



**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,
- rekonwalescencją, 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.

SŁOWNIWEK

– 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 wynaczeniem 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 przebić krwi do tkanki nerwowej mózgowia lub do komór mózgu oraz udar niedokrwienno, który uległ wtórnemu ukrwotoczeniu;
- 3) **OAIT** – Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, który jest wyodrębniony organizacyjnie jako osobny oddział 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 wewnątrzzakładowego oraz transportu linowego i linowo-terenowego,
 - c) ruchem samolotu (pasażerskiego koncesjonowanych linii lotniczych) – jeśli byłeś członkiem załogi lub pasażerem, gdy samolot:
 - został uszkodzony lub zniszczony albo
 - zaginął lub znajduje się w miejscu, do którego nie ma dostępu,
 - d) ruchem statku – jeśli byłeś członkiem załogi lub pasażerem, gdy statek:
 - zatonał 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 odpłacane 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 żywego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologicznie 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 przeszkloną 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. Wypłacimy 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 pobytym spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem i
 - 2) jeśli rozpoczął się nie później niż 14 dni po nieszczęśliwym wypadku.
10. Wypłacimy 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 pobytym spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym i
 - 2) jeśli rozpoczął się nie później niż 14 dni po wypadku komunikacyjnym.
11. Wypłacimy 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 pobytym spowodowanym danym wypadkiem przy pracy i
 - 2) jeśli rozpoczął się nie później niż 14 dni po wypadku przy pracy.
12. Wypłacimy 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 pobytym 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, wypłacimy świadczenie jednorazowe w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie.
14. Za każdy dzień rekonwalescencji wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie.
15. Wpłatę ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu pobytu w szpitalu.

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

prawa; wywołują je: niezadowolenie z sytuacji politycznej, ekonomicznej lub społecznej; masowym rozruchem 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 – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 7) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 8) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – 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, nerwicy i uzależnień;
 - 12) w wyniku chorób z powodu obniżenia odporności organizmu w przebiegu zakażenia wirusem HIV;

- 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 porażeniem 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 przewlekłych 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.

KARENCAJA

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

- 23.** Nie ponosimy odpowiedzialności 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.

5) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;

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

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 ubezpiezonego:

- 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.

KOŃCIE 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;

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 rekonwalescencji,
 - 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 rekonwalescencji;
- 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 wydane przez szpital potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez ubezpieczającego albo zaświadczenie wydane przez ubezpieczającego o pobieranym zaśiłku chorobowym w związku z Twoim pobytom 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 wykonałmy 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 rozstrzygnięcia sporów i złożyć skargę za pośrednictwem platformy internetowej systemu rozstrzygnięcia 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.

**KOMUNIKAT – INFORMACJA DODATKOWA
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO PLUS**



W razie zgłoszenia roszczenia z tytułu wypadku przy pracy podejmujemy działania w celu ustalenia stanu faktycznego, zasadności zgłoszonego roszczenia i wysokości świadczenia. Sprawdzamy, czy dany wypadek nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach istniejącego pomiędzy nim a pracodawcą lub podmiotem zlecającym pracę stosunku prawnego, z tytułu którego istnieje prawny obowiązek opłacania składek na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych. Podstawowym dokumentem do ustalenia odpowiedzialności jest protokół powypadkowy. Jeśli go nie otrzymamy, okoliczność istnienia stosunku prawnego pomiędzy pracodawcą lub podmiotem zlecającym pracę a ubezpieczonym sprawdzimy na podstawie innych dokumentów. Nie ma znaczenia dla oceny naszej odpowiedzialności okoliczność, czy składki na ubezpieczenie wypadkowe były faktycznie za ubezpieczonego odprowadzane.