) **chorobę neuronu ruchowego** (stwardnienie zanikowe boczne), która jest neurodegeneracyjną chorobą obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną wybiórczym uszkodzeniem nerwów 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;
 - 14) **chorobę Parkinsona**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną zanikiem komórek nerwowych, mających znaczenie dla funkcji ruchowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Parkinsona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała wystąpienie co najmniej dwóch z trzech poniższych objawów neurologicznych:
 - a) drżenie spoczynkowe,
 - b) spowolnienie ruchowe,
 - c) zwiększone napięcie mięśni;
 - 15) **ciężkie oparzenie**, które jest miejscowym uszkodzeniem skóry i głębiej leżących tkanek spowodowanym czynnikiem termicznym, chemicznym lub elektrycznym. Odpowiadamy wyłącznie za takie ciężkie oparzenie, które wymagało hospitalizacji i obejmowało:
 - a) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie II stopnia lub
 - b) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II i III stopnia łącznie lub
 - c) ponad 15% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie III stopnia;
 - 16) **gruźlicę**, która jest chorobą zakaźną wywołaną przez prątki gruźlicy. Odpowiadamy wyłącznie za taką gruźlicę, która wymagała hospitalizacji i leczenia przeciwrakowego i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
 - 17) **kleszczowe zapalenie mózgu**, które jest zakaźną chorobą wirusową przenoszoną przez kleszcze, przebiegającą z neurologicznymi objawami objęcia procesem zapalnym mózgu lub rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za takie kleszczowe zapalenie mózgu, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
 - 18) **neuroboreliozę**, która jest chorobą zakaźną spowodowaną przez krętki z rodzaju Borrelia, przebiegającą z zajęciem układu nerwowego. Odpowiadamy wyłącznie za taką neuroboreliozę, która spowodowała co najmniej jeden z poniższych zespołów klinicznych:
 - a) zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego,
 - b) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych
 - c) zapalenie nerwu czaszkowego,
 - d) zapalenie wielokorzeniowe.Rozpoznanie neuroboreliozy i czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;

- 19) **niezłośliwego guza mózgu**, który jest łagodnym wewnątrzczaszkowym guzem mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych. Odpowiadamy wyłącznie za taki niezłośliwy guz mózgu, który został usunięty lub jeśli ze względów medycznych usunięcie guza nie było możliwe, spowodował on wystąpienie ubytków neurologicznych. Rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu;
- 20) **nowotwór złośliwy**, który jest niekontrolowanym rozrostem komórek nowotworowych, cechujących się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów. Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy, którego inwazyjny charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym. Odpowiadamy także za rozlaną chorobę nowotworową ze zmianami przerzutowymi, gdy nie pobrano materiału do badania histopatologicznego, ale obraz kliniczny i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do złośliwości procesu nowotworowego;
- 21) **przewłękłą niewydolność nerek**, która jest trwałym upośledzeniem czynności obu nerek lub jednej nerki. Odpowiadamy wyłącznie za taką przewłękłą niewydolność nerek, w przebiegu której zastosowano stałą dializoterapię lub wykonano przeszczep nerki;
- 22) **ropnia mózgu**, który jest miejscowym zakażeniem wewnątrzczaszkowym mającym swój początek w ograniczonym zapaleniu mózgu i prowadzącym do powstania zbiornika ropy wewnątrz unaczynionej torebki. Odpowiadamy wyłącznie za taki ropień mózgu, który został usunięty chirurgicznie z otwarciem czaszki lub wykonano aspirację treści ropnia przez otwór trepanacyjny. Rozpoznanie ropnia mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu;
- 23) **schyłkową niewydolność wątroby**, która jest końcowym stadium upośledzenia funkcji wątroby. Odpowiadamy wyłącznie za taką schyłkową niewydolność wątroby, która doprowadziła do żółtaczki, wodobrzusza, żylaków przełyku i encefalopatii wątrobowej łącznie;
- 24) **sepsę (posocznice)**, która jest ogólnoustrojową, nieswoistą reakcją organizmu na obecne we krwi drobnoustroje oraz ich toksyny. Odpowiadamy wyłącznie za taką sepsę, która doprowadziła do niewydolności co najmniej dwóch z poniższych narządów lub układów:
 - a) ośrodkowy układ nerwowy,
 - b) układ krążenia,
 - c) układ oddechowy,
 - d) układ krwiotwórczy,
 - e) nerki,
 - f) wątroba.Rozpoznanie sepsy jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 25) **stwardnienie rozsiane**, które jest chorobą 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 rozszalenie zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym;
- 26) **tęcza**, który jest chorobą zakaźną wywołaną działaniem neurotoksyny produkowanej przez laseczki tęcza. Odpowiadamy wyłącznie za taki tęczę, który wymagał hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 27) **transplantację**, która jest operacją chirurgiczną przeszczepienia narządu lub tkanek pochodzenia ludzkiego. Odpowiadamy wyłącznie za wykonaną u biorycy transplantację serca, płuca, wątroby lub jej części oraz wykonaną u biorycy allogeniczną transplantację szpiku kostnego;
- 28) **udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym**, który jest nagłym, ogniskowym lub uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu spowodowanym wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany, które spowodowało trwałe ubytki neurologiczne. 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;
- 29) **utratę kończyny**, która jest utratą całej kończyny lub jej części. Odpowiadamy wyłącznie za utratę kończyny górnej powyżej nadgarstka lub utratę kończyny dolnej powyżej stawu skokowego, będącą następstwem choroby;
- 30) **wściekliznę**, która jest chorobą zakaźną wywołaną wirusem wścieklizny lub wirusami pokrewnymi, przebiegającą z objawami zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za taką wściekliznę, która wymagała hospitalizacji i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 31) **zakażenie wirusem HIV** w wyniku transfuzji, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności powstałym w związku z transfuzją krwi lub preparatów krwiopochodnych. Odpowiadamy wyłącznie za zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, potwierdzone złożonymi dowodami;
- 32) **zakażenie wirusem HIV zawodowe**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności, powstałym w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych. Zakażenie wirusem HIV zawodowe jest potwierdzone złożonymi dowodami;
- 33) **zakażoną martwicę trzustki**, która jest martwiczym zakażeniem trzustki lub tkanek okołotrzustkowych w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Odpowiadamy wyłącznie za taką zakażoną martwicę trzustki, w której chirurgicznie usunięto martwicze tkanki trzustki lub tkanki okołotrzustkowe;
- 34) **zator tętnicy płucnej**, który jest niedrożnością tętnicy płucnej spowodowaną skrzepliną. Odpowiadamy wyłącznie za taki zator tętnicy płucnej, w którym skrzeplina jest umiejscowiona w pniu tętnicy płucnej;
- 35) **zawał serca**, który jest uszkodzeniem części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia. Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:
 - a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,
 - b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,
 - c) nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
 - d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.Odpowiadamy również za zawał związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych, o ile w badaniach obrazowych stwierdzono nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego o umiejscowieniu odpowiadającym etiologii niedokrwiennej lub w koronarografii stwierdzono powikłania zabiegu ograniczające przepływ krwi oraz w którym stwierdzono wzrost stężenia troponiny sercowej we krwi do wartości:
 - a) 5-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z przeszkloną interwencją wieńcową lub
 - b) 10-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z pomostowaniem tętnic wieńcowych;
- 36) **zgorzel gazową**, która jest chorobą zakaźną wywołaną przez bakterie z grupy laseczek zgorzeli gazowej, będącą skutkiem ciężkiego zakażenia przyrannego. Odpowiadamy wyłącznie za taką zgorzel gazową, która wymagała hospitalizacji i przebiegała z martwicą mięśni oraz ogólnymi objawami toksemii i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.

2. Poniżej znajdziesz informacje, jakie choroby zawiera dany wariant ubezpieczenia.

Zakres ubezpieczenia w WARIANCIE PODSTAWOWYM		Zakres ubezpieczenia w WARIANCIE ROZSZERZONYM		Zakres ubezpieczenia w WARIANCIE PODSTAWOWYM PLUS		Zakres ubezpieczenia w WARIANCIE ROZSZERZONYM PLUS	
1)	anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1)	anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1)	anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1)	anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)
2)	bąblowiec mózgu	2)	bąblowiec mózgu	2)	bąblowiec mózgu	2)	bąblowiec mózgu
3)	chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	3)	chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	3)	chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	3)	chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)
4)	choroba Creutzfeldta-Jakoba	4)	choroba Creutzfeldta-Jakoba	4)	choroba Creutzfeldta-Jakoba	4)	choroba Creutzfeldta-Jakoba
5)	zator tętnicy płucnej	5)	zator tętnicy płucnej	5)	zator tętnicy płucnej	5)	zator tętnicy płucnej
6)	przewlekła niewydolność nerek	6)	przewlekła niewydolność nerek	6)	przewlekła niewydolność nerek	6)	przewlekła niewydolność nerek
7)	nowotwór złośliwy	7)	nowotwór złośliwy	7)	nowotwór złośliwy	7)	nowotwór złośliwy
8)	kleszczowe zapalenie mózgu	8)	kleszczowe zapalenie mózgu	8)	kleszczowe zapalenie mózgu	8)	kleszczowe zapalenie mózgu
9)	ropień mózgu	9)	ropień mózgu	9)	ropień mózgu	9)	ropień mózgu
10)	sepsa (posocznica)	10)	sepsa (posocznica)	10)	sepsa (posocznica)	10)	sepsa (posocznica)
11)	tężec	11)	tężec	11)	tężec	11)	tężec
12)	udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym	12)	udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym	12)	udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym	12)	udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym
13)	wścieklizna	13)	wścieklizna	13)	wścieklizna	13)	wścieklizna
14)	zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji	14)	zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji	14)	zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji	14)	zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji
15)	zakażenie wirusem HIV zawodowe	15)	zakażenie wirusem HIV zawodowe	15)	zakażenie wirusem HIV zawodowe	15)	zakażenie wirusem HIV zawodowe
16)	zawał serca	16)	zawał serca	16)	zawał serca	16)	zawał serca
17)	zgorzeł gazowa	17)	zgorzeł gazowa	17)	zgorzeł gazowa	17)	zgorzeł gazowa
		18)	ciężkie oparzenie	18)	neuroborelioza	18)	neuroborelioza
		19)	transplantacja	19)	chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej	19)	chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej
		20)	całkowita utrata wzroku w obydwu oczach	20)	chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej	20)	chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej
		21)	niezłośliwy guz mózgu	21)	gruźlica	21)	gruźlica
		22)	choroba Parkinsona	22)	schyłkowa niewydolność wątroby	22)	schyłkowa niewydolność wątroby
				23)	utrata kończyny	23)	utrata kończyny
				24)	całkowita utrata słuchu w obydwu uszach	24)	całkowita utrata słuchu w obydwu uszach
				25)	chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca	25)	chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca
				26)	choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)	26)	choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)
				27)	choroba Huntingtona	27)	choroba Huntingtona
				28)	bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo – rdzeniowych	28)	bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo – rdzeniowych
				29)	zakażona martwica trzustki	29)	zakażona martwica trzustki
				30)	bakteryjne zapalenie wsierdza	30)	bakteryjne zapalenie wsierdza
				31)	stwardnienie rozsiane	31)	stwardnienie rozsiane
						32)	ciężkie oparzenie
						33)	transplantacja
						34)	całkowita utrata wzroku w obydwu oczach
						35)	niezłośliwy guz mózgu
						36)	choroba Parkinsona

**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

Wersja dokumentu z dnia 1.10.2018 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: NWGP30 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

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 ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest życie ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem w okresie naszej odpowiedzialności.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem wypłacamy uposażonemu sumę ubezpieczenia. W stosunku do uposażonego, w tym w zakresie trybu i sposobu jego wskazywania, zmiany i odwoływania, stosuje się zasady przyjęte w ubezpieczeniu podstawowym.

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia dodatkowego zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Przystąpienie do ubezpieczenia dodatkowego możliwe jest wyłącznie jednocześnie z przystąpieniem do ubezpieczenia podstawowego.

Jak długo trwa umowa?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na czas określony, zgodny z okresem, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia podstawowego.

W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia podstawowego umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na taki sam co do długości okres.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

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

Jak i kiedy płaci się składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.

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

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego zakończy się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czyli czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia,
- braku normalnego związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią ubezpieczonego.

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

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. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą, która wyrażała wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługuje prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.

2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:
 - 1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
 - 2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.
3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.
6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków NWGP30 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia.

Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 5 OWU § 11 OWU § 15 OWU § 16 – 17 OWU § 18 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 13 OWU § 14 OWU § 17 OWU § 18 OWU

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



Kod warunków: NWGP30

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem zawieranych jako umowy ubezpieczenia dodatkowego do umów wskazanego przez PZU Życie SA grupowego ubezpieczenia na życie zwanego ubezpieczeniem podstawowym.

§ 2

Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennic, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, używane są w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia na takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

§ 5

PZU Życie SA wypłaca w przypadku śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem świadczenie w wysokości równej odpowiedniego procenta sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci. Procent ten jest równy określonej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podstawowego i potwierdzonego polisą procentowi sumy ubezpieczenia świadczenia należnego z tytułu ubezpieczenia podstawowego.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 6

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego.

§ 7

Przystąpienie do ubezpieczenia dodatkowego możliwe jest wyłącznie jednocześnie z przystąpieniem do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 8

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na czas określony, zgodny z okresem, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia podstawowego.
2. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia podstawowego umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na taki sam co do długości okres.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 9

1. Zasady odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.

WYPowiedzenie umowy

§ 10

1. Zasady wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 11

1. Wysokość sumy ubezpieczenia określa jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest niezmienna przez cały czas trwania umowy.

SKŁADKA

§ 12

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, zakresu ubezpieczeń dodatkowych, wysokości świadczeń, częstotliwości przekazywania składek oraz liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przysługujących do ubezpieczenia.
2. Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
3. Składka przekazywana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 13

1. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 14

PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwego wypadku zaistniałego przed początkiem odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego lub:

- 1) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
- 2) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 3) w wyniku wypadku komunikacyjnego, gdy ubezpieczony prowadził pojazd;

- a) nie mając uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu,
 - b) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile okoliczności, o których mowa pod lit. a lub b, miały wpływ na zajście zdarzenia;
 - 4) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku;
 - 5) w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa;
 - 6) bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę;
 - 7) w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.
- 1) zgłoszenie roszczenia;
 - 2) akt zgonu ubezpieczonego;
 - 3) kartę zgonu albo – jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na życzenie PZU Życie SA.
- 2. PZU Życie SA decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1.**

§ 17

1. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią ubezpieczonego.
2. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 18

W sprawach nieuregulowanych w ogólnych warunkach mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 19

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/86/2004 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 3 marca 2004 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku, uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku.
2. Niniejsze ogólne warunki wchodzą w życie z dniem 1 listopada 2013 roku.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 15

1. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem przysługuje uposażonemu.
2. W stosunku do uposażonego, w tym w zakresie trybu i sposobu jego wskazania, zmiany i odwoływania, stosuje się zasady przyjęte w ubezpieczeniu podstawowym.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 16

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:

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





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK OSIEROCENIA DZIECKA

Wersja dokumentu z dnia 1.10.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka, kod warunków: ODGP30 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

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 ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest życie ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje osierocenie dziecka wskutek śmierci ubezpieczonego zaistniałe w okresie naszej odpowiedzialności.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku śmierci ubezpieczonego wypłacamy każdemu dziecku 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci ubezpieczonego.

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Przystąpienie do ubezpieczenia dodatkowego możliwe jest wyłącznie jednocześnie z przystąpieniem do ubezpieczenia podstawowego.

Jak długo trwa umowa?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na czas określony, zgodny z okresem, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia podstawowego.

W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia podstawowego umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na taki sam okres.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

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

Jak i kiedy płaci się składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.

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

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

W ubezpieczeniu ma zastosowanie karencja w przypadkach i na zasadach analogicznych jak w ubezpieczeniu podstawowym.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego zakończy się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- wyłączenia odpowiedzialności z tytułu śmierci w ubezpieczeniu podstawowym,
- podania nieprawdziwych informacji w oświadczeniu składanym przed objęciem naszą odpowiedzialnością,
- 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).

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. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą, która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługujące prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.
2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:
 - 1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
 - 2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.

3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.
6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka, kod warunków ODGP30 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia.

Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 5 OWU § 11 OWU § 16 OWU § 17 OWU § 18 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 13 OWU § 14 – 15 OWU § 16 OWU § 18 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OSIEROCENIA DZIECKA

Kod warunków: ODGP30



POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka zawieranych jako umowy ubezpieczenia dodatkowego do umów wskazanego przez PZU Życie SA grupowego ubezpieczenia na życie zwanego ubezpieczeniem podstawowym.

§ 2

1. Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

- 1) **dziecko** – dziecko ubezpieczonego (własne, a także przysposobione lub pasierb – jeżeli nie żyje ojciec lub matka) w wieku do ukończenia 18 roku życia, a w razie uczęszczania do szkoły w wieku do ukończenia 25 roku życia lub bez względu na wiek, w razie jego całkowitej niezdolności do pracy,
- 2) **uczęszczanie do szkoły** – kształcenie się w publicznej lub niepublicznej szkole oraz państwowej lub niepaństwowej szkole wyższej, znajdujące się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w trybie dziennym, wieczorowym lub zaocznym, w rozumieniu przepisów o oświacie i szkolnictwie wyższym, z wyłączeniem wszelkich kursów oraz kształcenia korespondencyjnego.

2. Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmienne, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, używane są w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje osierocenie dziecka wskutek śmierci ubezpieczonego zaistniałe w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

§ 5

PZU Życie SA wypłaca świadczenie w przypadku osierocenia dziecka w wysokości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci ubezpieczonego.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 6

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego.

§ 7

Przystąpienie do ubezpieczenia dodatkowego możliwe jest wyłącznie jednocześnie z przystąpieniem do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 8

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na czas określony, zgodny z okresem, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia podstawowego.

2. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia podstawowego umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na taki sam co do długości okres.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 9

1. Zasady odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 10

1. Zasady wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 11

1. Wysokość sumy ubezpieczenia określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest niezmienna przez cały czas trwania umowy.

SKŁADKA

§ 12

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, zakresu ubezpieczeń dodatkowych, wysokości świadczeń, częstotliwości przekazywania składek oraz liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przysługujących do ubezpieczenia.
2. Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
3. Składka przekazywana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 13

1. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 14

PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności w przypadkach

wyłączenia odpowiedzialności z tytułu śmierci w ubezpieczeniu podstawowym.

§ 15

W ubezpieczeniu ma zastosowanie karencja w przypadkach i na zasadach analogicznych jak w ubezpieczeniu podstawowym.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 16

Prawo do świadczenia z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego przysługuje każdemu dziecku, o ile nie przyczyniło się umyślnie do śmierci ubezpieczonego.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 17

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:

- 1) zgłoszenie roszczenia,
- 2) akt zgonu ubezpieczonego,
- 3) kartę zgonu albo – jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci, jeżeli śmierć była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem lub jeżeli śmierć nastąpiła w pierwszych dwóch latach od

początku odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego,

- 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na życzenie PZU Życie SA.

2. PZU Życie SA decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 18

W sprawach nieuregulowanych w ogólnych warunkach mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 19

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/86/2004 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 3 marca 2004 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku oraz uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku.
2. Niniejsze ogólne warunki wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2011 roku.

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA PRAWA
DO INDYWIDUALNEGO KONTYNUOWANIA
UBEZPIECZENIA**





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE PRAWA DO INDYWIDUALNEGO KONTYNUOWANIA UBEZPIECZENIA

Wersja dokumentu z dnia 1.10.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia prawa do indywidualnego kontynuowania, kod warunków PKGP31, PKGP50 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

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 ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Przedmiot i zakres ubezpieczenia obejmuje prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia w ramach odrębnej umowy ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, zawieranej na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, jeżeli spełnione zostaną warunki określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

Ubezpieczenie jest zawierane na czas określony, zgodny z okresem, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia podstawowego. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Przystąpienie do ubezpieczenia dodatkowego możliwe jest wyłącznie jednocześnie z przystąpieniem do ubezpieczenia podstawowego.

Jak długo trwa umowa?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na czas określony, zgodny z okresem, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia podstawowego.

W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia podstawowego umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na taki sam co do długości okres.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

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

Jak i kiedy opłacać składkę?

Do podstawowych obowiązków ubezpieczającego należy przekazywanie składek na numer rachunku bankowego wskazany w polisie.

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

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza odpowiedzialność (czyli nasza ochrona) w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zakończenia naszej odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku nie spełnienia określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego warunków dla nabycia prawa do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, np. dotyczące długości opłacania składek w ubezpieczeniu grupowym lub terminu złożenia wniosku o zawarcie odrębnej umowy ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego.

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. Umowę ubezpieczenia można rozwiązać w wyniku jej nieprzeżyczenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą, która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługuje prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.
2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:
 - 1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
 - 2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.
3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:

- 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.
6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia prawa do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, kod warunków PKGP31, PKGP50 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia. Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 3 OWU § 13 OWU § 14 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 11 – 12 OWU § 14 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA PRAWA DO INDYWIDUALNEGO KONTYNUOWANIA UBEZPIECZENIA

Kod warunków: PKGP31

Kod warunków: PKGP50



POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia prawa do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia zawieranych jako umowy ubezpieczenia dodatkowego do umów wskazanego przez PZU Życie SA grupowego ubezpieczenia na życie zwanego ubezpieczeniem podstawowym.

§ 2

Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennie, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, używane są w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA ORAZ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 3

1. Przedmiot i zakres ubezpieczenia obejmuje prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia w ramach odrębnej umowy ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, zawieranej na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, jeżeli spełnione zostaną warunki określone w tych ogólnych warunkach ubezpieczenia.
2. Wysokość składki od 1000 zł początkowej sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym jest określona we wniosku o zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P Plus i potwierdzona polisą.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 4

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego.

§ 5

Przystąpienie do ubezpieczenia dodatkowego możliwe jest wyłącznie jednocześnie z przystąpieniem do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 6

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na czas określony, zgodny z okresem, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia podstawowego.
2. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia podstawowego umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na taki sam co do długości okres.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 7

1. Zasady odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.

WYPowiedzenie umowy

§ 8

1. Zasady wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON

§ 9

Ubezpieczający jest obowiązany informować uprawnionych o ich uprawnieniach do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia.

SKŁADKA

§ 10

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu podstawowym, częstotliwości przekazywania składek oraz liczby osób przystępujących do ubezpieczenia.
2. Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
3. Składka przekazywana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 11

Od odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

§ 12

Od odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 13

PZU Życie SA umożliwia zawarcie odrębnej umowy ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego na rzecz danej osoby na warunkach, o których mowa w § 3, jeżeli wniosek o zawarcie umowy zgłoszony zostanie w terminie określonym w ogólnych warunkach ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 14

W sprawach nieuregulowanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 15

- 1.** Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia, oznaczone kodem PKGP31, zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/491/2006 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 7 grudnia 2006 roku ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku, uchwałą nr UZ/221/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 sierpnia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/39/2015 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 26 lutego 2015 roku.
- 2.** Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia, oznaczone kodem PKGP50, zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/221/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 sierpnia 2011 roku ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/39/2015 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 26 lutego 2015 roku.
- 3.** Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2015 roku.

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
TYP P PLUS**





GRUPOWE UBEZPIECZENIE TYPU P PLUS

Wersja z dnia 1.10.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Grupowego ubezpieczenia typu P Plus, kod warunków: PTGP34 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

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 ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie naszej odpowiedzialności.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku śmierci ubezpieczonego wypłacamy aktualną w dniu śmierci sumę ubezpieczenia uposażonemu. 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.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która składa ubezpieczającemu podpisaną deklarację przystąpienia oraz która w dniu podpisania deklaracji przystąpienia:

- pozostaje w stosunku prawnym z ubezpieczającym, jest małżonkiem albo pełnoletnim dzieckiem ubezpieczonego podstawowego,
- ukończyła 16. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia, a w przypadku pełnoletniego dziecka – ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia,

- nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych, na świadczeniu rehabilitacyjnym lub nie jest uznana za niezdolną do pracy lub niezdolną do służby orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.

Ubezpieczony bliski (małżonek albo pełnoletnie dziecko ubezpieczonego podstawowego), który bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia:

- nie był objęty innym ubezpieczeniem grupowym na życie w PZU Życie SA,
- był objęty innymi ubezpieczeniami grupowymi na życie w PZU Życie SA krócej, niż 12 miesięcy,

w dniu podpisania deklaracji przystąpienia składa oświadczenie dotyczące zdrowia.

Możemy wyrazić zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia osoby, która ukończyła 69 rok życia. Ubezpieczony może być objęty ubezpieczeniem wyłącznie w ramach jednej umowy grupowego ubezpieczenia typu P Plus.

Jak długo trwa umowa?

Umowa zawierana jest pomiędzy nami a ubezpieczającym na czas określony potwierdzony polisą.

Umowa zostaje przedłużona na kolejny okres 1 roku na tych samych warunkach, o ile żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

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

Jak i kiedy opłacasz składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone polisą. Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego w pełnej wymaganej kwocie.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) w stosunku do ubezpieczonych rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące wymogi:

- przed rozpoczęciem tego miesiąca kalendarzowego wpłynęły do nas podpisane przez ubezpieczonych deklaracje przystąpienia wraz z wykazem tych osób,
- pierwsza składka została przekazana nie później niż w przypadającym w tym miesiącu kalendarzowym terminie przekazania składki.

Nie ponosimy odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego w okresie karencji, tj. w okresie 6 miesięcy od początku naszej odpowiedzialności. Karencja ma zastosowanie, jeżeli:

- początek odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego przypada później niż w czwartym miesiącu, licząc od dnia:
 - zawarcia umowy, o ile on lub ubezpieczony podstawowy pozostawał w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia umowy,
 - powstania stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego lub ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym, o ile stosunek ten powstał po dniu zawarcia umowy,
 - zawarcia związku małżeńskiego lub ukończenia 18 roku życia po dniu zawarcia umowy
- śmierć nie była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego zakończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:

- otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy,
- śmierci ubezpieczonego,
- upływu 1 miesiąca, licząc od końca okresu, za który została przekazana ostatnia składka – w przypadku nieprzekazania składki i braku wznowienia odpowiedzialności,
- rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym ubezpieczony kończy 70 rok życia albo 76 rok życia, jeżeli odpowiedzialnością objęta była osoba, która w dniu złożenia deklaracji przystąpienia ukończyła 69 rok życia,
- upływu okresu, za jaki przekazano składkę, jeżeli w tym okresie ustał stosunek prawny łączący ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym,
- upływu okresu, za jaki przekazano składkę – w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia,
- rozpoczęcia naszej odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego z tytułu innej umowy grupowego ubezpieczenia typ P Plus zawartej pomiędzy danym ubezpieczającym a nami,
- upływu czasu trwania umowy w przypadku jej nieprzedłużenia,
- upływu okresu wypowiedzenia umowy.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- podpisania deklaracji przystąpienia na zwolnieniu lekarskim,
- podania nieprawdziwych informacji w oświadczeniu składanym przed objęciem naszą odpowiedzialnością,
- 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).

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. Umowę ubezpieczenia można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą, która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługuje prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.
2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:
 - 1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
 - 2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.
3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnień;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.
6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia typ P Plus, kod warunków PTGP34 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia.

Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 6 OWU § 19 OWU § 28 – 30 OWU § 32 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 8 OWU § 24 – 25 OWU § 26 – 27 OWU § 31 OWU

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA TYP P PLUS

Kod warunków: PTGP34



POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów grupowego ubezpieczenia typ P Plus zwanego ubezpieczeniem podstawowym.

§ 2

1. Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

- 1) **akty terroru** – działania indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko ludności lub mieniu, w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności, dezorganizacji życia publicznego, transportu publicznego, załógów usługowych lub wytwórczych – dla osiągnięcia skutków ekonomicznych, politycznych lub społecznych;
- 2) **działania wojenne** – działania sił zbrojnych mające na celu rozbicie sił zbrojnych przeciwnika na lądzie, w powietrzu lub na morzu;
- 3) **małżonek** – osobę pozostającą z ubezpieczonym w związku małżeńskim;
- 4) **masowe rozruchy społeczne** – zorganizowane lub niezorganizowane wystąpienie grupy społecznej, zwykle połączone z aktami przemocy fizycznej, wywołane poczuciem niezadowolenia z istniejącej sytuacji politycznej, ekonomicznej lub społecznej, skierowane przeciw strukturom sprawującym władzę na mocy obowiązującego prawa;
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli i stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością PZU Życie SA;
- 6) **okres odpowiedzialności PZU Życie SA** – czas trwania odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego wyznaczony przez daty początku i końca odpowiedzialności;
- 7) **pełnoletnie dziecko** – dziecko własne, przysposobione albo pasierb (jeżeli nie żyje ojciec lub matka) ubezpieczonego podstawowego, które ukończyło 18 rok życia;
- 8) **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy pomiędzy ubezpieczającym a PZU Życie SA oraz warunki tej umowy;
- 9) **PZU Życie SA** – Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
- 10) **rocznica polisy** – każdą kolejną rocznicę potwierdzonego polisą dnia zawarcia umowy;
- 11) **stosunek prawny** – stosunek zatrudnienia, członkostwa, bądź inny zaakceptowany przez PZU Życie SA;
- 12) **ubezpieczający** – podmiot, który zawarł umowę z PZU Życie SA;
- 13) **ubezpieczony** – osobę fizyczną, która przystąpiła do ubezpieczenia i:
 - a) pozostaje w stosunku prawnym z ubezpieczającym (dalej: **ubezpieczony podstawowy**),
 - b) jest małżonkiem albo pełnoletnim dzieckiem ubezpieczonego podstawowego (dalej: **ubezpieczony bliski**);

- 14) **umowa** – umowę ubezpieczenia zawieraną na wniosek ubezpieczającego na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia i potwierdzonej polisą;
 - 15) **uposażony** – podmiot wskazany przez ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego.
2. W zasadach ustalania świadczeń należnych z tytułu umowy nie ma zastosowania stopa techniczna.
 3. Integralną częścią niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia jest informacja wskazująca, które z postanowień dotyczą podstawowych warunków umowy.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

§ 5

1. Na wniosek ubezpieczającego, za zgodą PZU Życie SA, może być zawarta więcej niż jedna umowa grupowego ubezpieczenia typ P Plus, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Ubezpieczony może być objęty ubezpieczeniem wyłącznie w ramach jednej umowy grupowego ubezpieczenia typ P Plus.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 6

PZU Życie SA wypłaca świadczenie w przypadku śmierci ubezpieczonego w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 7

1. Podmiot, który zamierza zawrzeć umowę, składa do PZU Życie SA wniosek o zawarcie umowy oraz podpisane przez osoby zamierzające przystąpić do ubezpieczenia deklaracje przystąpienia wraz z wykazem tych osób.
2. Przed zawarciem umowy PZU Życie SA przekazuje podmiotowi, o którym mowa w ust. 1, ogólne warunki ubezpieczenia oraz odpowiednie formularze.
3. PZU Życie SA może odmówić zawarcia umowy.
4. PZU Życie SA potwierdza zawarcie umowy polisą.

§ 8

1. Do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która składa ubezpieczającemu podpisaną deklarację przystąpienia oraz która w dniu podpisania deklaracji przystąpienia:
 - 1) spełnia definicję ubezpieczonego;

- 2) ukończyła 16. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia, a w przypadku pełnoletniego dziecka – ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia;
 - 3) nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych, na świadczeniu rehabilitacyjnym lub nie jest uznana za niezdolną do pracy lub niezdolną do służby orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Ubezpieczony bliski, który bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia:
- 1) nie był objęty innym ubezpieczeniem grupowym na życie w PZU Życie SA;
 - 2) był objęty innymi ubezpieczeniami grupowymi na życie w PZU Życie SA krócej, niż 12 miesięcy, w dniu podpisania deklaracji przystąpienia składa oświadczenie dotyczące zdrowia. PZU Życie SA ma prawo odstąpić od konieczności składania oświadczenia dotyczącego zdrowia.
3. PZU Życie SA może wyrazić zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia osoby, która ukończyła 69. rok życia.
4. PZU Życie SA ma prawo odmówić zgody na przystąpienie do ubezpieczenia. O odmowie zgody na przystąpienie do ubezpieczenia PZU Życie SA poinformuje ubezpieczonego za pośrednictwem ubezpieczającego na piśmie.
5. W przypadku stwierdzenia, że do PZU Życie SA wpłynęła składka za osobą, która nie mogła przystąpić do ubezpieczenia, w związku z tym, że nie spełnia warunków określonych w ust. 1 pkt 1 lub pkt 2, podlega ona zwrotowi ubezpieczającemu jako nienależna.
6. W przypadku ujawnienia, że przed objęciem odpowiedzialnością PZU Życie SA osoba przystępująca do ubezpieczenia podała w oświadczeniu, o którym mowa w ust. 1 pkt 3 albo ust. 2, nieprawdziwe informacje, PZU Życie SA może w okresie pierwszych 3 lat od początku odpowiedzialności w stosunku do tego ubezpieczonego odmówić wypłaty świadczenia. Jeżeli do podania nieprawdziwych informacji doszło na skutek winy umyślnej ubezpieczonego, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie przewidziane umową i jego następstwa są skutkiem tych nieprawdziwych okoliczności.

§ 9

Ubezpieczony ma prawo zrezygnować z ubezpieczenia w każdej chwili, bez podawania przyczyny, składając ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji, która skutkuje końcem odpowiedzialności określonym w § 25 ust. 1 pkt 6.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 10

1. Umowa zawierana jest pomiędzy PZU Życie SA a ubezpieczającym na czas określony potwierdzony polisą.
2. Umowa zostaje przedłużona na kolejny okres 1 roku na tych samych warunkach, o ile żadna ze stron nie postanowi inaczej, z tym że oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia umowy na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa została zawarta.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 11

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy, składając do PZU Życie SA

pisemne oświadczenie o odstąpieniu od umowy. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego po przekazaniu składki PZU Życie SA zwraca mu składkę pomniejszoną o jej część odpowiadającą okresowi odpowiedzialności PZU Życie SA.

WYPOWIEDZENIE I ROZWIĄZANIE UMOWY

§ 12

Umowa może być wypowiedziana przez ubezpieczającego w każdym czasie, bez podawania przyczyny, na piśmie, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia. Okres wypowiedzenia rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego bezpośrednio po miesiącu, w którym PZU Życie SA otrzymał oświadczenie o wypowiedzeniu.

§ 13

Umowę uważa się za wypowiedzianą przez ubezpieczającego w przypadku zaległości w przekazywaniu składek za wszystkich ubezpieczonych – umowa rozwiązuje się z upływem trzeciego miesiąca zaległości, z tym że nie później niż z końcem okresu na jaki umowa została zawarta, z zastrzeżeniem § 23.

§ 14

Obowiązek przekazywania składek istnieje przez cały czas trwania odpowiedzialności PZU Życie SA.

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON

§ 15

1. Ubezpieczający ma prawo przenieść, w całości lub w części, prawa i obowiązki z umowy na inny podmiot. W przypadku przeniesienia praw i obowiązków na inny podmiot z chwilą przeniesienia podmiot ten staje się ubezpieczającym. Umowa przeniesienia praw i obowiązków powinna być pod rygorem nieważności zaakceptowana pisemnie przez PZU Życie SA.
2. Ubezpieczający jest obowiązany:
 - 1) doręczyć warunki ubezpieczenia osobom zamierzającym przystąpić do ubezpieczenia przed odebraniem od nich deklaracji przystąpienia;
 - 2) przekazywać PZU Życie SA deklaracje przystąpienia podpisane przez ubezpieczonych;
 - 3) przekazywać ubezpieczonym, w formie przewidzianej przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, informacje dotyczące zmiany warunków umowy lub zmiany prawa właściwego dla umowy, przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu umowy;
 - 4) zgłaszać PZU Życie SA zmiany danych osobowych i teleadresowych własnych oraz ubezpieczonych i uposażonych, chyba że zmiany danych ubezpieczonych lub uposażonych zostały zgłoszone PZU Życie SA przez ubezpieczonego;
 - 5) terminowo przekazywać do PZU Życie SA składki;
 - 6) przekazywać PZU Życie SA, jednocześnie z przekazaniem składki, rozliczenie składek wraz z odpowiednimi wykazami ubezpieczonych;
 - 7) przekazywać inne dokumenty niezbędne do prawidłowej realizacji umowy – na życzenie PZU Życie SA;
 - 8) wyznaczyć osobę odpowiedzialną za wykonywanie umowy przez ubezpieczającego oraz poinformować ubezpieczonych i PZU Życie SA o wyznaczeniu oraz każdej zmianie takiej osoby.

§ 16

1. Ubezpieczający ma prawo żądać, by PZU Życie SA wypełniał prawidłowo i terminowo obowiązki wynikające z § 17 ust. 2

oraz z obowiązujących przepisów prawa, w szczególności kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

2. Ubezpieczony jest obowiązany zgłaszać ubezpieczającemu lub PZU Życie SA zmiany danych osobowych i teled adresowych swoich oraz uposażonych.

§ 17

1. PZU Życie SA ma prawo do kontrolowania wykonywania przez ubezpieczającego obowiązków wynikających z umowy oraz udzielania wytycznych w tym zakresie.
2. PZU Życie SA jest obowiązany:
- 1) prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania przewidziane umową;
 - 2) przekazywać ubezpieczającemu, w formie przewidzianej przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, informacje dotyczące zmiany warunków umowy lub zmiany prawa właściwego dla umowy, przed wyrażeniem przez strony zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu umowy;
 - 3) przekazywać na żądanie ubezpieczonego informacje, o których mowa w pkt 2;
 - 4) informować ubezpieczającego lub ubezpieczonego o zaistnieniu zdarzeń objętych odpowiedzialnością PZU Życie SA, jeżeli zdarzenie zostało zgłoszone do PZU Życie SA, a osoba by nie są osobami występującymi z tym zgłoszeniem;
 - 5) informować osobę występującą z roszczeniem, pisemnie lub w inny sposób, na który ta osoba wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zobowiązania, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia dalszego postępowania;
 - 6) informować pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie oraz ubezpieczonego, jeśli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczenia w całości lub części w przewidzianym terminie oraz wypłacić bezsporną część świadczenia;
 - 7) informować pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz ubezpieczonego, jeśli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, że świadczenie nie przysługuje w całości lub części, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia, z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
 - 8) udostępniać ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem, osobie uprawnionej do żądania spełnienia świadczenia oraz spadkobiercy ubezpieczonego, który zgłosił zawiadomienie o zdarzeniu, informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności PZU Życie SA lub wysokości świadczenia; na żądanie ww. osób informacje i dokumenty mogą być udostępniane również w postaci elektronicznej;
 - 9) udzielać na wniosek ubezpieczonego informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunkach ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego;
 - 10) udostępniać na żądanie ubezpieczającego lub ubezpieczonego informacje o oświadczeniach złożonych przez nich na etapie zawierania umowy lub przystępowania do ubezpieczenia lub kopie dokumentów sporządzonych na tym etapie.

ZMIANA UMOWY

§ 18

Wszelkie zmiany w umowie są dokonywane w drodze negocjacji, w trybie ofertowym bądź w inny przewidziany

ogólnie obowiązującymi przepisami prawa sposób i potwierdzane w formie pisemnej. Do zmiany umowy na niekorzyść ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci ubezpieczonego wymagana jest zgoda ubezpieczonego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 19

1. Sumą ubezpieczenia jest kwota stanowiąca podstawę ustalania wysokości świadczeń.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia jest niezmienna przez cały czas trwania umowy.

SKŁADKA

§ 20

Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, zakresu ubezpieczeń dodatkowych, wysokości świadczeń, częstotliwości przekazywania składek oraz liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przystępujących do ubezpieczenia.

§ 21

Składkę uważa się za przekazaną z chwilą uznania rachunku bankowego wskazanego przez PZU Życie SA.

§ 22

1. Wysokość składki obowiązującej w umowie określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
2. Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone polisą.
3. Składka nie podlega indeksacji.
4. Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego w pełnej wymaganej kwocie.

§ 23

1. W przypadku zaległości w przekazaniu całości lub części składek PZU Życie SA wzywa ubezpieczającego do uzupełnienia zaległości, wskazując w wezwaniu co najmniej 15-dniowy dodatkowy termin do zapłaty liczony od dnia otrzymania wezwania oraz informując o skutku nieprzekazania składki, określonym w § 25 ust. 1 pkt 3 oraz w § 13.
2. W przypadku zaległości w przekazywaniu składek przekazywane kwoty przeznaczane są w pierwszej kolejności na pokrycie zaległości.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 24

1. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonych rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące wymogi:
 - 1) przed rozpoczęciem tego miesiąca kalendarzowego wpłynęły do PZU Życie SA podpisane przez ubezpieczonych deklaracje przystąpienia wraz z wykazem tych osób;
 - 2) pierwsza składka została przekazana nie później niż w przypadającym w tym miesiącu kalendarzowym terminie przekazania składki; z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się nie wcześniej niż w dniu zawarcia umowy i nie wcześniej, niż następnego dnia po tym, gdy ubezpieczony ten oświadczył ubezpieczającemu, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w umowie, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia.

§ 25

1. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:
- 1) otrzymania przez PZU Życie SA oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy;
 - 2) śmierci ubezpieczonego;
 - 3) upływu 1 miesiąca, licząc od końca okresu, za który została przekazana ostatnia składka, z zastrzeżeniem ust. 2;
 - 4) rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym ubezpieczony kończy 70 rok życia albo 76 rok życia, jeżeli odpowiedzialnością objęta była osoba, która w dniu złożenia deklaracji przystąpienia ukończyła 69 rok życia;
 - 5) upływu okresu, za jaki przekazano składkę, jeżeli w tym okresie ustał stosunek prawny łączący ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym, z zastrzeżeniem ust. 3;
 - 6) upływu okresu, za jaki przekazano składkę – w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia;
 - 7) rozpoczęcia odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego z tytułu innej umowy grupowego ubezpieczenia typ P Plus zawartej pomiędzy danym ubezpieczającym a PZU Życie SA;
 - 8) upływu czasu trwania umowy w przypadku jej nieprzedłużenia;
 - 9) upływu okresu wypowiedzenia umowy.
2. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego zostaje wznowiona z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności w przypadku uzupełnienia zaległości w przekazywaniu składek przed upływem trzeciego miesiąca zaległości.
3. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego zostaje przedłużona o 1 miesiąc po ustaniu stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym w przypadku miesięcznej częstotliwości przekazywania składek, pod warunkiem przekazania składki za ten miesiąc.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 26

PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności w przypadku:

- 1) śmierci ubezpieczonego w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
- 2) śmierci ubezpieczonego w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 3) samobójstwa ubezpieczonego popełnionego w okresie 2 lat od początku odpowiedzialności w stosunku do tego ubezpieczonego;
- 4) śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, gdy prowadził on pojazd będąc w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków

zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile okoliczności te miały wpływ na zajście zdarzenia.

§ 27

1. PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego w okresie karencji, tj. w okresie 6 miesięcy od początku odpowiedzialności PZU Życie SA, z zastrzeżeniem ust. 6.
2. Karencja – w stosunku do ubezpieczonego podstawowego – ma zastosowanie, jeżeli początek odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do niego przypada później niż w czwartym miesiącu, licząc od dnia:
- 1) zawarcia umowy, o ile pozostawał on w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia umowy;
 - 2) powstania stosunku prawnego łączącego go z ubezpieczającym, o ile stosunek ten powstał po dniu zawarcia umowy.
3. Karencja – w stosunku do ubezpieczonego bliskiego, będącego małżonkiem ubezpieczonego podstawowego – ma zastosowanie, jeżeli początek odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do niego przypada później niż w czwartym miesiącu, licząc od dnia:
- 1) zawarcia umowy, o ile ubezpieczony podstawowy pozostawał w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia umowy;
 - 2) powstania stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym, o ile stosunek ten powstał po dniu zawarcia umowy;
 - 3) zawarcia związku małżeńskiego z ubezpieczonym podstawowym po dniu zawarcia umowy.
4. Karencja – w stosunku do ubezpieczonego bliskiego, będącego pełnoletnim dzieckiem ubezpieczonego podstawowego – ma zastosowanie, jeżeli początek odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do niego przypada później niż w czwartym miesiącu, licząc od dnia:
- 1) zawarcia umowy, o ile ubezpieczony podstawowy pozostawał w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia umowy;
 - 2) powstania stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym, o ile stosunek ten powstał po dniu zawarcia umowy;
 - 3) ukończenia 18 roku życia po dniu zawarcia umowy.
5. W stosunku do osoby, która bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia była objęta grupowym ubezpieczeniem typ P Plus u danego ubezpieczającego, ale z niższą sumą ubezpieczenia lub z niższą wysokością świadczenia – w okresie karencji, tj. w okresie 6 miesięcy od początku odpowiedzialności, PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności w zakresie różnicy pomiędzy obecną a poprzednią sumą ubezpieczenia i wysokością świadczenia, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Karencji nie stosuje się, jeżeli śmierć była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 28

Prawo do świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego przysługuje uposażonemu, z zastrzeżeniem § 30.

§ 29

1. Ubezpieczony ma prawo wskazać, dowolnie zmieniać i odwoływać uposażonych.
2. 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.

§ 30

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:

- 1) małżonek w całości;
- 2) dzieci w częściach równych;
- 3) rodzice w częściach równych;
- 4) inni ustawowi spadkobiercy ubezpieczonego w częściach równych.

§ 31

Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci ubezpieczonego.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 32

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:
 - 1) zgłoszenie roszczenia;
 - 2) akt zgonu ubezpieczonego;
 - 3) kartę zgonu albo – jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci, jeżeli śmierć była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem lub jeżeli śmierć nastąpiła w pierwszych dwóch latach od początku odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na życzenie PZU Życie SA.
2. PZU Życie SA decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1.
3. W przypadku, gdy dokumenty składane przez wnioskującego sporządzone zostały w języku innym niż polski, wnioskujący dostarcza je przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

§ 33

1. PZU Życie SA wykonuje zobowiązania najpóźniej w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym odpowiedzialnością PZU Życie SA.
2. W przypadku, gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego albo wysokości zobowiązania okazało się niemożliwe, PZU Życie SA wykonuje zobowiązanie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, z tym że część bezsporna świadczenia zostanie wypłacona w terminie wskazanym w ust. 1.

§ 34

Świadczenie wypłacane jest w formie jednorazowej w pełnej należnej kwocie.

§ 35

1. W przypadku, gdy PZU Życie SA w związku z wykonaniem któregośkolwiek ze zobowiązań wynikających z umowy obowiązany jest zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa pobrać i odprowadzić jakiegokolwiek kwoty, w tym w szczególności kwoty na poczet zobowiązań podatkowych osób uprawnionych, kwoty pobrane i odprowadzone przez PZU Życie SA pomniejszają kwoty stosownych wypłat płatnych przez PZU Życie SA na podstawie umowy.

2. Opodatkowanie zobowiązań PZU Życie SA regulują obowiązujące przepisy prawa dotyczące podatku dochodowego, w szczególności przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

§ 36

Jeżeli świadczenie nie przysługuje w całości lub w części, PZU Życie SA informuje o tym niezwłocznie osobę występującą z roszczeniem oraz ubezpieczonego, jeśli nie jest on osobą występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną, uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia, z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 37

1. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby: ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub innego uprawnionego do żądania spełnienia świadczenia z umowy ubezpieczenia, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy: ubezpieczonego, uposażonego lub innego uprawnionego do żądania spełnienia świadczenia z umowy ubezpieczenia.
2. Prawem właściwym w stosunkach wynikających z umowy jest prawo polskie.

§ 38

W sprawach nieuregulowanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 39

1. Wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia PZU Życie SA mające związek z umową wymagają dla swej skuteczności zachowania formy pisemnej lub innej formy uzgodnionej przez ubezpieczającego i PZU Życie SA i wywierają skutek prawny z chwilą doręczenia.
2. Wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia mające związek z umową kierowane do PZU Życie SA wymagają dla swej skuteczności zachowania formy pisemnej lub innej formy uzgodnionej przez ubezpieczającego i PZU Życie SA i wywierają skutek prawny z chwilą doręczenia.
3. PZU Życie SA, ubezpieczający i ubezpieczony obowiązani są informować o każdej zmianie adresów.

§ 40

1. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i innemu uprawnionemu do żądania spełnienia świadczenia z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, przysługuje prawo złożenia reklamacji w rozumieniu ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, tj. prawo skierowania wystąpienia do PZU Życie SA, w którym zgłasza on zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez PZU Życie SA.
2. Reklamację składa się w każdej jednostce PZU Życie SA obsługującej klienta.
3. Reklamacja może być złożona w formie:
 - 1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
 - 2) ustnej – telefonicznie albo osobiście do protokołu podcastrze wizyty osoby, o której mowa w ust. 1, w jednostce, o której mowa w ust. 2;

- 3) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na www.pzu.pl.
4. PZU Życie SA rozpatruje reklamację i udziela na nią odpowiedź, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 4, PZU Życie SA przekazuje osobie, która złożyła reklamację, informację, w której:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
6. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację zostanie dostarczona osobie, która ją złożyła, w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy o usługach płatniczych lub pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek tej osoby.
7. Klientowi, o którym mowa w ust. 1, przysługuje prawo wniesienia do Rzecznika Finansowego wniosku dotyczącego:
 - 1) nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji;
 - 2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą klienta w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
8. Skargę lub zażalenie, niebędące reklamacją, o której mowa w ust. 1, składa się w formie pisemnej, za pośrednictwem poczty, kuriera lub osobiście, do każdej jednostki organizacyjnej PZU Życie SA w sposób umożliwiający identyfikację osoby wnoszącej i przedmiotu skargi lub zażalenia.
9. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez jednostki organizacyjne PZU Życie SA, zgodnie z zakresem ich działania.
10. PZU Życie SA rozpatruje skargę lub zażalenie niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 30 dni od daty otrzymania, i udziela pisemnej odpowiedzi, a w przypadku niemożności ich rozpatrzenia w powyższym terminie zawiadamia pisemnie wnoszącego z podaniem przyczyny zwłoki i nowego terminu rozpatrzenia.
11. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i innemu uprawnionemu do żądania spełnienia świadczenia z umowy ubezpieczenia, będącemu konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
12. PZU Życie SA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
13. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń są dostępne na stronie www.pzu.pl w części dotyczącej relacji inwestorskich.

§ 41

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/282/2016 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 listopada 2016 roku.
2. Niniejsze ogólne warunki wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2017 roku.

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





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA

Wersja dokumentu z dnia 1.10.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka, kod warunków: SMGP30 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

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 ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest życie małżonka. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć małżonka w okresie naszej odpowiedzialności.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku śmierci małżonka wypłacamy ubezpieczonemu procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Przystąpienie do ubezpieczenia dodatkowego możliwe jest wyłącznie jednocześnie z przystąpieniem do ubezpieczenia podstawowego.

Jak długo trwa umowa?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na czas określony, zgodny z okresem, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia podstawowego.

W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia podstawowego umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na taki sam co do długości okres.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

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

Jak i kiedy płaci się składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.

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

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

W ubezpieczeniu ma zastosowanie karencja w przypadkach i na zasadach analogicznych jak w ubezpieczeniu podstawowym.

Nie ponosimy odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego w okresie 6 miesięcy od początku odpowiedzialności. Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego kończy się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku śmierci małżonka, która nastąpiła w wyniku:

- działań wojennych,
- czynnego udziału w aktach terroru,
- czynnego udziału w masowych rozruchach społecznych.

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).

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. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą, która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługuje prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.
2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:
 - 1) pisemnej – oświadczenie albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
 - 2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.

3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.
6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka, kod warunków SMGP30 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia.

Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 5 OWU § 11 OWU § 16 OWU § 17 OWU § 18 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 13 OWU § 14 – 15 OWU § 16 OWU § 18 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA

Kod warunków: SMGP30



POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka zawieranych jako umowy ubezpieczenia dodatkowego do umów wskazanego przez PZU Życie SA grupowego ubezpieczenia na życie zwanego ubezpieczeniem podstawowym.

§ 2

Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennienia, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, używane są w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie małżonka.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć małżonka zaistniałą w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

§ 5

PZU Życie SA wypłaca świadczenie w przypadku śmierci małżonka w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 6

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego.

§ 7

Przystąpienie do ubezpieczenia dodatkowego możliwe jest wyłącznie jednocześnie z przystąpieniem do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 8

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na czas określony, zgodny z okresem, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia podstawowego.
2. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia podstawowego umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na taki sam co do długości okres.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 9

1. Zasady odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.

WYPowiedzenie umowy

§ 10

1. Zasady wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 11

1. Wysokość sumy ubezpieczenia określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest niezmienna przez cały czas trwania umowy.

SKŁADKA

§ 12

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, zakresu ubezpieczeń dodatkowych, wysokości świadczeń, częstotliwości przekazywania składek oraz liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przysługujących do ubezpieczenia.
2. Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
3. Składka przekazywana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 13

1. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 14

PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci małżonka, która nastąpiła w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych.

§ 15

W ubezpieczeniu ma zastosowanie karencja w przypadkach i na zasadach analogicznych jak w ubezpieczeniu podstawowym.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 16

Prawo do świadczenia z tytułu śmierci małżonka przysługuje

ubezpieconemu, o ile nie przyczynił się umyślnie do śmierci małżonka.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 17

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:
 - 1) zgłoszenie roszczenia,
 - 2) akt zgonu małżonka, akt małżeństwa,
 - 3) kartę zgonu albo – jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci, jeżeli śmierć była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem w okresie karencji,
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na życzenie PZU Życie SA.
2. PZU Życie SA decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 18

W sprawach nieuregulowanych w ogólnych warunkach mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 19

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/86/2004 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 3 marca 2004 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku oraz uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku.
2. Niniejsze ogólne warunki wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 roku.



Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu

A. USZKODZENIA GŁOWY

	Procent uszczerbku na zdrowiu
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
a) uszkodzenie powłok czaszki – w zależności od rozmiaru, ruchomości, tkiwości blizn itp.	1–10
Pozbawienie owłosienia (w zależności od obszaru):	
b) poniżej 25% powierzchni skóry owłosionej	1–10
c) od 25% do 75% powierzchni skóry owłosionej	11–20
d) powyżej 75% powierzchni skóry owłosionej	21–30
UWAGA: W przypadku uzupełnienia ubytku skóry owłosionej przeszczepem skóry oraz odtworzenia własnego owłosienia należy oceniać wg punktu 1 a. W przypadku skutecznej replantacji skalpu oceniać wg punktu 1a.	
2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (wgłobienia, szczeliny, fragmentacja) – w zależności od rozległości uszkodzeń:	
a) bez wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego	1–10
b) z nawracającym płynotokiem nosowym i/lub usznym	10–30
3. Ubytki w kościach sklepienia czaszki o łącznej powierzchni – w zależności od rozmiarów:	
a) poniżej 10 cm ²	1–10
b) od 10 do 50 cm ²	11–15
c) powyżej 50 cm ²	16–25
UWAGA: Jeżeli powstały ubytek kości został uzupełniony operacją plastyczną z dobrym efektem, odsetek trwałego uszczerbku na zdrowiu oceniony za pierwotny ubytek – należy zmniejszyć o połowę. Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), należy osobno oceniać stopień uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości wg poz. 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki wg poz. 1.	
4. Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepcowej leczonej operacyjnie, przepukliny mózgowej – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań:	1–25

	Procent uszczerbku na zdrowiu
5. Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego:	
a) porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0–1° wg skali Lovette'a	100
b) głęboki niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych znacznie utrudniający sprawność kończyn 2° lub 2/3° wg skali Lovette'a	60–80
c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub niedowład obu kończyn dolnych 3° lub 3/4° wg skali Lovette'a	40–60
d) nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych 4° lub 4/5° wg skali Lovette'a	10–40
e) porażenie kończyny górnej 0–1° wg skali Lovette'a z niedowładem kończyny dolnej 3–4° wg skali Lovette'a:	
prawej	70–90
lewej	60–80
f) niedowład kończyny górnej 3–4° wg skali Lovette'a z porażeniem kończyny dolnej 0–1° wg skali Lovette'a:	
prawej	70–90
lewej	60–80
g) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 0–1° wg skali Lovette'a:	
prawa	40–50
lewa	30–40
h) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 2°–2/3° wg skali Lovette'a:	
prawa	30–40
lewa	25–30
i) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 3–4° wg skali Lovette'a:	
prawa	10–30
lewa	5–20
j) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 0° wg skali Lovette'a:	50
k) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 1–2° wg skali Lovette'a:	30–50

	Procent uszczerbku na zdrowiu
l) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 3–4° wg skali Lovette'a	10–30
UWAGA: W przypadku współistnienia zaburzeń mowy o typie afazji oceniać dodatkowo wg punktu 11, uwzględniając, że całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%. W przypadku współistnienia deficytu ruchowego z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9. W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi, należy oceniać wg punktu 5 g oddzielnie dla każdej kończyny.	

SKALA LOVETTE'A

- 0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej,
1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 10% prawidłowej siły mięśniowej,
2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 25% prawidłowej siły mięśniowej,
3° – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej,
4° – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 75% prawidłowej siły mięśniowej
5° – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej

	Procent uszczerbku na zdrowiu
6. Izolowane zespoły pozapiramidowe:	
a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100
b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, itp.	40–80
c) zaznaczony zespół pozapiramidowy	5–30
7. Zaburzenia równowagi i inne poza niedowładem zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria, inne objawy zespołu mózdkowego) pochodzenia mózgowego:	
a) uniemożliwiające chodzenie	100
b) utrudniające w dużym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	50–80
c) utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	10–40
d) utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową	1–10
8. Padaczka jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu:	
a) padaczka z bardzo częstymi napadami – 3 napady w tygodniu i więcej	50–60
b) padaczka z napadami – powyżej 2 na miesiąc	30–50
c) padaczka z napadami – 2 i mniej na miesiąc	10–30
d) padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	1–10

	Procent uszczerbku na zdrowiu
UWAGA: Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja z przebiegu leczenia, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego. W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9.	
9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych:	
a) ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne uniemożliwiające samodzielną egzystencję	80–100
b) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym	50–80
c) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu	30–50
d) encefalopatia z niewielkimi zmianami charakterologicznymi i/lub niewielkim deficytem neurologicznym	10–30
UWAGA: Rozpoznanie encefalopatii powinno być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym, udokumentowane badaniem psychiatrycznym, psychologicznym i neurologicznym oraz zmiany w obrazie EEG, TK lub NMR.	
10. Nerwice i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych lub po ciężkim uszkodzeniu ciała:	
a) skargi subiektywne związane z urazem głowy lub z ciężkim uszkodzeniem innych części ciała w zależności od stopnia zaburzeń (nawracające bóle i zawroty głowy, męczliwość, nadpobudliwość, osłabienie pamięci, trudności w skupieniu uwagi, bezsenność itp.)	1–5
b) zespół stresu pourazowego, utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym lub po ciężkim uszkodzeniu ciała – w zależności od stopnia zaburzeń, wymagające stałego leczenia psychiatrycznego	5–20
11. Zaburzenia mowy:	
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	100
b) afazja całkowita motoryczna	60
c) afazja średniego i znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	20–40
d) afazja nieznacznego stopnia	10–20
12. Zespoły podwzgórzowe i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):	
a) znacznie upośledzające czynność ustroju	40–60
b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20–30

	Procent uszczerbku na zdrowiu
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:	
a) z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	20–35
b) z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	10–20
c) z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	5–15
d) zaburzenia akomodacji lub inne zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka	1–15
14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)	1–10
b) ruchowe	1–10
c) czuciowo-ruchowe	5–20
15. Uszkodzenie nerwu twarzowego:	
a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki	20
b) obwodowe częściowe w zależności od nasilenia dolegliwości	5–15
c) izolowane uszkodzenie centralne	5–10
UWAGA: Współistnienie uszkodzenia nerwu twarzowego z pęknięciem kości skalistej oceniać wg poz. 48. Uszkodzenie centralne nerwu twarzowego współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu oceniać wg punktu 5 lub 9.	
16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego:	
a) niewielkiego stopnia	5–10
b) średniego stopnia	10–25
c) dużego stopnia	25–50
17. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
	3–15
18. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
	5–20
UWAGA: Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu, należy oceniać wg punktu 9.	
19. Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki):	
a) oszpecenia bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	1–10
b) oszpecenia z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	5–30
c) oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	30–60

	Procent uszczerbku na zdrowiu
20. Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, uszkodzenia chrząstki, ubytki części miękkich):	
a) uszkodzenia nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia – blizny i/lub niewielkie zniekształcenie nosa	1–5
b) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania – znacznego stopnia deformacja nosa lub utrata części nosa	5–15
c) uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia – w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu	15–20
d) utrata lub zaburzenia powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki:	1–5
e) utrata znacznej części nosa lub utrata całkowita (łącznie z kością nosa)	20–30
UWAGA: O ile znacznej deformacji nosa towarzyszą blizny nosa, oceniać łącznie wg punktu 20. O ile uszkodzenie nosa, warg, powiek wchodzi w zespół uszkodzeń objętych punktem 19, należy stosować ocenę wg tego punktu (tj. wg punktu 19).	
21. Uszkodzenia w obrębie zębów:	
a) utrata częściowa korony zęba bez uszkodzeń miazgi – siekacze lub kły	1
b) utrata częściowa korony zęba bez uszkodzeń miazgi – pozostałe zęby	0,5
c) utrata częściowa korony zęba z uszkodzeniem miazgi – siekacze lub kły	1,5
d) utrata częściowa korony zęba z uszkodzeniem miazgi – pozostałe zęby	1
e) całkowita utrata korony zęba z zachowaniem korzenia – siekacze lub kły	2
f) całkowita utrata korony zęba z zachowaniem korzenia – pozostałe zęby	1,5
g) całkowita utrata zęba – siekacze lub kły	3
h) całkowita utrata zęba – pozostałe zęby	2
i) pourazowe rozchwianie zęba	0,5
22. Uszkodzenia (złamania, zwichnięcia) kości oczodołu, szczęki, kości jarzmowej, żuchwy, stawu skroniowo-żuchwowego – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, niesymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, rozwierania jamy ustnej, zaburzeń czucia:	
a) nieznacznego stopnia	1–5
b) średniego stopnia	5–10
c) znacznego stopnia	10–25

	Procent uszczerbku na zdrowiu
UWAGA W przypadku urazu oczodołu z двоjeniem obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku należy oceniać dodatkowo wg punktu 26 b, w przypadku zaburzeń ostrości wzroku według tabeli 26 a. W przypadku pojawienia się dużych deficytów neurologicznych dotyczących unerwienia twarzy orzekać dodatkowo z punktu właściwego dla danego nerwu. Jeżeli uszkodzeniom kości twarzoczaszki towarzyszy oszpecenie, oceniać jedynie wg punktu 19. W przypadku złamania żuchwy z innymi kośćmi twarzoczaszki, następstwa uszkodzeń żuchwy oceniać oddzielnie od złamania pozostałych kości twarzoczaszki – dodatkowo z punktu 22 lub 23.	
23. Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów – w zależności od wielkości ubytków, oszpecenia i powikłań:	
a) częściowa	15–35
b) całkowita	40–50
24. Ubytek podniebienia:	
a) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	10–25
b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	25–40
25. Urazy języka, przedsionka jamy ustnej, warg, ubytki – w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, zaburzeń mowy, trudności w połykaniu:	
a) uszkodzenie języka, uszkodzenia przedsionka jamy ustnej, warg w zależności od wielkości uszkodzeń – zmiany i ubytki niewielkiego stopnia	1–5
b) ubytki języka, uszkodzenia przedsionka jamy ustnej i warg – zmiany i ubytki średniego stopnia upośledzające odżywianie	5–15
c) duże zmiany i ubytki języka – upośledzające mowę i odżywianie w zależności od stopnia	15–40
d) całkowita utrata języka	50

B. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

	Procent uszczerbku na zdrowiu
26. Obniżenie ostrości wzroku bądź utrata jednego lub obu oczu:	
a) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obu oczu trwały uszczerbek ocenia się wg tabeli 26a	

Tabela 26a

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

	Procent uszczerbku na zdrowiu
b) двоjenie obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku	1–10
c) utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej	38
UWAGA: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Wartość uszczerbku w punkcie 26 c obejmuje również oszpecenie związane z wyluszczeniem gałki ocznej.	
27. Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:	
a) jednego oka	15
b) obu oczu	30
UWAGA: W przypadku pseudosoczewkowatości bez zaburzeń ostrości wzroku oceniać wg punktu 27, w przypadku niedających się skorygować zaburzeń ostrości wzroku wg punktu 34.	
28. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:	
a) z zaburzeniami ostrości wzroku	wg tabeli 26a
b) z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej, blizny rogówki – bez zaburzeń ostrości wzroku	1–5
29. Uszkodzenie gałki ocznej – wskutek urazów drażących oraz nieusunięte ciało obce oczodołu:	
a) z zaburzeniami ostrości wzroku	wg tabeli 26a
b) z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej, blizny rogówki – bez zaburzeń ostrości wzroku	1–5
c) nieusunięte ciało obce wewnątrzgałkowe z obniżeniem ostrości wzroku	wg tabeli 26a + 10%
d) nieusunięte ciało obce wewnątrzgałkowe bez obniżenia ostrości wzroku	10
e) nieusunięte ciało obce oczodołu	1–5
30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:	

	Procent uszczerbku na zdrowiu
a) w zależności od zaburzeń ostrości wzroku	wg tabeli 26a
b) bez zaburzeń ostrości wzroku	1–5
31. Koncentryczne zwężenie pola widzenia oceniać wg poniższej tabeli 31 w zależności od – mniej lub bardziej korzystnej lokalizacji zwężenia pola widzenia:	

Tabela 31

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

	Procent uszczerbku na zdrowiu
32. Połowicze i inne niedowidzenia:	
a) dwuskroniowe	60
b) dwunosowe	30
c) jednoimienne	30
d) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	1–5
33. Bezsoczewkowość bez współistnienia zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:	
a) w jednym oku	25
b) w obu oczach	40
UWAGA: W przypadku gdy współistnieją niedające się skorygować zaburzenia ostrości wzroku, ocenia się dodatkowo wg tabeli 26a z ograniczeniem do 35% dla jednego oka i 100% za oba oczy.	
34. Pseudosoczewkowość przy współistnieniu niepoddających się korekcji zaburzeń ostrości wzroku:	
a) w jednym oku	wg tabeli 26a w granicach 15–35
b) w obu oczach	wg tabeli 26a w granicach 30–100
35. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie) – w zależności od stopnia i natężenia:	
a) w jednym oku	5–10
b) w obu oczach	10–15
36. Odwarstwienie siatkówki jednego oka – oceniać wg tabeli 26a i 31 nie mniej niż:	15
37. Jaskra:	
a) bez zaburzeń pola widzenia i ostrości wzroku	2

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

C. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

	Procent uszczerbku na zdrowiu
41. Upośledzenie ostrości słuchu:	
a) Przy upośledzeniu ostrości słuchu trwały uszczerbek ocenia się wg niżej podanej tabeli:	

Tabela 41a

Obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosera (w mod.)				
Ucho prawe Ucho lewe	0-25 dB	26-40 dB	41-70 dB	Pow. 70 dB
0–25 dB	0	5%	10%	20%
26–40 dB	5%	15%	20%	30%
41–70 dB	10%	20%	30%	40%
pow. 70 dB	20%	30%	40%	50%

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

	Procent uszczerbku na zdrowiu
b) pourazowe szumy uszne – w zależności od stopnia nasilenia	1–5
UWAGA: Jeżeli szum uszny towarzyszy deficytowi słuchu, należy oceniać wyłącznie według tabeli 41a, natomiast jeżeli towarzyszy zaburzeniom równowagi, to oceniać wg punktu 47.	
42. Urazy małżowiny usznej:	
a) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia) lub utrata części małżowiny – w zależności od stopnia uszkodzeń	1–10
b) całkowita utrata jednej małżowiny	15
c) całkowita utrata obu małżowin	30
43. Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego – jednostronne lub obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu:	oceniać wg tabeli 41a
44. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:	
a) jednostronne	5
b) obustronne	10
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – w zależności od stopnia powikłań:	
a) jednostronne	5–15
b) obustronne	10–20
46. Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych:	
a) bez upośledzenia słuchu, w zależności od blizn, zniekształceń	1–5
b) z upośledzeniem słuchu	Oceniać wg tabeli 41a
47. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:	
a) z uszkodzeniem części słuchowej	Oceniać wg tabeli 41a
b) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi)	1–20
c) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, zaburzenia równowagi utrudniające poruszanie się, nudności, wymioty)	20–50
d) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	30–60
48. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:	
a) jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia	10–25
b) dwustronne	25–60

D. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZĘŁYKU

	Procent uszczerbku na zdrowiu
49. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji	5–10
50. Uszkodzenie lub zwężenie krtani, uszkodzenie nerwów krtaniowych, pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) niewielka okresowa duszność, chrypka	5–10
b) świst krtaniowy, duszność przy umiarkowanych wysiłkach, zachłystywanie się	10–30
51. Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej:	
a) z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia	35–50
b) z bezgłosem.	60
52. Uszkodzenie tchawicy – w zależności od stopnia jej zwężenia:	
a) bez niewydolności oddechowej.	1–10
b) duszność w trakcie wysiłku fizycznego	10–20
c) duszność w trakcie chodzenia po poziomym odcinku drogi wymagająca okresowego zatrzymania się w celu nabrania powietrza	20–40
d) duże zwężenie potwierdzone badaniem bronchoskopowym z dusznością spoczynkową	40–60
53. Uszkodzenie przełyku:	
a) ze zwężeniem bez zaburzeń w odżywianiu	1–5
b) z częściowymi trudnościami w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	5–30
c) odżywianie tylko płynami	50
d) całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	80
54. Uszkodzenie tkanek miękkich skóry, mięśni, naczyń – w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy:	
a) zmiany niewielkiego stopnia	1–5
b) zmiany średniego stopnia	5–15
c) rozległe blizny, w znacznym stopniu ograniczona ruchomość szyi z niesymetrycznym ustawieniem głowy	15–30
UWAGA: Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego oceniać wg punktu 89.	

E. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA

	Procent uszczerbku na zdrowiu
55. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu – w zależności od zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:	
a) zniekształcenia, ubytki i blizny nieograniczające ruchomości klatki piersiowej	1–5
b) mierne ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe z niewielkim zmniejszeniem wydolności oddechowej	5–10
c) średniego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe ze średnim zmniejszeniem wydolności oddechowej	10–25
d) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, rozległe ściągające blizny, duże ubytki mięśniowe ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	25–40
UWAGA: Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.	
56. Utrata brodawki:	
a) częściowa w zależności od rozległości blizn	1–10
b) całkowita utrata brodawki – w zależności od płci i wieku	10–15
UWAGA: Stopień uszczerbku na zdrowiu po całkowitej utracie brodawki oceniać również wg przewidywanej utraty funkcji.	
57. Uszkodzenie lub utrata sutka w zależności od wielkości ubytków i blizn:	
a) częściowe uszkodzenie lub częściowa utrata w zależności od wielkości ubytku.	5–15
b) całkowita utrata sutka – w zależności od płci i wieku	20–25
c) utrata sutka z częścią mięśnia piersiowego w zależności od płci i wieku	30–35
UWAGA: Stopień uszczerbku na zdrowiu po całkowitej utracie sutka oceniać również wg przewidywanej utraty funkcji.	
58. Złamanie żeber:	
a) żebra – bez zniekształceń	1
b) żeber – bez zniekształceń, bez zmniejszenia wydolności oddechowej	2–5
c) żebra lub żeber z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia wydolności oddechowej	2–10
d) złamanie żeber z miernym ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – z niewielkiego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	5–10
e) złamanie żeber ze średniego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – ze średniego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej.	10–25

	Procent uszczerbku na zdrowiu
f) złamanie żeber ze znacznego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej, ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	25–40
UWAGA: Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.	
59. Złamanie mostka:	
a) bez zniekształceń	1–3
b) z obecnością zniekształceń	3–10
60. Złamanie żeber lub mostka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami – ocenia się wg poz. 58–59, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o:	1–15
61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):	
a) uszkodzenie płuc i opłucnej bez cech niewydolności oddechowej	1–5
b) z objawami niewydolności oddechowej niewielkiego stopnia	5–10
c) z objawami niewydolności oddechowej średniego stopnia	10–25
d) z niewydolnością oddechową znacznego stopnia	25–40
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc – w zależności od stopnia niewydolności oddechowej:	40–80
UWAGA: Przy ocenie wg punktów 55, 58, 61 i 62 poza badaniem rentgenowskim, uszkodzenia tkanki płucnej i stopnie niewydolności oddechowej muszą być potwierdzone badaniem spirometrycznym i/lub badaniem gazometrycznym. W przypadku gdy następstwa obrażeń klatki piersiowej są oceniane z kilku punktów tabeli, a niewydolność oddechowa towarzyszy tym następstwom, trwały uszczerbek na zdrowiu wynikający ze stopnia niewydolności oddechowej ustala się wyłącznie w oparciu o jeden z tych punktów.	

Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej:

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

	Procent uszczerbku na zdrowiu
63. Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a) z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości.	5–10
b) I klasa NYHA, EF 50–55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości.	10–20
c) II klasa NYHA, EF 45%–55% 7–10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	20–40
d) III klasa NYHA, EF 35%–45 %, 5–7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości.	40–60
e) IV klasa NYHA, EF <35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	60–90
UWAGA: Stopień wydolności układu krążenia musi być oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych podpunktów muszą być spełnione co najmniej dwa kryteria.	

Klasyfikacja NYHA – klasyfikacja Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego wyróżnia następujące stany czynnościowe serca:

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

Definicja EF – frakcja wyrzutowa lewej komory:

Frakcja wyrzutowa lewej komory – ilość krwi wypływająca z lewej komory do układu krążenia podczas skurczu serca. Frakcja wyrzutowa jest zwykle wyrażana w procentach jako stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Frakcja wyrzutowa określa zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności serca. W przypadku choroby serca prowadzącej do jego niewydolności, frakcja wyrzutowa wynosi zwykle poniżej 50%.

Definicja równoważnika metabolicznego – MET, stosowanego przy ocenie próby wysiłkowej:

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

jako wartość odpowiadającą zużyciu tlenu w spoczynku i wyraża w mililitrach tlenu na kilogram masy ciała na minutę.

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

F. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA

	Procent uszczerbku na zdrowiu
65. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki, blizny itp.), okolicy lędźwiowej i krzyżowej – w zależności od charakteru blizn, ubytków, umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia:	
a) blizny, niewielkie ubytki tkanek	1–5
b) rozległe przerośnięte, ściągające blizny, ubytki mięśniowe, przetrwałe przepukliny	5–15
c) przetoki	15–30
UWAGA: Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). Nie podlegają orzekaniu przy ustalaniu następstw nieszczęśliwego wypadku przepukliny, do ujawnienia których doszło w wyniku wysiłku fizycznego lub dźwignięcia ciężaru.	
66. Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:	
a) bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	1–5
b) z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywiania	5–15
c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywiania	5–40
d) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – odżywianie jedynie pozajelitowe	50
67. Przetoki jelitowe, kałowe i odbytu – w zależności od możliwości zaopatrzenia sprzętem stomijnym i miejscowych powikłań przetoki:	
a) jelita cienkiego	30–80
b) jelita grubego	20–70
68. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy niepowodujące upośledzenia funkcji innych narządów w zależności od rozległości uszkodzenia naczyń:	1–10
69. Uszkodzenie odbytu, zwieracza odbytu:	
a) blizny, zwężenia, niewielkie dolegliwości	1–5

	Procent uszczerbku na zdrowiu
b) powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70. Uszkodzenia odbytnicy:	
a) pełnościenne uszkodzenie – bez zaburzeń funkcji	1–5
b) wypadanie błony śluzowej	5–10
c) wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania	10–30
71. Uszkodzenia śledziony:	
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata u osób powyżej 18 roku życia	15
d) utrata u osób poniżej 18 roku	20
72. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki – w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:	
a) bez zaburzeń funkcjonalnych, utrata pęcherzyka żółciowego	1–5
b) zaburzenia czynności wątroby w stopniu A wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	5–15
c) zaburzenia czynności wątroby w stopniu B wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	15–40
d) zaburzenia czynności wątroby w stopniu C wg Childa-Pugha, ciężkie zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki	20–60
UWAGA: Przetokę trzustkową oceniać wg ilości wydzielanej treści, stopnia wydolności zewnątrzwydzielniczej oraz zmian wtórnych powłok jamy brzusznej wg punktu 72 b–d. Przetokę żółciową oceniać wg ilości wydzielanej treści oraz zmian wtórnych powłok brzusznych wg punktu 72 b–d. Zwężenia dróg żółciowych orzekać wg częstości nawrotów zapaleń dróg żółciowych oraz zmian wtórnych w wątrobie wg punktu 72 b–d.	

Klasyfikacja Childa-Pugha – w odniesieniu do wartości należnych

Parametr	Liczba punktów		
	1	2	3
Albumina (g/dl) w sur.	>3,5	2,8–3,5	<2,8
Bilirubina (umol/l) w sur.	<25	25–40	>40
Czas protrombinowy (sek. ponad normę)	<4	4–6	>6
Wodobrzusze	brak	niewielkie	nasilone
Nasilenie encefalopatii	brak	I–II°	III–IV°

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

G. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH

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

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

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

	Procent uszczerbku na zdrowiu
87. Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami i produktami chemicznymi:	
a) ze stwierdzoną utratą przytomności, obserwacją szpitalną, lecz bez trwałych wtórnych powikłań	1–5
b) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu średnim	10–20
c) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według pozycji odpowiednich dla danego narządu lub układu.	
d) uszkodzenie układu krwiotwórczego	15–25
88. Inne następstwa zatruc oraz ogólne następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych (porażenia prądem, porażenia piorunem, następstwa ukąszeń) – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) ze stwierdzoną utratą przytomności, obserwacją szpitalną, lecz bez trwałych wtórnych powikłań	1–5
b) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu średnim	5–15
c) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według pozycji odpowiednich dla danego narządu lub układu.	
UWAGA: Uszkodzenie wzroku i słuchu oceniać wg odpowiednich tabel 26a, 31, 41. Miejscowe następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych oceniać według punktów odpowiednich dla danej okolicy ciała.	

I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA

	Procent uszczerbku na zdrowiu
89. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a) skręcenie, stłuczenie, niewielkie uszkodzenie aparatu więzadłowego – z przemieszczeniem kręgów poniżej 3 mm lub niestabilność kątowa poniżej 12° – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	1–5
b) ze złamaniem blaszki granicznej lub kompresją trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie średniego stopnia, podwichnięcie (potwierdzone czynnościowymi badaniami RTG), stan po usunięciu jądra miazdżystego, usztywnienie operacyjne – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	5–15
c) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie dużego stopnia, zwichnięcie, usztywnienie operacyjne – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	15–40
d) całkowite zeszczywnienie z niekorzystnym ustawieniem głowy	50
UWAGA: Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miazdżystego – oceniać według punktu 89 b lub c w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa szyjnego jest zespół bólowy korzeniowy, orzekać wyłącznie według pozycji 95.	
90. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th 1–Th 11):	
a) złamanie blaszki granicznej lub kompresja trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie średniego stopnia, stan po usunięciu jądra miazdżystego – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	1–10
b) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie dużego stopnia, zwichnięcie, usztywnienie operacyjne – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	10–20
c) całkowite zeszczywnienie – w zależności od ustawienia kręgosłupa	20–30
UWAGA: Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miazdżystego – oceniać według punktu 90 b lub c w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości.	
91. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym i lędźwiowym (Th12–L5):	
a) skręcenie, stłuczenie, z niewielkim uszkodzeniem aparatu więzadłowego – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	1–5

	Procent uszczerbku na zdrowiu
b) złamanie blaszki granicznej lub kompresja trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie średniego stopnia, stan po usunięciu jądra miażdżystego – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	5–15
c) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie dużego stopnia, zwinięcie, usztywnienie operacyjne – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	15–30
d) zeszywnienie – w zależności od ustawienia kręgosłupa	30–40
UWAGA: Jeżeli złamaniu Th 12 towarzyszy złamanie sąsiedniego kręgu w odcinku piersiowym, oceniać według punktu 91 tabeli. Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miażdżystego oceniać według punktu 91 b lub c w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa lędźwiowego jest zespół bólowy korzeniowy, oceniać wyłącznie według punktu 95. Kręgoszynek rzekomy (zwyrodnieniowy) i prawdziwy (na tle kręgoszczeliny) nie jest traktowany jako następstwo nieszczęśliwego wypadku.	
92. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych lub ościstych kręgu, kości guzicznej:	
a) złamanie jednego wyrostka poprzecznego lub ościstego kręgu, złamanie kości guzicznej	1–2
b) mnogie złamanie wyrostków poprzecznych lub ościstych kręgów (w zależności od liczby, stopnia przemieszczenia i ograniczenia ruchomości kręgosłupa)	2–10
UWAGA: W przypadku istnienia zespołu bólowego guzicznego w związku ze stłuczeniem lub złamaniem kości guzicznej oceniać wyłącznie wg punktu 95 h.	
93. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych) itp. – ocenia się wg poz. 89–92, zwiększając stopień uszczerbku o	5–10
94. Uszkodzenie rdzenia kręgowego:	
a) porażenie kończyn górnych i/lub dolnych 0–1° w skali Lovette'a, głęboki niedowład czterokończynowy 2° w skali Lovette'a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z porażeniem kończyn 0–1° w skali Lovette'a	100
b) głęboki niedowład kończyn górnych lub dolnych – 2° w skali Lovette'a, niedowład czterokończynowy 3° w skali Lovette'a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 2° w skali Lovette'a	60–80

	Procent uszczerbku na zdrowiu
c) średniego stopnia niedowład kończyn górnych lub dolnych – 3° w skali Lovette'a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 3° w skali Lovette'a, lub połowiczne uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym – z niedowładem kończyny dolnej 0–2° w skali Lovette'a	30–60
d) niewielki niedowład kończyn górnych i/lub dolnych – 4° w skali Lovette'a z zaburzeniami ze strony zwieraczy i zaburzeniami ze strony narządów płciowych, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 4° w skali Lovette'a lub połowiczne uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym – z niedowładem kończyny dolnej 3–4° w skali Lovette'a, izolowane zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych, zespół stożka końcowego	5–40
e) niewielki niedowład kończyn górnych i/lub dolnych – 4° w skali Lovette'a bez zaburzeń ze strony zwieraczy i narządów płciowych, zaburzeń troficznych	5–30
UWAGA: Ocena porażień zwieraczy i zaburzeń ze strony narządów płciowych wchodzi w zakres oceny punktu 94 a–c.	
95. Urazowe zespoły korzeniowe (ból, ruchowy, czuciowy lub mieszany) – w zależności od stopnia:	
a) szyjne bólowe	2–5
b) szyjne bez niedowładów – ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	5–15
c) szyjne z obecnością niedowładów – w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych	10–30
d) piersiowe	2–10
e) lędźwiowo-krzyżowe bólowe	2–5
f) lędźwiowo-krzyżowe bez niedowładów – ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	5–15
g) lędźwiowo-krzyżowe z obecnością niedowładów – w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych	10–30
h) guziczne	2–5
UWAGA: Zaburzenia stwierdzane w punkcie 95 a–h powinny mieć potwierdzenie w obiektywnej dokumentacji medycznej z leczenia i diagnostyki następstw zdarzenia.	

J. USZKODZENIA MIEDNICY

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

	Procent uszczerbku na zdrowiu
a) rozejście spójnienia łonowego, bez dolegliwości ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, bez zaburzeń chodu	1–5
b) rozejście spójnienia łonowego z dolegliwościami ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, z zaburzeniami chodu	5–15
c) rozejście, zwinięcie spójnienia łonowego ze zwinięciem stawu krzyżowo-biodrowego leczone operacyjnie w zależności od stopnia zaburzeń chodu	15–35
UWAGA: Jeżeli rozejściu spójnienia łonowego towarzyszy złamanie kości miednicy, oceniać według punktu 97 lub 99.	
97. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy kończyny dolnej jedno- lub wielomiejscowe – w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu:	
a) w odcinku przednim jednostronnie (kość łonowa, kość łonowa i kulszowa)	1–20
b) w odcinku przednim obustronnie	5–25
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a)	15–40
d) w odcinku przednim i tylnym obustronnie	40–45
UWAGA: Złamania stabilne kości miednicy, złamania awulsyjne oceniać według punktu 99.	
98. Złamanie panewki stawu biodrowego z centralnym lub bez centralnego zwinięcia stawu – w zależności od upośledzenia funkcji stawu:	
a) złamanie niewielkiego fragmentu panewki bez zwinięcia centralnego lub z centralnym zwinięciem I°	1–10
b) pozostałe zwinięcia centralne i złamania panewki – ze średnim stopniem ograniczenia funkcji	10–25
c) pozostałe zwinięcia centralne i złamania panewki – ze znacznym stopniem ograniczenia funkcji stawu	25–40
d) bardzo duże zmiany, zeszczywnienie w stawie – w zależności od ustawienia	40–60
UWAGA: Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem oceniać wg punktu 143.	
99. Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej:	
a) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej – bez zniekształcenia i bez zaburzenia funkcji	1–5
b) mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej – bez zniekształcenia i bez zaburzenia funkcji	2–7
c) jednomiejscowe złamanie kości miednicy i/lub kości krzyżowej – ze zniekształceniem i z zaburzeniami funkcji	3–10
d) mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej ze zniekształceniem i z zaburzeniami funkcji	5–20

Procent uszczerbku na zdrowiu
UWAGA: Towarzyszące złamaniom uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo wg pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.

K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ

Obręcz kończyny górnej	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
100. Złamanie łopatki:		
a) wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem bez większych zaburzeń funkcji kończyny	1–10	1–5
b) wygojone złamanie łopatki z dużym przemieszczeniem i wyraźnym upośledzeniem funkcji kończyny – w zależności od stopnia zaburzeń	10–30	5–25
c) wygojone złamanie szyjki i panewki z dużym przemieszczeniem, przykurczem w stawie łopatkowo-ramiennym, z dużymi zanikami mięśni i innymi zmianami	30–55	25–45
UWAGA: Normy pozycji 100 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.		
101. Stan po złamaniu obojczyka – w zależności od stopnia zniekształcenia i/lub ograniczenia ruchów:		
a) niewielkie zniekształcenie, bez ograniczenia ruchów	1–3	1–2
b) średniego stopnia zniekształcenie i ograniczenie ruchu miernego stopnia	3–10	2–5
c) duże zniekształcenie i ograniczenie ruchu	10–25	5–20
102. Staw rzekomy obojczyka – w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji kończyny:	10–25	5–20
UWAGA: W przypadku złamania obojczyka powikłanego stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 102.		
103. Podwichnięcie, zwinięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – w zależności od ograniczenia ruchów, stopnia zniekształcenia i upośledzenia funkcji:		
a) nieznaczne zmiany.	1–5	1–3
b) zmiany średniego stopnia	5–15	3–12
c) znaczne zmiany	15–25	12–20
UWAGA: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków złamania obojczyka oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 182, natomiast stopień zniekształcenia obojczyka według pozycji 101–103. W przypadku nienakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 182.		

Obręcz kończyny górnej	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
104. Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych) – ocenia się wg poz. 101–103 – zwiększając stopień trwałego uszczerbku o:	1–5	
105. Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego (zwichnięcia, złamania głowy, nasady bliższej kości ramiennej, skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku – w zależności od blizn, ubytków tkanek, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń i zniekształceń:		
a) miernego stopnia	1–10	1–5
b) średniego stopnia	10–20	5–15
c) dużego stopnia	20–30	15–25
106. Zestarzałe nieodprowadzone zwichnięcie stawu łopatkowo-ramiennego w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny:	20–35	15–30
107. Nawykowe zwichnięcie:		
a) po leczeniu operacyjnym w zależności od ograniczenia ruchomości	5–25	5–20
b) nieleczone operacyjnie	25	20
UWAGA: Nawykowego zwichnięcia nie należy traktować jako kolejnego nieszczerbkiego wypadku, lecz jako skutek ostatniego urazowego zwichnięcia stawu łopatkowo-ramiennego. Przy orzekaniu według punktu 107 należy zebrać szczegółowy wywiad w kierunku przebytych wcześniej urazowych zwichnięć w stawie oraz zapoznać się z dodatkową dokumentacją medyczną w celu ustalenia daty ostatniego zwichnięcia urazowego oraz daty pierwszego zwichnięcia nawykowego.		
108. Staw cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości – w zależności od zaburzeń funkcji:	25–40	20–35
UWAGA: Staw wiotki z powodu porażen ocenian się wg norm neurologicznych.		
109. Zesztywnienie stawu barkowego:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od ustawienia i funkcji	20–35	15–30
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40	35
110. Bliznowaty przykurcz stawu barkowego – w zależności od zaburzeń czynności stawu: orzekać według punktu 105 lub 109.		

Obręcz kończyny górnej	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
111. Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 105–110, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji:	1–35	1–25
112. Utrata kończyny w barku:	75	70
113. Utrata kończyny wraz z łopatką:	80	75

Ramię	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawe	Lewe
114. Złamanie trzonu kości ramiennej – w zależności od przemieszczeń, ograniczeń ruchu w stawie łopatkowo-ramiennym i łokciowym oraz zaburzeń neurologicznych:		
a) zmiany niewielkiego stopnia	3–15	2–10
b) zmiany średniego stopnia	15–30	10–25
c) zmiany dużego stopnia, przewlekłe zapalenie kości, przetoki, brak zrostu, staw rzekomy	30–55	25–50
115. Uszkodzenia skóry, ubytki mięśni, uszkodzenia ścięgien, naczyń, nerwów ramienia – w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
a) zmiany niewielkie	1–5	1–5
b) zmiany średnie	5–10	5–10
c) zmiany duże	10–50	10–45
UWAGA: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 114.		
116. Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70	65
b) przy dłuższych kikutach	65	60
117. Przepukliny mięśniowe ramienia – w zależności od rozmiarów:	1–8	1–6

Łokieć	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
118. Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej) – w zależności od zniekształceń i ograniczenia ruchów w stawie łokciowym oraz deficytów neurologicznych:		
a) niewielkie zmiany.	1–5	1–4
b) średnie zmiany.	5–15	4–10

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

Przedramię	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawe	Lewe
123. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka, ruchów obrotowych przedramienia, ruchomości palców i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:		
a) bez lub z niewielkim zniekształceniem bez istotnych zaburzeń ruchomości (np. złamania podokostnowe u dzieci, złamania bez przemieszczenia, izolowane złamania wyrostka rylcowatego)	1–3	1–2
b) średnie zniekształcenia z ograniczeniem ruchomości bez zaburzeń wtórnych	3–10	2–8
c) średnie lub duże zniekształcenia ze średnim ograniczeniem ruchomości, ze zmianami wtórnymi (np. zespół Sudecka i inne)	10–20	8–15

Przedramię	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawe	Lewe
d) bardzo duże zniekształcenia z dużym ograniczeniem ruchów, ze zmianami wtórnymi (np. zespół Sudecka i inne)	20–30	15–25
124. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
a) niewielkie zmiany	1–5	1–4
b) średnie zmiany	5–20	4–15
c) duże zmiany, zmiany wtórne i inne	20–35	15–30
125. Uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń – w zależności od rozmiarów, uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne):		
a) niewielkie zmiany	1–5	1–4
b) średnie zmiany	5–10	4–8
c) znaczne zmiany	10–20	8–15
UWAGA: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktów 123, 124, 126, 127.		
126. Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:		
a) średniego stopnia	10–20	10–15
b) dużego stopnia	20–35	15–30
UWAGA: W przypadku złamania jednej kości przedramienia powikłanej stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 126.		
127. Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:		
a) średniego stopnia	10–25	10–20
b) dużego stopnia	25–40	20–35
UWAGA: W przypadku złamania obu kości przedramienia powikłanych stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 127.		
128. Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 123–127, zwiększając stopień trwałego uszczerbku w zależności od stopnia powikłań:	1–15	1–15
129. Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oproteżowania:	55–65	50–60

Przedramię	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawe	Lewe
130. Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka:	55	50

Nadgarstek	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
131. Skręcenie, zwichnięcie w obrębie nadgarstka, złamanie kości nadgarstka (np. kości łódeczkowatej), uszkodzenia skóry, mięśni, naczyń – w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, niestabilności, rozległości uszkodzenia, upośledzenia funkcji, zmian troficznych i innych zmian wtórnych:		
a) niewielkiego stopnia	1–10	1–8
b) średniego stopnia	10–20	8–15
c) dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym	20–30	15–25
132. Całkowite zeszytnienie w obrębie nadgarstka (stawu promieniowo-nadgarstkowego):		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	15–30	10–25
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	25–45	20–40
133. Uszkodzenie nadgarstka powikłane głębokimi trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 131–132, zwiększając stopień trwałego uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań:	1–10	1–10
134. Utrata ręki na poziomie nadgarstka:	55	50

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

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

Palec wskazujący	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
138. Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:		
a) utrata częściowa lub całkowita opuszki, trwała utrata płytki paznokciowej	1–5	1–4
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego	5–10	4–8
c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka środkowego	10–15	8–13
d) utrata dwóch paliczków	15–20	13–18
e) utrata w obrębie paliczka podstawowego lub utrata trzech paliczków	20–25	18–23
f) utrata wskaziciela w obrębie lub z kością śródreczę	25–30	23–27

Palec wskazujący	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
139. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela: złamania, zwichnięcia, uszkodzenia mięśni, ścięgien, naczyń, nerwów – w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych – w zależności od stopnia:		
a) niewielkie zmiany	1–5	1–4
b) zmiany średniego stopnia	5–10	4–8
c) zmiany dużego stopnia	10–15	8–13
d) zmiany znacznego stopnia, graniczące z utratą wskaziciela (bezużyteczność palca)	15–20	13–18
e) całkowita bezużyteczność wskaziciela	23	20

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

UWAGA:

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

142. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia mięśni, ścięgien, naczyń, nerwów – w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych – za każdy palec w zależności od stopnia:		
a) niewielkie zmiany	1–2,5	1–2
b) zmiany średniego stopnia	2,5–5	2–4,5
c) zmiany dużego stopnia	5–8	4,5–7
d) całkowita bezużyteczność	9	8

Palec trzeci, czwarty i piąty	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
UWAGA: Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców, suma procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę ręki (dla prawej – 55%, dla lewej – 50%).		

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ

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

144. Uszkodzenie tkanek miękkich okolicy stawu biodrowego (skóry, mięśni, naczyń, aparatu więzadłowo-torebkowego, nerwów) – w zależności od blizn, ubytków, deficytów neurologicznych, stopnia ograniczenia ruchów:		
a) niewielkiego stopnia	1–5	
b) średniego stopnia	5–15	
c) znacznego stopnia	15–30	
d) bardzo duże zmiany	30–60	

UWAGA:

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

145. Zeszywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	15–35	
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	35–60	

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

Udo	Procent uszczerbku na zdrowiu
148. Złamanie kości udowej – w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stawie biodrowym i kolanowym, zaburzeń chodu, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych:	
a) niewielkie zmiany – wzrost niepowikłany, bez zaburzeń osi kończyny	1–15
b) średnie zmiany – wzrost złamania, zaburzenia osi kończyny, skrócenie kończyny od 3 do 6 cm, zaburzenia rotacji kończyny w średnim stopniu upośledzające chód	15–30
c) duże zmiany – wzrost opóźniony, znaczne zaburzenia osi kończyny, skrócenie kończyny powyżej 6 cm, zaburzenia rotacji kończyny w znacznym stopniu upośledzające chód	30–40
149. Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych:	40–60
150. Uszkodzenie skóry, mięśni, ścięgien (blizny, ubytki, przepukliny mięśniowe itp.) – w zależności od zaburzeń funkcji itp.:	
a) niewielkiego stopnia	1–5
b) średniego stopnia	5–10
c) znacznego stopnia	10–20
UWAGA: Według tej pozycji oceniać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości oceniać według punktu 148.	
151. Uszkodzenie dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia zaburzeń:	5–30

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

UWAGA:

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

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

Kolano	Procent uszczerbku na zdrowiu
155. Złamanie nasad tworzących staw kolanowy i rzepki z lub bez uszkodzenia aparatu więzadłowego – w zależności od zniekształceń, szpotawości, koślawości, przykurców, ograniczenia ruchów, stabilności stawu, zaburzeń statyczno-dynamicznych kończyny i innych zmian:	
a) niewielkie zmiany – możliwość zgięcia do kąta w przedziale 90°–120° i/lub deficyt wyprostu do kąta 5°, mała lub średnia niestabilność prosta lub niewielka rotacyjna	1–10
b) średnie zmiany – możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 40° do 90° i/lub deficyt wyprostu do kąta w zakresie 15°–5°, duża niestabilność prosta lub średniego stopnia rotacyjna bądź niewielkiego lub średniego stopnia złożona, zaburzenia osi kończyny	10–25
c) duże zmiany – możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 0°–40° i/lub deficyt wyprostu do kąta powyżej 15°, utrwalone duże niestabilności złożone i rotacyjne, znaczne zaburzenia osi kończyny	25–40
d) zeszytywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnej korzystnej 0–15°	30
e) zeszytywnienie stawu kolanowego w pozycjach funkcjonalnych niekorzystnych	30–40
156. Skręcenia i zwichnięcia stawu kolanowego (w tym zwichnięcie rzepki) z uszkodzeniem aparatu więzadłowo-stawowego (torebki, więzadeł, łąkotek) – w zależności od ograniczenia ruchów, stabilności stawu, wydolności statyczno-dynamicznej kończyny:	

Kolano	Procent uszczerbku na zdrowiu
a) izolowane uszkodzenia łąkotec, stan po leczeniu operacyjnym łąkotec z dobrym efektem, uszkodzenia aparatu więzadłowego bez cech niestabilności – w zależności od stopnia upośledzenia zakresu ruchu	1–5
b) uszkodzenia aparatu więzadłowego z lub bez uszkodzenia łąkotec – powodujące małą lub średnią niestabilność prostą, niewielkiego stopnia rotacyjną, stan po leczeniu operacyjnym struktur stawu z dobrym efektem – w zależności od stopnia upośledzenia zakresu ruchu	1–10
c) uszkodzeniami aparatu więzadłowego z lub bez uszkodzenia łąkotec, powodujące dużą niestabilność prostą lub średniego stopnia rotacyjną, bądź niewielkiego lub średniego stopnia złożoną – w zależności od upośledzenia zakresu ruchu	10–25
d) utrwalone duże niestabilności złożone i rotacyjne, uszkodzenia obu więzadeł krzyżowych, znaczne zaburzenia osi kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia zakresu ruchu	25–40
157. Inne uszkodzenia okolicy stawu kolanowego – blizny skóry, ciała obce (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przewlekłe stany zapalne, przetoki i inne zmiany wtórne – w zależności od nasilenia zmian:	
a) niewielkie zmiany	1–5
b) średnie zmiany	5–10
c) duże zmiany	10–20
158. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego:	65
UWAGA: Prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprostu do 120° dla zgięcia. Jeżeli zeszytywnienie stawu kolanowego jest spowodowane uszkodzeniami innymi niż złamania kości, oceniać według punktu 155 d lub e.	

Podudzie	Procent uszczerbku na zdrowiu
159. Złamanie trzonów kości podudzia jednej lub obu – w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:	
a) niewielkie zmiany – wzrost niepowikłany, niewielkie zaburzenia osi kończyny, niewielkie skrócenie	5–15
b) średnie zmiany – wzrost złamania lub cechy wzrostu opóźnionego, zaburzenia osi kończyny w średnim stopniu upośledzające chód	15–30
c) bardzo rozległe zmiany kości z towarzyszącymi ograniczeniami funkcji sąsiednich stawów – powikłane przewlekłym zapaleniem kości z przetokami, ubytkami kości, stawem rzekomym, martwicą aseptyczną, zmianami neurologicznymi i innymi zmianami wtórnymi	30–50

Podudzie	Procent uszczerbku na zdrowiu
160. Izolowane złamanie strzałki (nie obejmuje kostki bocznej) – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, upośledzenia funkcji kończyny:	1–5
UWAGA: W przypadku współistnienia trwałego uszkodzenia nerwu strzałowego, uszczerbek oceniać dodatkowo wg punktu 182 u.	
161. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, nerwów podudzia, ścięgna Achillesa i innych ścięgien – w zależności od rozległości uszkodzenia, zniekształcenia stopy i ograniczeń czynnościowych, zmian neurologicznych, naczyniowych, troficznych i innych:	
a) niewielkie zmiany	1–5
b) średnie zmiany	5–15
c) znaczne zaburzenia funkcji stopy, duże zmiany neurologiczne	15–35
UWAGA: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 159, 160.	
162. Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a) przy długości kikuta do 8 cm, mierząc od szpary stawowej (u dzieci do lat 10 przy długości kikuta do 6 cm)	60
b) przy dłuższych kikutach	40–55
Staw goleniowo-skokowy i skokowo-piętowy, stopa	Procent uszczerbku na zdrowiu
163. Uszkodzenie stawu goleniowo-skokowego i/lub skokowo-piętowego – skręcenia, stłuczenia, uszkodzenia więzadeł, torebki, uszkodzenia tkanek miękkich, blizny – w zależności od zniekształceń, funkcji stopy, zmian wtórnych i innych powikłań:	
a) następstwa skręceń powodujące niewielkie zaburzenia ruchomości, niewielkie zniekształcenia, blizny, ubytki	1–2
b) miernego stopnia zaburzenia ruchomości i zniekształcenie – po częściowym uszkodzeniu więzadeł bez niestabilności w stawach	2–5
c) średniego stopnia zaburzenia ruchomości i zniekształcenie – po częściowym uszkodzeniu więzadeł, z niestabilnością w stawach	5–10
d) duże zmiany z utrzymującymi się objawami funkcjonalnej niestabilności stawów, po całkowitym rozerwaniu więzadeł	10–20

Staw goleniowo-skokowy i skokowo-piętowy, stopa	Procent uszczerbku na zdrowiu
164. Złamania i zwichnięcia kości wchodzących w skład stawu goleniowo – skokowego i/lub skokowo-piętowego, nasad dalszych kości podudzia – w zależności od zniekształceń, ograniczeń ruchomości stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy, zeszywnienia stawów goleniowo-skokowego i/lub skokowo-piętowego – w zależności od utrzymujących się dolegliwości:	
a) niewielkiego stopnia ograniczenie funkcji w obrębie stawów skokowych	2–5
b) średniego stopnia zaburzenia funkcji w obrębie stawów skokowych	5–10
c) dużego stopnia zaburzenia funkcji w obrębie stawów skokowych lub zeszywnienie w ustawieniu pod kątem zbliżonym do prostego	10–20
d) zeszywnienie w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	20–30
e) znacznego stopnia zaburzenia funkcji w obrębie stawów skokowych, powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami, martwicą, zmianami troficznymi i innymi zmianami wtórnymi, zeszywnienie w ustawieniu niekorzystnym	20–40
UWAGA: Jeżeli złamaniom lub zwichnięciom towarzyszą uszkodzenia więzadłowe, trwały uszczerbek na zdrowiu należy oceniać z punktu 164.	
165. Złamania kości skokowej i/lub piętowej (niewchodzące w zakres punktu 164) – w zależności od utrzymujących się dolegliwości, przemieszczeń, zniekształceń, ustawienia stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych, zmian troficznych i innych powikłań:	
a) niewielkie zmiany	1–10
b) średnie zmiany	10–20
c) duże zmiany	20–30
166. Utrata kości skokowej i/lub piętowej – w zależności od wielkości, blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań:	
a) częściowa utrata	20–30
b) całkowita utrata	30–40
167. Złamania i zwichnięcia kości stępu w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i innych zmian wtórnych:	
a) niewielkiego stopnia – w zależności od wielkości zaburzeń czynnościowych	1–5
b) średniego stopnia – w zależności od wielkości zaburzeń czynnościowych	5–10
c) znacznego stopnia lub z innymi powikłaniami – w zależności od wielkości zaburzeń	10–20
168. Złamania kości śródstopia – w zależności od przemieszczeń, zniekształcenia stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych i innych zmian:	

Staw goleniowo-skokowy i skokowo-piętowy, stopa	Procent uszczerbku na zdrowiu
a) złamanie jednej kości śródstopia – I lub V	1–10
b) złamanie jednej kości śródstopia – II, III lub IV	1–5
c) złamanie dwóch kości śródstopia	2–15
d) złamanie trzech lub więcej kości śródstopia	5–20
169. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 168, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań o:	1–10
170. Inne uszkodzenia okolicy stępu i śródstopia – skręcenia, stłuczenia, uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien, naczyń, nerwów – w zależności od rozmiaru blizn, zniekształceń, zmian troficznych, zaburzeń dynamicznych stopy i innych zmian wtórnych:	
a) zmiany niewielkie	1–5
b) średnie zmiany	5–10
c) duże zmiany	10–15
171. Utrata stopy w całości:	50
172. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta:	45
173. Utrata stopy w stawie Lisfranka:	35
174. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia – w zależności od rozległości utraty przodostopia i cech kikuta:	20–30
Palce stopy	Procent uszczerbku na zdrowiu
175. Utrata w zakresie palucha – w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, charakteru kikuta, zaburzeń statyki i chodu oraz innych zmian wtórnych:	
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki lub trwała utrata płytki paznokciowej	1–3
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego palucha	3–8
c) utrata palucha na poziomie paliczka bliższego	8–14
d) całkowita utrata palucha	15
176. Uszkodzenia palucha – zwichnięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od rozległości blizn, ubytków, zniekształcenia, upośledzenia funkcji stopy:	
a) niewielkie zmiany	1–3
b) średnie zmiany	3–6
c) duże zmiany z niekorzystnym ustawieniem	6–10
177. Utrata palucha wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia:	15–25
178. Utrata w zakresie palców II, III, IV i V:	
a) częściowa utrata palca na wysokości paliczka środkowego – za każdy palec	1
b) całkowita utrata – za każdy palec	2
179. Utrata palca V z kością śródstopia:	3–15

Palce stopy	Procent uszczerbku na zdrowiu
180. Utrata palców II, III i IV z kością śródstopia – w zależności od wielkości utraty kości śródstopia, ustawienia stopy i innych zmian wtórnych – za każdy palec:	3–5
181. Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwichnięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od rozległości blizn, ubytków, zniekształcenia, ustawienia, stopnia upośledzenia funkcji i liczby uszkodzonych palców orzekać łącznie:	1–5
UWAGA: Wartość uszczerbku ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę tego palca.	

M. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH

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

	Procent uszczerbku na zdrowiu
	Prawa Lewa
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	15–45 10–40
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1–15
o) nerwu zasłonowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2–20
p) nerwu udowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2–30
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	3–20
r) nerwu sromowego wspólnego	3–25
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy	20–60
t) nerwu piszczelowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5–40
u) nerwu strzałkowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5–30
v) splotu lędźwiowo-krzyżowego	30–70
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1–10
UWAGA: Według punktu 182 ocenia się tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadku współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych, należy stosować ocenę wg punktów dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.	
183. Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną – w zależności od stopnia	30–50
UWAGA: W ocenie tej zawiera się deficyt związany z uszkodzeniem typowym dla danego nerwu.	

UWAGI OGÓLNE:

Przy wielomiejscowych uszkodzeniach kończyny górnej lub dolnej (lub jej części) w ustaleniu ostatecznej wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu należy brać pod uwagę całkowitą funkcję kończyny (lub jej części), a nie tylko wynik matematyczny sumowania procentów trwałego uszczerbku za poszczególne uszkodzenia.

Łączny uszczerbek na zdrowiu związany z uszkodzeniem skóry, mięśni, nerwów, kości nie może przekroczyć wartości za całkowitą utratę kończyny lub części kończyny, której te uszkodzenia dotyczą.

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

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

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

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



**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU
SPOWODOWANEGO ZAWAŁEM SERCA LUB KRWOTOKIEM
ŚRÓDMÓZGOWYM**

DODATKOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZEBKU NA ZDROWIU SPOWODOWANEGO ZAWAŁEM SERCA LUB KRWOTOKIEM ŚRÓDMÓZGOWYM

Wersja dokumentu z dnia 18.09.2020 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym, kod warunków: TZGP33 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU. Użyte w OWU definicje mogą odbiegać od powszechnie przyjętego pojęcia, dlatego zwróć na nie szczególną uwagę.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

INFORMACJA O PRODUKCIE

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

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA – CO UBEZPIECZAMY?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanym zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym zaistniałym w okresie naszej odpowiedzialności.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zawału lub krwotoku śródmózgowego za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ, KOGO UBEZPIECZAMY?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składkę za ubezpieczenie.

Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

JAK DŁUGO TRWA UMOWA?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polis, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

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?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego w umowie zakończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,
- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

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

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- zdarzeń będących przyczyną wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- brakiem związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zawałem serca albo krwotokiem śródmózgowym a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu,
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia.

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

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. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

WYNAGRODZENIE DYSTRYBUTORA

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

W poniższej tabeli przedstawiamy te postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym, kod warunków TZGP33 (OWU), które wskazują podstawowe warunki umowy ubezpieczenia.

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

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 pkt 4–5 pkt 17–18 pkt 25 pkt 26–37 pkt 49
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 pkt 22–23 pkt 24 pkt 31–35 pkt 49

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU SPOWODOWANEGO ZAWAŁEM SERCA LUB KRWOTOKIEM ŚRÓDMÓZGOWYM

Kod OWU: TZGP33

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym, uchwałą nr UZ/155/2020 z dnia 13 lipca 2020 (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 18.09.2020 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 października 2020 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **krwotok śródmózgowy** – który jest wynaczynieniem krwi do tkanki nerwowej mózgowia. Odpowiadamy także za taki krwotok śródmózgowy, w którym krew jest obecna w komorach mózgu oraz krwotok podpajęczynówkowy, w którym dochodzi do przebiecia krwi do tkanki nerwowej mózgowia lub do komór mózgu oraz udar niedokrwienny, który uległ wtórnemu ukrwotoczeniu;
- 2) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – to nieodwracalne uszkodzenie strukturalne organu, narządu lub układu bądź też trwałe upośledzenie ich funkcji, które nie ulegnie poprawie pod wpływem leczenia ani rehabilitacji;
- 3) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 4) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie wskazane w polisie, do którego ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
- 5) **zawał serca** – który jest uszkodzeniem części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia. Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnienie jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:
 - a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,
 - b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,
 - c) nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
 - d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii. Odpowiadamy również za zawał związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych, o ile w badaniach obrazowych stwierdzono nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego o umiejscowieniu odpowiadającym etiologii niedokrwiennej lub w koronarografii stwierdzono powikłania zabiegu ograniczające przepływ krwi oraz w którym stwierdzono wzrost stężenia troponiny sercowej we krwi do wartości:
 - a) 5-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z przeszłą interwencją wieńcową lub
 - b) 10-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z pomostowaniem tętnic wieńcowych.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ciebie trwałego uszczerbku na zdrowiu, który powstał w wyniku zawału serca lub krwotoku śródmózgowego w okresie naszej ochrony.

5. Jeśli wystąpi u Ciebie trwały uszczerbek na zdrowiu, to za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu wypłacimy świadczenie równe określonymu w polisie procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia zawału serca albo krwotoku śródmózgowego.

ZAWIERANIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

6. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jej trwania.
7. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UMOWY

– czyli jak długo trwa ubezpieczenie

8. Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli ubezpieczenie zawierane jest z nami pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona trwa do najbliższej rocznicy polisy.

PRZEDŁUŻENIE UMOWY

– czyli jak umowa ubezpieczenia się przedłuża

9. Jeśli żadna ze stron umowy, czyli ubezpieczający lub my, nie postanowi inaczej, umowa ubezpieczenia dodatkowego wraz z umową ubezpieczenia podstawowego przedłuża się na kolejny rok automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
10. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tej umowy.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

– czyli do kiedy ubezpieczający może się wycofać z umowy ubezpieczenia

11. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
12. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
13. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z umowy ubezpieczenia

14. Wypowiedzenie umowy odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
15. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.

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

SUMA UBEZPIECZENIA

– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

17. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia pieniężnego.
18. Wysokość sumy ubezpieczenia znajduje się w polisie.

SKŁADKA

– od czego zależy i kiedy ją opłacać

19. Wysokość składki za ubezpieczonego zależy od:
- 1) sumy ubezpieczenia;
 - 2) wysokości świadczenia;
 - 3) częstotliwości jej przekazywania;
 - 4) liczby, struktury wieku i pci osób, które przystępują do umowy, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.
20. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy w polisie.
21. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

22. Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
23. Okres ochrony w tej umowie rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się to ubezpieczenie

24. Nasza odpowiedzialność w tej umowie kończy się:
- 1) z dniem zakończenia okresu naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
 - 2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy;
 - 3) z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane;
 - 4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę;
 - 5) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
 - 6) z dniem, w którym umowa ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

– czyli komu należy się wypłata

25. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci świadczenie

26. Jeśli wystąpi u Ciebie zawał serca lub krwotok śródmózgowy, dostarcz nam:
- 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego.
27. Możemy dodatkowo:
- 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskazałeś;
 - 2) zlecić badania medyczne – jeśli będzie to potrzebne.
28. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.

29. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
30. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 26, 27, 29 dokumentacji.
31. Należy Ci się prawo do wypłaty świadczenia:
- 1) jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu;
 - 2) maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu z powodu jednego zawału serca lub jednego krwotoku śródmózgowego.
32. Jeśli nie jest możliwe określenie ostatecznej wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu, ustalamy bezsporną część tego uszczerbku, czyli taką, która nie ulegnie zmianie bez względu na dalsze leczenie i rehabilitację i wypłacamy kwotę świadczenia, do której nie było żadnych wątpliwości.
33. Oceny końcowej trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonujemy nie później niż w 24 miesiącu od wystąpienia zawału serca lub krwotoku śródmózgowego. Zmiana wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu po 24 miesiącu od wystąpienia zawału serca lub krwotoku śródmózgowego nie jest podstawą do zmiany wysokości świadczenia.
34. Jeśli wskutek zawału serca lub krwotoku śródmózgowego został uszkodzony organ, narząd lub układ, który był już wcześniej uszkodzony, to wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalamy jako różnicę pomiędzy stanem po zawałe serca lub krwotoku śródmózgowym a stanem istniejącym bezpośrednio przed zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym.
35. Wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalamy w oparciu o Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu. Tabela jest załącznikiem do OWU.
36. Gdy ustalamy wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie bierzemy pod uwagę rodzaju pracy ani czynności, jakie wykonujesz.
37. Pieniądze za trwałe uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym wypłacamy jednorazowo w pełnej należnej kwocie – z uwzględnieniem pkt 32 i 33.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA, SKIEROWANIE SPRAWY DO SĄDU

– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

38. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.
39. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć:
- 1) pisemnie – przesyłką pocztową (w rozumieniu ustawy „Prawo pocztowe”) albo osobiście;
 - 2) ustnie – przez telefon, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście, co potwierdzamy protokołem;
 - 3) elektronicznie – na adres: reklamacje@pzu.pl lub za pomocą formularza na pzu.pl.
40. 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.
41. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy:
- 1) w postaci papierowej lub
 - 2) pocztą elektroniczną – robimy to na wniosek osoby (podmiotu), która złożyła reklamację.
42. 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.
43. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.

44. Pozew w sprawach, które wynikają z umów, można złożyć do sądu:
- 1) według właściwości ogólnej – zgodnie z Kodeksem postępowania cywilnego albo
 - 2) właściwego dla miejsca zamieszkania (lub siedziby) odpowiednio: Twojego, ubezpieczonego lub jego spadkobiercy, uprawnionego z umowy lub jego spadkobiercy.
45. Więcej o reklamacjach można dowiedzieć się z „Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i Rzeczniku Finansowym” oraz z „Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń”.
46. Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
47. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu „Ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich”, właściwym dla PZU Życie SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy. Adres jego strony internetowej jest taki: rf.gov.pl.
48. W przypadku umowy direct oraz umowy w systemie uproszczonym, gdzie oferta została wysłana drogą elektroniczną i do zawarcia umowy ubezpieczenia doszło drogą elektroniczną, konsument

ma prawo skorzystać z pozasądowego sposobu rozstrzygania sporów i złożyć skargę za pośrednictwem platformy internetowego systemu rozstrzygania sporów (Platforma ODR) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. – adres: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>. Za działanie Platformy ODR odpowiada Komisja Europejska. Adres poczty elektronicznej do kontaktu z PZU jest następujący: reklamacje@pzu.pl.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

49. W sprawach, których nie reguluje ta umowa, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego wskazanego w polisie, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

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





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK URODZENIA DZIECKA

Wersja dokumentu z dnia 1.10.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia dziecka, kod warunków: UDGP30 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

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 ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest urodzenia dziecka ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- urodzenie dziecka,
- urodzenie martwego dziecka w rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń, jeżeli urodzenie zostało zarejestrowane, zaistniałe w okresie naszej odpowiedzialności.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku urodzenia dziecka wypłacamy ubezpieczonemu 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu urodzenia.

W przypadku urodzenia martwego dziecka wypłacamy ubezpieczonemu 200% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu urodzenia.

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Przystąpienie do ubezpieczenia dodatkowego możliwe jest wyłącznie jednocześnie z przystąpieniem do ubezpieczenia podstawowego.

Jak długo trwa umowa?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na czas określony, zgodny z okresem, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia podstawowego.

W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia podstawowego umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na taki sam co do długości okres.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

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

Jak i kiedy płaci się składkę?

Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.

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

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

W ubezpieczeniu ma zastosowanie karenca w przypadkach i na zasadach analogicznych jak w ubezpieczeniu podstawowym, z tym że okres karencji wynosi:

- 9 miesięcy od początku odpowiedzialności – w przypadku urodzenia dziecka,
- 6 miesięcy od początku odpowiedzialności – w przypadku urodzenia martwego dziecka.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego kończy się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- zdarzeń będących przyczyną wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia,
- gdy osobą zgłaszającą roszczenie jest osoba inna niż uprawniona do otrzymania roszczenia w świetle umowy.

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

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. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą, która

wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługuje prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.

2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:

- 1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
- 2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.

3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:

- 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
- 5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.**
- 6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.**
- 7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.**

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia dziecka, kod warunków UDGP30 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia.

Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 5 OWU § 11 OWU § 15 OWU § 16 OWU § 17 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 13 OWU § 14 OWU § 17 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA DZIECKA

Kod warunków: UDGP30



POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia dziecka zawieranych jako umowy ubezpieczenia dodatkowego do umów wskazanego przez PZU Życie SA grupowego ubezpieczenia na życie zwanego ubezpieczeniem podstawowym.

§ 2

Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennic, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, używane są w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest urodzenie dziecka ubezpieczonemu.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia zaistniałe w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA:

- 1) urodzenie dziecka,
- 2) urodzenie martwego dziecka w rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń, jeżeli urodzenie zostało zarejestrowane.

§ 5

PZU Życie SA wypłaca świadczenie w przypadku:

- 1) urodzenia dziecka – w wysokości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu urodzenia,
- 2) urodzenia martwego dziecka w rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń, jeżeli urodzenie zostało zarejestrowane – w wysokości 200% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu urodzenia.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 6

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego.

§ 7

Przystąpienie do ubezpieczenia dodatkowego możliwe jest wyłącznie jednocześnie z przystąpieniem do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 8

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na czas określony, zgodny z okresem, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia podstawowego.
2. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia podstawowego umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na taki sam co do długości okres.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 9

1. Zasady odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 10

1. Zasady wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 11

1. Wysokość sumy ubezpieczenia określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest niezmienna przez cały czas trwania umowy.

SKŁADKA

§ 12

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, zakresu ubezpieczeń dodatkowych, wysokości świadczeń, częstotliwości przekazywania składek oraz liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przystępujących do ubezpieczenia.
2. Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
3. Składka przekazywana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 13

1. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 14

W ubezpieczeniu ma zastosowanie karencja w przypadkach i na zasadach analogicznych jak w ubezpieczeniu podstawowym, z tym że okres karencji wynosi:

- 1) 9 miesięcy od początku odpowiedzialności – w przypadku urodzenia dziecka,
- 2) 6 miesięcy od początku odpowiedzialności – w przypadku urodzenia martwego dziecka.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 15

Prawo do świadczenia z tytułu zdarzeń, o których mowa w § 4, przysługuje ubezpieczonemu.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 16

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:
 - 1) zgłoszenie roszczenia,
 - 2) akt urodzenia dziecka,
 - 3) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na życzenie PZU Życie SA.

2. PZU Życie SA decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 17

W sprawach nieuregulowanych w ogólnych warunkach mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 18

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/86/2004 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 3 marca 2004 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku oraz uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku.
2. Niniejsze ogólne warunki wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2011 roku.

**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

Wersja z dnia 1.10.2018 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: WKGP32 (OWU).

Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

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 ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest życie ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym, zaistniałym w okresie naszej odpowiedzialności.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym wypłacamy uposażonemu procent 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.

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

Jak długo trwa umowa?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

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

Jak i kiedy płaci się składkę?

Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.

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

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego zakończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:

- zakończenia naszej odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia,
- upływu okresu za jaki przekazano składkę – w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego,
- upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- gdy ubezpieczony prowadził pojazd będąc w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
- braku związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym 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).

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. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą, która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługuje prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.
2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:
 - 1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
 - 2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.
3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.
6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym, kod warunków WKGP32 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia.

Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 5 OWU § 12 OWU § 17 OWU § 18 OWU § 19 OWU § 20 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 14 – 15 OWU § 16 OWU § 19 OWU § 20 OWU

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



Kod warunków: WKGP32

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym zawieranych przez PZU Życie SA grupowego ubezpieczenia na życie zwanego ubezpieczeniem podstawowym.

§ 2

1. Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

- 1) **statek** – pasażerski albo towarowy statek morski albo statek śródlądowy – z wyjątkiem okrętów wojennych – o napędzie silnikowym lub żaglowym;
- 2) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek:
 - a) wywołany ruchem pojazdów na drodze, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca, z tym że „pojazd”, „droga”, „uczestnik ruchu” i „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym; pojazdem jest również tramwaj,
 - b) wywołany ruchem pojazdu kolejowego ciągniętego przez pojazd trakcyjny, w którym ubezpieczony brał udział jako pasażer albo członek załogi tego pojazdu, z tym że:
 - pojazd kolejowy oznacza pojazd dostosowany do poruszania się na własnych kołach po torach kolejowych,
 - pojazd trakcyjny oznacza pojazd kolejowy z napędem własnym, w tym metro,
 - c) wywołany eksploatacją pasażerskiego statku powietrznego koncesjonowanych linii lotniczych, który zaistniał od chwili, gdy jakkolwiek osoba weszła na jego pokład z zamiarem wykonania lotu, do chwili opuszczenia pokładu statku powietrznego przez wszystkie osoby znajdujące się na nim, a statek powietrzny został uszkodzony lub nastąpiło zniszczenie jego konstrukcji, albo statek powietrzny zaginął i nie został odnaleziony, a urzędowe jego poszukiwania zostały odwołane lub statek powietrzny znajduje się w miejscu, do którego dostęp nie jest możliwy,
 - d) wywołany ruchem statku, w którym ubezpieczony brał udział jako członek załogi bądź pasażer, a statek zatonął albo został uszkodzony lub nastąpiło zniszczenie jego konstrukcji albo statek zaginął i nie został odnaleziony, a urzędowe jego poszukiwania zostały odwołane lub statek znajduje się w miejscu, do którego dostęp nie jest możliwy.

2. Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennie, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, używane są w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego spowodowaną wypadkiem komunikacyjnym zaistniałym w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 5

PZU Życie SA wypłaca w przypadku śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym świadczenie w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 6

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

§ 7

Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 8

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej, z tym że oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia dodatkowego została zawarta.

§ 9

W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres nie jest wymagane ponowne złożenie deklaracji przystąpienia.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 10

1. Zasady odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia podstawowego.

WYPowiedzenie UMOWY

§ 11

1. Zasady wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia podstawowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 12

1. Wysokość sumy ubezpieczenia określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest niezmienna przez cały czas trwania umowy.

SKŁADKA

§ 13

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia i wysokości świadczenia, częstotliwości przekazywania składek oraz liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przystępujących do ubezpieczenia.
2. Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
3. Składka przekazywana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 14

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

§ 15

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:

- 1) zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym;
- 2) otrzymania przez PZU Życie SA oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego;
- 3) upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia;
- 4) upływu okresu za jaki przekazano składkę – w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego;
- 5) upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego;
- 6) rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 16

PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności za skutki wypadku komunikacyjnego zaistniałego przed początkiem odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego lub:

- 1) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
- 2) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 3) gdy ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) nie mając uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu,
 - b) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,

- c) który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile okoliczności, o których mowa pod lit. a lub b lub c, miały wpływ na zajście zdarzenia;
- 4) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu obowiązujących przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie wypadku komunikacyjnego;
- 5) w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 17

1. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym przysługuje uposażonemu.
2. W stosunku do uposażonego, w tym w zakresie trybu i sposobu jego wskazywania, zmiany i odwoływania, stosuje się zasady przyjęte w ubezpieczeniu podstawowym.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 18

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:
 - 1) zgłoszenie roszczenia;
 - 2) akt zgonu ubezpieczonego;
 - 3) kartę zgonu albo – jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia w szczególności dokumentację potwierdzającą okoliczności wypadku komunikacyjnego – na życzenie PZU Życie SA.
2. PZU Życie SA decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1.

§ 19

1. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią ubezpieczonego.
2. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 20

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 21

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/340/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 11 lipca 2007 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku, uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku.
2. Niniejsze ogólne warunki wchodzą w życie z dniem 1 listopada 2013 roku.

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



DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ WYPADKIEM PRZY PRACY



Wersja z dnia 1.10.2018 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 przy pracy, kod warunków: WPGP32 (OWU).
Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

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 ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest życie ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego spowodowaną wypadkiem przy pracy, zaistniałym w okresie naszej odpowiedzialności.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy wypłacamy uposażonemu procent 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.

Wypadek przy pracy oznacza nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych w ramach istniejącego stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego, w ramach którego opłacane są składki na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych.

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

Jak długo trwa umowa?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa przez 24 godziny na dobę na całym świecie, z zastrzeżeniem, że ubezpieczony jest zatrudniony u pracodawcy, który za niego opłaca składki na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.

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

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego zakończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:

- zakończenia naszej odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia,
- upływu okresu za jaki przekazano składkę – w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego,
- upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu obowiązujących przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie zdarzenia wypadku przy pracy,
- zdarzeń będących przyczyną wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- braku związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy wypadkiem przy pracy a śmiercią ubezpieczonego.

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

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. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą, która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługuje prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.
2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:
 - 1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
 - 2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.
3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.
6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy, kod warunków WPGP32 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia.

Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 5 OWU § 12 OWU § 17 OWU § 18 OWU § 19 OWU § 20 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 14 – 15 OWU § 16 OWU § 19 OWU § 20 OWU

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



Kod warunków: WPGP32

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy zawieranych jako umowy ubezpieczenia dodatkowego do umów wskazanego przez PZU Życie SA grupowego ubezpieczenia na życie zwanego ubezpieczeniem podstawowym.

§ 2

1. Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenie **wypadek przy pracy** oznacza nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych w ramach istniejącego stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego, w ramach którego opłacane są składki na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych.
2. Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennie, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, używane są w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego spowodowaną wypadkiem przy pracy zaistniałym w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 5

PZU Życie SA wypłaca w przypadku śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy świadczenie w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 6

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

§ 7

Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 8

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.

2. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej, z tym że oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia dodatkowego została zawarta.

§ 9

W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres nie jest wymagane ponowne złożenie deklaracji przystąpienia.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 10

1. Zasady odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 11

1. Zasady wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia podstawowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 12

1. Wysokość sumy ubezpieczenia określa jest we wniosku o zawarcie umowy, potwierdzona polisą.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest niezmienna przez cały czas trwania umowy.

SKŁADKA

§ 13

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia i wysokości świadczenia, częstotliwości przekazywania składek oraz liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przystępujących do ubezpieczenia.
2. Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
3. Składka przekazywana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 14

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

§ 15

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:

- 1) zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym;
- 2) otrzymania przez PZU Życie SA oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego;
- 3) upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia;
- 4) upływu okresu za jaki przekazano składkę – w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego;
- 5) upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego;
- 6) rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 16

PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności za skutki wypadku przy pracy zaistniałego przed początkiem odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego lub:

- 1) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
- 2) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 3) w wyniku wypadku komunikacyjnego, gdy ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) nie mając uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu,
 - b) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - c) który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu,o ile okoliczności, o których mowa pod lit. a lub b lub c, miały wpływ na zajęcie zdarzenia;
- 4) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu obowiązujących przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie zdarzenia wypadku przy pracy;
- 5) w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa;
- 6) gdy ubezpieczony wykonywał pracę bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 17

1. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy przysługuje uposażonemu.
2. W stosunku do uposażonego, w tym w zakresie trybu i sposobu jego wskazywania, zmiany i odwoływania, stosuje się zasady przyjęte w ubezpieczeniu podstawowym.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 18

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:
 - 1) zgłoszenie roszczenia;
 - 2) akt zgonu ubezpieczonego;
 - 3) kartę zgonu albo – jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, w szczególności dokumentację Zakładu Ubezpieczeń Społecznych stwierdzającą zaistnienie wypadku przy pracy – na życzenie PZU Życie SA.
2. PZU Życie SA decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1.

§ 19

1. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem przy pracy a śmiercią ubezpieczonego.
2. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 20

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 21

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/340/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 11 lipca 2007 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku, uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku.
2. Niniejsze ogólne warunki wchodzą w życie z dniem 1 listopada 2013 roku.

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





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA

Wersja dokumentu z dnia 1.10.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka, kod warunków: ZDGP30 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

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 ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest życie dziecka. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć dziecka w okresie naszej odpowiedzialności.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku śmierci dziecka wypłacamy ubezpieczonemu 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Przystąpienie do ubezpieczenia dodatkowego możliwe jest wyłącznie jednocześnie z przystąpieniem do ubezpieczenia podstawowego.

Jak długo trwa umowa?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na czas określony, zgodny z okresem, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia podstawowego.

W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia podstawowego umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na taki sam co do długości okres.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

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

Jak i kiedy płaci się składkę?

Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatko-

wego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.

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

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nie ponosimy odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego w okresie karencji, tj. w okresie 6 miesięcy od początku naszej odpowiedzialności.

Karencja ma zastosowanie, jeżeli:

- początek odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego przypada później niż w czwartym miesiącu, licząc od dnia zawarcia umowy, o ile pozostawał on w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia umowy lub od dnia powstania stosunku prawnego łączącego go z ubezpieczającym, o ile stosunek ten powstał w dniu zawarcia umowy,
 - w przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia (do kwoty dodatkowej sumy ubezpieczenia).
- Karencji nie stosuje się, jeżeli śmierć była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego kończy się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- zdarzeń będących przyczyną wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- gdy osobą zgłaszającą roszczenie jest osoba inna niż uprawniona do otrzymania roszczenia w świetle umowy,
- 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).

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. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą, która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługuje prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.
2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:
 - 1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
 - 2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.
3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3,

PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:

- 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.
 6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
 7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka, kod warunków ZDGP30 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia.

Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 5 OWU § 11 OWU § 16 OWU § 17 OWU § 18 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 13 OWU § 14 – 15 OWU § 16 OWU § 18 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA

Kod warunków: ZDGP30



POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka zawieranych jako umowy ubezpieczenia dodatkowego do umów wskazanego przez PZU Życie SA grupowego ubezpieczenia na życie zwanego ubezpieczeniem podstawowym.

§ 2

1. Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenie **dziecko** oznacza dziecko własne, przysposobione oraz pasierba ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka) – pod warunkiem, że nie ukończyło 25 roku życia.
2. Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennienia, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, używane są w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie dziecka ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje zaistniałą w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA śmierć dziecka.

§ 5

PZU Życie SA wypłaca świadczenie w przypadku śmierci dziecka w wysokości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 6

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego.

§ 7

Przystąpienie do ubezpieczenia dodatkowego możliwe jest wyłącznie jednocześnie z przystąpieniem do ubezpieczenia podstawowego.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 8

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na czas określony, zgodny z okresem, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia podstawowego.
2. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia podstawowego umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na taki sam co do długości okres.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 9

1. Zasady odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.

WYPowiedzenie umowy

§ 10

1. Zasady wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 11

1. Wysokość sumy ubezpieczenia określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest niezmienna przez cały czas trwania umowy.

SKŁADKA

§ 12

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, zakresu ubezpieczeń dodatkowych, wysokości świadczeń, częstotliwości przekazywania składek oraz liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przysługujących do ubezpieczenia.
2. Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
3. Składka przekazywana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 13

1. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 14

PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci dziecka, która nastąpiła w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych.

§ 15

W ubezpieczeniu ma zastosowanie karenca w przypadkach i na zasadach analogicznych jak w ubezpieczeniu podstawowym.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 16

Prawo do świadczenia z tytułu śmierci dziecka przysługuje

ubezpieczonemu, o ile nie przyczynił się umyślnie do śmierci dziecka.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 17

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:
 - 1) zgłoszenie roszczenia,
 - 2) akt zgonu dziecka,
 - 3) kartę zgonu albo – jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci, jeżeli śmierć była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem w okresie karencji,
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na życzenie PZU Życie SA.
2. PZU Życie SA decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 18

W sprawach nieuregulowanych w ogólnych warunkach mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 19

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/86/2004 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 3 marca 2004 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku oraz uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku.
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 roku.

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





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Wersja dokumentu z dnia 1.10.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków: ZMGP31 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

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 ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest życie małżonka. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć małżonka spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem, zaistniałym w okresie naszej odpowiedzialności.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem wypłacamy ubezpieczonemu 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci.

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

Jak długo trwa umowa?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

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

Jak i kiedy płaci się składkę?

Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.

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

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:

- zakończenia naszej odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- śmierci małżonka,
- upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia,
- upływu okresu, za jaki przekazano składkę w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego,
- upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- gdy małżonek był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
- braku związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią małżonka,
- 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).

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. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą, która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługuje prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.
2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:
 - 1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
 - 2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.
3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenia odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.
6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków ZMGP31 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia.

Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 5 OWU § 12 OWU § 17 OWU § 18 OWU § 19 OWU § 20 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 14 – 15 OWU § 16 OWU § 17 OWU § 19 OWU § 20 OWU

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



Kod warunków: ZMGP31

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem zawieranych jako umowy ubezpieczenia dodatkowego do umów wskazanego przez PZU Życie SA grupowego ubezpieczenia na życie zwanego ubezpieczeniem podstawowym.

§ 2

Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennie, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, używane są w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie małżonka.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć małżonka spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem, zaistniałym w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 5

PZU Życie SA wypłaca świadczenie w przypadku śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem w wysokości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 6

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

§ 7

Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 8

- Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
- Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej, z tym że oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia dodatkowego została zawarta.

§ 9

W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres nie jest wymagane ponowne złożenie deklaracji przystąpienia.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 10

- Zasady odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
- Odstąpienie od umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.
- Odstąpienie od umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 11

- Zasady wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
- Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.
- Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia podstawowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 12

- Wysokość sumy ubezpieczenia określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
- Wysokość sumy ubezpieczenia jest niezmienna przez cały czas trwania umowy.

SKŁADKA

§ 13

- Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składek oraz liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przystępujących do ubezpieczenia.
- Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
- Składka przekazywana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 14

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

§ 15

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:

- zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym;

- 2) otrzymania przez PZU Życie SA oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego;
- 3) śmierci małżonka;
- 4) upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia;
- 5) upływu okresu, za jaki przekazano składkę w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego;
- 6) upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego;
- 7) rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 16

PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwego wypadku zaistniałego przed początkiem odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego lub:

- 1) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału małżonka w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
- 2) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez małżonka czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 3) w wyniku wypadku komunikacyjnego, gdy małżonek prowadził pojazd:
 - a) nie mając uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu,
 - b) będąc w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile okoliczności, o których mowa pod lit. a lub b, miały wpływ na zajęcie zdarzenia;
- 4) gdy małżonek był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku;
- 5) w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia przez małżonka samobójstwa;
- 6) bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę;
- 7) w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.

UPRAWNIENIA DO ŚWIADCZENIA

§ 17

Prawo do świadczenia z tytułu śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem przysługuje ubezpieczonemu, o ile nie przyczynił się umyślnie do śmierci małżonka.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 18

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:
 - 1) zgłoszenie roszczenia;
 - 2) akt zgonu małżonka;
 - 3) kartę zgonu małżonka albo – jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 4) akt małżeństwa ubezpieczonego;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na życzenie PZU Życie SA.
2. PZU Życie SA decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1.

§ 19

1. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią małżonka.
2. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć małżonka nastąpiła w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 20

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 21

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/340/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 11 lipca 2007 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku, uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/150/2013 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 5 sierpnia 2013 roku.
2. Niniejsze ogólne warunki wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2013 roku.

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA UBEZPIECZONEGO
ORAZ RODZICA MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO**





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA UBEZPIECZONEGO ORAZ RODZICA MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO

Wersja dokumentu z dnia 1.10.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka ubezpieczonego, kod warunków: ZRGP30 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

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 ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest życie rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka ubezpieczonego.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku śmierci członka rodziny wypłacamy ubezpieczonemu 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie. Przystąpienie do ubezpieczenia dodatkowego możliwe jest wyłącznie jednocześnie z przystąpieniem do ubezpieczenia podstawowego.

Jak długo trwa umowa?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na czas określony, zgodny z okresem, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia podstawowego.

W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia podstawowego umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na taki sam okres.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

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

Jak i kiedy płaci się składkę?

Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.

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

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym. Nie ponosimy odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego w okresie karencji, tj. w okresie 6 miesięcy od początku naszej odpowiedzialności.

Karencja ma zastosowanie, jeżeli:

- początek odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego przypada później niż w czwartym miesiącu, licząc od dnia zawarcia umowy, o ile pozostawał on w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia umowy lub od dnia powstania stosunku prawnego łączącego go z ubezpieczającym, o ile stosunek ten powstał w dniu zawarcia umowy,
 - w przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia (do kwoty dodatkowej sumy ubezpieczenia).
- Karencji nie stosuje się, jeżeli śmierć była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego kończy się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- zdarzeń będących przyczyną wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- gdy osobą zgłaszającą roszczenie jest osoba inna niż uprawniona do otrzymania roszczenia w świetle umowy,
- 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).

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. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą,

która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługujące prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.

2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:

- 1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
- 2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.

3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:

- 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
- 5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.**
- 6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.**
- 7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.**

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka ubezpieczonego, kod warunków ZRGP30 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia.

Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 5 OWU § 11 OWU § 16 OWU § 18 OWU § 19 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 13 OWU § 14 – 15 OWU § 17 OWU § 19 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA UBEZPIECZONEGO ORAZ RODZICA MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO



Kod warunków: ZRGP30

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka ubezpieczonego zawieranych jako umowy ubezpieczenia dodatkowego do umów wskazanego przez PZU Życie SA grupowego ubezpieczenia na życie zwanego ubezpieczeniem podstawowym.

§ 2

1. Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

1) **członek rodziny:**

- a) rodzica ubezpieczonego albo ojczyma lub macochy ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec lub matka ubezpieczonego, oraz
- b) rodzica aktualnego małżonka ubezpieczonego albo ojczyma lub macochy małżonka ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec lub matka małżonka ubezpieczonego.

2) **macocha** – aktualną żonę ojca ubezpieczonego lub małżonka, nie będącą biologiczną matką ubezpieczonego lub małżonka, oraz wdowę po ojcu ubezpieczonego lub małżonka, nie będącą biologiczną matką ubezpieczonego lub małżonka, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,

3) **ojczym** – aktualnego męża matki ubezpieczonego lub małżonka, nie będącego biologicznym ojcem ubezpieczonego lub małżonka, oraz wdowca po matce ubezpieczonego lub małżonka, nie będącego biologicznym ojcem ubezpieczonego lub małżonka, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński.

2. Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennie, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, używane są w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie członka rodziny.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje zaistniałą w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA śmierć członka rodziny.

§ 5

PZU Życie SA wypłaca świadczenie w przypadku śmierci członka rodziny, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 1, w wysokości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci tego członka rodziny.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 6

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego.

§ 7

Przystąpienie do ubezpieczenia dodatkowego możliwe jest wyłącznie jednocześnie z przystąpieniem do ubezpieczenia podstawowego.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 8

1. Zasady odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 9

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na czas określony, zgodny z okresem, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia podstawowego.
2. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia podstawowego umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na taki sam co do długości okres.

WYPowiedzenie UMOWY

§ 10

1. Zasady wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 11

1. Wysokość sumy ubezpieczenia określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest niezmienna przez cały czas trwania umowy.

SKŁADKA

§ 12

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, zakresu ubezpieczeń dodatkowych, wysokości świadczeń, częstotliwości przekazywania składek oraz liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przysługujących do ubezpieczenia.
2. Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
3. Składka przekazywana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 13

1. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 14

PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci członka rodziny, która nastąpiła w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych.

§ 15

W ubezpieczeniu ma zastosowanie karencja w przypadkach i na zasadach analogicznych jak w ubezpieczeniu podstawowym.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 16

Prawo do świadczenia z tytułu śmierci członka rodziny przysługuje ubezpieczonemu.

§ 17

Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci członka rodziny.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 18

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:
 - 1) zgłoszenie roszczenia,

- 2) akt zgonu członka rodziny,
 - 3) akt małżeństwa – w przypadku zgonu członka rodziny określonego w § 2 ust. 1 pkt 1 lit. b,
 - 4) kartę zgonu albo – jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci, jeżeli śmierć była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem w okresie karencji,
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na życzenie PZU Życie SA.
2. PZU Życie SA decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 19

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 20

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/86/2004 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 3 marca 2004 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku oraz uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku.
2. Niniejsze ogólne warunki wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2011 roku.

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK ŚMIERCI SPOWODOWANEJ ZAWAŁEM
SERCA LUB KRWOTOKIEM ŚRÓDMÓZGOWYM**





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI SPOWODOWANEJ ZAWAŁEM SERCA LUB KRWOTOKIEM ŚRÓDMÓZGOWYM

Wersja dokumentu z dnia 1.10.2018 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 spowodowanej zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym, kod warunków: ZZGP32 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

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 ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest życie ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego spowodowaną zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym w okresie naszej odpowiedzialności.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym wypłacamy uposażonemu procent aktualnej w dniu śmierci sumy ubezpieczenia. W stosunku do uposażonego, w tym w zakresie trybu i sposobu jego wskazywania, zmiany i odwoływania, stosuje się zasady przyjęte w ubezpieczeniu podstawowym.

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia dodatkowego zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

Jak długo trwa umowa?

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

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

Jak i kiedy opłacasz składkę?

Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą. Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza odpowiedzialność (czyli ochrona ubezpieczeniowa) rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:

- zakończenia naszej odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia,
- upływu okresu, za jaki przekazano składkę w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego,
- upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- zdarzeń będących przyczyną wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- brakiem związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zawałem serca albo krwotokiem śródmózgowym 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).

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. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą, która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia

- czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługuje prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.
2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:
 - 1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
 - 2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.
 3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.
 4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
 5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.
 6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
 7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci spowodowanej zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym, kod warunków ZZGP32 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia.

Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 5 OWU § 12 OWU § 17 OWU § 18 OWU § 19 OWU § 20 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 14 – 15 OWU § 16 OWU § 19 OWU § 20 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI SPowodOWANEJ ZAWAŁEM SERCA LUB KRWOTOKIEM ŚRÓDMÓZGOWYM

Kod warunków: ZZGP32



POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci spowodowanej zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym zawieranych jako umowy ubezpieczenia dodatkowego do umów wskazanego przez PZU Życie SA grupowego ubezpieczenia na życie zwanego ubezpieczeniem podstawowym.

§ 2

1. Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:
 - 1) **krwotok śródmózgowy** – wynaczynienie krwi do tkanki mózgowej;
 - 2) **zawał serca** – martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego.
2. Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennie, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, używane są w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego spowodowaną zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym, zaistniałym w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 5

PZU Życie SA wypłaca świadczenie w przypadku śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 6

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania.

§ 7

Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 8

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje umowa ubezpiecze-

nia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej, z tym że oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia dodatkowego została zawarta.

§ 9

W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres nie jest wymagane ponowne złożenie deklaracji przystąpienia.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 10

1. Zasady odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 11

1. Zasady wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia podstawowego skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia podstawowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 12

1. Wysokość sumy ubezpieczenia określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest niezmienna przez cały czas trwania umowy.

SKŁADKA

§ 13

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składek oraz liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przystępujących do ubezpieczenia.
2. Wysokość składki obowiązująca w umowie ubezpieczenia dodatkowego określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
3. Składka przekazywana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 14

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

§ 15

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:

- 1) zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w ubezpieczeniu podstawowym;
- 2) otrzymania przez PZU Życie SA oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego;
- 3) upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia;
- 4) upływu okresu, za jaki przekazano składkę w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego;
- 5) upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego;
- 6) rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 16

PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności w przypadkach wyłączenia odpowiedzialności z tytułu śmierci w ubezpieczeniu podstawowym.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 17

1. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym przysługuje uposażonemu.
2. W stosunku do uposażonego, w tym w zakresie trybu i sposobu jego wskazywania, zmiany i odwoływania, stosuje się zasady przyjęte w ubezpieczeniu podstawowym.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 18

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:

- 1) zgłoszenie roszczenia;
 - 2) akt zgonu ubezpieczonego;
 - 3) kartę zgonu ubezpieczonego albo – jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na życzenie PZU Życie SA.
2. PZU Życie SA decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1.

§ 19

1. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zawałem serca albo krwotokiem śródmózgowym a śmiercią ubezpieczonego.
2. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci spowodowanej zawałem serca albo krwotokiem śródmózgowym przysługuje, jeżeli śmierć nastąpiła w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 20

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 21

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/340/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 11 lipca 2007 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 14 maja 2009 roku oraz uchwałą nr UZ/19/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 24 stycznia 2011 roku.
2. Niniejsze ogólne warunki wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 roku.

