



**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE
UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO
INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA
SZPITALNEGO**



Dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego

Wersja dokumentu z dnia 17.09.2018 r.

To jest materiał zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, kod warunków LSIP50 (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 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?

Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego. W razie jego pobytu w szpitalu na skutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby wypłacimy świadczenie z ubezpieczenia.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

- Ubezpieczenie możemy zawrzeć w jednym z czterech wariantów.
- W razie:
 - pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,
 - pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą,
 - leczenia chemioterapią lub radioterapią nowotworu złośliwego,w okresie naszej ochrony wypłacimy kwotę w wysokości odpowiedniego procentu aktualnej sumy ubezpieczenia.
- Świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem albo chorobą wypłacimy jeśli pobyt w szpitalu trwał co najmniej 4 kolejne dni oraz nie dłużej niż 90 dni w ciągu roku kalendarzowego.
- Świadczenie rekonwalescencyjne wypłacimy, jeśli pobyt w szpitalu trwał co najmniej 14 dni. W okresie trwania umowy wypłacimy jedno świadczenie rekonwalescencyjne.
- Dodatkowe świadczenie za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany zawałem serca albo udarem mózgu wypłacimy, jeśli pobyt w szpitalu trwał co najmniej 4 kolejne dni. W okresie trwania ubezpieczenia wypłacimy jedno świadczenie za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany zawałem serca albo udarem mózgu.
- W okresie trwania umowy wypłacimy jedno dodatkowe świadczenie za leczenie chemioterapią albo radioterapią.
- Świadczenie za pobyt na OAIT wypłacimy, jeśli pobyt na OAIT trwał podczas pobytu w szpitalu i trwał nieprzerwanie 48 godzin.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

- Umowę zawieramy z Tobą, czyli ubezpieczającym. We wniosku o ubezpieczenie wskazujesz ubezpieczonego (siebie lub inną osobę), którego zdrowie obejmujemy ochroną. Ubezpieczającym może być także osoba prawna.
- Ubezpieczony to osoba fizyczna, której zdrowie jest ubezpieczone. Musi mieć co najmniej 18 lat i nie więcej niż 60 lat. Jest to ta sama osoba, która jest ubezpieczonym w ubezpieczeniu podstawowym. Wiek ubezpieczonego liczymy nie według daty urodzenia, ale według roku kalendarzowego, w którym się urodził (tzn. jeśli ubezpieczony urodził się 1 czerwca 1988 r. i chce zawrzeć ubezpieczenie 1 lutego 2018 r. to dla nas ma 30 lat – mimo, że trzydzieste urodziny będzie obchodził za 4 miesiące).
- Ty i ubezpieczony możecie być jedną i tą samą osobą, ale możecie być również różnymi osobami, np. Ty zawierasz jako ubezpieczający (opłacasz składki), ale ochroną ubezpieczeniową objęte jest zdrowie żony (jest ona wówczas ubezpieczoną).

Jak długo trwa umowa?

- Umowę można zawrzeć w momencie zawierania ubezpieczenia podstawowego albo w najbliższej dacie płatności składki – np. jeśli umowę podstawową zawarłeś 15 lipca i opłacasz składki kwartalnie, to umowę możesz zawrzeć najwcześniej za 3 miesiące czyli 15 października.
- Umowę zawieramy na okres, który wskazujemy w polisie (jest to tzw. okres ubezpieczenia). Okres ubezpieczenia upływa:
 - z końcem ubezpieczenia podstawowego,
 - nie później niż w rocznicę umowy przypadającą w roku, w którym wiek polisowy ubezpieczonego wynosi 65. lat.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa przez 24 godziny na dobę, na terenie krajów Unii Europejskiej oraz Szwajcarii, Norwegii, Islandii, Watykanu, Monako, USA, Kanady, Japonii, Australii oraz Nowej Zelandii.

Jak i kiedy opłacasz składkę?

- Składki opłacasz:
 - na rachunek bankowy, którego numer jest wskazany w polisie,
 - za umowę dodatkową wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

- Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie.
- Nasza ochrona kończy się w dniu, w którym:
 - kończy się ochrona w ubezpieczeniu podstawowym,
 - nastąpi śmierć ubezpieczonego,
 - otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego o odstąpieniu od ubezpieczenia,
 - upływny okres wypowiedzenia umowy,
 - nastąpi śmierć ubezpieczonego,
 - zamienimy ubezpieczenie podstawowe na ubezpieczenie bezskładkowe,
 - ubezpieczający opłaci składki za ubezpieczenie podstawowe jednorazowo do końca okresu ubezpieczenia.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- Nie udzielamy ochrony z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu oraz leczenia chemioterapią lub radioterapią będącego wynikiem chorób:
 - które były zdiagnozowane, lub
 - z powodu których rozpoczęto u ubezpieczonego postępowanie diagnostyczno-lecznicze, przed zawarciem pierwszej umowy.
- Jesteśmy zwolnieni z udzielania ochrony, jeżeli konieczność leczenia szpitalnego była spowodowana lub zaszła w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed początkiem ochrony z tytułu umowy.
- Jesteśmy zwolnieni z udzielania ochrony jeżeli konieczność leczenia szpitalnego była spowodowana lub zaszła w następstwie wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień.

Ponadto jesteśmy zwolnieni z udzielania ochrony jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza ochrona (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

- Możesz odstąpić od umowy:
 - w ciągu 7 dni od jej zawarcia – jeśli jesteś przedsiębiorcą,
 - w ciągu 30 dni od jej zawarcia – jeśli nie jesteś przedsiębiorcą.

Po tym czasie możesz rozwiązać umowę w każdym czasie. Wystarczy, że dostarczysz pisemne wypowiedzenie.

Wynagrodzenia dystrybutora

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, kod warunków LSIP50, 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”).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1-3 pkt 4-18 pkt 33-35 pkt 52-56 pkt 57-61
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	pkt 1-3 pkt 8-18 pkt 30-32 pkt 33-35 pkt 52-56 pkt 57-61

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na stronie pzu.pl



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO

Kod warunków: LSIP50

Zarząd PZU Życie SA zatwierdził OWU uchwałą nr UZ/164/2018 z dnia 20 sierpnia 2018 roku.
OWU wchodzi w życie 17 września 2018 roku.

Zanim zawrzesz umowę, przeczytaj dokładnie OWU.

W OWU znajdziesz informacje m. in. o:

- zakresie ubezpieczenia, czyli o tym, co obejmuje i czego nie obejmuje nasze ubezpieczenie,
- zasadach wypłaty z ubezpieczenia,
- Twoich i naszych prawach i obowiązkach,
- czasie trwania ubezpieczenia.

SPIS TREŚCI

Słowniczek	6
Przedmiot ubezpieczenia	7
Suma ubezpieczenia	7
Zakres ubezpieczenia	7
Wyłączenia ochrony	8
Zawarcie umowy	9
Kto może zawrzeć umowę i być objęty ochroną	9
Czas trwania umowy	9
Ponowne zawarcie umowy	10
Odstąpienie od umowy	10
Wypowiedzenie umowy	10
Prawa i obowiązki	10
Składka	11
Początek naszej ochrony	11
Koniec naszej ochrony	11
Wypłata pieniędzy z ubezpieczenia	11
Reklamacje, skargi i zażalenia, skierowanie sprawy do sądu	12
Postanowienia końcowe	12

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **chemioterapia** – metoda systemowego leczenia choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L według klasyfikacji ATC podanego drogą pozajelitową;
- 2) **choroba** – stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego, i który powoduje konieczność leczenia szpitalnego;
- 3) **kolijna umowa** – umowa zawarta z zachowaniem ciągłości naszej ochrony;
- 4) **leczenie szpitalne** – stacjonarne leczenie w zakładzie lecznictwa zamkniętego, gdzie bada się i leczy chorych, którzy wymagają stałej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej; za leczenie szpitalne nie uważa się pobytu w:
 - a) hospicjach, placówkach lecznictwa odwykowego, placówkach dla przewlekłe chorych,
 - b) zakładach lecznictwa uzdrowiskowego: szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, prewentoriach,
 - c) ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych,
 - d) oddziałach dziennych;
- 5) **miesiąc umowy** – okres, który rozpoczyna się i kończy w tym samym czasie jak miesiąc umowy podstawowej;
- 6) **nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie, które:
 - a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego oraz
 - b) jest wywołane czynnikami zewnętrznymi oraz
 - c) jest wyłączną przyczyną zdarzenia, które obejmuje nasza ochrona,
- 7) **OAIT** – Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, który:
 - a) jest wyodrębniony organizacyjnie jako osobny oddział w strukturach szpitala,
 - b) prowadzi ciągle monitorowanie podstawowych funkcji życiowych, za pomocą:
 - i. metod terapeutycznych,
 - ii. technik terapeutycznych, w szczególności technik inwazyjnych, które wspomagają podstawowe układy organizmu;
- 8) **pierwsza umowa** – umowa zawarta po raz pierwszy lub zawarta ponownie, jeżeli nie zachowano ciągłości naszej ochrony;
- 9) **pobyt na OAIT** – całodobowy pobyt na OAIT, który trwa nieprzerwanie co najmniej 48 godzin w trakcie pobytu w szpitalu, który został spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem;

PRZYKŁAD



Wybrałeś wariant ubezpieczenia z sumą ubezpieczenia 50 000 zł. W wyniku nieszczęśliwego wypadku spędziłeś w szpitalu 13 dni, z czego 3 dni na OAIT. Po złożeniu przez Ciebie wniosku o wypłatę wypłacimy Ci kwotę w wysokości 8 000 zł. Kwotę ustalimy w następujący sposób:

- 13 dni Twojego pobytu w szpitalu pomnożone przez 500 zł, czyli 1% sumy ubezpieczenia z tytułu pobytu w szpitalu za każdy dzień pobytu w szpitalu równa się 6 500 zł
- 3 dni Twojego pobytu na OAIT pomnożone przez 500 zł, czyli 1% sumy ubezpieczenia z tytułu pobytu na OAIT równa się 1500 zł;

- 10) **pobyt w szpitalu** – całodobowy pobyt w szpitalu, w celu leczenia szpitalnego, który trwa co najmniej 4 kolejne dni;
- 11) **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;
- 12) **rok umowy** – okres 12 miesięcy, który rozpoczyna się:
 - a) od daty zawarcia umowy wraz z ubezpieczeniem podstawowym, albo
 - b) w najbliższą rocznicę ubezpieczenia podstawowego, jeśli umowa została zawarta w trakcie trwania ubezpieczenia podstawowego;
- 13) **szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego;
- 14) **świadczenie rekonwalescencyjne** – świadczenie, które wypłacamy w razie pobytu w szpitalu, który trwa co najmniej 14 dni;
- 15) **radioterapia** – leczenie nowotworów złośliwych promieniami jonizującymi;
- 16) **ubezpieczenie podstawowe** – indywidualne ubezpieczenie na życie, do którego możesz zawrzeć to ubezpieczenie dodatkowe;
- 17) **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu spowodowane wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany.
Zakres ochrony obejmuje taki udar mózgu, który spełnia co najmniej jeden z warunków:
 - a) badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne,
 - b) był leczony trombolitycznie,Zakres ochrony nie obejmuje udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał w skutek urazu.
- 18) **umowa** – umowa ubezpieczenia dodatkowego zawarta między Tobą a PZU Życie na podstawie tych OWU i potwierdzona polisą;

19) **wiek polisowy:**

- a) wiek ubezpieczonego przyjęty dla ubezpieczenia podstawowego, ustalany na dzień początku ochrony i w każdą kolejną rocznicę ubezpieczenia podstawowego – w przypadku zawierania umowy dodatkowej wraz z ubezpieczeniem podstawowym,
- b) wiek ubezpieczonego, ustalany jako różnica lat pomiędzy rokiem kalendarzowym w dniu ostatniej rocznicy ubezpieczenia podstawowego a rokiem urodzenia ubezpieczonego (jeśli nie było jeszcze rocznicy umowy, wiek ubezpieczonego ustalany jest na dzień zawarcia ubezpieczenia podstawowego) – w przypadku zawierania umowy dodatkowej do istniejącego ubezpieczenia podstawowego;



Przykład:

Ubezpieczasz siebie, czyli jesteś ubezpieczającym i ubezpieczonym. Urodziłeś się 1 czerwca 1988 r. i 17 kwietnia 2019 r. zawarłeś z nami ubezpieczenie podstawowe. Zgodnie z powyższą definicją miałeś wtedy 31 lat i tak obliczony wiek będzie obowiązywał do 16 kwietnia 2020 r. W dniu 20 stycznia 2020 r. zawierasz z nami umowę dodatkową. Twój wiek polisowy to 31 lat; jeśli zawarłbyś umowę dodatkową po rocznicy polisy, czyli po 17 kwietnia 2020 roku miałbyś wtedy 32 lata i taki wiek przyjęlibyśmy do obliczenia składki za ubezpieczenie dodatkowe;

20) **zawał serca** – zawał serca, który oznacza martwicę komórek mięśnia sercowego która jest:

- a) spowodowana przedłużonym niedokrwieniem serca,
- b) potwierdzona wzrostem lub spadkiem podwyższonej wartości biochemicznego markera tej martwicy, tzw. troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej górnej granicy normy i co najmniej jednym z następujących kryteriów:
 - i. kliniczne objawy niedokrwienia,
 - ii. zmiany w zapisie EKG typowe dla nowopowstałego niedokrwienia,
 - iii. nowy ubytek żywego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia ruchomości ścian serca uwidocznione w badaniach obrazowych,
 - iv. udokumentowanie zawału w badaniu angiograficznym.

Ochroną obejmujemy także zawał serca związany z zabiegiem przeszłokórnej interwencji wieńcowej:

- a) o ile wartość biochemicznego markera martwicy mięśnia sercowego – tzw. troponiny sercowej, przekracza 5-krotnie górną granicę normy,
- b) a także zawał związany z zabiegiem pomostowania tętnic wieńcowych, o ile wartość biochemicznego markera martwicy mięśnia sercowego – tzw. troponiny sercowej, przekracza 10-krotnie górną granicę normy.

2. Jeżeli te OWU nie stanowią inaczej, określenia, które zdefiniowaliśmy w OWU ubezpieczenia podstawowego używamy w tych OWU w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego.

SUMA UBEZPIECZENIA

– czyli ile pieniędzy wypłacimy i jak możesz określić tę kwotę

4. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłaty z tytułu zdarzenia objętego naszą ochroną.
5. Ty podejmujesz decyzję o wysokości sumy ubezpieczenia.
6. Wysokość sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
7. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy

8. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie w okresie ochrony zdarzenia lub zdarzeń wskazanych w tabeli pkt 12.
9. Umowę możesz zawrzeć w jednym z czterech wariantów. Warianty różnią się zakresem ochrony, czyli rodzajami zdarzeń, za które ubezpieczony może otrzymać wypłatę.
10. Wariant wybierasz we wniosku o zawarcie umowy, a my potwierdzamy go w polisie.
11. Do obliczenia wysokości wypłaty za dane zdarzenie stosujemy procent wskazany w tabeli w pkt. 12 oraz sumę ubezpieczenia, aktualną w dniu pobytu w szpitalu, przy czym w przypadku leczenia nowotworu złośliwego przy zastosowaniu chemioterapii albo radioterapii – sumę ubezpieczenia aktualną na dzień rozpoczęcia leczenia.
12. Zakres wariantów – zdarzenia objęte ochroną:

WARIANT I	WARIANT II
1) pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – 1% sumy ubezpieczenia za dzień pobytu w szpitalu	1) pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – 1% sumy ubezpieczenia za dzień pobytu w szpitalu
2) pobyt na OAIT spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – 1% sumy ubezpieczenia za dzień pobytu na OAIT	2) pobyt na OAIT spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – 1% sumy ubezpieczenia za dzień pobytu na OAIT
	3) świadczenie rekonwalescencyjne z tytułu pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – 5% sumy ubezpieczenia jednorazowo
WARIANT III	WARIANT IV
1) pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – 1% sumy ubezpieczenia za dzień pobytu w szpitalu	1) pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – 1% sumy ubezpieczenia za dzień pobytu w szpitalu
2) pobyt w szpitalu spowodowany chorobą – 0,5% sumy ubezpieczenia za dzień pobytu w szpitalu	2) pobyt w szpitalu spowodowany chorobą – 0,5% sumy ubezpieczenia za dzień pobytu w szpitalu
3) pobyt na OAIT spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – 1% sumy ubezpieczenia za dzień pobytu na OAIT	3) pobyt na OAIT spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – 1% sumy ubezpieczenia za dzień pobytu na OAIT
	4) świadczenie rekonwalescencyjne z tytułu pobytu w szpitalu – 5% sumy ubezpieczenia jednorazowo
	5) dodatkowe świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu – 30% sumy ubezpieczenia jednorazowo
	6) dodatkowe świadczenie za leczenie nowotworu złośliwego przy zastosowaniu chemioterapii albo radioterapii – 30% sumy ubezpieczenia jednorazowo

13. Udzielamy ochrony również jeżeli:

- 1) ubezpieczony przebywał w szpitalu w okresie ochrony kolejnej umowy, a jego pobyt jest bezpośrednio związany z nieszczęśliwym wypadkiem, który zaistniał w okresie ochrony poprzedniej umowy;
- 2) pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie ochrony poprzedniej umowy i trwa nieprzerwanie również w okresie ochrony kolejnej umowy.

14. Wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, jeśli jego pobyt w szpitalu trwał bez przerwy co najmniej 4 dni. W ciągu roku umowy, a także w okresie od daty zawarcia umowy do daty rocznicy umowy, jeżeli okres ten jest krótszy niż 12 miesięcy, wypłacimy świadczenie za maksymalnie 90 dni pobytu w szpitalu.

15. Wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie rekonwalescencyjne, jeśli jego pobyt w szpitalu w okresie ochrony trwał co najmniej 14 dni. W okresie ubezpieczenia wypłacimy jedno świadczenie rekonwalescencyjne.

16. Wypłacimy ubezpieczonemu dodatkowe świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu, jeżeli jego pobyt w szpitalu trwał co najmniej 4 dni. W okresie ubezpieczenia wypłacimy jedno świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu.

17. W okresie ubezpieczenia wypłacimy jedno dodatkowe świadczenie za leczenie nowotworu złośliwego przy zastosowaniu chemioterapii albo radioterapii.

18. Świadczenie za pobyt w szpitalu wypłacimy, jeśli pobyt w szpitalu miał miejsce na terenie krajów Unii Europejskiej oraz Szwajcarii, Norwegii, Islandii, Watykanu, Monako, USA, Kanady, Japonii, Australii oraz Nowej Zelandii.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy pieniędzy z ubezpieczenia

19. Nie udzielamy ochrony z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu oraz leczenia chemioterapią lub radioterapią będącego wynikiem chorób:

- 1) które były zdiagnozowane, lub
- 2) z powodu których rozpoczęto u ubezpieczonego postępowanie diagnostyczno-lecznicze, przed zawarciem pierwszej umowy.

20. Wyłączenie odpowiedzialności z pkt. 19. nie dotyczy:

- 1) chorób, w przypadku których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się i zakończyło przed ukończeniem przez ubezpieczonego 18 roku życia;

- 2) chorób, w przypadku których nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiej samej choroby.
- 21.** Jesteśmy zwolnieni z udzielania ochrony jeśli konieczność leczenia szpitalnego była spowodowana lub zaszła:
- 1) w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed początkiem ochrony, chyba, że wystąpiła sytuacja, o której piszemy w pkt. 13;
 - 2) wskutek działań wojennych;
 - 3) ponieważ ubezpieczony czynnie uczestniczył w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 4) ponieważ ubezpieczony usiłował popełnić lub popełnił czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 5) wskutek wypadku komunikacyjnego, jeśli ubezpieczony prowadził pojazd i:
 - a) nie miał uprawnień do prowadzenia pojazdu, które są określone w przepisach prawa,
 - b) był po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile miało to wpływ na pobyt ubezpieczonego w szpitalu,
 - 6) wskutek obrażeń, których ubezpieczony doznał gdy był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile stan ubezpieczonego miał wpływ na jego pobyt w szpitalu;
 - 7) wskutek działania promieniowania radioaktywnego lub jonizującego w wyniku reakcji termojądrowych, wybuchu nuklearnego, reakcji termojądrowych;
 - 8) ponieważ ubezpieczony uprawiał niebezpieczne sporty: sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, speleologia, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoki do wody, skoki na linie (ang. bungee jumping) oraz udział w wyścigach wszelkiego rodzaju z wyjątkiem biegów i pływania;
 - 9) wskutek wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania i uzależnień;
 - 10) bezpośrednio w wyniku zatrucia ubezpieczonego spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
 - 11) wskutek chorób wynikających z obniżenia odporności w przebiegu zakażenia wirusem HIV;
 - 12) wskutek niepłodności;
 - 13) wskutek leczenia stomatologicznego i zabiegów stomatologicznych, chyba, że wynikają one z konieczności leczenia obrażeń, których ubezpieczony doznał w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

ZAWARCIE UMOWY

– jak się odbywa i co będzie do tego potrzebne

- 22.** Umowę zawieramy na podstawie Twojego wniosku o ubezpieczenie.
- 23.** Umowę możesz zawrzeć:
- 1) wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego, albo
 - 2) jeśli posiadasz już ubezpieczenie podstawowe – w dniu najbliższej płatności składki za umowę podstawową;
 - 3) o ile składkę za ubezpieczenie podstawowe opłacasz miesięcznie, kwartalnie, półrocznie albo rocznie;
 - 4) jeśli w ubezpieczeniu podstawowym nie zawiesiłeś opłacania składki regularnej.
- 24.** Zasady i tryb zawierania umowy są zgodne z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym, o ile nie umówiliśmy się z Tobą inaczej.
- 25.** Możemy odmówić zawarcia umowy.
- 26.** Zawarcie umowy potwierdzamy polisą.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ UMOWĘ I BYĆ OBJĘTY OCHRONĄ

- 27.** Umowę zawieramy z Tobą, czyli ubezpieczającym.
- 28.** Ubezpieczonym w umowie jest osoba, która jest ubezpieczonym w ubezpieczeniu podstawowym.
- 29.** Ubezpieczonym może być osoba, której wiek polisowy w dniu składania wniosku o ubezpieczenie wynosi co najmniej 18 lat i nie więcej niż 60 lat, przy czym wiek ubezpieczonego w chwili końca ubezpieczenia nie może przekroczyć 65 lat.

CZAS TRWANIA UMOWY

– czyli jak długo trwa umowa

- 30.** Umowę zawierasz z nami na czas określony zwany okresem ubezpieczenia. Okres ubezpieczenia trwa:
- 1) 5 lat, jeśli zawierasz umowę wraz z ubezpieczeniem podstawowym albo w rocznicę ubezpieczenia podstawowego i opłacasz składki z częstotliwością roczną, albo
 - 2) 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej rocznicy ubezpieczenia podstawowego – jeśli umowę zawierasz po zawarciu ubezpieczenia podstawowego i opłacasz składki z częstotliwością miesięczną, kwartalną lub półroczną.

**Przykład:**

1 czerwca 2018 r. zawarłeś ubezpieczenie podstawowe i 1 grudnia 2018 r. zawarłeś umowę dodatkową na wypadek leczenia szpitalnego. Umowa ta będzie trwać do 30 maja 2023 r. czyli 4 lata i 6 miesięcy. Jeżeli zawrzesz umowę na kolejny okres, będzie ona trwała od 1 czerwca 2023 r. do 30 maja 2028 r., czyli 5 pełnych lat.

31. Okres ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
32. Okres ubezpieczenia upływa:
 - 1) z końcem okresu ubezpieczenia;
 - 2) z końcem ubezpieczenia podstawowego;
 - 3) w dniu rocznicy umowy, w roku w którym wiek polisowy ubezpieczonego wynosi 65 lat.

PONOWNE ZAWARCIE UMOWY

– czyli kiedy proponujemy Ci ponowne zawarcie umowy

33. Najpóźniej 30 dni przed końcem umowy możemy zaoferować Ci zawarcie kolejnej umowy i wskażemy nową wysokość składki.
34. Jeśli przyjmiesz naszą propozycję, umowa zostanie zawarta na kolejny okres ubezpieczenia.
35. Zawarcie kolejnej umowy lub jej przedłużenie potwierdzimy polisą.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

– czyli do kiedy możesz się wycofać z zawartej umowy dodatkowej

36. Możesz odstąpić od umowy składając nam pisemne oświadczenie:
 - 1) w ciągu 7 dni od jej zawarcia – jeśli jesteś przedsiębiorcą;
 - 2) w ciągu 30 dni od jej zawarcia – jeśli nie jesteś przedsiębiorcą.
37. Jeśli jesteś konsumentem i nie poinformowaliśmy Cię najpóźniej w chwili zawarcia umowy o prawie do odstąpienia, możesz odstąpić od umowy w ciągu 30 dni od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
38. Jeżeli odstąpisz od umowy, zwrócimy Ci wpłaconą składkę. Pomniejszymy ją o kwotę, która odpowiada składce za okres ubezpieczenia udzielany od dnia zawarcia umowy do dnia, w którym otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu.
39. Odstąpienie od ubezpieczenia podstawowego skutkuje odstąpieniem od umowy.
40. Odstąpienie od umowy nie skutkuje odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

– czyli jak możesz zrezygnować z umowy dodatkowej

41. Możesz wypowiedzieć umowę w każdym czasie, przy czym wypowiedzenie musisz złożyć w formie pisemnej.
42. Okres wypowiedzenia wynosi jeden miesiąc i rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca umowy, który nastąpi po dniu, w którym otrzymaliśmy Twoje wypowiedzenie. W dniu, w którym zakończy się okres wypowiedzenia, zakończy się także nasza ochrona.
43. Jeżeli wypowiedz umowę, zwrócimy Ci składkę za okres niewykorzystanej ochrony, jeśli okres taki występuje.
44. Wypowiedzenie ubezpieczenia podstawowego skutkuje wypowiedzeniem umowy.
45. Wypowiedzenie umowy nie skutkuje wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.

PRAWA I OBOWIĄZKI

– czyli jakie prawa i obowiązki masz Ty i ubezpieczony oraz my

46. Tobie i nam oraz ubezpieczonemu przysługują prawa i obowiązki, które wynikają z:
 - 1) ogólnych warunków ubezpieczenia podstawowego;
 - 2) tych ogólnych warunków ubezpieczenia oraz
 - 3) obowiązujących przepisów prawa, w szczególności kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
47. Musimy:
 - 1) przekazywać Tobie, a także ubezpieczonemu na jego prośbę, informacje o zmianie warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy i o wpływie tych zmian na wartość wypłaty, przed wyrażeniem przez strony zgody na dokonanie takich zmian. Informacje te przekazujemy w formie pisemnej lub w innej formie, którą z Tobą uzgodnimy, np. za pomocą środków komunikacji elektronicznej. Zanim wyrazisz zgodę na wprowadzenie takich zmian, musisz się z tymi zmianami zapoznać;
 - 2) informować w formie pisemnej osobę, która występuje o wypłatę oraz ubezpieczonego:
 - 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 przyczynę i podstawę prawną, które uzasadniają naszą decyzję, oraz informujemy o tym, że można dochodzić roszczeń na drodze sądowej;
- 3) udostępniać informacje i dokumenty, które wpłynęły na naszą decyzję o ustaleniu prawa do wypłaty lub jej wysokości:
- a) Tobie,
 - b) ubezpieczonemu,
 - c) uprawnionemu,
 - d) innej osobie, która wnioskuje o wypłatę.
- Na żądanie tych osób informacje i dokumenty udostępniamy w formie elektronicznej.
- 4) udostępniać na Twój lub ubezpieczonego wniosek, także w formie elektronicznej:
- a) informacje o oświadczeniach, które złożyliście podczas zawierania umowy,
 - b) kopie dokumentów, które powstały podczas zawierania i trwania umowy.
48. Ty i ubezpieczony macie prawo żądać, abyśmy prawidłowo i terminowo wypełniali nasze obowiązki wskazane w ubezpieczeniu podstawowym a także, które są wskazane w pkt. 47 oraz te, które wynikają z obowiązujących przepisów prawa.

SKŁADKA

– od czego zależy i kiedy ją opłacać

49. Wysokość składki, która będzie obowiązywać dla umowy, określamy w zależności od:
- 1) wieku polisowego ubezpieczonego w dniu zawarcia umowy;
 - 2) wysokości sumy ubezpieczenia;
 - 3) częstotliwości opłacania składki;
 - 4) wariantu zakresu ochrony, o którym piszemy w pkt. 8-12, a następnie uzgadniamy z Tobą, zastrzeżeniem pkt. 50.
50. Wysokość składki jest niezmienna w całym okresie ubezpieczenia.
51. Składkę opłacasz z góry, w pełnej wymaganej kwocie, z częstotliwością przyjętą w ubezpieczeniu podstawowym.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy ubezpieczamy ubezpieczonego

52. Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego rozpocznie się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym – jeśli umowę zawierasz razem z umową ubezpieczenia podstawowego.
53. Jeśli umowę zawierasz w trakcie trwania ubezpieczenia podstawowego, nasza ochrona rozpocznie się w dniu najbliższej płatności składki za ubezpieczenie podstawowe, nie wcześniej jednak niż po wyrażeniu przez nas zgody na zawarcie umowy.
54. Jeśli Ty i ubezpieczony jesteście różnymi osobami, nasza ochrona rozpocznie się w dniu wskazanym w pkt. 52 albo 53, ale nie wcześniej niż następnego dnia po zgodzie ubezpieczonego na objęcie go ochroną, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia.
55. Datę początku ochrony wskazujemy w polisie.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie

56. Nasza ochrona na wypadek leczenia szpitalnego zakończy się:
- 1) w dniu, w którym otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu od umowy;
 - 2) w dniu, w którym upłynie okres wypowiedzenia umowy;
 - 3) w dniu śmierci ubezpieczonego;
 - 4) w dniu, w którym zakończy się okres ubezpieczenia;
 - 5) w dniu, w którym zakończy się ochrona w ubezpieczeniu podstawowym;
 - 6) w dniu, w którym ubezpieczenie podstawowe zamieni się na umowę bezskładkową;
 - 7) w dniu, w którym ubezpieczenie podstawowe zamieni się na ubezpieczenie z jednorazową płatnością składki, jeśli opłacisz składkę za ubezpieczenie podstawowe jednorazowo do końca okresu ubezpieczenia.

WYPŁATA PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

– czyli komu i kiedy je wypłacimy.

57. Wypłata przysługuje ubezpieczonemu.
58. Aby otrzymać wypłatę, osoba, która o nią wnioskuje, musi dostarczyć nam:
- 1) wniosek o wypłatę;
 - 2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego – jeśli wniosek o roszczenie jest złożony niezwłocznie po zakończeniu pobytu w szpitalu;
 - 3) dokument, który potwierdza rozpoznanie choroby i jest wydany przez lekarza prowadzącego – jeśli wniosek o roszczenie jest składany w trakcie pobytu w szpitalu, po 30. lub 60. dniu tego pobytu.

59. Możemy poprosić o inne dodatkowe dokumenty, jeśli dotychczas dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata jest należna.
60. Jeśli dokumenty, o które prosiлиśmy, są w innym języku niż polski, osoba, która składa wniosek musi dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
61. Jeżeli nie otrzymamy dokumentów, o które prosimy, możemy odmówić wypłaty.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA, SKIEROWANIE SPRAWY DO SĄDU

– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

62. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.
63. 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.
64. 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 rozprzążyć 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.
65. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy:
 - 1) w postaci papierowej lub
 - 2) pocztą elektroniczną – robimy to na wniosek osoby (podmiotu), która złożyła reklamację.
66. 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 zobowiązaliśmyosoba fizyczna, która złożyła reklamację, może napisać wniosek w tej sprawie do Rzecznika Finansowego.
67. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
68. 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 lub Twojego spadkobiercy, uprawnionego z umowy lub jego spadkobiercy.
69. Więcej o reklamacjach można dowiedzieć się z „Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i Rzeczniku Finansowym” oraz z „Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń”.
70. Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
71. 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: www.rf.gov.pl

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jest jeszcze ważne

72. Jeśli zgodnie z prawem będziemy musieli potrącić z wypłaty jakiegokolwiek kwoty, zwłaszcza podatek dochodowy, wypłatę zmniejszymy o te kwoty.
73. Prawo polskie jest prawem właściwym dla tej umowy.
74. W relacjach z konsumentem stosujemy język polski.
75. W sprawach, których nie reguluje ta umowa, stosuje się ogóle warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa polskiego.
76. Rzecznik Finansowy zajmuje się pozasądowym rozpatrywaniem sporów konsumenckich – w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, którego adres strony internetowej jest następujący: www.rf.gov.pl.
77. Wszystkie nasze powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą tej umowy, będziemy składać w formie pisemnej lub w innej formie, którą uzgodniliśmy z Tobą. Wywierają one skutek z chwilą doręczenia.
78. Wszystkie kierowane do nas powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą tej umowy – oprócz reklamacji, skarg i zażaleń – muszą być złożone w formie pisemnej lub w innej formie, którą uzgodniłeś z nami. Wywierają one skutek prawny z dniem doręczenia.
79. Informować o każdej zmianie adresu musisz Ty, ubezpieczony oraz my.
80. Jeżeli Ty, ubezpieczony, uposażony lub uprawniony jesteście konsumentami, możecie zwrócić się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
81. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej publikujemy na pzu.pl w części o relacjach inwestorskich.
82. Nadzoruje nas Komisja Nadzoru Finansowego.