

## OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA DZIENNEGO ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO



ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/409/2007 z dnia 26 lipca 2007 r., ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/14/2011 z dnia 13 stycznia 2011 r., uchwałą nr UZ/21/2012 z dnia 20 stycznia 2012 r., uchwałą nr UZ/368/2012 z dnia 18 grudnia 2012 r. oraz uchwałą nr UZ/393/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r.

Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 5, § 6, § 11, § 12, § 13, § 14, § 15, § 16, § 17, § 18, § 22 ust. 4, § 23, § 24, § 25 ust. 1, § 26, § 27, § 28, § 29, § 30, § 31, § 32, § 33, § 34, § 35, § 36, § 37, § 38, § 39, § 40, § 44.
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 2, § 6 ust. 3, § 7, § 22 ust. 4, § 23, § 24, § 25 ust. 1 i 4, § 26, § 27, § 28, § 29, § 30, § 31, § 32, § 33, § 34, § 35, § 36, § 38, § 39, § 44.

### POSTANOWIENIA OGÓLNE

#### § 1

OGólne warunki grupowego ubezpieczenia dziennego świadczenia szpitalnego (zwane dalej OWU) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna (zwany dalej PZU SA) z osobami fizycznymi i prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi (zwanymi dalej Ubezpieczającym), na rachunek pracowników oraz członków ich rodzin.

#### § 2

Na podstawie niniejszych OWU PZU SA udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego w razie

przebywania Ubezpieczonego w szpitalu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

#### § 3

1. W porozumieniu z Ubezpieczającym do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
2. PZU SA zobowiązany jest przedstawić Ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy a OWU w formie pisemnej przed zawarciem umowy. W razie niedopełnienia tego obowiązku PZU SA nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego. Postanowienia nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.

#### § 4

Ubezpieczony może żądać, by PZU SA udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.

### PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

#### § 5

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest dziennie świadczenie szpitalne przysługujące w związku z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu, w okresie trwania umowy ubezpieczenia, spowodowanym zachorowaniem lub wypadkiem wymagającym leczenia szpitalnego oraz porodem.
2. Przez pobyt w szpitalu rozumie się leczenie w szpitalu, klinice lub pobyt w izbie porodowej, trwające ponad 24 godziny.

#### § 6

1. Za opłatą dodatkowej składki do umowy ubezpieczenia dziennego świadczenia szpitalnego może być włączone świadczenie pooperacyjne przysługujące po zakończeniu hospitalizacji, podczas której Ubezpieczony poddany był operacji.
2. Świadczenie pooperacyjne przysługuje Ubezpieczonemu pod warunkiem, że pobyt w szpitalu związany z operacją objęty był odpowiedzialnością PZU SA w ramach ubezpieczenia dziennego świadczenia szpitalnego z zastrzeżeniem przepisu § 35 ust. 2 pkt. 2.
3. Przez operację rozumie się zabiegi chirurgiczne dokonywane poprzez nacięcie lub wycięcie tkanek i narządów ciała w celu wyleczenia chorego lub uzyskania poprawy stanu zdrowia, z zastrzeżeniem, że są przeprowadzane przez chirurga lub zespół chirurgów w szpitalu, w specjalnie do tego przeznaczonym pomieszczeniu – sali operacyjnej.

#### § 7

1. Z odpowiedzialności PZU SA wyłączone są świadczenia, jeżeli hospitalizacja nastąpiła z powodu:
  - 1) chorób będących przedmiotem leczenia szpitalnego w dacie przystąpienia do ubezpieczenia;
  - 2) gruźlicy, chorób psychicznych, nerwicy, epilepsji, łuszczycy;
  - 3) zakażenia wirusem HIV oraz chorób przenoszonych drogą płciową;
  - 4) zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, zażywaniem leków lub środków odurzających oraz schorzeń powstałych w wyniku alkoholizmu, narkomanii, uzależnienia od leków oraz ich skutków;
  - 5) zabiegów plastyczno-kosmetycznych, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń będących następstwem wypadku objętego odpowiedzialnością PZU SA;
  - 6) usuwania ciąży, z wyjątkiem gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia kobiety;
  - 7) leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że wynikają one z obrażeń w wypadku objętym odpowiedzialnością PZU SA;
  - 8) obrażeń doznanych wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa bądź samobójstwa oraz świadomego spowodowania rozstroju zdrowia przez Ubezpieczonego;
  - 9) obrażeń doznanych w wyniku kierowania przez ubezpieczonego pojazdem silnikowym:
    - a) jeżeli ubezpieczony nie posiadał uprawnień do kierowania danym pojazdem,
    - b) w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
  - 10) obrażeń doznanych wskutek przebywania w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji

psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;

- 11) rutynowych badań okresowych lub innych badań medycznych, które nie związane są ze stanem chorobowym wymagającym dalszej hospitalizacji;
  - 12) uczestnictwa w badaniach i eksperymentach naukowych (medycznych);
  - 13) leczenia bezpłodności i sztucznego zapłodnienia;
  - 14) wad wrodzonych, okołoporodowych (defektów i deformacji fizycznych), cech dziedzicznych, zmiany płci;
  - 15) rehabilitacji;
  - 16) obrażeń i skutków chorobowych doznanych na skutek działania energii nuklearnej, skażeń jądrowych, chemicznych bądź napromieniowania;
  - 17) epidemii ogłoszonych przez wojewodę;
  - 18) obrażeń odniesionych w czasie wsiadania, wysiadania oraz przebywania wewnątrz jakiegokolwiek statku powietrznego; nie dotyczy to pasażerów samolotu rejsowego pilotowanego przez uprawnionego pilota;
  - 19) obrażeń i skutków chorobowych doznanych wskutek działań wojennych, wojny domowej, działań sił zbrojnych, czynnego udziału w rozruchach, zamieszkach, niepokojach społecznych oraz aktach terroryzmu;
  - 20) obrażeń i skutków chorobowych wynikających ze służby wojskowej, uczestnictwa w operacjach sił zbrojnych oraz uczestnictwa w operacjach typu zbrojnego przeprowadzanych przeciwko bandytom, terrorystom lub innym grupom przestępczym;
  - 21) obrażeń doznanych w wyniku udziału w wyścigach sportowych innych niż biegi.
2. PZU SA nie odpowiada również za pobyt:
    - 1) w placówkach leczenia odwykowego i dla przewlekłe chorych oraz w zakładach opiekuńczo-leczniczych;
    - 2) w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, centrach i ośrodkach rehabilitacyjnych, prewentoriach, z wyjątkiem kontynuowania objętego odpowiedzialnością PZU SA leczenia szpitalnego w szpitalu uzdrowiskowym, pod warunkiem, że leczenie w szpitalu uzdrowiskowym rozpoczyna się bezpośrednio po leczeniu szpitalnym.

### UMOWA UBEZPIECZENIA

#### § 8

Grupowe ubezpieczenie zawierane jest na czas nieokreślony przez pracodawcę, który jako Ubezpieczający składa wniosek o ubezpieczenie na rachunek pracowników (Ubezpieczonych).

#### § 9

Grupowe ubezpieczenie może być zawarte w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego lub dziennego świadczenia szpitalnego rozszerzonego o świadczenie pooperacyjne.

#### §10

1. Pracodawca może zawrzeć umowę ubezpieczenia dziennego świadczenia szpitalnego na rachunek pracowników pod warunkiem, że do ubezpieczenia przystąpi:
  - a) w zakładzie pracy zatrudniającym do 10 osób – 90% pracowników, nie mniej jednak niż 5 pracowników,
  - b) w zakładzie pracy zatrudniającym od 11 do 300 osób – nie mniej niż 75% pracowników,
  - c) w zakładzie pracy zatrudniającym od 301 do 1000 osób – nie mniej niż 60% pracowników,
  - d) w zakładzie pracy zatrudniającym powyżej 1000 osób – nie mniej niż 50% pracowników.
2. Pracodawca może zawrzeć umowę dziennego świadczenia szpitalnego rozszerzoną o świadczenie pooperacyjne pod warunkiem, że w ramach tworzonej grupy – zgodnie z ust. 1 – umową z włączonym świadczeniem pooperacyjnym objętych

będzie co najmniej 30% pracowników przystępujących do ubezpieczenia dziennego świadczenia szpitalnego.

### § 11

Umowa ubezpieczenia może być zawierana według dwóch wariantów: A i B.

### § 12

W zakładzie pracy, w którym umowa ubezpieczenia zawarta jest wyłącznie według wariantu A, do ubezpieczenia przystąpić mogą jedynie pracownicy.

### § 13

1. W zakładzie pracy, w którym umowa ubezpieczenia zawarta jest wyłącznie według wariantu B, do ubezpieczenia przystąpić mogą pracownicy wraz z członkami rodziny pod warunkiem, że zgłoszenie obejmuje wszystkich członków rodziny pracownika, przy czym przez członka rodziny pracownika rozumie się:
  - 1) małżonka, który nie osiągnął wieku 65 lat;
  - 2) dzieci do lat 25 pozostające na utrzymaniu pracownika.Pracownik zobowiązany jest informować pracodawcę o zmianach odnoszących się do współubezpieczonych członków rodziny.
2. W zakładzie pracy, o którym mowa w ust. 1, do ubezpieczenia przystąpić mogą również pracownicy nie posiadający, jak również nie zgłaszający do ubezpieczenia członków rodziny z możliwością doubezpieczenia ich w terminie późniejszym.

### § 14

1. Dopuszcza się możliwość równoczesnego stosowania dwóch wariantów ubezpieczenia (A i B) w jednym zakładzie pracy pod warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia według wariantu B co najmniej 75% ubezpieczonych pracowników – przy zachowaniu wymogu przepisu § 10 ust. 1 dotyczącego wielkości tworzonej grupy.
2. W zakładzie pracy, w którym ubezpieczenie prowadzone jest według dwóch wariantów jednocześnie, pracownicy nie posiadający lub nie zgłaszający do ubezpieczenia członków rodziny mogą przystąpić wyłącznie do ubezpieczenia zawierane go według wariantu A.
3. Pracownicy, o których mowa w ust. 2, mogą przejść z wariantu A na B pod warunkiem równoczesnego zgłoszenia do ubezpieczenia wszystkich członków rodziny.

### § 15

W zakładach pracy, w których pracownicy objęci są umową grupowego ubezpieczenia dziennego świadczenia szpitalnego dopuszcza się możliwość rozszerzenia umowy o świadczenie pooperacyjne pod warunkiem objęcia świadczeniem pooperacyjnym co najmniej 30% ubezpieczonych pracowników, a w przypadku, gdy umowa zawarta jest w dwóch wariantach – 30% pracowników ubezpieczonych w wariantcie A i/lub 30% pracowników ubezpieczonych w wariantcie B.

### § 16

Dopuszcza się możliwość przystąpienia pracowników i członków ich rodzin do ubezpieczenia rozszerzonego o świadczenie pooperacyjne w terminie późniejszym niż w dacie zawarcia umowy lub w dacie rozszerzenia umowy.

### § 17

Ubezpieczony pracownik lub członek jego rodziny może być objęty ochroną ubezpieczeniową tylko w ramach jednej umowy ubezpieczenia dziennego świadczenia szpitalnego zawartej na dany okres.

### § 18

1. Pracownicy ubezpieczającego zakładu pracy składają indywidualne kwestionariusze zdrowotne oraz deklaracje zgody na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia i potrącanie im składek za ubezpieczenie zgodnie z wybranym wariantem i zakresem. Deklaracje obowiązują na czas nie oznaczony.

2. Każdy współubezpieczony członek rodziny jest zobowiązany również do wypełnienia i złożenia indywidualnego kwestionariusza zdrowotnego.
3. W przypadku późniejszego doubezpieczenia członków rodziny w wariantcie B lub zmiany ubezpieczenia z wariantu A na wariant B ubezpieczony pracownik zobowiązany jest do podpisania nowej deklaracji zgody i załączenia kwestionariuszy zdrowotnych wypełnionych przez wszystkich zgłoszonych członków rodziny.
4. W przypadkach, o których mowa w §§ 15 i 16 dotyczących rozszerzenia umowy ubezpieczenia dziennego świadczenia szpitalnego o świadczenie pooperacyjne, ubezpieczony pracownik zobowiązany jest do podpisania nowej deklaracji zgody.
5. Ubezpieczający jest obowiązany przesłać do PZU SA kwestionariusze zdrowotne oraz podpisane przez pracowników deklaracje zgody w ciągu 14 dni od daty ich podpisania wraz z wykazem imiennym sporządzonym w dwóch egzemplarzach.  
Po potwierdzeniu deklaracji i wykazu imiennego PZU SA zwraca kopię wykazu i deklaracje zgody Ubezpieczającemu w celu przechowywania ich jako dowodów ubezpieczenia poszczególnych pracowników.

### § 19

1. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę PZU SA doręcza Ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego od treści złożonej przez niego oferty, PZU SA zobowiązany jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego nie są skuteczne, a umowa jest zawarta zgodnie z warunkami oferty.
2. W braku sprzeciwu umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

## SKŁADKA ZA UBEZPIECZENIE

### § 20

1. Składkę ubezpieczeniową za czas trwania odpowiedzialności ustala się według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Wysokość składki ustala się w zależności od:
  - 1) sumy ubezpieczenia;
  - 2) wariantu ubezpieczenia;
  - 3) liczby ubezpieczonych osób;
  - 4) zakresu ubezpieczenia;
  - 5) odstępiania od stosowania klauzuli moratorium.
3. W umowach ubezpieczenia stosuje się obniżkę składki ubezpieczeniowej w zależności od liczby osób przystępujących do ubezpieczenia.
4. Zapłata składki następuje w formie gotówkowej albo w porozumieniu z PZU SA w formie bezgotówkowej.
5. Pierwsza składka za ubezpieczenie zgodnie z wybranym zakresem i wariantem powinna być potrącona z najbliższego wynagrodzenia za pracę lub innych wypłat, albo opłacona przez ubezpieczonego pracownika bezpośrednio w kasie Ubezpieczającego – najpóźniej do końca miesiąca kalendarzowego, w którym podpisana została deklaracja zgody.  
Następne składki miesięczne powinny być potrącone z góry w kolejnych następujących po sobie miesiącach, przez czas trwania ubezpieczenia.
6. Ubezpieczający jest obowiązany przekazywać do PZU SA potrącane z wynagrodzeń lub wpłacane do kasy składki w ciągu 7 dni od daty ich zainkasowania wraz z miesiiecznym rozliczeniem.
7. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż

od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym, składając oświadczenie w tym zakresie.

#### 8. Składka nie podlega indeksacji.

### § 21

Zawarcie umowy ubezpieczenia w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego lub dziennego świadczenia szpitalnego rozszerzonego o świadczenie pooperacyjne PZU SA potwierdza dokumentem ubezpieczenia (polisą).

### § 22

1. Jeżeli umowa jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy, składając oświadczenie w tym zakresie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim PZU SA udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
2. Umowa grupowego ubezpieczenia może być wypowiedziana przez każdą ze stron na piśmie na koniec miesiąca kalendarzowego z zachowaniem dwumiesięcznego okresu wypowiedzenia.
3. W przypadku grupowej umowy ubezpieczenia dziennego świadczenia szpitalnego rozszerzonej o świadczenie pooperacyjne, każda ze stron ma prawo wypowiedzieć umowę w zakresie świadczenia pooperacyjnego na piśmie na koniec miesiąca kalendarzowego z zachowaniem dwumiesięcznego okresu wypowiedzenia.
4. Umowa grupowego ubezpieczenia wygasa z dniem doręczenia oświadczenia drugiej stronie o wypowiedzeniu umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, o którym mowa w § 20 ust. 7.
5. Ubezpieczony może wystąpić z umowy grupowego ubezpieczenia w każdym czasie, składając pisemne oświadczenie w tym zakresie. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do Ubezpieczonego wygasa z dniem złożenia przez niego oświadczenia, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym.

## SUMA UBEZPIECZENIA

### § 23

1. Suma ubezpieczenia dziennego świadczenia szpitalnego zwana dalej sumą ubezpieczenia jest określana przez PZU SA w uzgodnieniu z Ubezpieczającym.
2. Suma ubezpieczenia nie może przekraczać 7% przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej za ostatni kwartał poprzedzający datę zawarcia umowy ubezpieczenia.

### § 24

Sumę ubezpieczenia dla wszystkich pracowników objętych tym samym wariantem oraz dla pracownika i członków rodziny ustala się w tej samej wysokości.

W przypadku zawarcia w jednym zakładzie pracy umowy ubezpieczenia w dwóch wariantach, sumę ubezpieczenia dla wariantu A i B ustala się w tej samej wysokości.

### § 25

1. Suma ubezpieczenia świadczenia pooperacyjnego wynosi 50% sumy dziennego świadczenia szpitalnego określonej w umowie ubezpieczenia.
2. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający za zgodą PZU SA może zmienić sumę ubezpieczenia lub zakres ubezpieczenia.
3. Zmiana warunków ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2, powoduje konieczność dokonania ponownej kalkulacji składki

na okres, w którym mają obowiązywać zmienione warunki ubezpieczenia.

4. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia lub rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, PZU SA odpowiada w granicach podwyższonej sumy ubezpieczenia lub rozszerzonego zakresu ubezpieczenia począwszy od dnia następnego po dniu złożenia przez PZU SA oświadczenia o wyrażeniu zgody odpowiednio na podwyższenie sumy ubezpieczenia lub rozszerzenie zakresu ubezpieczenia.

### § 26

1. Ubezpieczonemu za dzień pobytu w szpitalu przysługuje świadczenie w wysokości umówionej sumy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczonemu za dzień pobytu w szpitalu uzdrowskiowym, o którym mowa w § 7 ust. 2 pkt. 2 przysługuje świadczenie w wysokości 50% umówionej sumy ubezpieczenia, przy czym świadczenie to wypłacane jest najdłużej za okres 24 dni.
3. Z tytułu tej samej choroby lub wypadku świadczenie wypłacane jest najdłużej przez okres 90 dni w ciągu rocznego okresu odpowiedzialności za łączny pobyt w placówkach, o których mowa w ust. 1 i 2.

### § 27

Świadczenie pooperacyjne wypłacane jest za okres równy liczbie dni, za które przysługuje świadczenie szpitalne z tytułu hospitalizacji, podczas której Ubezpieczony poddany był operacji, nie dłużej jednak niż za 14 dni.

Jeżeli Ubezpieczony, w okresie za który przysługuje mu świadczenie pooperacyjne został poddany ponownie hospitalizacji objętej odpowiedzialnością PZU SA, wówczas z dniem ponownego przyjęcia do szpitala świadczenie pooperacyjne przestaje Ubezpieczonemu przysługiwać. W przypadku wypłacenia w pełnej wysokości świadczenia pooperacyjnego, ta część świadczenia, która pokrywa się z okresem powtórnej hospitalizacji ulega potrąceniu z dziennego świadczenia szpitalnego.

### § 28

Świadczenia płatne są od drugiego dnia pobytu w szpitalu.

## POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

### § 29

Odpowiedzialność PZU SA z tytułu ubezpieczenia dziennego świadczenia szpitalnego lub ubezpieczenia dziennego świadczenia szpitalnego rozszerzonego o świadczenie pooperacyjne w odniesieniu do poszczególnych pracowników, którzy podpisali deklarację zgody oraz członków ich rodzin wymienionych w deklaracji zgody rozpoczyna się licząc od daty podpisania deklaracji zgody, jednakże nie wcześniej niż od daty obowiązywania umowy:

- 1) od dnia następnego – w związku z obrażeniami doznanyymi w wypadku;
- 2) po upływie 30 dni – w odniesieniu do chorób;
- 3) po upływie 10 miesięcy – w odniesieniu do porodu lub powikłań ciąży.

### § 30

1. Jednakże w odniesieniu do chorób, które występowały w ciągu 12 miesięcy poprzedzających datę przystąpienia do ubezpieczenia, odpowiedzialność PZU SA rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od daty przystąpienia do ubezpieczenia pod warunkiem, że Ubezpieczony w ciągu tego okresu nie był poddany leczeniu, badaniom, farmakoterapii, bądź nie zasięgał porady u lekarza w związku z tymi chorobami. W przeciwnym razie okres odroczenia wynoszący 6 miesięcy przesuwa się odpowiednio licząc od daty ostatniej porady lekarskiej (klauzula moratorium).
2. Przez istnienie chorób, o których mowa w ust. 1, rozumie się nie tylko te choroby, w związku z którymi Ubezpieczony zasięgał porad lekarskich lub które były przedmiotem leczenia,

operacji, badań, farmakoterapii – włączając lekarstwa, specjalne diety, zastrzyki, ale również choroby nie leczone, których istnienie w ciągu 12 miesięcy poprzedzających zawarcie umowy ubezpieczenia można stwierdzić w oparciu o historię choroby wynikającą ze zgromadzonej w trakcie rozpatrywania roszczenia dokumentacji medycznej.

### § 31

W zakładach pracy, w których liczba pracowników przystępujących do ubezpieczenia w chwili zawierania umowy wynosi ponad 300, 12 miesięczny okres poprzedzający datę przystąpienia do ubezpieczenia podany w § 30 ust. 1 skracają się do 6 miesięcy.

### § 32

1. W zakładach pracy, o których mowa w § 31, w stosunku do pracowników i członków ich rodzin przystępujących do ubezpieczenia w dniu zawarcia umowy, dopuszcza się możliwość nie stosowania klauzuli moratorium i nie wypełniania kwestionariuszy zdrowotnych pod warunkiem opłacenia składek taryfowych podwyższonych o 20%.
2. Jednakże w stosunku do pracowników i członków ich rodzin przystępujących do ubezpieczenia w terminie późniejszym niż w dniu zawarcia umowy przepis ust. 1 nie ma zastosowania. Osoby te podlegają obowiązkowi wypełnienia kwestionariuszy zdrowotnych bez możliwości odstąpienia od klauzuli moratorium poprzez opłacenie podwyższonej składki.

### § 33

1. Pracownicy zakładów pracy i członkowie ich rodzin, którzy przed wejściem w życie niniejszych OWU zwolnieni byli z klauzuli moratorium, kontynuują ubezpieczenie w oparciu o niniejsze OWU bez zastosowania wobec nich klauzuli moratorium – nie placąc z tego tytułu podwyższonej składki i nie wypełniając kwestionariuszy zdrowotnych.
2. Przepis ust. 1 w części dotyczącej odstąpienia od klauzuli moratorium i wypełniania kwestionariuszy zdrowotnych nie ma zastosowania w odniesieniu do wszystkich osób, w tym pracowników nowozatrudnionych, przystępujących do ubezpieczenia w terminie późniejszym niż w dniu zmiany umowy i kontynuowania jej w oparciu o niniejsze OWU.

### § 34

Klauzula moratorium oraz obowiązek wypełnienia kwestionariuszy zdrowotnych dotyczy wszystkich przystępujących do ubezpieczenia pracowników i ich członków rodzin, z wyjątkiem osób, o których mowa w § 32 ust. 1.

### § 35

1. Odpowiedzialność PZU SA z tytułu świadczenia pooperacyjnego w odniesieniu do pracowników oraz członków ich rodzin objętych ubezpieczeniem dziennego świadczenia szpitalnego, którzy przystąpili do umowy ubezpieczenia z włączonym świadczeniem pooperacyjnym w dacie rozszerzenia umowy, rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca, za który została opłacona podwyższona składka, nie wcześniej jednak niż od początku odpowiedzialności PZU SA z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego.
2. Odpowiedzialność PZU SA z tytułu świadczenia pooperacyjnego w odniesieniu do pracowników oraz członków ich rodzin, którzy przystąpili do umowy ubezpieczenia rozszerzonej o świadczenie pooperacyjne w terminie późniejszym niż w dacie zawarcia lub rozszerzenia umowy rozpoczyna się:
  - 1) od pierwszego dnia miesiąca, za który została opłacona podwyższona składka – w związku z operacjami spowodowanymi obrażeniami doznanymi w wypadku oraz operacjami związanymi z porodem lub powikłaniami ciąży;
  - 2) po upływie 3 miesięcy licząc od daty podpisania nowej deklaracji zgody – w związku z operacjami spowodowanymi zachorowaniami;jednakże nie wcześniej niż od początku odpowiedzialności PZU SA z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego.

3. W stosunku do pracowników nowozatrudnionych oraz członków ich rodzin przystępujących do grupowego ubezpieczenia dziennego świadczenia szpitalnego z równoczesnym włączeniem świadczenia pooperacyjnego odpowiedzialność PZU SA z tytułu świadczenia pooperacyjnego rozpoczyna się równocześnie z odpowiedzialnością z tytułu ubezpieczenia dziennego świadczenia szpitalnego.

### § 36

Ochrona ubezpieczeniowa PZU SA w stosunku do poszczególnych pracowników oraz członków rodziny wygasa:

- 1) z upływem miesiąca kalendarzowego, za który została opłacona ostatnia składka w czasie zatrudnienia ubezpieczonego w zakładzie pracy;
- 2) z upływem miesiąca kalendarzowego, w którym małżonek pracownika osiągnął 65 lat;
- 3) z upływem miesiąca kalendarzowego, w którym dziecko pracownika osiągnęło 25 lat lub wcześniej usamodzielniało się;
- 4) w razie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia – z upływem ostatniego miesiąca kalendarzowego, za który opłacono składkę, najpóźniej jednak z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia;
- 5) w przypadku braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w przewidzianym terminie i nie opłaceniu składki na następny miesiąc – z upływem miesiąca kalendarzowego, za który opłacono składkę;
- 6) z dniem doręczenia oświadczenia drugiej stronie o wypowiedzeniu umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, o którym mowa w § 22 ust. 4;
- 7) z dniem doręczenia PZU SA oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia na podstawie § 22 ust. 1.

## USTALANIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

### § 37

Zgłoszenie roszczenia z tytułu ubezpieczenia dziennego świadczenia szpitalnego oraz świadczenia pooperacyjnego następuje po zakończeniu hospitalizacji, przy czym Ubezpieczony zobowiązany jest:

- 1) zgłosić roszczenie na druku PZU SA najpóźniej w ciągu 14 dni od daty zakończenia hospitalizacji;
- 2) dostarczyć PZU SA kartę informacyjną leczenia szpitalnego;
- 3) umożliwić PZU SA zasięgnięcie informacji o stanie jego zdrowia i przebiegu leczenia u lekarzy prowadzących leczenie przed i podczas hospitalizacji.

### § 38

1. Zasadność zgłoszonych roszczeń oraz wysokość należnych świadczeń ustala się w oparciu o kwestionariusz zdrowotny, kartę informacyjną leczenia szpitalnego oraz informacje zawarte w zgłoszeniu roszczenia.
2. W przypadku, gdy dokumentacja, o której mowa w ust. 1 nie jest wystarczająca do ustalenia odpowiedzialności, PZU SA zastrzega sobie prawo wglądu do dodatkowej dokumentacji medycznej oraz pozyskania informacji medycznych u wszystkich lekarzy prowadzących leczenie przed i w trakcie hospitalizacji, jak również zasięgnięcia opinii lekarzy konsultantów.

### § 39

1. Jeżeli Ubezpieczony w zgłoszeniu roszczenia nie podał pełnych informacji dotyczących przebiegu leczenia przeprowadzonego przed i w trakcie hospitalizacji, a przedłożona przez niego dokumentacja medyczna nie pozwala na ustalenie odpowiedzialności, PZU SA zastrzega sobie prawo wzwania Ubezpieczonego do uzupełnienia zgłoszonego roszczenia o żądane informacje.
2. W przypadku, gdy Ubezpieczony odmówi złożenia dodatkowych wyjaśnień bądź nie wyrazi zgody na pozyskanie opinii medycznej u lekarza prowadzącego jego leczenie przed i w trakcie hospitalizacji, stosuje się § 41 ust. 3 i ust. 4.

## § 40

1. Ubezpieczony ma prawo wskazać w umowie ubezpieczenia osobę uprawnioną do otrzymania świadczeń w jego imieniu.
2. Ubezpieczony może w każdym czasie dokonać zmiany uprawnionej.
3. W razie śmierci ubezpieczonego przed pobraniem należnych świadczeń, świadczenia te wypłacane są osobie uposażonej wskazanej imiennie przez ubezpieczonego.  
W przypadku braku uposażonego, świadczenia wypłacane są niżej wskazanym osobom według następującej kolejności:
  - 1) małżonkowi;
  - 2) dzieciom w częściach równych, a w przypadku gdy jedno z dzieci zmarło przed śmiercią ubezpieczonego – zstępnym tego dziecka w częściach równych w zakresie udziału jaki by przypadła ich rodzicowi, przy czym zasadę tę stosuje się analogicznie do dalszych zstępnych tego dziecka; w przypadku braku zstępnych udział jaki by przypadła temu dziecku przypada pozostałym dzieciom w częściach równych;
  - 3) rodzicom w częściach równych albo w całości jednemu z nich, jeżeli drugie z rodziców zmarło przed śmiercią ubezpieczonego; w przypadku gdy dla ubezpieczonego ustanowiono opiekę – prawnym opiekunom na analogicznych zasadach jak dla rodziców;
  - 4) osobom fizycznym powołanym do dziedziczenia z ustawy w częściach przypadającym im stosownie do postanowień kodeksu cywilnego dotyczących dziedziczenia ustawowego.

## § 41

1. PZU SA jest zobowiązany:
  - 1) po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia losowego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, do poinformowania o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz do podjęcia postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także do poinformowania osoby występującej z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności PZU SA lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania; zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy; w tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia;
  - 2) jeżeli w terminach określonych w ust. 2 i 3 nie wypłaci świadczenia, do zawiadomienia pisemnie:
    - a) osoby zgłaszającej roszczenie oraz
    - b) Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie– o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także do wypłaty bezspornej części świadczenia;
  - 3) jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, do poinformowania o tym pisemnie:
    - a) osoby występującej z roszczeniem oraz
    - b) Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie– wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz do pouczenia tej osoby o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
  - 4) do udostępnienia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia informacji i dokumentów gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności PZU SA lub wysokości świadczenia; osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez PZU SA udostępnionych informacji,

- a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez PZU SA;
  - 5) do udostępnienia osobom, o których mowa w pkt 4, informacji i dokumentów, o których mowa w pkt 4, na ich żądanie, w postaci elektronicznej;
  - 6) na żądanie Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, do udostępniania posiadanych przez siebie informacji związanych z wypadkami lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności PZU SA oraz ustalenia okoliczności wypadków i zdarzeń losowych, jak również wysokości świadczenia;
  - 7) na żądanie Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, do przekazania informacji o oświadczeniach złożonych przez nich na etapie zawierania umowy grupowego ubezpieczenia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub kopii dokumentów sporządzonych na tym etapie.
2. PZU SA obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
  3. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności PZU SA albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia PZU SA powinien spełnić w terminie przewidzianym w ust. 2.

## POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### § 42

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu 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 SA, w którym zgłasza on zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez PZU SA.
2. Reklamację składa się w każdej jednostce PZU SA obsługującej klienta.
3. Reklamacja może być złożona w formie:
  - 1) pisemnej – osobicie albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe, na przykład pisząc na adres: PZU SA ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres tylko do korespondencji);
  - 2) ustnej – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobicie 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 reklamacja@pzu.pl lub wypełniając formularz na www.pzu.pl.
4. PZU 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 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 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 tej osoby w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
8. Skargę lub zażalenie, niebędące reklamacją, o której mowa w ust. 1, składa się na piśmie za pośrednictwem dowolnej jednostki organizacyjnej PZU SA.
9. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez jednostkę organizacyjną określoną w przepisach wewnętrznych PZU SA obowiązujących na dzień składania skargi lub zażalenia. Informacja w tym zakresie jest dostępna w jednostkach organizacyjnych PZU SA.
10. PZU SA udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia.
11. Ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
12. PZU SA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

### § 43

1. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

### § 44

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego oraz inne stosowne przepisy prawa polskiego.

### § 45

OWU mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2016 r.

