



Szanowni Państwo,

przekazujemy następujące ogólne warunki ubezpieczenia:

- Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia typ P Plus
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia z Kartą apteczną
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek specjalistycznego leczenia
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców ubezpieczonego i rodziców małżonka ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia dziecka
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka ubezpieczonego
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby
- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem
- Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia PZU W Razie Wypadku

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





GRUPOWE UBEZPIECZENIE TYP 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 typ 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 typ 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 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 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, zakładów 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 ubezpiezonego 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 potwierdzoną 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 osobę, 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. Ubezpieczony 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 teleadresowych 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 osoby te 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 wysokość 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 potwierdzone 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 przeznaczone 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 zobowiązania 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 któregokolwiek ze zobowiązań wynikających z umowy obowiązany jest zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa pobrać i odprowadzić jakiekolwiek 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 podczas 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 odpowiedzi, 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
Z KARTĄ APTECZNĄ**



DODATKOWE UBEZPIECZENIE GRUPOWE Z KARTĄ APTECZNĄ

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 z Kartą Aptechną, kod warunków: APGP32 (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 w okresie naszej odpowiedzialności pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą lub nie-szczęśliwym wypadkiem, objętego naszą odpowiedzialnością z tytułu ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku pobytu w szpitalu, przyznajemy ubezpieczonemu – poprzez wydanie Karty Aptechniej – prawo do odbioru w aptece produktów o wartości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu pobytu w szpitalu. W każdym okresie kolejnych 12 miesięcy, trwającym między rocznicami polisy, przyznajemy ubezpieczonemu prawo do odbioru produktów w aptece maksymalnie za trzy rozpoczęte w tym okresie pobytu w szpitalu objęte odpowiedzialnością z tytułu ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego. Ubezpieczenie może być zawarte wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania, pod warunkiem jednoczesnego zawarcia albo funkcjonowania umowy ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

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, którzy w dniu złożenia deklaracji przystąpienia objęci są ubezpieczeniem na wypadek leczenia szpitalnego.

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 leczenia szpitalnego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

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

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.

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:

- czwartego i kolejnych pobytów w szpitalu w każdym rocznym okresie obowiązywania umowy,
- zdarzeń będących przyczyną wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- 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 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 z Kartą apteczną, kod warunków APGP32 (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 § 16 OWU § 17 OWU § 18 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 14 – 15 OWU § 18 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA Z KARTĄ APTECZNĄ

Kod warunków: APGP32



POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

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

§ 2

1. Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:
 - 1) **apteka** – apteka albo punkt apteczny w rozumieniu przepisów ustawy Prawo farmaceutyczne;
 - 2) **Karta apteczna** – karta będąca dowodem uprawnienia do odbioru produktów w aptece; zasady jej funkcjonowania opisane są w Regulaminie Karty aptecznej, stanowiącym załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
 - 3) **produkty** – produkty oferowane i dostępne w aptece;
 - 4) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł z PZU Życie SA umowę o współpracy w zakresie Kart aptecznych, dotyczącą organizacji odbioru produktów w aptece za pomocą Karty aptecznej;
 - 5) **ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego** – wskazane przez PZU Życie SA dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego.
2. Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennie, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego i ogólnych warunkach ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego 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 w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, objętego odpowiedzialnością PZU Życie SA z tytułu ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 5

1. W przypadku pobytu w szpitalu, PZU Życie SA przyznaje ubezpieczonemu – poprzez wydanie ważnej Karty aptecznej – prawo do odbioru w aptece produktów o wartości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W każdym okresie kolejnych 12 miesięcy, trwającym między rocznicami polisy, PZU Życie SA przyznaje ubezpieczonemu prawo do odbioru produktów w aptece maksymalnie za trzy rozpoczęte w tym okresie pobytu w szpitalu objęte odpowiedzialnością z tytułu ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 6

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w dowolnym momencie jej trwania, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta pod warunkiem jednoczesnego zawarcia albo funkcjonowania u ubezpieczającego umowy ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

§ 7

Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni objęci ubezpieczeniem podstawowym, którzy w dniu złożenia deklaracji przystąpienia objęci są ubezpieczeniem na wypadek leczenia szpitalnego.

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 ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego 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.
4. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia dodatkowego.
5. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

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.
4. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego.
5. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie skutkuje wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

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 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 lub w ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego;
- 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.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 16

Prawo do świadczenia przysługuje ubezpieczonemu.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 17

1. Zgłoszenie roszczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego jest jednocześnie zgłoszeniem roszczenia z tytułu niniejszego ubezpieczenia.
2. Świadczenie realizowane jest w formie przyznania ubezpieczonemu przez PZU Życie SA prawa do odbioru produktów w aptece poprzez wydanie ważnej Karty aptecznej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku:
 - 1) rozwiązania umowy o współpracy w zakresie Kart aptecznych zawartej przez PZU Życie SA ze świadczeniodawcą;
 - 2) trwałego braku możliwości odbioru produktów w aptece z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy tj. likwidacji lub upadłości świadczeniodawcy;świadczenie realizowane jest jednorazowo w formie pieniężnej w pełnej należnej kwocie.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 18

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

§ 19

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/482/2008 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 22 grudnia 2008 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/342/2011 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 22 grudnia 2011 roku oraz uchwałą nr UZ/206/2014 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 16 grudnia 2014 roku.
2. Niniejsze ogólne warunki wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2015 roku.

REGULAMIN KARTY APTECZNEJ

Załącznik do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia z Kartą apteczną

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejszy Regulamin określa zasady aktywacji i użytkowania Karty aptecznej.

§ 2

Użyte w regulaminie Karty aptecznej określenia oznaczają:

- 1) **bezzgotówkowa realizacja Karty aptecznej** – bezgotówkowy odbiór produktów w aptece, która posiada techniczną możliwość realizacji Karty aptecznej;
- 2) **data ważności** – ostatni dzień miesiąca przypadającego po upływie trzech lat, licząc od końca miesiąca, w którym Karta apteczna została nadana przez PZU Życie SA na pocztę;
- 3) **dowód zakupu** – potwierdzenie zakupu produktów w aptece w okresie ważności karty (np. paragon, faktura);
- 4) **duplikat Karty aptecznej** – wydana w miejsce zablokowanej Karty aptecznej karta, mająca takie same cechy, co Karta apteczna, z tym że data ważności duplikatu jest ta sama, co data ważności Karty aptecznej, a limit jest pomniejszony o wartość odebranych produktów za pomocą Karty aptecznej bądź duplikatu Karty aptecznej;
- 5) **gotówkowa realizacja Karty aptecznej** – zwrot kosztów zakupionych produktów w aptece na podstawie złożonego do PZU Życie SA zgłoszenia o realizację Karty aptecznej;
- 6) **limit** – wartość produktów, w jakiej ubezpieczonemu w ramach ubezpieczenia PZU Życie SA zostało przyznane prawo do ich odbioru w aptece.

§ 3

Karta apteczna nie jest elektronicznym instrumentem płatniczym ani instrumentem pieniądza elektronicznego, ani też kartą płatniczą.

§ 4

1. Karta apteczna służy do odbioru produktów w aptece, a jej wydanie jest realizacją świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
2. Aktualny wykaz aptek umożliwiających realizację Karty aptecznej, informacje o bezzgotówkowej realizacji Karty aptecznej oraz możliwe formy gotówkowej realizacji Karty aptecznej są dostępne na Infolinii Grupy PZU, na stronie internetowej www.pzu.pl oraz w oddziale PZU Życie SA.

WYDANIE KARTY APTECZNEJ

§ 5

Wraz z Kartą apteczną PZU Życie SA przekazuje ubezpieczonemu informację o dacie jej ważności oraz o sposobie jej aktywacji.

STATUS KARTY APTECZNEJ

§ 6

1. Wydana ubezpieczonemu Karta apteczna jest oznaczona numerem identyfikacyjnym, posiada kod paskowy i jest nieaktywna.
2. Wydanej Karcie aptecznej przypisane są: data ważności oraz limit.
3. W celu aktywacji Karty aptecznej ubezpieczony niezwłocznie po jej otrzymaniu dzwoni na Infolinię Grupy PZU. Aktywacji Karty aptecznej dokonuje się na podstawie danych osobowych ubezpieczonego oraz numeru identyfikacyjnego Karty aptecznej. Karta apteczna jest aktywna najpóźniej w dniu następnym.
4. Karta apteczna traci ważność w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:
 - 1) odbioru produktów o wartości limitu;

- 2) upływu daty ważności;
- 3) zablokowania Karty aptecznej zgodnie z § 8 ust. 1 i 2.

ZASADY UŻYTKOWANIA KARTY APTECZNEJ

§ 7

1. Karta apteczna powinna być aktywowana przed dokonaniem zakupu produktów w aptece.
2. W celu bezzgotówkowej realizacji Karty aptecznej ubezpieczony powinien okazać aktywną Kartę apteczną w aptece umożliwiającej bezzgotówkową realizację Karty aptecznej.
3. W celu gotówkowej realizacji Karty aptecznej ubezpieczony dokonuje zgłoszenia do PZU Życie SA okazując aktywną Kartę apteczną oraz dowód zakupu produktów w aptece. W terminie 21 dni od daty zgłoszenia i okazania aktywnej Karty aptecznej oraz dowodu zakupu produktów w aptece, PZU Życie SA dokonuje zwrotu kosztów zakupionych produktów.
4. Realizacja Karty aptecznej powoduje zmniejszenie jej limitu. Informację o wartości pozostałego limitu uzyskuje się w aptece umożliwiającej bezzgotówkową realizację Karty aptecznej oraz na Infolinii Grupy PZU.
5. Realizację Karty aptecznej można łączyć z zakupami w aptece. Oznacza to, że wartość produktu przekraczającą limit Karty aptecznej finansuje ubezpieczony z własnych środków.
6. Karta apteczna nie podlega wymianie na gotówkę. Oznacza to, że w przypadku realizacji Karty aptecznej o wartości niższej niż pozostały do wykorzystania limit, nie ma możliwości zamiany pozostałego limitu na gotówkę.
7. Produkt odebrany za pomocą Karty aptecznej nie podlega zwrotowi, z zastrzeżeniem § 10 ust. 2 i ust. 3.
8. W przypadku trwałej niemożności realizacji Karty aptecznej z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy tj. jego likwidacji lub upadłości, ubezpieczony otrzymuje środki pieniężne, będące równoważnością niewykorzystanego limitu.
9. W przypadku utraty, zniszczenia lub uszkodzenia Karty aptecznej ubezpieczony powinien niezwłocznie zgłosić ten fakt dzwoniąc na Infolinię Grupy PZU.

BLOKADA KARTY APTECZNEJ

§ 8

1. Karta apteczna blokowana jest w przypadku:
 - 1) gdy po 30 dniach, licząc od dnia nadania Karty aptecznej przez PZU Życie SA na pocztę, Infolinia Grupy PZU uzyska informację o nieotrzymaniu przez ubezpieczonego Karty aptecznej z przyczyn niezależnych od PZU Życie SA;
 - 2) zgłoszenia przez ubezpieczonego Infolinii Grupy PZU utraty, zniszczenia lub uszkodzenia Karty aptecznej uniemożliwiających jej użytkowanie.
2. Blokada Karty aptecznej dokonywana jest najpóźniej w następnym dniu po uzyskaniu przez Infolinię Grupy PZU informacji, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2. Blokada Karty aptecznej jest nieodwracalna.
3. PZU Życie SA nie odpowiada za nieuprawnione użycie Karty aptecznej, które nastąpiło:
 - 1) przed zgłoszeniem utraty, zniszczenia lub uszkodzenia Karty aptecznej o którym mowa w ust. 1 pkt 2;
 - 2) w wyniku przekazania Karty aptecznej osobie trzeciej.

WYDANIE DUPLIKATU KARTY APTECZNEJ

§ 9

1. W sytuacji, o której mowa w § 8 ust. 1 i 2, ubezpieczonemu niezwłocznie po zablokowaniu zostanie wydany duplikat Karty aptecznej z limitem pozostałym w chwili dokonania blokady.
2. Duplikat Karty aptecznej oznaczony jest nowym numerem identyfikacyjnym i jest nieaktywny. Aktywacji należy dokonać zgodnie z § 6 ust. 3.

REKLAMACJE

§ 10

1. Reklamacje związane z użytkowaniem Karty aptecznej, w szczególności w przypadku braku możliwości odbioru produktów za pomocą aktywnej Karty aptecznej, zgłasza się na Infolinię Grupy PZU.
2. Reklamacje produktów z powodu wady jakościowej lub niewłaściwego ich wydania rozpatruje apteka zgodnie z ogólnie obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności zgodnie z przepisami prawa farmaceutycznego.

3. W przypadku zwrotu produktu z powodu reklamacji, o której mowa w ust. 2, apteka zwraca środki pieniężne odpowiadające wartości zwracanego produktu.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 11

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



**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 OBOWIĄZUJE 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 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:

- 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 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) **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 odwracalny;
 - 3) w przypadku wszczepienia kardiowertera-defibrylatora, wszczepienia stymulatora serca, wszczepienia stymulatora resynchronizującego – zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego.

OGRANICZENIA 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 wypłacamy 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 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

33. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci świadczenie

- 34.** Po specjalistycznym leczeniu dostarcz 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 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.

- 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 PLUS**

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO PLUS

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 leczenia szpitalnego Plus, kod warunków: LPGP32 (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:

- pobyt w szpitalu spowodowany: nieszczęśliwym wypadkiem, wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem przy pracy, zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym,
- rekonwalescencję, o ile pobyt w szpitalu trwał co najmniej 14 dni,
- pobyt na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, zaistniałych w okresie naszej odpowiedzialności.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

Świadczenie wypłacimy ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowanego:

- nieszczęśliwym wypadkiem w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu pod warunkiem, że ten pobyt jest pierwszym pobytem spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem i rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia nieszczęśliwego wypadku,
- wypadkiem komunikacyjnym w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu pod warunkiem, że ten pobyt jest pierwszym pobytem spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym i rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia wypadku komunikacyjnego,
- wypadkiem przy pracy w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu pod warunkiem, że ten pobyt jest pierwszym pobytem spowodowanym danym wypadkiem przy pracy i rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia wypadku przy pracy,
- zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu pod warunkiem, że pobyt w szpitalu jest pierwszym pobytem spowodowanym danym zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym i rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia zawału serca lub krwotoku śródmózgowego.

Jednorazowe świadczenie wypłacimy ubezpieczonemu w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia w przypadku pobytu na OAIT. Świadczenie wypłacimy ubezpieczonemu za każdy dzień rekonwalescencji w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia.

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta 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 dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

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, którzy w dniu złożenia deklaracji przystąpienia objęci są dodatkowym grupowym ubezpieczeniem na wypadek leczenia szpitalnego.

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 dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

GDZIE OBOWIĄZUJE UBEZPIECZENIE?

Ochrona ubezpieczeniowa działa przez 24 godziny na dobę na terytorium kraju należącego do Unii Europejskiej lub na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanu, Wielkiej Brytanii.

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 30 dni, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego. PZU Życie SA ponosi odpowiedzialność jedynie z tytułu pobytu w szpitalu spowodowanego leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku, wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy zaistniałych w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA, w tym za pobyt na OAIT i rekonwalescencję. Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego w umowie zakończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego,
- 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:

- pobytu w szpitalu, który trwał krócej, niż 4 dni,
- pobytu na OAIT, który trwał nieprzerwanie mniej niż 48 godzin,
- pobytu w szpitalu w krajach nie objętych ochroną.

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 leczenia szpitalnego Plus, kod warunków LPGP32 (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 5–15 pkt 21–22 pkt 40–41 pkt 48 pkt 63
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 pkt 5–8 pkt 16–20 pkt 21–22 pkt 23 pkt 45–46 pkt 47 pkt 49–51 pkt 63

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO PLUS

Kod OWU: LPGP32

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus 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) **dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego** – wskazane przez PZU Życie SA, inne niż niniejsze, ubezpieczenie dodatkowe na wypadek leczenia szpitalnego;
- 2) **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;
- 3) **OAIT** – Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, który jest wyodrębniony organizacyjnie jako osobny oddział w strukturach szpitala i wyposażony w sprzęt, który umożliwia stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych oraz podjęcie czynności zastępczych niewydolnych narządów lub układów;
- 4) **pobyt na OAIT** – pobyt na OAIT, który trwa nieprzerwanie co najmniej 48 godzin;
- 5) **rekonwalescencja** – maksymalnie 30-dniowy nieprzerwany pobyt na zwolnieniu lekarskim bezpośrednio po pobycie w szpitalu. Zwolnienie lekarskie musi Ci wydać oddział szpitalny, w którym odbywało się leczenie;
- 6) **statek** – pasażerski albo towarowy statek morski albo statek śródlądowy, który ma napęd silnikowy lub żaglowy – statkiem nie są okręty wojenne;
- 7) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 8) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie wskazane w polisie, do którego ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
- 9) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek wywołany:
 - a) ruchem pojazdu na drodze – jeśli brałeś w nim udział jako uczestnik ruchu (zgodnie z ustawą Prawo o ruchu drogowym). Pojazdem jest również tramwaj,
 - b) ruchem pojazdu kolejowego, którego porusza pojazd trakcyjny (pojazd z własnym napędem) oraz metra – jeśli byłeś pasażerem albo członkiem załogi tego pojazdu. Wypadkiem komunikacyjnym nie jest wypadek, który dotyczy kolejowego transportu wewnątrzszpitalnego oraz transportu linowego i linowo-terenowego,
 - c) ruchem samolotu (pasażerskiego koncesjonowanych linii lotniczych) – jeśli byłeś członkiem załogi lub pasażerem, gdy samolot:
 - został uszkodzony lub zniszczony albo
 - zaginął lub znajduje się w miejscu, do którego nie ma dostępu,
 - d) ruchem statku – jeśli byłeś członkiem załogi lub pasażerem, gdy statek:
 - zatonął lub został uszkodzony albo
 - zaginął lub znajduje się w miejscu, do którego nie ma dostępu;
- 10) **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który wystąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ciebie:
 - a) zwykłych czynności lub

b) poleceń Twoich przełożonych w ramach stosunku prawnego, za który opłacane są składki na ubezpieczenie wypadkowe w systemie ubezpieczeń społecznych;

- 11) **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 przezskórną interwencją wieńcową lub
- b) 10-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z pomostowaniem tętnic wieńcowych.

2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.
3. Możesz przystąpić do niniejszego ubezpieczenia jeśli przystąpiłeś do dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

4. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

5. Zakres ubezpieczenia obejmuje poniższe zdarzenia, które wystąpią w okresie naszej ochrony:
 - 1) pobyt w szpitalu z powodu:
 - a) nieszczęśliwego wypadku,
 - b) wypadku komunikacyjnego,
 - c) wypadku przy pracy,
 - d) zawału serca lub krwotoku śródmózgowego;
 - 2) rekonwalescencja – jeśli Twój pobyt w szpitalu trwał co najmniej 14 dni;
 - 3) pobyt na OAIT

- pod warunkiem, że uznamy naszą ochronę z tytułu pobytu w szpitalu na podstawie dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.
 - 6. Naszą ochroną obejmujemy pobyt w szpitalu oraz na OAIT w krajach Unii Europejskiej oraz w Australii, Islandii, Japonii, Kanadzie, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanach Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanie, Wielkiej Brytanii.
 - 7. Zakres ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
 - 8. Ta umowa rozszerza naszą ochronę wskazaną w dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego o pobyt w szpitalu na terenie krajów wymienionych w pkt 6.
 - 9. Wyplacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie – za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku:
 - 1) w pierwszych 14 dniach tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest Twoim pierwszym pobytem spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem i
 - 2) jeśli rozpoczął się nie później niż 14 dni po nieszczęśliwym wypadku.
 - 10. Wyplacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie – za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego:
 - 1) w pierwszych 14 dniach tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest Twoim pierwszym pobytem spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym i
 - 2) jeśli rozpoczął się nie później niż 14 dni po wypadku komunikacyjnym.
 - 11. Wyplacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie – za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku przy pracy:
 - 1) w pierwszych 14 dniach tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest Twoim pierwszym pobytem spowodowanym danym wypadkiem przy pracy i
 - 2) jeśli rozpoczął się nie później niż 14 dni po wypadku przy pracy.
 - 12. Wyplacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie – za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym:
 - 1) w pierwszych 14 dniach tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest Twoim pierwszym pobytem spowodowanym danym zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym i
 - 2) jeśli rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia zawału serca lub krwotoku śródmózgowego.
 - 13. Jeśli przebywasz na OAIT, wyplacimy świadczenie jednorazowe w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie.
 - 14. Za każdy dzień rekonwalescencji wyplacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie.
 - 15. Wypłatę ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu pobytu w szpitalu.
- 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.
 - 17. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje pobytu w szpitalu, który rozpoczął się przed początkiem naszej ochrony lub pobytu w szpitalu, który nastąpił:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku katastrof, które powodują skażenie promieniotwórcze, chemiczne lub biologiczne;
 - 3) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 4) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 5) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) 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 zdarzenia;
 - 6) ponieważ 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 – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
 - 9) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. produktów;
 - 10) wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
 - 11) w wyniku padaczki – poza padaczką objawową, która jest objawem innej choroby oraz wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
 - 12) w wyniku chorób z powodu obniżenia odporności organizmu w przebiegu zakażenia wirusem HIV;

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

- 16. 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 lądzie, w powietrzu lub na morzu;
 - 3) masowe rozruchy społeczne – są to wystąpienia grupy społecznej przeciw strukturom, które sprawują władzę na mocy

- 13) w związku z leczeniem i zabiegami stomatologicznymi – chyba że wynikają one z konieczności leczenia obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 14) w związku z wykonywaniem badań lekarskich, dodatkowych badań medycznych – które służą ustaleniu istnienia choroby zawodowej, badań diagnostycznych, które nie wynikają z zachorowania, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów związanych bezpośrednio z pobraniem narządu) oraz obserwacji na wniosek sądu;
 - 15) w wyniku leczenia niepłodności;
 - 16) w związku z wykonywaniem operacji kosmetycznych lub plastycznych – w tym operacji zmiany płci – z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw:
 - a) nieszczęśliwych wypadków, które wystąpiły w okresie naszej ochrony lub
 - b) chorób nowotworowych, które wystąpiły w okresie naszej ochrony;
 - 17) w związku z rehabilitacją – z wyjątkiem pierwszego pobytu w szpitalu ubezpieczonego z powodu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, jeśli pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego ochroną pobytu w szpitalu ubezpieczonego, który był związany – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą;
 - 18) ponieważ ubezpieczony uprawiał sport zawodowo lub uprawiał rekreacyjnie sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, speleologię, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoki do wody, skoki na linie (ang. bungee jumping).
- 18.** Nasze ubezpieczenie nie obejmuje Twojego pobytu:
- 1) w hospicjach, placówkach lecznictwa odwykowego, placówkach dla przewlekłe chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych ani zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
 - 2) w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego – w szczególności w sanatoriach, prewentoriach ani szpitalach uzdrowiskowych, sanatoryjnych ani rehabilitacyjno-uzdrowiskowych;
 - 3) w ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych – z wyjątkiem pobytu, o którym mowa w pkt 17.17);
 - 4) na oddziałach dziennych ani w takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.
- 19.** Nasze ubezpieczenie nie obejmuje rekonwalescencji, jeśli:
- 1) Twój pobyt w szpitalu, po którym bezpośrednio następuje rekonwalescencja, był spowodowany leczeniem niepłodności;
 - 2) rekonwalescencja odbyła się w okresie Twojego urlopu dla poratowania zdrowia albo urlopu zdrowotnego.
- 20.** Za pobyt na OAIT nie uważamy pobytu na oddziale kardiologicznym, neurologicznym ani diabetologicznym – nawet jeśli Twoje podstawowe czynności życiowe były stale monitorowane lub jeśli podjęto czynności zastępcze w razie niewydolności Twoich narządów lub układów ustroju.

OGRANICZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach i ile maksymalnie wypłacimy z ubezpieczenia

- 21.** Zapłacimy maksymalnie za:
- 1) 90 dni pobytu w szpitalu – łącznie z tej umowy i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego;
 - 2) 90 dni rekonwalescencji
- w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy.
- 22.** Jeśli będziesz przebywać w szpitalu lub na OAIT w czasie rekonwalescencji, to wypłacimy świadczenie:
- 1) za pobyt w szpitalu i za pobyt na OAIT (jeśli przebywałeś na OAIT) albo
 - 2) za rekonwalescencję
- według Twojego wyboru.
Decydujesz o tym, składając wniosek o wypłatę:

- 1) za pobyt w szpitalu i pobyt na OAIT (jeśli przebywałeś na OAIT) albo
- 2) za rekonwalescencję.

KARENCCJA

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

- 23.** Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 30 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.
- 24.** Odpowiedzialność ponosimy, jeśli pobyt w szpitalu, pobyt na OAIT oraz rekonwalescencja jest wynikiem:
- 1) nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) wypadku komunikacyjnego,
 - 3) wypadku przy pracy
- który wydarzył się w ciągu pierwszych 30 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.

ZAWIERANIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

- 25.** Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jej trwania, pod warunkiem jednoczesnego zawarcia albo funkcjonowania u ubezpieczającego umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.
- 26.** Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

CZAS TRWANIA UMOWY

– czyli jak długo trwa ubezpieczenie

- 27.** 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

- 28.** Jeśli żadna ze stron umowy, czyli ubezpieczający lub my, nie postanowi inaczej, umowa ubezpieczenia dodatkowego wraz z umową ubezpieczenia podstawowego i umową dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego przedłuża się na kolejny rok automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
- 29.** 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

- 30.** Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
- 31.** Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
- 32.** Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.
- 33.** Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.

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

WYPowiedzenie umowy

– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z umowy ubezpieczenia

35. Wypowiedzenie umowy odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
36. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
37. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.
38. Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
39. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

SUMA UBEZPIECZENIA

– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

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

SKŁADKA

– od czego zależy i kiedy ją opłacać

42. 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.
43. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy w polisie.
44. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

45. Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
46. Okres ochrony w tej umowie rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym i dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się to ubezpieczenie

47. Nasza odpowiedzialność w tej umowie kończy się:
- 1) z dniem zakończenia okresu naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego;
 - 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

48. Prawo do świadczenia przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci świadczenie

49. W razie pobytu w szpitalu, dostarcz nam:
- 1) wniosek o wypłatę świadczenia. Możesz dostarczyć go:
 - a) gdy zakończysz pobyt w szpitalu, jeśli nie było rekonwalescencji,
 - b) gdy zakończysz pobyt w szpitalu i rekonwalescencję,
 - c) w trakcie pobytu w szpitalu – po 30. lub 60. dniu;
 - 2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową z OAIT – gdy zakończysz pobyt w szpitalu i rekonwalescencję;
 - 3) dokument, który potwierdza pobyt w szpitalu lub kartę wypisową z OAIT, wydane przez lekarza prowadzącego – w trakcie pobytu w szpitalu;
 - 4) w razie rekonwalescencji – dodatkowo dokument (kopię, wydruk) zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez ubezpieczającego albo zaświadczenie wydane przez ubezpieczającego o pobieranym zasiłku chorobowym w związku z Twoim pobylem na zwolnieniu lekarskim, które wydał szpital.
50. 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.
51. 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

52. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.
53. 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.
54. 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.
55. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy:
- 1) w postaci papierowej lub
 - 2) pocztą elektroniczną – robimy to na wniosek osoby (podmiotu), która złożyła reklamację.
56. 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.

- 57.** Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
- 58.** 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.
- 59.** Więcej o reklamacjach można dowiedzieć się z „Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i Rzeczniku Finansowym” oraz z „Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń”.
- 60.** Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
- 61.** 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.

- 62.** 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 – 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

- 63.** 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.

**POSTANOWIENIA DODATKOWE
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO PLUS**



§ 1

W ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus, kod warunków LPGP32, zatwierdzonych uchwałą nr UZ/155/2020 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 13 lipca 2020 roku, zwanych dalej „OWU”, wprowadza się następujące zmiany:

§ 2

1. W pkt 1 dotychczasowe ppkt 7-11 przekształcają się odpowiednio w ppkt 8-12, a nowy ppkt 7 otrzymuje brzmienie:
„7) **stosunek prawny** – umowa o pracę lub inny stosunek cywilnoprawny, z tytułu którego, na dzień wystąpienia wypadku przy pracy, istnieje prawny obowiązek opłacania składek na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych;”
2. W pkt 1 nowy ppkt 11 otrzymuje brzmienie:
„11) **wypadek przy pracy** – tylko taki wypadek, który jest nieszczęśliwym wypadkiem i wystąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ciebie:
a) zwykłych czynności lub
b) poleceń przełożonych
- w ramach stosunku prawnego, w którym pozostajesz w chwili wystąpienia wypadku przy pracy. Wypadkiem przy pracy nie jest wypadek w drodze do pracy lub z pracy;”

§ 3

Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.

§ 4

Niniejsze postanowienia dodatkowe zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/212/2021 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 16 listopada 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus, kod warunków LPGP32.

**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, zaistniałe 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 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 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

1. Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:
 - 1) **choroba** – stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego powodujący konieczność leczenia szpitalnego;
 - 2) **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;
 - 3) **pobyt w szpitalu** – całodobowy pobyt ubezpieczonego w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w celu leczenia szpitalnego, trwający nieprzerwanie dłużej niż 3 dni;
 - 4) **szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego.
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 zdrowie ubezpieczonego.

§ 4

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

- 1) pobyt w szpitalu spowodowany chorobą;
- 2) pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 5

1. PZU Życie SA wypłaca świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu w wysokości 0,5% sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.
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.
3. 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

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, 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 ubezpiezonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

§ 15

Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpiezonego 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 ubezpiezonego (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 ubezpiezonego, 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 ubezpiezonego 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 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 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 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 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 ŚMIERCI DZIECKA
SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM**



DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA 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 dziecka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków: NDGP32 (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 spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem w okresie naszej odpowiedzialności.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku śmierci dziecka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem wypłacamy ubezpieczonemu procent sumy ubezpieczenia (świadczenia) aktualny 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 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.

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:

- gdy dziecko było 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,
- samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia przez dziecko samobójstwa.

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

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 śmierci dziecka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków NDGP32 (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 DZIECKA SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM



Kod warunków: NDGP32

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem 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 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 dziecka.

§ 4

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

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 5

PZU Życie SA wypłaca świadczenie w przypadku śmierci dziecka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem 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, 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 za skutki nieszczęśliwego wypadku zaistniałego przed początkiem odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego lub:

- 1) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału dziecka w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
- 2) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez dziecko czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 3) w wyniku wypadku komunikacyjnego, gdy dziecko prowadziło 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 dziecko było 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 dziecko samobójstwa;
- 6) bezpośrednio w wyniku zatrucia dziecka 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 dziecka spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 17

Prawo do świadczenia z tytułu śmierci dziecka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem przysługuje ubezpieczonemu, o ile nie przyczynił się umyślnie do śmierci dziecka.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 18

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:
 - 1) zgłoszenie roszczenia;
 - 2) akt zgonu dziecka;
 - 3) kartę zgonu dziecka 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 nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią dziecka.
2. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć dziecka 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/166/2015 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 11 września 2015 roku.
2. Niniejsze ogólne warunki wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 roku.

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA UBEZPIECZONEGO
ORAZ RODZICA MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO
SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM**





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA UBEZPIECZONEGO ORAZ RODZICA MAŁŻONKA 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 rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków: NRG32 (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 członka rodziny. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka ubezpieczonego spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem, zaistniałym w okresie naszej odpowiedzialności.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku śmierci członka rodziny spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem wypłacamy ubezpieczonemu procent 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?

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 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:

- gdy członek rodziny 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,
- gdy z medycznego punktu widzenia nie istnieje normalny związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią członka rodziny,
- samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia przez członka rodziny samobójstwa.

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

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 rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków NRGP32 (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 RODZICA UBEZPIECZONEGO ORAZ RODZICA MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM



Kod warunków: NRGp32

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem 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:
 - członek rodziny:**
 - rodzica ubezpieczonego albo ojczyma lub macochę ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka ubezpieczonego, oraz
 - rodzica aktualnego małżonka ubezpieczonego albo ojczyma lub macochę małżonka ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka małżonka ubezpieczonego;
 - 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;
 - 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.
- 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 śmierć członka rodziny spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 5

PZU Życie SA wypłaca świadczenie w przypadku śmierci członka rodziny spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem 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

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

- 1) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału członka rodziny w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
- 2) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez członka rodziny czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 3) w wyniku wypadku komunikacyjnego, gdy członek rodziny 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 członek rodziny 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 członka rodziny samobójstwa;
- 6) bezpośrednio w wyniku zatrucia członka rodziny 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 członka rodziny spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 17

Prawo do świadczenia z tytułu śmierci członka rodziny spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem przysługuje ubezpieczonemu, o ile nie przyczynił się umyślnie do śmierci tego 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) kartę zgonu członka rodziny albo – jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 4) akt małżeństwa ubezpieczonego – w przypadku zgonu członka rodziny określonego w § 2 ust. 1 pkt 1 lit. b);
 - 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 członka rodziny.
2. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć członka rodziny 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/166/2015 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 11 września 2015 roku.
2. Niniejsze ogólne warunki wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2016 roku.

**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 karenca 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 наша 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 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

- Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:
 - 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,
 - uczęszczanie do szkoły** – kształcenie się w publicznej lub niepublicznej szkole oraz państwowej lub niepaństwowej szkole wyższej, znajdującej 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.
- 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 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

- 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.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 9

- 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.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 10

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

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 11

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

SKŁADKA

§ 12

- 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.
- 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

§ 13

- Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.
- 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 wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 roku.



**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH**



DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH

Kod warunków: OPGP32

Wersja dokumentu z dnia: 20.11.2021 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach Dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych, kod warunków: OPGP32 (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 I ZAKRES UBEZPIECZENIA – CO UBEZPIECZAMY?

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje wykonanie w okresie naszej odpowiedzialności tylko takich operacji chirurgicznych, które łącznie spełniają poniższe warunki:

- są wymienione w Wykazie Operacji Chirurgicznych, stanowiącym załącznik do OWU,
- istniały w stosunku do nich wskazania medyczne warunkujące konieczność ich wykonania w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby albo zmniejszenia skutków nieszczęśliwego wypadku.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku wykonania operacji chirurgicznej, zgodnie z klasyfikacją zawartą w Wykazie operacji chirurgicznych wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości:

- 100% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej I klasy,
- 50% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej II klasy,
- 30% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej III klasy,
- 10% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej IV klasy,
- 5% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej V klasy.

Wysokość należnego świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wykonania operacji chirurgicznej.

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 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 okresie pierwszych 180 dni, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego (karencja), ponosimy odpowiedzialność jedynie z tytułu operacji chirurgicznej będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku, który zaistniał w okresie 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 okresu, za jaki przekazano składkę, w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego,
- upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia,
- 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:

- wykonania kilku operacji chirurgicznych w okresie 60 dni, liczonym od daty wykonania pierwszej operacji chirurgicznej w tym okresie – wypłacamy wówczas świadczenie tylko za jedną operację chirurgiczną, za którą przysługuje najwyższa wysokość świadczenia,
- operacji, co do której nie istniały wskazania medyczne warunkujące konieczność jej wykonania w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby albo zmniejszenia skutków nieszczęśliwego wypadku,
- operacji, która jest kolejną operacją chirurgiczną tego samego narządu, pozostającą w związku przyczynowo-skutkowym z pierwszą operacją chirurgiczną, wykonaną w ramach leczenia tego samego stanu chorobowego lub skutków tego samego nieszczęśliwego wypadku (reoperacja).

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 operacji chirurgicznych, kod warunków OPGP32 (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 § 19 OWU § 20 OWU § 21 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 14 – 15 OWU § 16 – 18 OWU § 21 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH



Kod warunków: OPGP32

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych 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) **choroba** – stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego;
 - 2) **operacja chirurgiczna** – operacja wykonana przez lekarza medycyny, przeprowadzona w placówce medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym;
 - 3) **usunięcie** – całkowite usunięcie narządu, struktury ciała lub zmiany patologicznej;
 - 4) **wycięcie** – częściowe lub całkowite wycięcie tkanki, narządu, struktury ciała lub zmiany patologicznej;
 - 5) **zmiana** – patologiczny rozrost komórek danej tkanki, narządu lub układu.
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 zdrowie ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wykonanie w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA tylko takich operacji chirurgicznych, które łącznie spełniają poniższe warunki:

- 1) są wymienione w Wykazie Operacji Chirurgicznych, stanowiącym załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia,
- 2) istniały w stosunku do nich wskazania medyczne warunkujące konieczność ich wykonania w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby albo zmniejszenia skutków nieszczęśliwego wypadku.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 5

1. PZU Życie SA wypłaca świadczenie, po wykonaniu operacji chirurgicznej, zgodnie z klasyfikacją zawartą w Wykazie Operacji Chirurgicznych, w wysokości:

- 1) 100% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej I klasy;
 - 2) 50% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej II klasy;
 - 3) 30% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej III klasy;
 - 4) 10% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej IV klasy;
 - 5) 5% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej V klasy.
2. Wysokość należnego świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wykonania operacji chirurgicznej.

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, 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 okresu za jaki przekazano składkę w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia dodatkowego;
- 4) upływu czasu trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku jej nieprzedłużenia;
- 5) upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego;
- 6) rozwiązania umowy ubezpieczenia dodatkowego.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 16

W okresie pierwszych 180 dni, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego (karencja), PZU Życie SA ponosi odpowiedzialność jedynie z tytułu operacji chirurgicznej

będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku, który zaistniał w okresie odpowiedzialności.

§ 17

W przypadku wykonania kilku operacji chirurgicznych w okresie 60 dni, liczonym od daty wykonania pierwszej operacji chirurgicznej w tym okresie, PZU Życie SA wypłaca świadczenie tylko za jedną operację chirurgiczną, za którą przysługuje najwyższa wysokość świadczenia.

§ 18

1. PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu operacji chirurgicznej, której konieczność wykonania 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 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 konieczność wykonania operacji chirurgicznej;
 - 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;
 - 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).
2. PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu operacji chirurgicznej:
 - 1) co do której nie istniały wskazania medyczne warunkujące konieczność jej wykonania w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby albo zmniejszenia skutków nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) w której ubezpieczony był dawcą organów lub narządów;
 - 3) wykonanej w celu kosmetycznym lub estetycznym, z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego lub choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA;
 - 4) wykonanej w celu antykoncepcyjnym;

- 5) zmniejszenia lub powiększenia piersi oraz zmiany płci;
 - 6) stomatologicznej, z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA;
 - 7) wykonanej w celach diagnostycznych;
 - 8) związanej z usunięciem ciała obcego metodą endoskopową;
 - 9) związanej z wymianą wszczepionego na stałe urządzenia, sztucznego narządu lub części sztucznego narządu;
 - 10) która jest kolejną operacją chirurgiczną tego samego narządu, pozostającą w związku przyczynowo-skutkowym z pierwszą operacją chirurgiczną, wykonaną w ramach leczenia tego samego stanu chorobowego lub skutków tego samego nieszczęśliwego wypadku (reoperacja).
- 3) 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, opinii lub orzeczenia wskazanego przez siebie lekarza orzecznika oraz ewentualnie wyników zleconych przez siebie badań medycznych, z zastrzeżeniem ust. 4.
 3. PZU Życie SA pokrywa koszty orzekania przez wskazanego przez siebie lekarza orzecznika oraz koszty zleconych przez siebie badań medycznych.
 4. Jeżeli wnioskujący o wykonanie zobowiązania nie przedstawi wymaganych dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności roszczenia PZU Życie SA może odmówić wypłaty świadczenia.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 19

Prawo do świadczenia z tytułu wykonania operacji chirurgicznej przysługuje ubezpieczonemu.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 20

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:
 - 1) zgłoszenie roszczenia;
 - 2) kartę informacyjną z placówki medycznej potwierdzającą wykonanie operacji;

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 21

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.

§ 22

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/166/2015 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 11 września 2015 roku.
2. Niniejsze ogólne warunki wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 roku.

WYKAZ OPERACJI CHIRURGICZNYCH

Załącznik do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych



Nazwa procedury	Klasa	Nazwa procedury	Klasa
Układ nerwowy			
Kraniotomia z usunięciem ropnia nadwardówkowego	IV	Wycięcie przewodu tarczowo-językowego	III
Kraniotomia z usunięciem krwaka nadwardówkowego	IV	Częściowe wycięcie przytarczyc	IV
Kraniotomia z usunięciem obcego ciała z czaszki	III	Całkowite wycięcie przytarczyc	III
Kraniotomia z usunięciem krwaka podwardówkowego	IV	Częściowe wycięcie nadnerczy	IV
Kraniotomia z usunięciem krwaka śródmózgowego	III	Obustronne wycięcie nadnerczy	III
Drenaż krwaka śródmózgowego	III	Operacja szyszynki	II
Lobotomia/traktotomia	II	Wycięcie przysadki mózgowej	I
Wycięcie zmiany opony mózgu	III	Zniszczenie przysadki mózgowej	I
Wycięcie tkanki mózgu	III	Częściowe wycięcie grasicy	IV
Wycięcie guza mózdzku	III	Całkowite wycięcie grasicy	III
Usunięcie ropnia mózdzku	III	Torakoskopowe wycięcie grasicy	IV
Wycięcie guza pnia mózgu	III	Transplantacja grasicy	III
Rekonstrukcja opon mózgowych	III	Wycięcie zmiany piersi	IV
Operacja przepukliny mózgowej	III	Subtotalna mamektomia	III
Wentrykulostomia	III	Wycięcie brodawki sutkowej	V
Pozaczaskowy drenaż mózgu	III	Rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej	V
Wszczepienie stymulatora mózgu	III	Jednostronne całkowite wycięcie piersi	III
Operacja tętniaka lub naczyńniaka mózgu	III	Obustronne całkowite wycięcie piersi	II
Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego	IV	Całkowita jednoczasowa rekonstrukcja piersi	III
Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego ze stabilizacją	IV	Jednostronny wszczip do piersi	IV
Wycięcie zmiany rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych	III	Przeszczep skóry na pierś	IV
Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	V	Przeszczep uszypułowany na pierś	IV
Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	III	Rekonstrukcja piersi płatem mięśniowym lub skórno-mięśniowym	IV
Rekonstrukcja nerwu obwodowego	V	Całkowita obustronna jednoczasowa rekonstrukcja piersi	II
Odbarczenie nerwu czaszkowego	III	Oko	
Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	III	Wycięcie gruczołu łzowego	V
Operacje naprawcze nerwu obwodowego	V	Wycięcie zmiany gruczołu łzowego	V
Operacje naprawcze nerwu współczulnego	V	Wycięcie woreczka/ dróg łzowych	V
Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego	III	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	V
Rekonstrukcja nerwu czaszkowego	III	Wycięcie zmiany ze spojówki	V
Przecięcie ciała modelowatego – kalozotomia	I	Operacja naprawcza skaleczenia spojówki	V
Drenaż przestrzeni podpajęczynówkowej	IV	Usunięcie zrostów spojówki lub/i powieki	V
Wycięcie lub zniszczenie spłotu naczyniówkowego opon mózgowych	IV	Rekonstrukcja spojówki z przeszczepem	V
Drenaż ropnia przestrzeni podpajęczynówkowej	IV	Wycięcie skrzydła rogówki	V
Podwiązanie tętnicy oponowej środkowej	IV	Przeszczep rogówki	V
Kauteryzacja spłotu naczyniówkowego opon mózgowych	IV	Nacięcie tęczówki	V
Podwiązanie naczyń przestrzeni podwardówkowej	IV	Usunięcie zrostów tęczówki	V
Drenaż przestrzeni podwardówkowej	IV	Wycięcie tęczówki	V
Drenaż wodniaka śródczaszkowego	IV	Wycięcie zmiany tęczówki	V
Dekortykacja opon mózgu	IV	Trepanacja twardówki z usunięciem tęczówki	V
Wycięcie zmiany tkanki mózgu	II	Wytworzenie przetoki twardówki	V
Rozległa resekcja tkanki mózgowej	I	Usunięcie zmiany twardówki	V
Usunięcie ropnia pnia mózgu	II	Naprawa garbiaka twardówki	V
Wycięcie tkanki rdzenia kręgowego	III	Wzmocnienie twardówki	V
Przecięcie dróg rdzenia kręgowego	III	Usunięcie soczewki lub wprowadzenie sztucznej soczewki	IV
Operacja przepukliny oponowej lub/i rdzeniowej	III	Usunięcie ciała szklatego	V
Drenaż przestrzeni podoponowej rdzenia	IV	Usunięcie mięśnia okoruchowego	IV
Wycięcie nerwiaka nerwu słuchowego	IV	Wycięcie gałki ocznej	III
Sympatektomia szyjna	III	Zabieg naprawczy wielu struktur oka	III
Sympatektomia lędźwiowa	III	Operacyjne zaopatrzenie pękniętej gałki ocznej	III
Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	III	Wycięcie zmiany oczodołu	III
Wycięcie rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych	III	Osteoplastyka oczodołu	III
Przeszczep opony twardej mózgu	III	Usunięcie lub wycięcie zmiany ciała rzęskowego	V
Układ endokrynologiczny oraz gruczoł sutkowy		Ucho	
Częściowe wycięcie tarczycy	IV	Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego	IV
Całkowite wycięcie tarczycy	III	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	III
		Operacja naprawcza błony bębenkowej	V

Nazwa procedury	Klasa	Nazwa procedury	Klasa
Operacja naprawcza wyrostka sutkowatego	IV	Wycięcie zmiany podniebienia twardego	V
Wycięcie zmiany ucha środkowego	IV	Wycięcie zmiany podniebienia miękkiego	V
Wycięcie zmiany ucha wewnętrznego	III	Korekcja deformacji podniebienia	IV
Drenaż ucha wewnętrznego	IV	Wycięcie zmiany wargi	V
Ablacja struktur ucha wewnętrznego	III	Wycięcie zmiany śluzówki jamy ustnej	V
Rekonstrukcja ucha wewnętrznego	III	Rekonstrukcja struktur jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	IV
Operacja przetoki ucha wewnętrznego	IV	Wycięcie języczka	V
Wszczepienie protezy ślimaka	III	Wycięcie zmiany migdałka	V
Wytworzenie przetoki limfatycznej	IV		
Odbarczenie błędnika	III	Przewód pokarmowy	
Układ oddechowy		Częściowe wycięcie przełyku	III
Operacyjne tamowanie krwotoku z nosa	V	Całkowite wycięcie przełyku	II
Wycięcie małżowiny wewnętrznej nosa	V	Śródpiersiowe zespolenie omijające przełyku	II
Wycięcie nosa	III	Wytworzenie sztucznego przełyku	II
Otwarcie zatoki szczękowej	V	Zamostkowe wytworzenie przełyku	II
Wycięcie zmiany zatoki szczękowej	V	Przedmostkowe zespolenie omijające przełyku	II
Wyłonienie zatoki szczękowej	V	Wprowadzenie endoprotezy przełyku	III
Otwarcie zatoki czołowej	V	Szycie rozerwania przełyku	IV
Wycięcie zmiany zatoki czołowej	V	Usunięcie zwężenia przełyku	IV
Obliteracja zatoki czołowej	V	Podwiązanie żyłaków przełyku	IV
Wycięcie zatoki czołowej	V	Jednoczasowe usunięcie przełyku i żołądka	I
Otwarcie komórek sitowych	V	Wytworzenie przetoki przełykowej	IV
Wycięcie komórek sitowych	V	Operacja przetoki żołądkowej	IV
Otwarcie zatoki klinowej	V	Podwiązanie żyłaków wpustu żołądka	IV
Usunięcie zatoki klinowej	V	Pyloromyotomia	IV
Otwarcie wielu zatok nosa	V	Pyloroplastyka	IV
Wycięcie gardła	III	Częściowe wycięcie żołądka	III
Wycięcie zmiany gardła	V	Całkowite wycięcie żołądka	II
Rozszerzanie gardła	V	Wagotomia choroby wrzodowej żołądka	IV
Operacje naprawcze nozdrzy tylnych	V	Zaszycie wrzodu żołądka	IV
Operacje naprawcze gardła po usunięciu nowotworu	V	Zatamowanie krwotoku w żołądku lub dwunastnicy	IV
Zamknięcie przetoki gardła	V	Zespolenie omijające żołądka	III
Wycięcie częściowe krtani	IV	Operacja antyrefleksowa	IV
Wycięcie całkowite krtani	III	Szycie rozerwania żołądka	IV
Wycięcie zmiany krtani	V	Inwersja uchyłka żołądka	IV
Rozszerzenie krtani	V	Wycięcie dwunastnicy	III
Operacja przetoki krtani	V	Zaszycie wrzodu dwunastnicy	IV
Wycięcie chrząstki krtani	IV	Wagotomia choroby wrzodowej dwunastnicy	IV
Operacja naprawcza krtani	IV	Zespolenie omijające dwunastnicy	III
Wycięcie strun głosowych	IV	Operacja przetoki dwunastniczej	IV
Wszczepienie protezy głosowej	III	Szycie rozerwanej dwunastnicy	IV
Jednoczasowe wycięcie krtani i gardła	II	Częściowe wycięcie jelita cienkiego	III
Przeszczep krtani	I	Całkowite wycięcie jelita cienkiego	II
Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	V	Zespolenie omijające jelita cienkiego	III
Operacja naprawcza tchawicy	IV	Zamknięcie przetoki jelita cienkiego	IV
Operacja przetoki tchawicy	IV	Wyłonienie jelita cienkiego	IV
Całkowita jednoczasowa rekonstrukcja krtani i tchawicy	I	Rekonstrukcja przetoki jelitowej	IV
Częściowe wycięcie tchawicy	III	Szycie rozerwanego jelita cienkiego	IV
Operacja naprawcza oskrzela	IV	Odprowadzenie skrętu jelita	IV
Operacja przetoki oskrzelowej	IV	Odprowadzenie wgłobienia jelita	IV
Wycięcie zmiany oskrzela	IV	Ufiksowanie jelita cienkiego	IV
Wycięcie oskrzela	III	Plikacja jelita cienkiego	IV
Wycięcie zmiany płuca	III	Wycięcie cysty lub zatoki pilonidalnej	V
Wycięcie płuca	II	Wycięcie kąticy	III
Przeszczep płuca	I	Operacja przepukliny przeponowej	III
Jednoczasowy przeszczep płuca i serca	I	Wycięcie poprzecznicy	III
Wycięcie zmiany śródpiersia	III	Hemikolektomia prawostronna	II
Rekonstrukcja przewodu zatokowo-nosowego	V	Hemikolektomia lewostronna	II
Jama ustna		Wycięcie esicy	III
Wycięcie zmiany języka	V	Totalna śródbrzuszna kolektomia	I
Częściowe wycięcie języka	V	Zespolenie omijające jelita grubego	III
Całkowite usunięcie języka	IV	Operacja przetoki jelita grubego	IV
Wycięcie zmiany ślinianki	V	Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego	II
Częściowe wycięcie ślinianki	V	Wyłonienie jelita grubego	IV
Całkowite usunięcie ślinianki	V	Plikacja jelita grubego	IV
Operacje naprawcze ślinianki lub przewodu ślinowego	V	Ufiksowanie jelita grubego	IV
Zamknięcie przetoki ślinowej	V	Szycie rozerwania jelita grubego	IV
		Odbarczenie zarośniętego odbytu	IV

Nazwa procedury	Klasa	Nazwa procedury	Klasa
Opierścienienie odbytu	IV	Chirurgicznie zmniejszenie komory serca	III
Operacja przetoki odbytu	IV	Przeszczep serca	I
Wszczepienie sztucznego zwieracza odbytu	IV	Wszczepienie sztucznego serca	I
Operacja wypadającego odbytu	IV	Wszczepienie systemu mechanicznego wspomaganie serca	IV
Wycięcie odbytu	III	Wszczepienie systemu stymulującego serce	V
Szycie rozerwania odbytnicy	IV	Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora	V
Wycięcie odbytnicy	III	Wszczepienie układu resynchronizującego serce CRT	V
Ufiksowanie odbytnicy	IV	Otwarta koronaroplastyka	III
Przeszczep mięśnia smukłego	IV	Operacje beleczek mięśniowych serca	III
Wycięcie wyrostka robaczkowego	V	Pomosty dla rewaskularyzacji serca	III
Narządy jamy brzusznej		Przezskórna operacja tętnicy płucnej	IV
Częściowe wycięcie śledziony	IV	Przezskórne zamknięcie uszka przedsionka	IV
Całkowite wycięcie śledziony	III	Naczynia tętnnicze oraz żyłne	
Wycięcie zmiany śledziony	IV	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	IV
Przeszczep śledziony	III	Rekonstrukcja tętnic brzusznych	IV
Częściowe wycięcie wątroby	III	Endarterektomia tętnic kończyny dolnej	IV
Całkowite wycięcie wątroby	II	Wycięcie lub zespolenie tętnic kończyny dolnej	IV
Wycięcie zmiany wątroby	IV	Pomostowanie aorty brzusznej lub/i tętnic kończyn dolnych	III
Przeszczep wątroby	I	Operacja tętniaka tętnicy mózgowej	III
Wewnątrznacyniowa operacja na naczyniach wątrobowych	IV	Operacja naprawcza aorty	III
Ufiksowanie wątroby	III	Pomost aorty brzusznej lub/i tętnic brzusznych	III
Zespolenie przewodu wątrobowego	III	Rekonstrukcja innej tętnicy	IV
Wycięcie pęcherzyka żółciowego	V	Szycie tętnicy	IV
Wycięcie zmiany trzustki	III	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	IV
Cholecystostomia	V	Wewnątrznacyniowa operacja naprawcza aorty	III
Szycie przewodu żółciowego	V	Wewnątrznacyniowa operacja naprawcza tętnic kończyn dolnych	IV
Wycięcie dróg żółciowych	III	Wewnątrznacyniowa operacja naprawcza gałęzi trzewnych aorty	IV
Zespolenie przewodu żółciowego	III	Wewnątrznacyniowa operacja naprawcza tętnicy mózgowej	III
Wycięcie zmiany dróg żółciowych	IV	Wewnątrznacyniowa operacja naprawcza innej tętnicy	V
Plastyka przewodu żółciowego wspólnego	III	Wycięcie tętniaka z zespoleniem żył: brzusznych, biodrowych, wrotnych, nerkowych, śledzionowych, żyły głównej dolnej	III
Zespolenie pęcherzyka żółciowego	III	Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego z zespoleniem	IV
Wycięcie brodawki Vatera	IV	Wewnątrznacyniowa operacja tętnicy szyjnej	IV
Wycięcie przewodu pęcherzykowego	V	Rekonstrukcja tętnicy mózgowej	III
Wytworzenie przetoki torbieli trzustki	IV	Rekonstrukcja tętnicy płucnej	III
Częściowe wycięcie trzustki	III	Wycięcie tętniaka naczyń klatki piersiowej	III
Całkowite wycięcie trzustki	II	Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego ze wstawką	IV
Jednoczasowe całkowite wycięcie trzustki i dwunastnicy	I	Wycięcie tętniaka naczyń kończyny górnej	IV
Operacja Whipplea	I	Endarterektomia naczyń kończyny górnej	IV
Zespolenie trzustki	III	Zespolenie żył jamy brzusznej	III
Zespolenie przewodu trzustkowego	III	Układ moczowy	
Serce		Operacja nerki przez nefrostomię	IV
Zamknięta walwulotomia	IV	Operacja torbieli nerki	V
Otwarta walwuloplastyka	III	Usunięcie kamienia z nerki	V
Wszczepienie zastawki aortalnej	II	Pielostomia	V
Wszczepienie zastawki mitralnej	II	Wycięcie lub zniszczenie zmiany układu kielichowo-miedniczkowego	IV
Wszczepienie zastawki płucnej	II	Wycięcie lub zniszczenie zmiany nerki	IV
Wszczepienie zastawki trójdzielnej	II	Ablacja termiczna zmiany nerki	IV
Operacja naprawcza pierścienia zastawki	III	Wycięcie kielicha nerkowego	IV
Przezskórna walwuloplastyka	III	Częściowe wycięcie nerki	IV
Zamknięcie przewodu tętniczego Botalla	IV	Całkowite wycięcie nerki	III
Zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego	III	Obustronne jednoczasowe wycięcie nerek	I
Zamknięcie ubytku międzykomorowego	III	Przeszczep nerki	I
Zamknięcie ubytku przegrody serca	III	Umocowanie lub podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej	III
Korekcja całkowita zespołu Fallota	I	Zaopatrzenie uszkodzenia urazowego nerki	IV
Operacja naprawcza złożonych wad wielkich naczyń	I	Operacja przetoki nerkowej	IV
Całkowita korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych	I	Zespolenie układu moczowego	IV
Korekcja całkowita wspólnego pnia tętniczego	I	Plastyka układu moczowego	IV
Przezskórna angioplastyka wieńcowa	V	Usunięcie skrzepu z układu moczowego	V
Pomostowanie tętnic wieńcowych	III	Usunięcie kamienia z układu moczowego	V
Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej	III	Usunięcie ciała obcego z układu moczowego	V
Operacje mięśni brodawkowatych serca	IV	Usunięcie przeszkody z układu moczowego	V
Operacje nici ścięgnistych serca	IV	Usunięcie zmiany z moczowodu	V
Wycięcie osierdzia	III	Korekcja zwężenia moczowodu	V
Operacja naprawcza tętniaka serca	III	Nacięcie moczowodu	V
Wycięcie tętniaka serca	III	Częściowe wycięcie moczowodu	V
Przebudowanie komory serca	III	Całkowite usunięcie moczowodu	IV

Nazwa procedury	Klasa	Nazwa procedury	Klasa
Operacja przetoki moczowodowej	IV	Protezowanie prącia	IV
Reimplantacja moczowodu do pęcherza moczowego	IV	Reimplantacja prącia	IV
Wszczepienie moczowodu do jelita	IV	Operacja naprawcza prącia	V
Wytworzenie końcowej przetoki kałowej z wszczepieniem moczowodów	III	Operacja naprawcza napletka	V
Reimplantacja moczowodu	IV	Wycięcie moszny	IV
Zeszywanie rany moczowodu	V	Żeński układ rozrodczy	
Zamknięcie przetoki moczowodu	IV	Operacja gruczołu Bartholina	V
Umocowanie moczowodu	V	Wycięcie lub zniszczenie zmiany w zatoce Douglasa	V
Operacja moczowodu objętego zwłóknieniem zaotrzewnowym	IV	Zamknięcie zatoki Douglasa	V
Operacja przeciwdpływowa zewnątrzpęcherzowa	IV	Wycięcie zmiany pochwy	V
Uzupełnienie moczowodu wszczepem	V	Wycięcie pochwy	IV
Protezowanie moczowodu	IV	Operacja naprawcza pochwy	IV
Sfałdowanie moczowodu	V	Operacja przetoki pochwowej	IV
Uwolnienie moczowodu ze zrostów	V	Rekonstrukcja sklepienia pochwy	IV
Wszczepienie elektronicznego stimulatora moczowodu	IV	Wycięcie zmiany sromu	V
Usunięcie kamienia z pęcherza moczowego	V	Wycięcie sromu	IV
Operacja naprawcza ujścia pęcherza moczowego	IV	Uwolnienie zrostów sromu	V
Plastyka pęcherza i cewki moczowej	III	Operacja techtaczk	V
Operacja naprawcza uchyłka pęcherza moczowego	IV	Operacja jajnika i/lub jajowodu	V
Plastyka ujścia pęcherza moczowego	IV	Obustronne wycięcie jajników i/lub jajowodów	IV
Sfałdowanie ujścia pęcherza moczowego	IV	Wycięcie zmiany szyjki macicy	V
Korekcja zwężenia cewki moczowej	V	Usunięcie mięśniaków macicy	V
Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza	V	Wycięcie zmiany trzonu macicy	V
Operacja przetoki pęcherza moczowego	IV	Usunięcie tkanki trzonu macicy	V
Wycięcie lub zniszczenie zmiany pęcherza moczowego	V	Operacja naprawcza przegrody macicy	V
Wycięcie uchyłka pęcherza moczowego	IV	Usunięcie zrostów macicy	V
Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	IV	Zniszczenie zmiany trzonu macicy	V
Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	III	Przyszywanie macicy do powłok brzusznych	V
Operacja przetoki pochwowej	IV	Szywanie rozdarcia macicy	V
Wytworzenie zastępczego pęcherza moczowego	III	Zamknięcie przetoki macicy	V
Operacja naprawcza cewki moczowej	V	Zabieg naprawczy poporodowego rozdarcia macicy	V
Operacja przetoki cewki moczowej	IV	Zabieg naprawczy wrodzonej wady macicy	V
Sfałdowanie cewki moczowej	V	Wycięcie macicy	IV
Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej	V	Operacje aparatu zawieszającego macicę	IV
Wszczepienie protezy cewki moczowej	V	Skóra	
Operacja spodziectwa	V	Przeszczep wolny skóry	V
Operacyjne leczenie nietrzymania moczu	IV	Przeszczep płata skóry owłosionej	V
Wycięcie lub zniszczenie tkanki stercza	V	Przeszczep innej niż własna tkanka do skóry	V
Wycięcie lub zniszczenie zmiany stercza	V	Uszypułowany lub płatowy przeszczep skóry	V
Całkowite wycięcie stercza	IV	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry	V
Wycięcie zmiany cewki moczowej	V	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-powięziowego	IV
Wycięcie uchyłka cewki moczowej	V	Przeszczep płata skórno-powięziowego	IV
Operacja przetoki moczowodowej	IV	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	V
Operacja przetoki pęcherza moczowego	IV	Przeszczep śluzówki	V
Operacja przetoki macicznej	IV	Tkanki miękkie	
Rekonstrukcja pęcherza moczowego	III	Uwolnienie ścięgna	V
Wytworzenie zespolenia pęcherza moczowego	IV	Wycięcie torbieli bocznej szyi lub pozostałości szczeliny skrzelowej	V
Wszczepienie elektronicznego stimulatora pęcherza moczowego	V	Wycięcie zmiany ściany klatki piersiowej (z usunięciem żeber)	IV
Częściowe wycięcie cewki moczowej	V	Dekortykacja płuca	IV
Całkowite wycięcie cewki moczowej	IV	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	III
Narządy płciowe męskie		Operacja naprawcza przepony	III
Operacja wodniaka jądra	V	Szywanie rany przepony	III
Wycięcie zmiany jądra	V	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	IV
Jednostronne wycięcie jądra	V	Operacja przepukliny pachwinowej obustronna	IV
Wycięcie jedyne jądra	V	Operacja przepukliny pachwinowej jednostronna	V
Wycięcie obu jąder jednocześnie	IV	Operacja przepukliny pępkowej	V
Sprawdzenie jąder	V	Operacja przepukliny udowej jednostronna	V
Protezowanie jądra	V	Operacja przepukliny udowej obustronna	IV
Operacja żyłaków powrózka nasiennego	V	Operacja przepukliny ściany jamy brzusznej o nieokreślonym umiejscowieniu	V
Operacja naprawcza powrózka nasiennego	V	Operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	V
Operacja pęcherzyków nasiennych	V	Plikacja przepony	IV
Operacja najądrza	V	Operacja moczownika	V
Wycięcie najądrza	V	Wycięcie tkanek otrzewnowej	V
Wycięcie nasieniowodu	V	Operacja naprawcza dotycząca sieci	V
Wycięcie lub zniszczenie zmiany prącia	V	Operacja naprawcza dotycząca krezki jelita	V
Całkowite wycięcie prącia	IV		
Częściowe wycięcie prącia	V		

Nazwa procedury	Klasa	Nazwa procedury	Klasa
Wycięcie zmiany otrzewnej	V	Uwolnienie stawu	V
Uwolnienie zrostów otrzewnowych	V	Uwolnienie więzadła	V
Operacja przewodu limfatycznego	IV	Otwarte nastawienie zwłknięcia	IV
Wycięcie ścięgna	V	Wycięcie łąkotki kolana	V
Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	V	Usztywnienie (artrodeza) stawu biodrowego	IV
Operacja kaletki	V	Usztywnienie (artrodeza) stawu kolanowego	IV
Wycięcie powięzi	V	Usztywnienie (artrodeza) stawu barkowego	IV
Wycięcie mięśnia	V	Usztywnienie (artrodeza) stawu łokciowego	IV
Uwolnienie przykurczu mięśnia	V	Operacja stabilizująca więzadła stawu kolanowego	V
Operacja naprawcza ścięgna	V	Operacja stabilizująca staw barkowy	IV
Operacja naprawcza mięśnia	V	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny górnej	V
Przeszczepienie mięśnia	IV	Operacja stabilizująca rzepekę stawu kolanowego	V
Uwolnienie mięśnia	V	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny dolnej	V
Wycięcie zmiany lub tkanki przepony	IV	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego	III
Zabieg naprawczy opłucnej	IV	Częściowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego	IV
Operacja naprawcza przepukliny kulszowej	V	Artroplastyka nadgarstka lub śródręcza	IV
Operacja naprawcza przepukliny kulszowo odbytniczej	V	Artroplastyka śródręczno-paliczkowa i międzypaliczkowa	IV
Operacja naprawcza przepukliny lędźwiowej	V	Całkowita endoproteza nadgarstka	III
Operacja naprawcza przepukliny zasłonowej	V	Całkowita endoprotezoplastyka stawu stopy, palców stopy	IV
Operacja naprawcza przepukliny sieciowej	V	Całkowita endoprotezoplastyka stawu skokowego	IV
Operacja naprawcza przepukliny zaotrzewnowej	V	Rekonstrukcja mikrochirurgiczna naczyń i/ lub nerwów stopy	IV
Operacja naprawcza otrzewnej	V	Policyzacja palca	IV
Wycięcie pochewki ścięgna	V	Całkowita rekonstrukcja kciuka	IV
Operacja naprawcza dotycząca powięzi	V	Korekcja stopy końsko-szpotaowej	IV
Kości i stawy szkieletu i kręgosłupa		Częściowa endoprotezoplastyka stawu barkowego	IV
Podniesienie złamanego fragmentu czaszki	III	Częściowa endoprotezoplastyka stawu łokciowego	IV
Uzupełnienie ubytku kości czaszki	IV	Całkowita endoprotezoplastyka stawu barkowego	III
Otwarte nastawienie złamania kości nosa	IV	Całkowita endoprotezoplastyka stawu łokciowego	III
Wycięcie zmiany kości twarzoczaszki	V	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego	III
Wycięcie kości twarzoczaszki	IV	Całkowite wycięcie kości ektopowej	IV
Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej	IV	Częściowe wycięcie kości ektopowej	V
Otwarte nastawienie złamania szczęki	IV	Pozostałe	
Otwarte nastawienie złamania żuchwy	IV	Amputacja kciuka	IV
Otwarte nastawienie kości twarzy	IV	Amputacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	IV
Otwarte nastawienie złamania oczodołu	IV	Wyłuszczenie nadgarstka	III
Przeszczep kostny kości twarzy	IV	Amputacja kończyny górnej na wysokości przedramienia	III
Otwarte nastawienie zwłknięcia stawu skroniowo-żuchwowego	IV	Wyłuszczenie w stawie łokciowym	III
Częściowe wycięcie żuchwy	IV	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	III
Całkowite wycięcie żuchwy	III	Wyłuszczenie w stawie barkowym	III
Wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa	IV	Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki	II
Usunięcie przepukliny jądra miazdżystego	IV	Amputacja palucha	IV
Usztywnienie (artrodeza) stawów kręgosłupa	IV	Amputacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	IV
Operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	IV	Wyłuszczenie w stawie skokowym	III
Operacja złamania kręgu	IV	Amputacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	III
Rekonstrukcja wielu kości twarzoczaszki	III	Amputacja kończyny dolnej na wysokości kolana	III
Rekonstrukcja jednej kości twarzoczaszki	IV	Wyłuszczenie w stawie kolanowym	III
Wycięcie zmiany kości	V	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	III
Wycięcie martwaka kości	V	Wyłuszczenie w stawie biodrowym	II
Osteotomia bez rozdzielenia (z wyłączeniem stóp i rąk)	IV	Amputacja kończyny dolnej z częścią miednicy	II
Osteotomia klinowa (z wyłączeniem stóp i rąk)	IV	Replantacja kciuka	IV
Inna osteotomia (z wyłączeniem stóp i rąk)	IV	Replantacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	III
Resekcja kości (z wyłączeniem stóp i rąk)	IV	Replantacja kończyny górnej na wysokości ramienia	II
Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	V	Replantacja palucha	IV
Otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	IV	Replantacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	III
Zamknięta stabilizacja oddzielonej nasady kości	V	Replantacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	III
Otwarta stabilizacja oddzielonej nasady kości	IV	Replantacja kończyny dolnej na wysokości uda	II
Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu złamania kości	IV	Przeszczep całej twarzy	I
Uwolnienie torebki stawowej	V		

**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 – 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 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 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 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 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

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

ubezpieczonemu, 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 wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2011 roku.

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO PRACY
I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI**



DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI



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 niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, kod warunków: TNGP33 (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 wystąpienie u ubezpieczonego niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w okresie naszej odpowiedzialności.

Po ukończeniu przez ubezpieczonego 55. roku życia ponosimy odpowiedzialność z tytułu niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji powstałej wyłącznie w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku wystąpienia niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji wypłacimy ubezpieczonemu 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zdarzenia.

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 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,
- wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji,
- 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:

- niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji powstałej po ukończeniu przez ubezpieczonego 55. roku życia, o ile nie jest spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem,
- niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji ubezpieczonego będącej następstwem chorób, które były zdiagnozowane lub leczone lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed początkiem naszej odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego,
- popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa.

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 niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, kod warunków TNGP33 (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 § 16 OWU § 19 OWU § 20 OWU § 21 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 OWU § 14 – 15 OWU § 16 – 18 OWU § 21 OWU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI



Kod warunków: TNGP33

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji 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) **choroba** – stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego;
 - 2) **dzień zdarzenia** – pierwszy dzień trwającego nieprzerwanie okresu nieświadczenia pracy wywołanego tą samą chorobą lub tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, będących jedyną i bezpośrednią przyczyną niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, zakończonego wydaniem orzeczenia;
 - 3) **nieświadczenie pracy** – okres nieświadczenia pracy potwierdzony przez lekarza w odpowiednim druku ZUS;
 - 4) **niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji** – trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie oraz do samodzielnej egzystencji, będącą rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby powstałych w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA; trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji oznacza, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy;
 - 5) **orzeczenie** – orzeczenie lekarskie o trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz do samodzielnej egzystencji wydane przez podmiot uprawniony do orzekania niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji.
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 zdrowie ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

§ 5

PZU Życie SA wypłaca świadczenie w przypadku wystąpienia niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA w wysokości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zdarzenia.

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, 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 obowiązuje w tej samej wysokości przez cały okres odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego

z uwzględnieniem zmiany ryzyka ubezpieczeniowego związanego z ukończeniem przez ubezpieczonego 55 roku życia.

4. 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) wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji;
- 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

Po ukończeniu przez ubezpieczonego 55. roku życia PZU Życie SA ponosi odpowiedzialność z tytułu niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji powstałej wyłącznie w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

§ 17

Odpowiedzialność PZU Życie SA nie obejmuje niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji ubezpieczonego będącej następstwem chorób, które były zdiagnozowane lub leczone lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego.

§ 18

PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego przed początkiem odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego lub powstałej:

- 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 niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji;

- 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.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 19

Prawo do świadczenia z tytułu wystąpienia niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji przysługuje ubezpieczonemu.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 20

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:
 - 1) zgłoszenie roszczenia;
 - 2) orzeczenie;
 - 3) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, w szczególności druki ZUS ZLA poświadczające nieświadczanie pracy oraz dokumentację medyczną dotyczącą przyczyny powstania niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji – na życzenie PZU Życie SA.
2. PZU Życie SA decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1, opinii lub orzeczenia wskazanego przez siebie lekarza orzecznika oraz ewentualnie wyników zleconych przez siebie badań medycznych.
3. PZU Życie SA pokrywa koszty orzekania przez wskazanego przez siebie lekarza orzecznika oraz koszty zleconych przez siebie badań medycznych.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 21

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.

§ 22

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.

POSTANOWIENIA DODATKOWE DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI



POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

W ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, kod warunków TNGP33, zatwierdzonych 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, zwanych dalej „OWU”, wprowadza się następujące zmiany:

§ 2

1. w § 2 ust. 1 dodaje się pkt 6 w brzmieniu:
„6) **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.”
2. § 17 otrzymuje brzmienie:
„1. Odpowiedzialność PZU Życie SA nie obejmuje niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji spowodowanej chorobą,

która wystąpiła lub z powodu której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed powstaniem odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego.

2. Wyłączenie z ust. 1 nie dotyczy:

- 1) sytuacji, w których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się i zakończyło przed ukończeniem przez ubezpieczonego 18 roku życia;
- 2) niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji spowodowanej chorobą, gdy nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiej samej choroby.”

§ 3

Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.

§ 4

Niniejsze postanowienia dodatkowe zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/207/2018 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 16 października 2018 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, kod warunków TNGP33.

**POSTANOWIENIA DODATKOWE NR 2
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI**



§ 1

W ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, kod warunków TNGP33, zatwierdzonych 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, zwanych dalej „OWU”, wprowadza się następujące zmiany:

§ 2

§ 20 otrzymuje brzmienie:

- „1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do PZU Życie SA:
- 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) dokumentację medyczną z przebiegu leczenia, która potwierdza niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji i datę jej wystąpienia lub orzeczenie – jeśli ubezpieczony posiada takie orzeczenie.

2. W przypadku, gdy dokumenty, o których mowa w ust. 1, nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia jest należna, PZU Życie SA może dodatkowo:
 - 1) poprosić o inny dokument, który potwierdza niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji;
 - 2) poprosić o opinię wskazanego przez siebie lekarza;
 - 3) zlecić badania medyczne – jeśli będzie to potrzebne.
3. PZU Życie SA pokrywa koszty orzekania przez wskazanego przez siebie lekarza oraz koszty zleconych przez siebie badań medycznych.”

§ 3

Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.

§ 4

Niniejsze postanowienia dodatkowe zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/212/2021 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 16 listopada 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, kod warunków TNGP33.

**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 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.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56, kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

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 wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 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 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

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 karencja 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 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 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 WPADEK 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 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 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

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, 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) 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 zajście 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 wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.

UPRAWNIENI 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 wchodzą 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 składek).

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 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 nie 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 wchodzi 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 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) **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 jakakolwiek 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 odmiennych, określeń, 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 określona 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 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 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 wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2013 roku.



POSTANOWIENIA DODATKOWE DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ WYPADKIEM PRZY PRACY

§ 1

W ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy, kod warunków WPGP32, zatwierdzonych 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, zwanych dalej „OWU”, wprowadza się następujące zmiany:

§ 2

§ 2 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

- „1. Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:
- 1) **stosunek prawny** – umowa o pracę lub inny stosunek cywilnoprawny, z tytułu którego, na dzień wystąpienia wypadku przy pracy, istnieje prawny obowiązek opłacania składek na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych;

- 2) **wypadek przy pracy** – tylko taki nieszczęśliwy wypadek, który wystąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach stosunku prawnego, w którym ubezpieczony pozostawał w chwili wystąpienia wypadku przy pracy. Wypadkiem przy pracy nie jest wypadek w drodze do pracy lub z pracy.”.

§ 3

Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.

§ 4

Niniejsze postanowienia dodatkowe zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/212/2021 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 16 listopada 2021 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy, kod warunków WPGP32.



**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 w 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 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:

- 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 Huntingtona, choroby neuronu ruchowego (stwardnienia zanikowego bocznego), choroby Parkinsona, ciężkiego oparzenia, kleszczowego zapalenia mózgu, neuroboreliozy, nowotworu złośliwego, schyłkowej 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 przeciwpłatkowego, przewlekłej niewydolności nerek – rozpoczęcia stałej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;
 - c) przeprowadzenia operacji – w przypadku: bąblowca 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 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: 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 z 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, użytymi 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 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, ziarniniaków, malformacji naczyńowych, 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) brodawkowego 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 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 wielotorbielowość 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, miażdżycę naczyń mózgowych;
- 10) utraty kończyny, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano cukrzycę lub miażdżycę tętnic kończyn dolnych, które były przyczyną amputacji;
- 11) zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano 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 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 wypłacone 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 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 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 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

- 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.

ZAŁĄCZNIK 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, czerwono krwinkowego i płytkotwórczego. 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) **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 korekcji 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 (bypass)**, 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 ośpienie 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 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 przeciwprątkowego 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) **niezłśliwego guza mózgu**, który jest łagodnym wewnątrzczaszkowym guzem mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych. Odpowiadamy wyłącznie za taki niezłśliwy guz mózgu, który został usunięty lub jeśli ze względów medycznych usunięcie guza nie było możliwe, spowodował on wystąpienie ubytków neurologicznych. Rozpoznanie niezłśliwego guza mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu;
 - 20) **nowotwór złśliwy**, który jest niekontrolowanym rozrostem komórek nowotworowych, cechujących się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów. Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złśliwy, którego inwazyjny charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym. Odpowiadamy także za rozsianą chorobę nowotworową ze zmianami przerzutowymi, gdy nie pobrano materiału do badania histopatologicznego, ale obraz kliniczny i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do złśliwości procesu nowotworowego;
 - 21) **przewlekłą niewydolność nerek**, która jest trwałym upośledzeniem czynności obu nerek lub jedynej nerki. Odpowiadamy wyłącznie za taką przewlekłą 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 naczyń torbki. 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) **schytkową niewydolność wątroby**, która jest końcowym stadium upośledzenia funkcji wątroby. Odpowiadamy wyłącznie za taką schytkową niewydolność wątroby, która doprowadziła do żółtaczki, wodobrzusza, żylaków przełyku i encefalopatii wątrobowej łącznie;
 - 24) **sepsę (posocnicę)**, 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 rozszanie zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym;
 - 26) **tężca**, który jest chorobą zakaźną wywołaną działaniem neurotoksyny produkowanej przez laseczki tężca. Odpowiadamy wyłącznie za taki tężec, który wymagał hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
 - 27) **transplantację**, która jest operacją chirurgiczną przeszczepienia narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego. Odpowiadamy wyłącznie za wykonaną u biorcy transplantację serca, płuca, wątroby lub jej części oraz wykonaną u biorcy 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 spełnione 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 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 żywego mięśnia sercowego o umiejscowieniu odpowiadającym etiologii niedokrwiennej lub w koronarografii stwierdzono powikłania zabiegu ograniczające przepływ krwi oraz w którym stwierdzono wzrost stężenia troponiny sercowej we krwi do wartości:
 - a) 5-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z przezskórną interwencją wieńcową lub
 - b) 10-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z pomostowaniem tętnic wieńcowych;
 - 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 informację, 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)	tęžec	11)	tęžec	11)	tęžec	11)	tęžec
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 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 wsierdzia	30)	bakteryjne zapalenie wsierdzia
				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 nie 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 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 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 wskazanych 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 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 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 potwierdzonego 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.

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 wskazywania, 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:

- 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 wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2013 roku.



PZU W Razie Wypadku

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA

Tekst posiada
certyfikat



prosta polszczyzna
STANDARD UNIWERSYTETU WROCŁAWSKIEGO





Grupowe ubezpieczenie PZU W Razie Wypadku

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 PZU W Razie Wypadku, kod warunków: PWGP32, ZUGP32 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- nie jest materiałem informacyjnym,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie jest ofertą 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 Twoje życie i zdrowie oraz zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć małżonka albo partnera życiowego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- Twoją śmierć, jeśli spowodował ją tylko taki nieszczęśliwy wypadek, którym jest: wypadek komunikacyjny, wypadek komunikacyjny w porze nocnej, wypadek komunikacyjny w pracy, wypadek komunikacyjny z udziałem samochodu ciężarowego, pożar albo zatrucie tlenkiem węgla, utonięcie, wybuch gazu, porażenie prądem albo uderzenie pioruna,
- Twoją śmierć, jeśli spowodował ją tylko taki nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił wskutek: uprawiania sportu, uprawiania niebezpiecznego sportu, uprawiania sportu na kółkach, uprawiania narciarstwa albo snowboardingu,
- zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć Twojego małżonka albo partnera życiowego, którą spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek jak wypadek komunikacyjny,
- oparzenia u Ciebie, które spowodował nieszczęśliwy wypadek,
- Twoje trwałe inwalidztwo, które spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek, którym jest: wypadek komunikacyjny, pożar, wybuch gazu, porażenie prądem albo uderzenie pioruna,
- złamanie kości przez Ciebie, jakie spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił wskutek: uprawiania sportu na kółkach, uprawiania joggingu, gry w piłkę,
- Twoją śmierć, niezależnie od przyczyny zaistniałe w okresie naszej odpowiedzialności.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

Świadczenie pieniężne wypłacamy Tobie albo uprawnionemu, gdy dojdzie do zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

Jeśli Twoją śmierć spowoduje opisany powyżej szczególny rodzaj nieszczęśliwego wypadku, to wypłacimy 500% sumy ubezpieczenia.

Po śmierci Twojego małżonka albo partnera, którą spowodował wypadek komunikacyjny, wypłacimy Ci pieniądze w wysokości 500% sumy ubezpieczenia.

Uprawnionemu wypłacimy pieniądze po Twojej śmierci w wysokości 100 zł.

Wypłacimy Ci pieniądze w razie oparzeń, które spowodował nieszczęśliwy wypadek w wysokości 100% sumy ubezpieczenia. W razie całkowitego trwałego inwalidztwa wypłacimy pieniądze w wysokości 100% sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek, natomiast w razie częściowego inwalidztwa oraz złamania kości wypłacimy Ci określony w tabeli w ogólnych warunkach ubezpieczenia procent sumy ubezpieczeniowej aktualnej w dniu zaistnienia szczególnego rodzaju nieszczęśliwego wypadku.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia zawiera właściciel polisy, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Do umowy możesz przystąpić, jeśli w dniu, w którym podpisujesz deklarację:

- łączy Cię z właścicielem polisy stosunek prawny i masz ukończone 16 lat,
- jesteś małżonkiem albo partnerem życiowym ubezpieczonego podstawowego i masz ukończone 16 lat,
- jesteś pełnoletnim dzieckiem ubezpieczonego podstawowego.

Jak długo trwa umowa?

Umowę zawieramy na rok. Czas trwania umowy określamy w polisie. Umowa ubezpieczenia może zostać przedłużona na kolejne roczne okresy, jeśli 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 przekazania składki określamy w polisie. Składka jest stała i nie podlega indeksacji. Właściciel polisy przekazuje nam składki za wszystkich ubezpieczonych.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza ochrona zaczyna się pierwszego dnia miesiąca, jeśli:

- umowa jest już zawarta,
- przed tym miesiącem otrzymaliśmy podpisaną przez Ciebie deklarację – w której akceptujesz warunki umowy (w tym wysokość sumy ubezpieczenia) i zgadzasz się na to, żebyśmy objęli Cię naszą ochroną,
- przed tym miesiącem jesteś już w wykazie osób, które podpisały deklarację,
- otrzymaliśmy pierwszą składkę w terminie, który określiliśmy w polisie.

Jeśli jesteś ubezpieczonym podstawowym (osobą, którą łączy stosunek prawny z właścicielem polisy), nasza ochrona kończy się:

- w dniu, w którym otrzymamy oświadczenie właściciela polisy o odstąpieniu od umowy,
- w dniu Twojej śmierci,
- z końcem miesiąca, w którym ustał stosunek prawny, jaki łączył Cię z właścicielem polisy (np. zakończyła się Twoja umowa o pracę) – jeśli otrzymaliśmy składkę za ten miesiąc. Jeśli otrzymamy składkę za kolejny miesiąc, przedłużymy naszą ochronę do końca tego miesiąca
- z końcem miesiąca, w którym zrezygnujesz z umowy i za który otrzymaliśmy składkę,
- w dniu rozpoczęcia naszej ochrony z innej umowy, którą zawarł ten sam właściciel polisy na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia,
- w dniu, w którym umowa się rozwiąże,
- w dniu, w którym upłynie okres wypowiedzenia umowy,
- z końcem miesiąca, za który nie otrzymaliśmy wszystkich składek – jeśli właściciel polisy nie prześle zaległości w terminie, który wskazaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Jeśli jesteś ubezpieczonym bliskim (małżonkiem albo partnerem lub pełnoletnim dzieckiem ubezpieczonego), nasza ochrona kończy się:

- w dniu, w którym otrzymamy oświadczenie właściciela polisy o odstąpieniu od umowy,
- w dniu Twojej śmierci,
- w dniu śmierci ubezpieczonego podstawowego, którego jesteś małżonkiem albo partnerem życiowym lub pełnoletnim dzieckiem,
- z końcem miesiąca, w którym ustał stosunek prawny, jaki łączył ubezpieczonego podstawowego (którego jesteś małżonkiem albo partnerem życiowym lub pełnoletnim dzieckiem) z właścicielem polisy – jeśli otrzymaliśmy składkę za ten miesiąc. Jeśli otrzymamy składkę za kolejny miesiąc, przedłużymy naszą ochronę do końca tego miesiąca,
- z końcem miesiąca, w którym zrezygnujesz z umowy i za który otrzymaliśmy składkę,
- w dniu rozpoczęcia naszej ochrony z innej umowy, którą na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia zawarł ten sam właściciel polisy,
- w dniu, w którym umowa się rozwiąże,
- w dniu, w którym upłynie okres wypowiedzenia umowy,
- z końcem miesiąca, za który nie otrzymaliśmy wszystkich składek – jeśli właściciel polisy nie prześle zaległości w terminie, który wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

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

Nie ponosimy odpowiedzialności jeżeli:

- prowadziłeś pojazd: bez uprawnień, bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów, które dopuszczają do ruchu, w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości 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 zdarzenia,
- samookaleczyłeś się lub usiłowałeś popełnić samobójstwo albo jeśli popełniłeś samobójstwo w okresie pierwszych 2 lat od daty początku Twojej odpowiedzialności
- uprawiałeś sport zawodowo.

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

Jak rozwiązać umowę?

Właściciel polisy może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od zawarcia umowy – jeśli nie jest przedsiębiorcą, a w przypadku gdy właściciel polisy jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. W każdym czasie właściciel polisy może wypowiedzieć umowę na piśmie.

Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia umowy, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę.

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.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia PZU W Razie Wypadku, kod warunków PWGP32, ZUGP32 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

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

L.P.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1 pkt 3–7 pkt 49–69 pkt 71–75
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1 pkt 6 pkt 40–42 pkt 43–44 pkt 45–48 pkt 57–60 pkt 62 pkt 69 pkt 70 pkt 75

PZU W Razie Wypadku jest ubezpieczeniem grupowym. Gwarantuje ono m.in.:

- **finansowe zabezpieczenie dla rodziny w razie Twojej śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku,**
- **wsparcie oraz zabezpieczenie finansowe dla Ciebie w razie zdarzeń losowych,**
- **ubezpieczenie bez ankiet i badań medycznych.**

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

www na pzu.pl



pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA PZU W RAZIE WYPADKU

Kod warunków: PWGP32, ZUGP32

Zarząd PZU Życie SA zatwierdził OWU uchwałą nr UZ/116/2017 z 4 lipca 2017 roku.
OWU wchodzi w życie 1 października 2017 roku.

Informacja dla:



WŁAŚCICIELA POLISY – czyli ubezpieczającego (podmiotu, który zawiera umowę)

Zanim zawrzesz umowę, przeczytaj dokładnie OWU.



UBEZPIECZONEGO – czyli osoby, która przystępuje do umowy

Zanim przystąpisz do umowy, przeczytaj dokładnie OWU.

W OWU znajdziesz informacje o:

- tym, co obejmuje i czego nie obejmuje nasze ubezpieczenie,
- zasadach wypłaty po wypadku,
- Twoich i naszych prawach i obowiązkach,
- czasie trwania ubezpieczenia.

Dokument ten razem z polisą jest umową.

Stroną umowy jest **właściciel polisy** i **my** – PZU Życie SA.

W umowie występują jeszcze **ubezpieczeni**, czyli osoby, które przystępują do ubezpieczenia. To ich życie i zdrowie ubezpieczamy. Mogą to być pracownicy oraz ich małżonkowie, partnerzy życiowi i pełnoletnie dzieci.

Konieczn

Stroną umowy jest **właściciel polisy** (np. Twój pracodawca lub pracodawca Twojego małżonka) i **my** – PZU Życie SA.

Do umowy przystępujesz jako **ubezpieczony**. Ubezpieczamy: Twoje życie i zdrowie oraz zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć małżonka albo partnera życiowego.

SPIS TREŚCI

Słowniczek	8
Przedmiot ubezpieczenia	10
Suma ubezpieczenia	10
Zakres ubezpieczenia i wysokość wypłaty	10
Zawieranie umowy	12
Przystąpienie do umowy	12
Czas trwania umowy	12
Przedłużenie umowy	13
Wypowiedzenie umowy	13
Odstąpienie od umowy	13
Twoje prawa i obowiązki	13
Prawa i obowiązki właściciela polisy	13
Nasze obowiązki i prawa	14
Zmiany w umowie	14
Składka	14
Początek naszej ochrony	15
Zawieszenie i wznowienie naszej ochrony	15
Koniec naszej ochrony	15
Wyłączenia ochrony	15
Ograniczenia ochrony	18
Wypłata pieniędzy po twoich wypadkach	18
Wypłata pieniędzy po twojej śmierci	19
Wypłata pieniędzy po śmierci twojego małżonka albo partnera życiowego	19
Realizacja wypłaty z ubezpieczenia	19
Reklamacje, skargi i zażalenia, skierowanie sprawy do sądu	20
Postanowienia końcowe	20

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **deklaracja** – dokument, jaki podpisuje osoba, która chce przystąpić do umowy,
- 2) **gra w piłkę** – rekreacyjna gra w piłkę co najmniej dwóch osób,
- 3) **jogging** – rekreacyjna forma biegu na świeżym powietrzu, poza obiektami zamkniętymi – w której nie ma elementów rywalizacji,
- 4) **leczenie szpitalne** – stacjonarne leczenie w zakładzie lecznictwa zamkniętego, gdzie bada się i leczy chorych, którzy wymagają stałej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa,
- 5) **my/PZU Życie** – Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna,
- 6) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie, które:
 - a) jest gwałtowne i niespodziewane oraz
 - b) jest wywołane czynnikami zewnętrznymi, oraz
 - c) jest wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia, które obejmuje ubezpieczenie, oraz
 - d) nie zależy od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego lub jego małżonka albo partnera życiowego.

Nieszczęśliwy wypadek oznacza w OWU:

- wypadek komunikacyjny,
 - wypadek komunikacyjny w porze nocnej,
 - wypadek komunikacyjny w pracy,
 - wypadek komunikacyjny z udziałem samochodu ciężarowego,
 - pożar,
 - zatrucie tlenkiem węgla,
 - utonięcie,
 - wybuch gazu,
 - porażenie prądem albo uderzenie pioruna,
 - wypadek wskutek uprawiania sportu,
 - wypadek wskutek uprawiania niebezpiecznego sportu,
 - wypadek wskutek uprawiania sportu na kółkach,
 - wypadek wskutek uprawiania narciarstwa albo snowboardingu,
 - wypadek, który powoduje oparzenia,
- 7) **okres ochrony** – czas, w którym trwa odpowiedzialność PZU Życie wobec ubezpieczonego,
 - 8) **oparzenia** – uszkodzenia skóry, które wymagają leczenia szpitalnego i obejmują:
 - a) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie II stopnia,
 - b) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II i III stopnia łącznie,
 - c) ponad 15% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie III stopnia,
 - 9) **partner życiowy** – osoba, która pozostaje z ubezpieczonym we wspólnym pożyciu oraz:
 - a) ubezpieczony wskazał ją w deklaracji – wskazanie obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca, który następuje po miesiącu, gdy ubezpieczony wskazał partnera życiowego,
 - b) nie jest krewnym ubezpieczonego,
 - c) nie jest w związku małżeńskim.Ubezpieczony może wskazać partnera życiowego tylko:
 - a) gdy sam nie jest w związku małżeńskim,
 - b) raz w każdym okresie, który kończy się w rocznicę polisy – zob. pkt 1. 16),



PRZYKŁAD

Rocznica polisy przypada 1 marca. Ubezpieczony wskazuje partnera życiowego w deklaracji, którą podpisał 15 maja 2017 roku. To oznacza, że:

- wskazanie tego partnera życiowego obowiązuje od 1 czerwca 2017,
- kolejnego partnera życiowego można wskazać najwcześniej 1 marca 2018.

- 10) **pełnoletnie dziecko** – dziecko, które ukończyło 18 lat. Może nim być:
 - a) własne dziecko ubezpieczonego podstawowego – zob. pkt 1. 21) a),
 - b) dziecko, które przysposobił ubezpieczony podstawowy,
 - c) pasierb ubezpieczonego podstawowego (jeśli nie żyje drugi rodzic pasierba),
- 11) **polisa** – dokument, który potwierdza zawarcie umowy i jej warunki,
- 12) **pora nocna** – godziny od 22.00 do 6.00 czasu lokalnego,
- 13) **porażenie prądem** – zdarzenie, podczas którego przez ciało ubezpieczonego przepłynął prąd elektryczny,
- 14) **pożar** – działanie ognia, który przedostał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i rozprzestrzenił się o własnej sile,

- 15) **praca** – zwykłe czynności lub polecenia przełożonego wykonywane przez ubezpieczonego w ramach stosunku prawnego, za które opłacane są składki na ubezpieczenie wypadkowe w systemie ubezpieczeń społecznych,
- 16) **rocznica polisy** – każda rocznica dnia, w którym zawarta była umowa,
- 17) **samochód ciężarowy** – samochód o dopuszczalnej masie całkowitej (DMC), która przekracza 12 ton,
- 18) **statek** – pasażerski albo towarowy statek morski, albo statek śródlądowy, który ma napęd silnikowy lub żaglowy – statkiem nie są okręty wojenne,
- 19) **stosunek prawny** – umowa o pracę, umowa-zlecenie, umowa o dzieło, umowa agencyjna, kontrakt, powołanie, członkostwo lub inny stosunek prawny, który zaakceptujemy,
- 20) **trwałe inwalidztwo** – uszkodzenie ciała, które spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek, jak wypadek komunikacyjny, pożar, wybuch gazu, porażenie prądem albo uderzenie pioruna i:
 - a) skutkuje trwałą i całkowitą niezdolnością do pracy w jakimkolwiek zawodzie oraz do samodzielnej egzystencji na stałe – tzw. **całkowite trwałe inwalidztwo**
 - lub
 - b) polega na utracie organu lub organów, które wymieniamy w pkt 6. 5), lub na całkowitej utracie funkcji w tym organie lub organach – tzw. **częściowe trwałe inwalidztwo**,
- 21) **Ty/ubezpieczony** – osoba fizyczna, która przystąpiła do umowy ubezpieczenia. Wyróżniamy:
 - a) **ubezpieczonego podstawowego**, czyli osobę, którą łączy stosunek prawny z właścicielem polisy,
 - b) **ubezpieczonego bliskiego**, czyli małżonka albo partnera życiowego i pełnoletnie dziecko ubezpieczonego podstawowego,
- 22) **uderzenie pioruna** – wyładowanie atmosferyczne, które zadziało bezpośrednio na ubezpieczonego,
- 23) **umowa** – umowa ubezpieczenia, którą zawiera PZU Życie i właściciel polisy na podstawie tych OWU,
- 24) **uposażony** – osoba fizyczna lub podmiot, który jest uprawniony do tego, żeby otrzymać wypłatę za śmierć ubezpieczonego,
- 25) **uprawianie niebezpiecznego sportu** – rekreacyjne uprawianie sportów:
 - a) wodnych: sportów motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem, który umożliwia oddychanie pod wodą, raftingu, żeglarstwa,
 - b) powietrznych: baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych,
 - c) lądowych: speleologii, sportów hipiczych, wspinaczki wysokogórskiej lub skałkowej, snowboardingu, narciarstwa, zorbingu i sportów walki,
- 26) **uprawianie sportu** – rekreacyjna aktywność fizyczna w czasie wolnym,
- 27) **uprawianie sportu na kółkach** – rekreacyjne przemieszczanie się pojazdem sportowym lub na sprzęcie sportowym na kołach lub kółkach. Pojazd sportowy lub sprzęt sportowy:
 - a) jest napędzany jedynie siłą mięśni ubezpieczonego oraz
 - b) nie ma silnika, nawet jeśli może być napędzany siłą mięśni,
- 28) **uprawniony** – osoba, która może ubiegać się o wypłatę, czyli: uposażeni, spadkobiercy ubezpieczonego, osoby wymienione w OWU, spadkobiercy tych osób,
- 29) **utonięcie** – uduszenie, które nastąpiło wskutek zablokowania dróg oddechowych w czasie, gdy ubezpieczony zanurzył się w płynie,
- 30) **właściciel polisy** – ubezpieczający, czyli podmiot, który zawarł umowę z PZU Życie,
- 31) **wybuch gazu** – gwałtowna zmiana stanu równowagi układu z jednoczesnym wyzwoleniem się gazów. Zmianę wywołuje właściwość gazów do rozprzestrzeniania się,
- 32) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek wywołany:
 - a) ruchem pojazdu na drodze – jeśli ubezpieczony lub małżonek albo partner życiowy brał w nim udział jako uczestnik ruchu (zgodnie z ustawą Prawo o ruchu drogowym). Pojazdem jest również tramwaj,
 - b) ruchem pojazdu kolejowego, którego porusza pojazd trakcyjny (pojazd z własnym napędem) oraz metra – jeśli ubezpieczony lub małżonek albo partner życiowy był pasażerem albo członkiem załogi tego pojazdu.
Wypadkiem komunikacyjnym nie jest wypadek, który dotyczy kolejowego transportu wewnątrzzakładowego oraz transportu linowego i linowo-terenowego,
 - c) ruchem samolotu (pasażerskiego koncesjonowanych linii lotniczych) – jeśli ubezpieczony lub małżonek albo partner życiowy był członkiem załogi lub pasażerem, gdy samolot:
 - został uszkodzony lub zniszczony albo
 - zaginął lub znajduje się w miejscu, do którego nie ma dostępu,
 - d) ruchem statku – jeśli ubezpieczony lub małżonek albo partner życiowy był członkiem załogi lub pasażerem, gdy statek:
 - zatonął albo został uszkodzony, albo
 - zaginął lub znajduje się w miejscu, do którego nie ma dostępu,
- 33) **wypłata** – świadczenie pieniężne, które wypłacamy ubezpieczonemu lub uprawnionemu, gdy dojdzie do zdarzenia objętego ubezpieczeniem,
- 34) **złamanie kości** – całkowite przerwanie ciągłości tkanki kostnej, które spowodował nieszczęśliwy wypadek wskutek:
 - a) uprawiania sportu na kółkach,
 - b) uprawiania joggingu,
 - c) gry w piłkę.
 Ochrona nie obejmuje pęknięcia kości, nadłamania kości ani odprysku kości.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

2. Ubezpieczamy:

- 1) Twoje życie i zdrowie,
- 2) zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć małżonka albo partnera życiowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

3. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłaty.

4. W umowie są dwie sumy ubezpieczenia:

- 1) za Twoją śmierć – ta suma wynosi 100 zł,
- 2) za nieszczęśliwe wypadki – określamy ją we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.

5. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

6. Ubezpieczenie obejmuje poniższe zdarzenia, jeśli wystąpią one w okresie ochrony.

ZDARZENIE	JAKI PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA WYPŁACIMY?												
1) Twoja śmierć	100% sumy ubezpieczenia za śmierć, czyli 100 zł												
2) Twoja śmierć, jeśli spowodował ją tylko taki nieszczęśliwy wypadek, którym jest: a) wypadek komunikacyjny, b) wypadek komunikacyjny w porze nocnej, c) wypadek komunikacyjny w pracy, d) wypadek komunikacyjny z udziałem samochodu ciężarowego, e) pożar albo zatrucie tlenkiem węgla, f) utonięcie, g) wybuch gazu, h) porażenie prądem albo uderzenie pioruna Twoja śmierć, jeśli spowodował ją tylko taki nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił wskutek: a) uprawiania sportu, b) uprawiania niebezpiecznego sportu, c) uprawiania sportu na kółkach, d) uprawiania narciarstwa albo snowboardingu	500% sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwe wypadki Jeśli Twoją śmierć spowoduje nieszczęśliwy wypadek, wypłacimy: • 500% sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek oraz • 100% sumy ubezpieczenia za śmierć (patrz pkt 1). Jeśli Twoją śmierć spowoduje jednocześnie kilka rodzajów nieszczęśliwego wypadku, zsumujemy kwoty do wypłaty za każdy rodzaj nieszczęśliwego wypadku. PRZYKŁAD Jeśli Twoją śmierć spowodował wypadek komunikacyjny w nocy z udziałem samochodu ciężarowego i byłeś w pracy, oprócz wypłaty pieniędzy za Twoją śmierć, wypłacimy dodatkowo: • 500% sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek, który spowodował wypadek komunikacyjny oraz • 500% sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek, który spowodował wypadek komunikacyjny w pracy, oraz • 500% sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek, który spowodował wypadek komunikacyjny z udziałem samochodu ciężarowego, oraz • 500% sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek, który spowodował wypadek komunikacyjny w nocy.												
3) zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć Twojego małżonka albo partnera życiowego, którą spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek jak wypadek komunikacyjny	500% sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek												
4) oparzenia u Ciebie, które spowodował nieszczęśliwy wypadek	100% sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek												
5) Twoje trwałe inwalidztwo, które spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek, którym jest: a) wypadek komunikacyjny, b) pożar, c) wybuch gazu, d) porażenie prądem albo uderzenie pioruna	Całkowite trwałe inwalidztwo – 100% sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek. Częściowe trwałe inwalidztwo – zgodnie z tabelą: <table><tr><th>Rodzaj uszkodzenia ciała</th><th colspan="2">Procent sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek</th></tr><tr><td></td><td>prawa kończyna</td><td>lewa kończyna</td></tr><tr><td>utrata kończyny górnej (wraz z przedramieniem, ręką, palcami)</td><td>70%</td><td>60%</td></tr><tr><td>utrata przedramienia (wraz z ręką, palcami)</td><td>65%</td><td>55%</td></tr></table>	Rodzaj uszkodzenia ciała	Procent sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek			prawa kończyna	lewa kończyna	utrata kończyny górnej (wraz z przedramieniem, ręką, palcami)	70%	60%	utrata przedramienia (wraz z ręką, palcami)	65%	55%
Rodzaj uszkodzenia ciała	Procent sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek												
	prawa kończyna	lewa kończyna											
utrata kończyny górnej (wraz z przedramieniem, ręką, palcami)	70%	60%											
utrata przedramienia (wraz z ręką, palcami)	65%	55%											

Rodzaj uszkodzenia ciała	Procent sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek	
utrata ręki (wraz z palcami)	60%	50%
utrata palca u ręki	7% za każdy palec	
utrata kciuka	20%	
utrata wszystkich palców u ręki	50%	
utrata nogi (wraz z podudziem, stopą, palcami)	75%	
utrata podudzia (wraz ze stopą, palcami)	60%	
utrata stopy (wraz z palcami)	50%	
utrata palca u stopy, z wyłączeniem palucha	3% za każdy palec	
utrata palucha	10%	
utrata wszystkich palców u stopy	25%	
całkowita utrata wzroku w obydwu oczach	100%	
całkowita utrata wzroku w jednym oku	30%	
całkowita utrata mowy	100%	

Jeśli jesteś osobą leworęczną i stracisz lewą kończynę górną, lewe przedramię lub lewą rękę, wypłacimy Ci procent sumy ubezpieczenia, który należy się za utratę prawej kończyny górnej, prawego przedramienia lub prawej ręki.

Jeśli Twoje trwałe inwalidztwo spowoduje jednocześnie kilka rodzajów nieszczęśliwego wypadku, wypłacimy pieniądze tylko za jeden rodzaj nieszczęśliwego wypadku.

**PRZYKŁAD**

Jeśli byłeś ofiarą wypadku komunikacyjnego i jednocześnie doszło do pożaru auta, w którym się znajdowałeś, w wyniku czego straciłeś nogę, wypłacimy 75% sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek.

- 6) złamanie kości, jakie spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił wskutek:
- uprawiania sportu na kółkach,
 - uprawiania joggingu,
 - gry w piłkę

Rodzaj złamania	Procent sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek
kości nadgarstka (jedna lub kilka)	2%
kość strzałkowa (złamanie izolowane, bez złamania kości piszczelowej, w miejscu innym niż nasada dalsza)	2%
kości śródręcza (jedna lub kilka)	2%
kości śródstopia (jedna lub kilka)	2%
mostek	2%
rzepki (złamanie izolowane)	2%
żebra (trzy lub więcej żeber)	2%
kości nosa (jedna lub dwie)	3%
kości stępu (jedna lub kilka, z wyłączeniem kości piętowej i skokowej)	3%
łopatka	3%
obojczyk	3%
kości twarzoczaszki (z wyłączeniem kości nosa i zębów)	3%
nasada dalsza kości ramiennej lub nasada bliższa kości promieniowej lub nasada bliższa kości łokciowej	4%
nasada bliższa kości ramiennej	4%

ZDARZENIE	JAKI PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA WYPŁACIMY?																										
	<table> <tr> <th>Rodzaj złamania</th><th>Procent sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek</th></tr> <tr> <td>trzon kości łokciowej lub trzon kości promieniowej</td><td>4%</td></tr> <tr> <td>kości sklepienia i podstawy czaszki</td><td>4%</td></tr> <tr> <td>nasada dalsza kości łokciowej lub nasada dalsza kości promieniowej</td><td>4%</td></tr> <tr> <td>nasada dalsza kości piszczelowej lub nasada dalsza kości strzałkowej</td><td>4%</td></tr> <tr> <td>nasada dalsza kości udowej lub nasada bliższa kości piszczelowej lub rzepka (z wyłączeniem izolowanego złamania rzepki)</td><td>5%</td></tr> <tr> <td>kość piętowa lub kość skokowa</td><td>5%</td></tr> <tr> <td>kości tworzące miednicę (z wyłączeniem kości guzicznej)</td><td>5%</td></tr> <tr> <td>kości paliczków kciuka (jedna lub dwie)</td><td>5%</td></tr> <tr> <td>trzon kręgu w odcinku szyjnym lub piersiowym lub lędźwiowym kręgosłupa (jeden lub kilka kręgów)</td><td>6%</td></tr> <tr> <td>trzon kości piszczelowej lub dwie kości podudzia</td><td>8%</td></tr> <tr> <td>trzon kości ramiennej</td><td>8%</td></tr> <tr> <td>nasada bliższa lub szyjka, lub trzon kości udowej</td><td>10%</td></tr> </table>	Rodzaj złamania	Procent sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek	trzon kości łokciowej lub trzon kości promieniowej	4%	kości sklepienia i podstawy czaszki	4%	nasada dalsza kości łokciowej lub nasada dalsza kości promieniowej	4%	nasada dalsza kości piszczelowej lub nasada dalsza kości strzałkowej	4%	nasada dalsza kości udowej lub nasada bliższa kości piszczelowej lub rzepka (z wyłączeniem izolowanego złamania rzepki)	5%	kość piętowa lub kość skokowa	5%	kości tworzące miednicę (z wyłączeniem kości guzicznej)	5%	kości paliczków kciuka (jedna lub dwie)	5%	trzon kręgu w odcinku szyjnym lub piersiowym lub lędźwiowym kręgosłupa (jeden lub kilka kręgów)	6%	trzon kości piszczelowej lub dwie kości podudzia	8%	trzon kości ramiennej	8%	nasada bliższa lub szyjka, lub trzon kości udowej	10%
Rodzaj złamania	Procent sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek																										
trzon kości łokciowej lub trzon kości promieniowej	4%																										
kości sklepienia i podstawy czaszki	4%																										
nasada dalsza kości łokciowej lub nasada dalsza kości promieniowej	4%																										
nasada dalsza kości piszczelowej lub nasada dalsza kości strzałkowej	4%																										
nasada dalsza kości udowej lub nasada bliższa kości piszczelowej lub rzepka (z wyłączeniem izolowanego złamania rzepki)	5%																										
kość piętowa lub kość skokowa	5%																										
kości tworzące miednicę (z wyłączeniem kości guzicznej)	5%																										
kości paliczków kciuka (jedna lub dwie)	5%																										
trzon kręgu w odcinku szyjnym lub piersiowym lub lędźwiowym kręgosłupa (jeden lub kilka kręgów)	6%																										
trzon kości piszczelowej lub dwie kości podudzia	8%																										
trzon kości ramiennej	8%																										
nasada bliższa lub szyjka, lub trzon kości udowej	10%																										
	Jeśli jednocześnie złamiesz kilka kości, które wymieniliśmy w tym samym wierszu w powyższej tabeli, pieniądze wypłacimy tylko raz. Jeśli złamanie kości spowoduje jednocześnie kilka rodzajów nieszczęśliwego wypadku, wypłacimy pieniądze tylko za jeden rodzaj nieszczęśliwego wypadku.																										

7. Zarówno zdarzenie, jak i nieszczęśliwy wypadek, który je spowoduje, muszą wystąpić w okresie naszej ochrony.

ZAWIERANIE UMOWY

– co będzie do tego potrzebne

8. Właściciel polisy, zanim zawrze z nami umowę, otrzyma od nas OWU oraz potrzebne formularze.
9. Aby zawrzeć z nami umowę, właściciel polisy składa:
 - 1) wniosek o zawarcie umowy,
 - 2) deklaracje podpisane przez osoby, które chcą przystąpić do ubezpieczenia,
 - 3) wykaz osób, które podpisały deklaracje.
10. Możemy odmówić zawarcia umowy.
11. Zawarcie umowy potwierdzamy polisą.
12. Na wniosek właściciela polisy mogą być zawarte dwie umowy, jeśli wyrazimy na to zgodę. Natomiast Ciebie ochroną może objąć tylko jedna umowa.

PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY

– czyli kogo i w jaki sposób ubezpieczamy

13. Do umowy możesz przystąpić, jeśli w dniu, w którym podpisujesz deklarację:
 - 1) łączy Cię z właścicielem polisy stosunek prawny i masz ukończone 16 lat,
 - 2) jesteś małżonkiem albo partnerem życiowym ubezpieczonego podstawowego i masz ukończone 16 lat,
 - 3) jesteś pełnoletnim dzieckiem ubezpieczonego podstawowego.
14. Przekazujesz właścicielowi polisy podpisaną deklarację, kiedy przystępujesz do umowy.
15. Możemy odmówić Ci przystąpienia do umowy – bez względu na przyczynę. Odmowę przekazujemy Ci przez właściciela polisy.
16. Jeśli otrzymamy składkę za osobę, która nie spełniła warunków przystąpienia do umowy, zwracamy ją właścicielowi polisy jako nienależną.

CZAS TRWANIA UMOWY

– czyli jak długo trwa umowa

17. Właściciel polisy może zawrzeć z nami umowę na rok. Czas trwania umowy określamy w polisie.

PRZEDŁUŻENIE UMOWY

– czyli jak umowa się przedłuża

- 18.** Jeśli żadna ze stron, czyli właściciel polisy lub my, nie postanowi inaczej, umowa przedłuża się na kolejny rok automatycznie – na tych samych warunkach.
- 19.** Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia umowy, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem umowy.

WYPowiedzenie umowy

– czyli jak właściciel polisy może zrezygnować z umowy

- 20.** Właściciel polisy może wypowiedzieć umowę:
- 1) w każdym czasie oraz
 - 2) bez podania przyczyny, oraz
 - 3) na piśmie, oraz
 - 4) z 3-miesięcznym okresem wypowiedzenia.
- 21.** Okres wypowiedzenia zaczyna się pierwszego dnia miesiąca, który następuje po miesiącu, kiedy otrzymaliśmy wypowiedzenie.



PRZYKŁAD

Jeśli właściciel polisy prześle wypowiedzenie np. 25 kwietnia, okres wypowiedzenia liczy się od 1 maja i trwa do końca lipca.

- 22.** Umowę uważamy za wypowiedzianą przez właściciela polisy, jeśli nie przekaże on całości lub części składki. Umowa rozwiąże się po upływie trzeciego miesiąca zaległości – chyba że wcześniej umowa już się zakończyła. Nasze postępowanie w razie zaległości opisujemy w pkt 38. i 39.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

– czyli do kiedy właściciel polisy może się wycofać

- 23.** Właściciel polisy może odstąpić od umowy, gdy oświadczy nam to na piśmie:
- 1) w ciągu 7 dni od jej zawarcia – jeśli jest przedsiębiorcą,
 - 2) w ciągu 30 dni od jej zawarcia – jeśli nie jest przedsiębiorcą.
- 24.** Jeśli właściciel polisy odstąpi od umowy, zwrócimy mu składkę zmniejszoną o kwotę za okres, w którym działała ochrona.

TWOJE PRAWA I OBOWIĄZKI

– czyli co ubezpieczony może, a co musi

- 25.** Możesz w każdej chwili zrezygnować z umowy, jeśli złożysz właścicielowi polisy pisemną rezygnację.
- 26.** Możesz wymagać, żebyśmy prawidłowo i terminowo wypełniali obowiązki, które wynikają:
- 1) z umowy (zob. pkt 30) oraz
 - 2) z przepisów prawa – przede wszystkim z Kodeksu cywilnego i „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej”.
- 27.** Masz obowiązek zgłaszać właścicielowi polisy lub nam zmiany danych osobowych i teleadresowych – swoich i uposażonych, które podałeś w deklaracji.

PRAWA I OBOWIĄZKI WŁAŚCICIELA POLISY

– czyli co może, a co musi

- 28.** Właściciel polisy musi:
- 1) doręczyć warunki umowy osobom, które przystępują do umowy. Powinien to zrobić, zanim osoby te podpiszą deklarację,
 - 2) zebrać i przekazać nam podpisane deklaracje,
 - 3) informować nas o zmianie danych osobowych i teleadresowych: właściciela polisy, a także ubezpieczonych, uposażonych – jeśli wcześniej ubezpieczony nie zgłosił nam tych zmian,
 - 4) przekazywać nam składki za okres ochrony w terminie,
 - 5) dostarczać nam rozliczenie składek i wykaz ubezpieczonych w terminie,

- 6) przekazywać ubezpieczonym informacje o zmianie warunków umowy lub zmianie prawa właściwego dla umowy i o wpływie tych zmian na wartość wypłaty. Informacje te przekazuje w formie, którą określa „Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej”. Właściciel polisy musi przekazać ubezpieczonym te informacje, zanim wyrazi zgodę na takie zmiany,
 - 7) na naszą prośbę przekazywać inne dokumenty, które są niezbędne do właściwej realizacji umowy,
 - 8) wyznaczyć osobę, która będzie odpowiadała za wykonywanie przez niego umowy oraz informować ubezpieczonych i nas o tym, że wyznaczył taką osobę.
- 29.** Właściciel polisy może przenieść na inny podmiot prawa i obowiązki, które wynikają z umowy. Przeniesienie to musimy zaakceptować pisemnie – pod rygorem nieważności.

NASZE OBOWIĄZKI I PRAWA

– czyli co musimy, a co możemy

30. Musimy:

- 1) wywiązywać się prawidłowo i terminowo z naszych zobowiązań, które wynikają z umowy,
- 2) przekazywać właścicielowi polisy informacje o zmianie warunków umowy lub zmianie prawa właściwego dla umowy i o wpływie tych zmian na wartość wypłaty. Informacje te przekazujemy w formie, którą określa „Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej”. Zanim razem z właścicielem polisy wyrazimy zgodę na wprowadzenie takich zmian, właściciel polisy musi przekazać ubezpieczonym te informacje,
- 3) przekazywać na Twój wniosek informacje, o których mowa w pkt 30. 2),
- 4) informować Ciebie lub właściciela polisy o tym, że wystąpiły zdarzenia objęte naszą ochroną, jeśli te zdarzenia zgłosiła do nas inna osoba,
- 5) jeśli to konieczne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę – informować osobę, która o nią występuje, jakich dokumentów potrzebujemy, aby ustalić prawo do wypłaty. Możemy to zrobić pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę,
- 6) informować pisemnie osobę, która występuje o wypłatę oraz Ciebie, jeśli nie jesteś tą osobą, o tym:
 - a) dlaczego nie możemy wypłacić pieniędzy w całości lub części w przewidzianym terminie. Wtedy wypłacimy tylko tę część pieniędzy, która jest bezsporna,
 - b) że wypłata nie jest należna w całości lub części. Wtedy wskazujemy przyczyny i podstawę prawną, które uzasadniają naszą decyzję, oraz informujemy o tym, że można dochodzić roszczeń na drodze sądowej,
- 7) udostępniać informacje i dokumenty, które wpłynęły na naszą decyzję o ustaleniu prawa do wypłaty lub jej wysokości:
 - a) Tobie,
 - b) właścicielowi polisy,
 - c) uprawnionemu,
 - d) innej osobie, która wnioskuje o wypłatę.Na żądanie tych osób informacje i dokumenty udostępniamy w formie elektronicznej,
- 8) udzielać – na Twój wniosek – informacji o Twoich prawach i obowiązkach, które wynikają z umowy,
- 9) udostępniać na wniosek – właściciela polisy lub Twój:
 - a) informacje o oświadczeniach, które złożył właściciel polisy, kiedy zawierał umowę,
 - b) informacje o oświadczeniach, które złożyłeś, kiedy przystępowałeś do umowy,
 - c) kopie dokumentów, które wtedy powstały.

- 31.** Mamy prawo kontrolować, czy właściciel polisy wykonuje obowiązki, które wynikają z umowy. Możemy udzielać właścicielowi polisy wskazówek w tym zakresie.

ZMIANY W UMOWIE

– jak można je wprowadzić

- 32.** Strony mogą zmienić umowę – po negocjacjach, w trybie ofertowym lub w inny sposób, na który pozwala prawo. Zmiany te strony potwierdzają pisemnie.
- 33.** Potrzebujemy Twojej zgody, zanim wprowadzimy zmiany na niekorzyść Twoją lub uprawnionego, który może otrzymać wypłatę w razie Twojej śmierci.

SKŁADKA

– od czego zależy i kiedy ją opłacać

- 34.** Składkę uważamy za przekazaną, gdy wpłynie na rachunek bankowy, który wskazaliśmy.
- 35.** Wysokość składki za ubezpieczonego:
 - a) określamy we wniosku i polisie,
 - b) jest stała – nie podlega indeksacji,
 - c) zależy od częstotliwości jej opłacania, wysokości sumy ubezpieczenia i taryfy.

- 36. Właściciel polisy przekazuje nam składki za wszystkich ubezpieczonych.
- 37. Częstotliwość oraz termin przekazania składki określamy w polisie.
- 38. Jeśli właściciel polisy nie przekaże nam na czas składek w ustalonej kwocie za wszystkich ubezpieczonych, wyznaczamy mu co najmniej 15-dniowy dodatkowy termin płatności. Wtedy informujemy właściciela polisy o skutkach nieprzekazania składki. Skutki te określamy w pkt 41., 43. 8), 44. 9) oraz w pkt 22.
- 39. W razie zaległości – każdą wpłatę przeznaczymy w pierwszej kolejności na ich pokrycie.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy Cię ubezpieczymy

- 40. Nasza ochrona zaczyna się pierwszego dnia miesiąca, jeśli:
 - 1) umowa jest już zawarta,
 - 2) przed tym miesiącem otrzymaliśmy podpisaną przez Ciebie deklarację – w której akceptujesz warunki umowy (w tym wysokość sumy ubezpieczenia) i zgadzasz się na to, żebyśmy objęli Cię naszą ochroną,
 - 3) przed tym miesiącem jesteś już w wykazie osób, które podpisały deklarację,
 - 4) otrzymaliśmy pierwszą składkę w terminie, który określiliśmy w polisie.

ZAWIESZENIE I WZNOWIENIE NASZEJ OCHRONY

– czyli w jakiej sytuacji możemy zawiesić i wznowić Twoje ubezpieczenie

- 41. Naszą ochronę wobec wszystkich ubezpieczonych zawieszamy w ostatnim dniu tego miesiąca, za który nie otrzymaliśmy wszystkich składek.
- 42. Wznowimy naszą ochronę i zachowamy jej ciągłość, jeśli właściciel polisy przekaże zaległe składki przed upływem trzeciego miesiąca zaległości.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się Twoje ubezpieczenie

- 43. Jeśli jesteś ubezpieczonym podstawowym, nasza ochrona kończy się:
 - 1) w dniu, w którym otrzymamy oświadczenie właściciela polisy o odstąpieniu od umowy,
 - 2) w dniu Twojej śmierci,
 - 3) z końcem miesiąca, w którym ustał stosunek prawny, jaki łączył Cię z właścicielem polisy (np. zakończyła się Twoja umowa o pracę) – jeśli otrzymaliśmy składkę za ten miesiąc. Jeśli otrzymamy składkę za kolejny miesiąc, przedłużymy naszą ochronę do końca tego miesiąca,
 - 4) z końcem miesiąca, w którym zrezygnujesz z umowy i za który otrzymaliśmy składkę,
 - 5) w dniu rozpoczęcia naszej ochrony z innej umowy, którą zawarł ten sam właściciel polisy na podstawie tych OWU,
 - 6) w dniu, w którym umowa się rozwiąże,
 - 7) w dniu, w którym upłynie okres wypowiedzenia umowy,
 - 8) z końcem miesiąca, za który nie otrzymaliśmy wszystkich składek – jeśli właściciel polisy nie przekaże zaległości w terminie, który wskazaliśmy w pkt 42.
- 44. Jeśli jesteś ubezpieczonym bliskim, nasza ochrona kończy się:
 - 1) w dniu, w którym otrzymamy oświadczenie właściciela polisy o odstąpieniu od umowy,
 - 2) w dniu Twojej śmierci,
 - 3) w dniu śmierci ubezpieczonego podstawowego, którego jesteś małżonkiem albo partnerem życiowym lub pełnoletnim dzieckiem,
 - 4) z końcem miesiąca, w którym ustał stosunek prawny, jaki łączył ubezpieczonego podstawowego (którego jesteś małżonkiem albo partnerem życiowym lub pełnoletnim dzieckiem) z właścicielem polisy – jeśli otrzymaliśmy składkę za ten miesiąc. Jeśli otrzymamy składkę za kolejny miesiąc, przedłużymy naszą ochronę do końca tego miesiąca,
 - 5) z końcem miesiąca, w którym zrezygnujesz z umowy i za który otrzymaliśmy składkę,
 - 6) w dniu rozpoczęcia naszej ochrony z innej umowy, którą na podstawie tych OWU zawarł ten sam właściciel polisy,
 - 7) w dniu, w którym umowa się rozwiąże,
 - 8) w dniu, w którym upłynie okres wypowiedzenia umowy,
 - 9) z końcem miesiąca, za który nie otrzymaliśmy wszystkich składek – jeśli właściciel polisy nie przekaże zaległości w terminie, który wskazujemy w pkt 42.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy z ubezpieczenia

- 45. W „Wyłączeniach ochrony” używamy terminów:

- 1) **działania wojenne** – są to działania sił zbrojnych, które dążą do rozbicia sił zbrojnych przeciwnika na lądzie, w powietrzu lub na morzu,
 - 2) **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,
 - 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, które 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.
- 46.** Nasze ubezpieczenie nie obejmuje zdarzeń, które wystąpiły w wyniku poniższych okoliczności.

ZDARZENIE	W TAKICH SYTUACJACH NIE UDZIELAMY OCHRONY
1) Twoja śmierć	Śmierć nastąpiła: a) wskutek działań wojennych, b) ponieważ czynnie uczestniczyłeś w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych, c) ponieważ usiłowałeś popełnić lub popełniłeś czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, d) wskutek samobójstwa – jeśli popełniłeś je w ciągu 2 lat od początku naszej ochrony, e) wskutek wypadku komunikacyjnego – jeśli prowadziłeś pojazd w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli okoliczności te miały wpływ na Twoją śmierć.
2) Twoja śmierć, którą spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek, którym jest: • wypadek komunikacyjny, • wypadek komunikacyjny w porze nocnej, • wypadek komunikacyjny z udziałem samochodu ciężarowego 3) Twoje trwałe inwalidztwo, które spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek, którym jest wypadek komunikacyjny	Śmierć lub trwałe inwalidztwo nastąpiło: a) wskutek działań wojennych, b) ponieważ czynnie uczestniczyłeś w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych, c) ponieważ usiłowałeś popełnić lub popełniłeś czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, d) ponieważ prowadziłeś pojazd: • bez uprawnień, • bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów, które dopuszczają do ruchu, • w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości 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 zdarzenia, e) ponieważ byłeś w stanie nietrzeźwości lub byłeś pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście wypadku komunikacyjnego, f) ponieważ samookaleczyłeś się lub usiłowałeś popełnić samobójstwo albo jeśli popełniłeś samobójstwo, g) ponieważ uprawiałeś sport zawodowo.
4) Twoja śmierć, którą spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek, którym jest wypadek komunikacyjny w pracy	Śmierć nastąpiła: a) wskutek działań wojennych, b) ponieważ czynnie uczestniczyłeś w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych, c) ponieważ usiłowałeś popełnić lub popełniłeś czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, d) ponieważ prowadziłeś pojazd: • bez uprawnień, • bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów, które dopuszczają do ruchu, • 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 – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zdarzenie, e) ponieważ byłeś w stanie nietrzeźwości lub byłeś pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście wypadku komunikacyjnego, f) ponieważ samookaleczyłeś się lub usiłowałeś popełnić samobójstwo albo jeśli popełniłeś samobójstwo, g) ponieważ wykonywałeś pracę bez kwalifikacji lub uprawnień, h) ponieważ uprawiałeś sport zawodowo.

ZDARZENIE**W TAKICH SYTUACJACH NIE UDZIELAMY OCHRONY**

5) zdarzenie w Twoim życiu, jakim jest śmierć Twojego małżonka albo partnera życiowego, którą spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek, którym jest wypadek komunikacyjny

Śmierć Twojego małżonka albo partnera życiowego nastąpiła:

- a) wskutek działań wojennych,
- b) ponieważ Twój małżonek albo partner życiowy czynnie uczestniczył w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
- c) ponieważ Twój małżonek albo partner życiowy usiłował popełnić lub popełnił czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- d) ponieważ Twój małżonek albo partner życiowy prowadził pojazd:
 - bez uprawnień,
 - bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów, które dopuszczają do ruchu,
 - 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,– jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na śmierć Twojego małżonka albo partnera życiowego,
- e) ponieważ Twój małżonek albo partner życiowy był w stanie nietrzeźwości lub był pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli doprowadził to do wypadku komunikacyjnego,
- f) ponieważ Twój małżonek albo partner życiowy samookaleczył się lub usiłował popełnić albo popełnił samobójstwo,
- g) ponieważ Twój małżonek albo partner życiowy uprawiał sport zawodowo.

6) Twoja śmierć, którą spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek, którym jest:

- pożar albo zatrucie tlenkiem węgla,
- utonięcie,
- wybuch gazu,
- porażenie prądem albo uderzenie pioruna

Śmierć lub trwałe inwalidztwo nastąpiło:

- a) wskutek działań wojennych,
- b) ponieważ czynnie uczestniczyłeś w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
- c) ponieważ usiłowałeś popełnić lub popełniłeś czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- d) ponieważ prowadziłeś pojazd:
 - bez uprawnień,
 - 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– jeśli któraś z tych okoliczności doprowadziła do zajścia zdarzenia,
- e) ponieważ byłeś w stanie nietrzeźwości, lub byłeś pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- f) ponieważ samookaleczyłeś się lub usiłowałeś popełnić samobójstwo albo jeśli popełniłeś samobójstwo.

7) Twoje trwałe inwalidztwo, które spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek, którym jest:

- pożar albo
- wybuch gazu, albo
- porażenie prądem, albo uderzenie pioruna

8) Twoje oparzenia, które spowodował nieszczęśliwy wypadek

Oparzenia nastąpiły:

- a) wskutek działań wojennych,
- b) ponieważ czynnie uczestniczyłeś w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
- c) ponieważ usiłowałeś popełnić lub popełniłeś czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- d) ponieważ prowadziłeś pojazd:
 - bez uprawnień,
 - w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii– jeśli któraś z tych okoliczności doprowadziła do zdarzenia,
- e) ponieważ byłeś w stanie nietrzeźwości, lub byłeś pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- f) ponieważ samookaleczyłeś się lub usiłowałeś popełnić samobójstwo,
- g) ponieważ przeszedłeś zabiegi lecznicze lub diagnostyczne, bez względu na to, kto je wykonał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.

ZDARZENIE	W TAKICH SYTUACJACH NIE UDZIELAMY OCHRONY
9) Twoja śmierć, jeśli spowodował ją tylko taki nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił wskutek: • uprawiania sportu, • uprawiania niebezpiecznego sportu, • uprawiania sportu na kółkach, • uprawiania narciarstwa albo snowboardingu	Śmierć lub złamanie kości nastąpiło: a) wskutek działań wojennych, b) ponieważ czynnie uczestniczyłeś w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych, c) ponieważ usiłowałeś popełnić lub popełniłeś czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, d) ponieważ prowadziłeś pojazd: • bez uprawnień, • bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów, które dopuszczają do ruchu, • 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 – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia, e) ponieważ byłeś w stanie nietrzeźwości, byłeś pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku, f) ponieważ samookalectyłeś się lub usiłowałeś popełnić samobójstwo albo jeśli popełniłeś samobójstwo, g) ponieważ uprawiałeś sport zawodowo.
10) złamanie kości przez Ciebie, jakie spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił wskutek: • uprawiania sportu na kółkach, • uprawiania joggingu, • gry w piłkę	

OGRANICZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach i ile maksymalnie wypłacimy z ubezpieczenia

47. Jeśli skutek jednego nieszczęśliwego wypadku doznasz całkowitego trwałego inwalidztwa i częściowego trwałego inwalidztwa, wypłacamy większą z tych kwot.

48. Jeśli dojdzie u Ciebie do amputacji po złamaniu kości, wypłacimy pieniądze – jeśli leczyłeś złamanie kości.

WYPŁATA PIENIĘDZY PO TWOICH WYPADKACH

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze w razie oparzeń, trwałego inwalidztwa i złamania kości

49. Jeśli oparzysz się, dostarcz nam:

- 1) wniosek o wypłatę,
- 2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza stopień i powierzchnię oparzeń, oraz dokumentację, która potwierdza okoliczności wypadku,
- 3) kartę informacyjną leczenia szpitalnego.

50. Jeśli dojdzie do trwałego inwalidztwa, dostarcz nam:

- 1) wniosek o wypłatę,
- 2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza trwałe inwalidztwo oraz dokumentację, która potwierdza okoliczności, w jakich do niego doszło.

51. Jeśli złamiesz kości, dostarcz nam:

- 1) wniosek o wypłatę,
- 2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza złamanie kości, oraz dokumentację, która potwierdza okoliczności, w jakich do niego doszło.

52. O wypłacie decydujemy na podstawie wyżej wymienionej dokumentacji.

53. W razie złamania kości i trwałego inwalidztwa możemy:

- 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy,
 - 2) zlecić dodatkowe badania medyczne
- jeśli będzie to potrzebne.

54. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecimy.

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

56. Jeśli dokumenty, o które prosimy, są w innym języku niż polski, dostarcz nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.

57. Należy Ci się prawo do wypłaty, jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a oparzeniami, trwałym inwalidztwem, złamaniem kości.

58. Ustalamy trwałe inwalidztwo niezwłocznie po tym, kiedy zakończysz leczenie i rehabilitację. Stanie się to najpóźniej w 24. miesiącu od dnia, w którym wydarzył się nieszczęśliwy wypadek.

59. Jeśli w późniejszym czasie zmieni się stopień trwałego inwalidztwa (polepszy się lub pogorszy), nie zmienimy wysokości wypłaty.

60. Jeśli skutek nieszczęśliwego wypadku utracisz lub uszkodzisz organ lub narząd, którego funkcje przed tym wypadkiem były już upośledzone, procent częściowego trwałego inwalidztwa ustalimy w ten sposób, że porównamy stan sprzed i po wypadku.



PRZYKŁAD

Zrobimy to tak: pomniejszymy procent częściowego trwałego inwalidztwa danego organu lub narządu po wypadku o procent uszkodzenia lub utraty tego organu lub narządu, który istniał bezpośrednio przed wypadkiem.

Czyli jeśli przed wypadkiem nie miałeś drugiego palca u prawej ręki, a wskutek wypadku stracisz całą prawą rękę, wypłacimy 53% sumy ubezpieczenia (60% za utratę całej prawej ręki minus 7% za utratę drugiego palca tej ręki równa się 53%).

WYPŁATA PIENIĘDZY PO TWOJEJ ŚMIERCI

– czyli komu i kiedy je wypłacamy

61. Wypłata przysługuje uposażonym. Możesz ich dowolnie wskazać, dodać, zmienić lub odwołać.
62. Wypłaty nie otrzyma osoba, która umyślnie przyczyniła się do Twojej śmierci.
63. Jeśli wskażesz kilku uposażonych, a niektórzy z nich umrą przed Tobą lub utracą prawo do wypłaty, wtedy ich część pieniędzy rozdzielimy proporcjonalnie między pozostałych uposażonych.
64. Jeśli nie wskażesz uposażonego albo wszyscy uposażeni umrą przed Tobą lub utracą prawo do wypłaty, przysługuje ona Twoim członkom rodziny – według kolejności:
 - 1) małżonek – w całości,
 - 2) dzieci – w równych częściach,
 - 3) rodzice – w równych częściach,
 - 4) inni Twoi ustawowi spadkobiercy – w równych częściach.
65. Po Twojej śmierci osoba, która wnioskuje o wypłatę, musi dostarczyć nam:
 - 1) wniosek o wypłatę,
 - 2) akt zgonu,
 - 3) kartę zgonu albo – jeśli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną, która stwierdza przyczynę śmierci, jeśli spowodował ją nieszczęśliwy wypadek lub nastąpiła w pierwszych dwóch latach od początku naszej ochrony.
66. Możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty, jeśli te już dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata jest należna i w jakiej wysokości.
67. O wypłacie decydujemy na podstawie wyżej wymienionej dokumentacji.
68. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, osoba, która składa wniosek, musi dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
69. Prawo do wypłaty po Twojej śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje, jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a Twoją śmiercią.

WYPŁATA PIENIĘDZY PO ŚMIERCI TWOJEGO MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO

– czyli kiedy Ci je wypłacimy

70. Nie otrzymasz wypłaty, jeśli umyślnie przyczynisz się do śmierci Twojego małżonka albo partnera życiowego.
71. Po śmierci małżonka albo partnera życiowego dostarcz nam:
 - 1) wniosek o wypłatę,
 - 2) akt zgonu,
 - 3) kartę zgonu, albo – jeśli nie możesz jej uzyskać – dokumentację medyczną, która stwierdza przyczynę śmierci.
72. Jeśli dokumenty, o które poprosimy, są w innym języku niż polski, dostarcz nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
73. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty.
74. O wypłacie decydujemy na podstawie wyżej wymienionej dokumentacji.
75. Prawo do wypłaty przysługuje, jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Twojego małżonka albo partnera życiowego.

REALIZACJA WYPŁATY Z UBEZPIECZENIA

– czyli kiedy i jak wypłacimy pieniądze

76. Pieniądze wypłacimy jednorazowo, najpóźniej 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o:
 - 1) Twojej śmierci,
 - 2) śmierci Twojego małżonka albo partnera życiowego,
 - 3) wystąpieniu u Ciebie oparzeń, złamania kości, trwałego inwalidztwa.
77. Mamy prawo przesunąć termin wypłaty, jeśli – z obiektywnych powodów – nie możemy w ciągu 30 dni ustalić, czy istnieje prawo do wypłaty lub jej wysokości. W takim przypadku wypłacimy pieniądze do 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnimy te wątpliwości. Jeśli do części kwoty nie było żadnych wątpliwości, wypłacimy ją w terminie podanym w pkt 76.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA, SKIEROWANIE SPRAWY DO SĄDU

– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

- 78.** Reklamacją – według „Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym” – jest zgłoszenie do nas zastrzeżenia do naszych usług.
- 79.** Reklamację może zgłosić tylko osoba fizyczna. Może nią być: uposażony, uprawniony, właściciel polisy lub Ty.
- 80.** Reklamację można złożyć:
- 1) pisemnie – osobiście lub przesyłką pocztową (w rozumieniu ustawy „Prawo pocztowe”) do każdej naszej jednostki, w której obsługujemy klientów,
 - 2) ustnie – przez telefon albo osobiście, co potwierdzamy protokołem, w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów,
 - 3) elektronicznie – na adres reklamacje@pzu.pl lub za pomocą formularza na pzu.pl.
- 81.** Reklamację rozpatrzymy bezzwłocznie, nie później niż w 30 dni od dnia, kiedy ją otrzymaliśmy, z wyjątkiem pkt 82.
- 82.** Jeśli – w szczególnie złożonych przypadkach – nie będziemy mogli odpowiedzieć na reklamację w terminie 30 dni, poinformujemy:
- 1) dlaczego odpowiedź się opóźnia,
 - 2) jakie okoliczności musimy jeszcze poznać, 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.
- 83.** Na reklamację odpowiadamy na piśmie. Na wniosek osoby, która złożyła reklamację, możemy przekazać odpowiedź pocztą elektroniczną lub na trwałym nośniku informacji.
- 84.** Jeśli po rozpatrzeniu reklamacji:
- 1) nie uwzględniliśmy zgłoszonych roszczeń,
 - 2) uwzględniliśmy roszczenia, ale w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację nie wykonaliśmy czynności, do których się zobowiązaliśmy
- osoba, która złożyła reklamację, może napisać wniosek w tej sprawie do Rzecznika Finansowego.
- 85.** Skargę lub zażalenie, które nie są reklamacją, można złożyć:
- 1) pisemnie w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów,
 - 2) na infolinii PZU albo
 - 3) przez formularz na pzu.pl.
- Muszą być one złożone tak, abyśmy mogli zidentyfikować osobę, która wnosi skargę lub zażalenie oraz przedmiot skargi lub zażalenia.
- 86.** Skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach zgodnie z zakresem, w jakim działają.
- 87.** Skargi i zażalenia rozpatrzymy bezzwłocznie, nie później niż w 30 dni od dnia, w którym je otrzymaliśmy. Odpowiedzi udzielamy na piśmie.
- 88.** Jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć na skargę lub zażalenie w terminie 30 dni, poinformujemy na piśmie, dlaczego odpowiedź się opóźnia i jaki jest nowy termin odpowiedzi.
- 89.** Pozew w sprawach, które wynikają z umowy, można złożyć do sądu:
- 1) według właściwości ogólnej – zgodnie z Kodeksem postępowania cywilnego albo
 - 2) właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby: Twojej, właściciela polisy, uposażonego lub uprawnionego, albo
 - 3) właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy: Twojego, uposażonego lub uprawnionego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

- 90.** Jeśli zgodnie z prawem będziemy musieli potrącić z wypłaty jakiegolwiek kwoty, zwłaszcza podatek dochodowy, wypłatę zmniejszymy o te kwoty.
- 91.** Prawo polskie jest prawem właściwym dla tej umowy.
- 92.** W sprawach, których nie reguluje ta umowa, stosuje się: przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.
- 93.** Rzecznik Finansowy zajmuje się pozasądowym rozpatrywaniem sporów konsumenckich – w rozumieniu „Ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich” (rf.gov.pl).
- 94.** Wszystkie nasze powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą tej umowy, będziemy składać pisemnie lub w innej formie, którą uzgodniliśmy z właścicielem polisy. Mają one skutek prawny z dniem, w którym je doręczymy.
- 95.** Wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą tej umowy – oprócz reklamacji, skarg i zażaleń – muszą być złożone pisemnie lub w innej formie, którą właściciel polisy uzgodnił z nami. Mają one skutek prawny z dniem, w którym je doręczyliśmy.
- 96.** Informować o każdej zmianie adresu musisz Ty, właściciel polisy oraz my.
- 97.** Jeśli Ty albo właściciel polisy, uposażony i uprawniony jesteście konsumentami, możecie zwrócić się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
- 98.** W umowie nie stosujemy stopy technicznej.
- 99.** Nadzoruje nas Komisja Nadzoru Finansowego.
- 100.** Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej publikujemy na pzu.pl w części o relacjach inwestorskich.

**POSTANOWIENIA DODATKOWE
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA PZU W RAZIE WYPADKU**



§ 1

W ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia PZU W Razie Wypadku, kod warunków PWGP32, ZUGP32, zatwierdzonych uchwałą nr UZ/116/2017 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 4 lipca 2017 roku, zwanych dalej „OWU”, wprowadza się następujące zmiany:

§ 2

Pkt 1 ppkt 15 otrzymuje brzmienie:

„15) **praca** – zwykłe czynności lub polecenia przełożonego wykonywane przez ubezpieczonego w ramach umowy o pracę lub innego stosunku cywilnoprawnego, z tytułu którego, na dzień wystąpienia wypadku komunikacyjnego w pracy, istnieje prawny obowiązek opłacania składek na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych. Za pracę nie uznaje się zdarzeń zaistniałych w drodze do pracy lub z pracy;”

§ 3

Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.

§ 4

Niniejsze postanowienia dodatkowe zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/212/2021 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 16 listopada 2021 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia PZU W Razie Wypadku, kod warunków PWGP32, ZUGP32.