



**OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK
LECZENIA SZPITALNEGO DZIECKA**

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego dziecka, kod warunków DLIP50, 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 1–11 Pkt 76–83
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Pkt 1–3 Pkt 5–28 Pkt 38–39 Pkt 61–65 Pkt 76–83

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

Zanim zawrzesz umowę, przeczytaj dokładnie OWU.

Znajdziesz w nich szczegółowe informacje, które dotyczą m.in.:

- zakresu ubezpieczenia (co obejmuje i czego nie obejmuje nasze ubezpieczenie),
- czasu trwania ubezpieczenia,
- Twoich i naszych praw i obowiązków,
- zasad wypłaty lub realizacji świadczeń z ubezpieczenia.



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO DZIECKA

Kod warunków: DLIP50

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego dziecka uchwałą nr UZ/206/2020 z dnia 5 października 2020 roku, zwane dalej OWU.

OWU wchodzi w życie 1 grudnia 2020 roku.

SPIS TREŚCI

Słowniczek	1
Przedmiot ubezpieczenia	3
Zakres ubezpieczenia	3
Suma ubezpieczenia	4
Ograniczenia i wyłączenia ochrony	4
Zawarcie umowy	5
Kto może zawrzeć umowę i być objęty ochroną	5
Czas trwania umowy	5
Ponowne zawarcie umowy	5
Odstąpienie od umowy	6
Wypowiedzenie umowy	6
Prawa i obowiązki	6
Składka	6
Początek naszej ochrony	7
Koniec naszej ochrony	7
Indeksacja sumy ubezpieczenia i składki	7
Realizacja świadczenia z ubezpieczenia	7
Karta apteczna po pobycie w szpitalu	8
Reklamacje, skargi i zażalenia, skierowanie sprawy do sądu	8
Postanowienia końcowe	8
Regulamin karty aptecznej	9

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- apteka** – apteka lub punkt apteczny w rozumieniu przepisów ustawy Prawo farmaceutyczne, znajdujące się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
- chemioterapia nowotworu złośliwego** – metoda leczenia nowotworu złośliwego z zastosowaniem przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego, należącego do grupy L01 klasyfikacji ATC;
- choroba** – stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego, i który powoduje konieczność leczenia szpitalnego;
- choroba psychiczna lub zaburzenie zachowania** – choroba lub zaburzenie umiejscowione w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (w kategoriach od F00 do F99);
- czynnik zewnętrzny** – każdy czynnik, który pochodzi spoza organizmu ubezpieczonego dziecka i w danych warunkach może wywołać szkodliwe dla niego skutki;
- dokumentacja medyczna** – dokumentacja opisująca stan zdrowia ubezpieczonego dziecka lub udzielone mu świadczenia zdrowotne, sporządzona przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, osoby wykonujące zawód medyczny lub inne osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
- karta apteczna** – karta, która uprawnia do odbioru produktów dostępnych w aptece. Zasady jej funkcjonowania opisaliśmy w Regulaminie karty aptecznej;
- leczenie szpitalne** – stacjonarne leczenie w szpitalu:
 - stanów nagłych, w których opóźnienie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo życia ubezpieczonego dziecka, lub
 - stanów, w których nie można uzyskać celu leczniczego podczas leczenia ambulatoryjnego;
- mieсяc umowy** – okres, który rozpoczyna się i kończy w tym samym dniu co miesiąc umowy podstawowej;
- my/PZU Życie** – Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
- niezszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie, które:
 - jest niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego dziecka oraz
 - jest wywołane czynnikami zewnętrznymi oraz
 - jest wyłączną przyczyną zdarzenia, które obejmuje naszą ochroną;
- nowotwór złośliwy** – nowotwór złośliwy, który jest niekontrolowanym wzrostem komórek nowotworowych, cechujących się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów.

W przypadku zdarzenia: pobyt w szpitalu spowodowany nowotworem złośliwym – odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy, którego inwazyjny charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym oraz za nowotwór złośliwy ze zmianami przerzutowymi, gdy nie pobrano materiału do badania histopatologicznego, ale obraz kliniczny i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do złośliwości procesu nowotworowego;

- 13) **OAiT** – Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, który jest wyodrębniony organizacyjnie jako osobny oddział w strukturach szpitala i wyposażony w sprzęt, który umożliwia stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych oraz podjęcie czynności zastępczych niewydolnych narządów lub układów;
- 14) **pobyt na OAiT** – pobyt na OAiT w trakcie pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem. Odpowiadamy tylko za taki pobyt na OAiT, który trwa nieprzerwanie co najmniej 48 godzin;



PRZYKŁAD

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

- 1) 13 dni pobytu ubezpieczonego dziecka 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,
- 2) 3 dni pobytu ubezpieczonego dziecka na OAiT pomnożone przez 500 zł, czyli 1% sumy ubezpieczenia z tytułu pobytu na OAiT równa się 1 500 zł.

- 15) **pobyt w szpitalu** – całonocny pobyt ubezpieczonego dziecka w szpitalu w celu leczenia szpitalnego. Odpowiadamy wyłącznie za taki pobyt w szpitalu, który trwa co najmniej:
 - a) 2 kolejne dni – w przypadku pobytu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,
 - b) 4 kolejne dni – w przypadku pobytu spowodowanego chorobą;
- 16) **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;
- 17) **przedstawiciel** – przedstawiciel ustawy ubezpieczonego dziecka odpowiedzialny do działania w jego imieniu do ukończenia przez dziecko 18 lat;
- 18) **radioterapia nowotworu złośliwego** – metoda leczenia nowotworu złośliwego za pomocą promieniowania jonizującego;
- 19) **rocznica umowy podstawowej** – każda rocznica dnia, w którym została zawarta umowa podstawowa, przy czym za rocznicę dnia 29 lutego uważamy dzień 28 lutego każdego następnego roku umowy podstawowej;
- 20) **rok umowy** – okres 12 miesięcy, który rozpoczyna się:
 - a) od daty zawarcia umowy wraz z umową podstawową, albo
 - b) w najbliższą rocznicę umowy podstawowej, jeśli umowa została zawarta w trakcie trwania umowy podstawowej;
- 21) **szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego;
- 22) **świadczenie rekonalwaleencyjne** – świadczenie, które wypłacamy w razie pobytu w szpitalu, który trwa co najmniej 14 dni;
- 23) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł z nami umowę o współpracy w zakresie kart aptecznych. Współpraca ta polega na organizacji przez świadczeniodawcę procesu umożliwiającego odbiór produktów dostępnych w aptece za pomocą kart aptecznych;
- 24) **ubezpieczający/Ty** – podmiot, który zawarł z nami umowę; ubezpieczającym może być osoba fizyczna, osoba prawna albo jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej;
- 25) **ubezpieczone dziecko** – dziecko własne lub przysposobione ubezpieczonego z umowy podstawowej lub jego współmałżonka albo partnera, objęte ochroną w ramach umowy terminowej oraz tej umowy;
- 26) **umowa/umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia dodatkowego zawarta między Tobą a PZU Życie na podstawie tych OWU i potwierdzona polisą;
- 27) **umowa podstawowa** – umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie, do której możesz zawrzeć tę umowę;
- 28) **umowa terminowa** – umowa dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia terminowego na życie dziecka, zawarta do umowy podstawowej;
- 29) **pierwsza umowa** – umowa zawarta po raz pierwszy na rzecz danego ubezpieczonego dziecka lub zawarta ponownie na rzecz tego samego ubezpieczonego dziecka, jeżeli nie zachowano ciągłości naszej ochrony;
- 30) **kolejna umowa** – umowa zawarta z zachowaniem ciągłości naszej ochrony;
- 31) **wiek polisowy**:
 - a) w przypadku zawierania umowy dodatkowej wraz z umową podstawową – wiek ubezpieczonego dziecka ustalany na dzień początku ochrony umowy dodatkowej i w każdą kolejną rocznicę umowy podstawowej, obliczany jako różnica lat pomiędzy aktualnym rokiem kalendarzowym, a rokiem urodzenia ubezpieczonego dziecka,
 - b) w przypadku zawierania umowy dodatkowej do istniejącej umowy podstawowej – wiek ubezpieczonego dziecka ustalany na dzień początku ochrony umowy dodatkowej i w każdą kolejną rocznicę umowy podstawowej, obliczany jako różnica lat pomiędzy rokiem kalendarzowym w dniu ostatniej rocznicy umowy podstawowej a rokiem urodzenia ubezpieczonego dziecka (a jeśli nie było jeszcze rocznicy umowy podstawowej, wiek ubezpieczonego dziecka obliczany jako różnica lat pomiędzy rokiem kalendarzowym z dnia zawarcia umowy podstawowej, a rokiem urodzenia ubezpieczonego dziecka); jeśli różnica lat wynosi mniej niż 0, przyjmuje się, że wiek polisowy ubezpieczonego dziecka wynosi 0;



PRZYKŁAD

Twoje dziecko urodziło się 5 maja 2020 r.

Jest 17 kwietnia 2021 r. i właśnie zawarłeś z nami umowę podstawową rozszerzoną o ubezpieczenie dodatkowe dla dziecka. Zgodnie z powyższą definicją dziecko w dniu początku ochrony z ubezpieczenia dodatkowego (17 kwietnia 2021 r.) miało 1 rok (2021 – 2020).

W dniu 10 stycznia 2022 r. zawarłeś z nami kolejną umowę dodatkową dla dziecka. Wiek polisowy dziecka to w tym momencie nadal 1 rok (ponieważ nie było jeszcze rocznicy polisy, przyjmujemy rok kalendarzowy z dnia zawarcia umowy podstawowej, czyli 2021 r. od którego odejmujemy rok kalendarzowy urodzenia dziecka, czyli 2020). Jeśli zawarłbyś tę umowę w rocznicę lub po rocznicę umowy podstawowej, czyli np. 17 kwietnia 2022 r., dziecko miałoby 2 lata (2022 – 2020).

- 32) **wrodzona wada rozwojowa** – odstępstwo od normy budowy anatomicznej, umiejscowione w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 w rozdziale XVII „Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe” (w kategoriach od Q00 do Q99);
- 33) **współmałżonek/partner** – wskazana we wniosku o ubezpieczenie osoba, która pozostaje z ubezpieczonym z umowy podstawowej w dniu zawarcia umowy terminowej i tej umowy;

- a) w związku małżeńskim – w przypadku współmałżonka,
b) we wspólnym pożyciu – w przypadku partnera.
2. Postanowienia OWU wskazujące na wykonywanie określonych czynności przez ubezpieczone dziecko lub jego przedstawiciela należy rozumieć w ten sposób, że:
 - 1) ubezpieczone dziecko, które ukończyło 18 lat, dokonuje tych czynności samodzielnie;
 - 2) ubezpieczone dziecko, które nie ukończyło 18 lat, dokonuje tych czynności przez przedstawiciela.
 3. Jeżeli te OWU nie stanowią inaczej, określenia, które zdefiniowaliśmy w OWU umowy podstawowej używamy w tych OWU w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

4. Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego dziecka.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

– czyli jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

5. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie w okresie naszej ochrony zdarzenia lub zdarzeń wskazanych w tabeli w pkt. 9.
6. Umowę możesz zawrzeć w jednym z trzech wariantów. Warianty różnią się zakresem ochrony, czyli rodzajami zdarzeń, za które ubezpieczone dziecko może otrzymać świadczenie.
7. Wariant wybierasz we wniosku o ubezpieczenie, a my potwierdzamy go w polisie.
8. Do obliczenia wysokości świadczenia za dane zdarzenie stosujemy procent wskazany w tabeli w pkt. 9 oraz sumę ubezpieczenia aktualną w dniu pobytu w szpitalu, a w przypadku chemioterapii nowotworu złośliwego albo radioterapii nowotworu złośliwego – sumę ubezpieczenia aktualną w dniu podania pierwszej dawki leku albo pierwszej dawki promieniowania jonizującego.
9. Zakres wariantów – zdarzenia objęte ochroną i wysokości przysługujących świadczeń:

Zakres i wysokość świadczenia	Wariant		
	I	II	III
pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – 1% sumy ubezpieczenia za dzień pobytu w szpitalu	✓	✓	✓
pobyt w szpitalu spowodowany chorobą – 0,5% sumy ubezpieczenia za dzień pobytu w szpitalu		✓	✓
pobyt na OAIT spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – 1% sumy ubezpieczenia za dzień pobytu na OAIT	✓	✓	✓
pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem trwający co najmniej 14 dni – dodatkowe świadczenie rekonwalescencyjne w wysokości 5% sumy ubezpieczenia jednorazowo	✓		
pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą trwający co najmniej 14 dni – dodatkowe świadczenie rekonwalescencyjne w wysokości 5% sumy ubezpieczenia jednorazowo			✓
pobyt w szpitalu spowodowany nowotworem złośliwym – dodatkowe świadczenie w wysokości 30% sumy ubezpieczenia jednorazowo			✓
chemioterapia nowotworu złośliwego albo radioterapia nowotworu złośliwego – dodatkowe świadczenie w wysokości 30% sumy ubezpieczenia jednorazowo			✓
karta apteczna po pobycie w szpitalu – o wartości 1% sumy ubezpieczenia		✓	✓

10. Udzielamy ochrony również jeżeli:

- 1) ubezpieczone dziecko przebywało 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.

11. W zależności od wybranego wariantu wskazanego w tabeli w pkt. 9:

- 1) wypłacimy świadczenie za pobyt ubezpieczonego dziecka w szpitalu, jeśli jego pobyt w szpitalu trwał bez przerwy:
 - a) co najmniej 2 dni – w przypadku pobytu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,
 - b) co najmniej 4 dni – w przypadku pobytu spowodowanego chorobą.
 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 180 dni pobytu w szpitalu;
- 2) wypłacimy ubezpieczonemu dziecku dodatkowe świadczenie rekonwalescencyjne, jeśli pobyt ubezpieczonego dziecka w szpitalu był objęty naszą odpowiedzialnością i trwał bez przerwy co najmniej 14 dni. W okresie trwania umowy wypłacimy jedno świadczenie rekonwalescencyjne;
- 3) wypłacimy ubezpieczonemu dziecku dodatkowe świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany nowotworem złośliwym, jeśli jego pobyt w szpitalu był objęty naszą odpowiedzialnością i trwał bez przerwy co najmniej 4 dni. W okresie trwania umowy wypłacimy jedno świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany nowotworem złośliwym;
- 4) w okresie trwania umowy wypłacimy jedno dodatkowe świadczenie za chemioterapię nowotworu złośliwego albo radioterapię nowotworu złośliwego. Wypłata świadczenia za chemioterapię nowotworu złośliwego albo radioterapię nowotworu złośliwego nie jest uzależniona od pobytu ubezpieczonego dziecka w szpitalu;
- 5) w razie pobytu w szpitalu wydamy ubezpieczonemu dziecku kartę apteczną, która umożliwi odbiór produktów dostępnych w aptece. W każdym roku umowy wydamy kartę apteczną maksymalnie za trzy rozpoczęte w tym czasie pobytu w szpitalu, za które wypłaciłmy świadczenie. Jeżeli ubezpieczone dziecko przebywało nieprzerwanie:
 - a) na więcej niż jednym oddziale szpitalnym lub
 - b) w więcej niż jednym szpitalu
 przy ustalaniu prawa do otrzymania karty aptecznej pobyt ten uwzględnimy tylko raz i wydamy jedną kartę apteczną.

SUMA UBEZPIECZENIA

– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

12. Suma ubezpieczenia to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość świadczenia w razie zajścia zdarzenia lub zdarzeń objętych naszą ochroną na podstawie wariantów wskazanych w tabeli w pkt. 9.
13. Wysokość sumy ubezpieczenia proponujesz we wniosku o ubezpieczenie. Zaakceptowaną przez nas sumę ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
14. Wysokość sumy ubezpieczenia może ulec podwyższeniu w wyniku indeksacji, o której piszemy w pkt. 66–75.
15. Sumę ubezpieczenia możesz zmienić nie wcześniej niż po 12 miesiącach od daty zawarcia umowy.
16. Aby zmienić wysokość sumy ubezpieczenia złóż nam pisemny wniosek o zmianę.
17. Jeśli wystąpisz o podwyższenie sumy ubezpieczenia:
 - 1) możemy zwrócić się do ubezpieczonego dziecka lub jego przedstawiciela z prośbą o dodatkowe informacje o stanie zdrowia ubezpieczonego dziecka;
 - 2) na podstawie dokumentów, które otrzymamy, możemy:
 - a) zgodzić się na wysokość sumy ubezpieczenia o którą wnioskujesz, albo
 - b) zaproponować Ci inną wysokość sumy ubezpieczenia, którą z Tobą uzgodnimy, albo
 - c) odmówić Ci podwyższenia sumy ubezpieczenia.
18. W wyniku zmiany sumy ubezpieczenia nową wysokość składki obliczamy na podstawie:
 - 1) składek taryfowych obowiązujących przy zawarciu umowy;
 - 2) wieku polisowego ubezpieczonego dziecka w dniu zawarcia umowy;
 - 3) nowej sumy ubezpieczenia;
 - 4) częstotliwości opłacania składki;
 - 5) wyników oceny ryzyka;
 - 6) wariantu zakresu ochrony, o którym piszemy w pkt. 5–9.
19. Nowa wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki będzie obowiązywać od dnia najbliższej płatności składki, nie wcześniej jednak niż po wyrażeniu przez nas zgody na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia.
20. Nową wysokość sumy ubezpieczenia i składki potwierdzimy w polisie.

OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie zrealizujemy świadczenia lub je ograniczymy

21. Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu zdarzeń wskazanych w tabeli w pkt. 9, jeśli zdarzenia te były skutkiem okoliczności znanych ubezpieczającemu lub przedstawicielowi ubezpieczonego dziecka, których ubezpieczający lub przedstawiciel ubezpieczonego dziecka nie podali do naszej wiadomości, a o które pytałismy ich we wniosku o ubezpieczenie oraz w innych pismach przed zawarciem umowy.
22. Możemy odmówić tej części świadczenia z tytułu zdarzeń wskazanych w tabeli w pkt. 9, które wynikały z podwyższenia sumy ubezpieczenia, jeśli zdarzenia te były skutkiem znanych ubezpieczającemu, ubezpieczonemu dziecku lub przedstawicielowi ubezpieczonego dziecka okoliczności, których ubezpieczający, ubezpieczone dziecko lub przedstawiciel ubezpieczonego dziecka nie podali do naszej wiadomości, a o które pytałismy ich we wniosku o zmianę sumy ubezpieczenia oraz w innych pismach przed wyrażeniem przez nas zgody na zmianę sumy ubezpieczenia.
23. Jeśli ubezpieczający, ubezpieczone dziecko lub przedstawiciel ubezpieczonego dziecka umyślnie nie podali do naszej wiadomości wszystkich znanych im okoliczności, o które pytałismy w sposób określony w pkt. 21 lub 22 przed zawarciem umowy albo, w przypadku wnioskowania o podwyższenie sumy ubezpieczenia, przed wyrażeniem przez nas zgody na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia, to – w razie wątpliwości – przyjmuje się, że zdarzenia wskazane w tabeli w pkt. 9 są skutkiem tych okoliczności.
24. Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu zdarzeń wskazanych w tabeli w pkt. 9, jeśli zdarzenia te nastąpiły:
 - 1) wskutek nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed początkiem naszej ochrony, chyba, że wystąpiła sytuacja, o której piszemy w pkt. 10;
 - 2) wskutek działań wojennych;
 - 3) wskutek czynnego uczestnictwa ubezpieczonego dziecka w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 4) wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczone dziecko czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 5) gdy ubezpieczone dziecko prowadziło pojazd i:
 - a) nie miało uprawnień do prowadzenia pojazdu, które są określone w przepisach prawa lub,
 - b) było po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości (w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi), po użyciu narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii),o ile okoliczności, o których mowa w lit. a lub b miały wpływ na zaistnienie nieszczęśliwego wypadku będącego wypadkiem komunikacyjnym;
 - 6) wskutek nietrzeźwości ubezpieczonego dziecka (w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi), użycia przez nie narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii);
 - 7) wskutek działania promieniowania radioaktywnego lub jonizującego w wyniku reakcji termojądrowych lub wybuchu nuklearnego;
 - 8) wskutek samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczone dziecko samobójstwa;
 - 9) wskutek udziału ubezpieczonego dziecka w następujących aktywnościach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, sporty powietrzne (spadochroniarstwo, baloniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo), wspinaczka górską lub skałkowa przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego lub wymagająca użycia takiego sprzętu, speleologia, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem, który umożliwia oddychanie pod wodą (z wyłączeniem fajki nurkowej), skoki do wody, nurkowanie ze skrzydłem (ang. wing diving), skoki na linie (ang. bungee jumping), skoki z wysokich obiektów (ang. base jumping), pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (ang. parkour, free-running, rooftopping), narciarstwo/snowboard poza wyznaczonymi trasami, kajakarstwo górskie, kolarstwo górskie, udział w wyścigach z wyjątkiem biegów i pływania;
 - 10) w związku z leczeniem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania ubezpieczonego dziecka;
 - 11) wskutek zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) oraz wskutek schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;

- 12) w związku z leczeniem chorób wynikających z obniżenia odporności w przebiegu zakażenia wirusem HIV;
- 13) w związku z leczeniem stomatologicznym lub zabiegami stomatologicznymi, z wyjątkiem leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku lub choroby nowotworowej;
- 14) w związku z leczeniem wrodzonej wady rozwojowej.
25. Nie ponosimy odpowiedzialności za pobyt ubezpieczonego dziecka:
- 1) w hospicjach, placówkach lecznictwa odwykowego, placówkach dla przewlekle 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;
 - 4) na oddziałach dziennych ani w takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.
26. Nie uznajemy za pobyt na OAIT pobytu w oddziale kardiologicznym, neurologicznym, chirurgicznym ani diabetologicznym – nawet jeśli w stosunku do ubezpieczonego dziecka zostało podjęte stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych lub podjęto czynności zastępcze w razie niewydolności narządów lub układów.
27. W przypadku zdarzenia: chemioterapia nowotworu złośliwego – nasza ochrona nie obejmuje zastosowania leków hormonalnych grupy L02, immunostymulujących grupy L03 oraz immunosupresyjnych grupy L04 klasyfikacji ATC w leczeniu nowotworu złośliwego.
28. W przypadku zdarzenia: pobyt w szpitalu spowodowany nowotworem złośliwym – nasza ochrona nie obejmuje:
- 1) nowotworów ocenionych w badaniu histopatologicznym jako łagodne, o granicznej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjne lub przedinwazyjne (tzw. in situ);
 - 2) zmian o cechach dysplazji;
 - 3) wszystkich poza czerniakiem nowotworów skóry, w tym chłoniaka skóry;
 - 4) wszystkich nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV.

ZAWARCIE UMOWY

– jak się odbywa i co jest do tego potrzebne

29. Umowę zawieramy na podstawie Twojego wniosku o ubezpieczenie.
30. Umowę możesz zawrzeć:
- 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej albo
 - 2) jeśli posiadasz już umowę podstawową – w dniu najbliższej płatności składki, o ile w umowie podstawowej nie zawiesiłeś opłacania składki regularnej i nie została ona zamieniona na ubezpieczenie bezskładkowe.
31. Zasady i tryb zawierania umowy są zgodne z zasadami przyjętymi w umowie podstawowej, o ile nie umówiliśmy się z Tobą inaczej.
32. Możemy odmówić zawarcia umowy.
33. Zawarcie umowy potwierdzamy polisą.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ UMOWĘ I BYĆ OBJĘTY OCHRONĄ

34. Umowę zawieramy z Tobą, czyli ubezpieczającym.
35. Ubezpieczonym w umowie jest ubezpieczone dziecko.
36. Umowę możesz zawrzeć na rzecz ubezpieczonego dziecka, które:
- 1) ukończyło 1. rok życia na dzień złożenia wniosku o ubezpieczenie, i którego wiek polisowy na dzień zawarcia umowy wynosi nie więcej niż 17 lat;
 - 2) jest objęte ochroną w ramach umowy terminowej.
37. Na rzecz każdego ubezpieczonego dziecka zostaje zawarta odrębna umowa.

CZAS TRWANIA UMOWY

– czyli jak długo trwa umowa

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



PRZYKŁAD

1 czerwca 2020 r. zawarłeś umowę podstawową i 1 grudnia 2020 r. zawarłeś tę umowę dodatkową. Umowa ta będzie trwała do 31 maja 2025 r. czyli 4 lata i 6 miesięcy. Jeżeli zawrzesz umowę na kolejny okres, będzie ona trwała od 1 czerwca 2025 r. do 31 maja 2030 r., czyli 5 pełnych lat.

39. Okres ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.

PONOWNE ZAWARCIE UMOWY

– czyli kiedy możemy zaproponować Ci ponowne zawarcie umowy

40. Najpóźniej 30 dni przed końcem umowy możemy zaproponować Ci zawarcie kolejnej umowy i wskazać nową wysokość składki.
41. Jeśli przyjmiesz naszą propozycję, umowa zostanie zawarta na kolejny okres ubezpieczenia.

42. Zawarcie kolejnej umowy potwierdzimy polisą.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

– czyli do kiedy możesz się wycofać z zawartej umowy

43. Możesz odstąpić od umowy składając nam oświadczenie:
- 1) w ciągu 7 dni od jej zawarcia – jeśli jesteś przedsiębiorcą;
 - 2) w ciągu 30 dni od jej zawarcia – jeśli nie jesteś przedsiębiorcą.
44. 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.
45. Jeżeli odstąpisz od umowy, zwrócimy Ci wpłaconą składkę. Pomniejszymy ją o kwotę, która odpowiada składce za okres ochrony udzielanej od dnia zawarcia umowy do dnia, w którym otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu.
46. Odstąpienie od umowy podstawowej skutkuje odstąpieniem od umowy.
47. Odstąpienie od umowy terminowej skutkuje odstąpieniem od umowy.
48. Odstąpienie od umowy nie skutkuje odstąpieniem od umowy podstawowej i od umowy terminowej.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

– czyli jak możesz zrezygnować z umowy

49. Możesz wypowiedzieć umowę w każdym czasie, przy czym wypowiedzenie musisz złożyć w formie pisemnej.
50. Okres wypowiedzenia wynosi jeden miesiąc i rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca umowy po dniu, w którym otrzymaliśmy Twoje wypowiedzenie. W dniu, w którym zakończy się okres wypowiedzenia, umowa rozwiąże się i zakończy się nasza ochrona.
51. Jeżeli wypowiedz umowę, zwrócimy Ci składkę za okres niewykorzystanej ochrony, jeśli okres taki występuje.
52. Wypowiedzenie umowy podstawowej skutkuje wypowiedzeniem umowy.
53. Wypowiedzenie umowy terminowej skutkuje wypowiedzeniem umowy.
54. Wypowiedzenie umowy nie skutkuje wypowiedzeniem umowy podstawowej i umowy terminowej.

PRAWA I OBOWIĄZKI

– czyli jakie prawa i obowiązki masz Ty i ubezpieczone dziecko oraz my

55. Tobie i nam oraz ubezpieczonemu dziecku przysługują prawa i obowiązki, które wynikają z:
- 1) umowy podstawowej, w tym OWU umowy podstawowej;
 - 2) umowy terminowej, w tym OWU umowy terminowej;
 - 3) umowy, w tym tych OWU;
oraz
 - 4) obowiązujących przepisów prawa, w szczególności Kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
56. Musimy:
- 1) przekazywać Tobie, a także ubezpieczonemu dziecku lub jego przedstawicielowi na ich prośbę, informacje o zmianie warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy i o wpływie tych zmian na wartość świadczenia, przed wyrażeniem przez strony zgody na dokonanie takich zmian. Informacje te przekazujemy w formie pisemnej lub w formie innego trwałego nośnika, jeśli to z Tobą uzgodnimy. Zanim wyrazisz zgodę na wprowadzenie takich zmian, powinieneś się z tymi zmianami zapoznać;
 - 2) informować w formie pisemnej osobę, która występuje o świadczenie oraz ubezpieczone dziecko lub jego przedstawiciela:
 - a) dlaczego nie możemy wypłacić świadczenia w całości lub części w przewidzianym terminie. Wtedy wypłacimy tylko tę część świadczenia, która jest bezsporna,
 - b) że świadczenie nie jest należne w całości lub części. Wtedy wskazujemy przyczyny i podstawę prawną, które uzasadniają naszą decyzję, oraz informujemy o tym, że można dochodzić roszczeń na drodze sądowej;
 - 3) udostępniać informacje i dokumenty, które wpłynęły na naszą decyzję o ustaleniu prawa do świadczenia lub jego wysokości:
 - a) Tobie,
 - b) ubezpieczonemu dziecku lub jego przedstawicielowi,
 - c) uprawnionemu,
 - d) innej osobie, która wnioskuje o świadczenie.Na żądanie tych osób informacje i dokumenty udostępniamy w formie elektronicznej.
 - 4) udostępniać na Twój wniosek, wniosek ubezpieczonego dziecka lub jego przedstawiciela, także w formie elektronicznej:
 - a) informacje o oświadczeniach, które złożyliście podczas zawierania umowy,
 - b) kopie dokumentów, które powstały podczas zawierania i trwania umowy.
57. Ty i ubezpieczone dziecko lub jego przedstawiciel macie prawo żądać, abyśmy prawidłowo i terminowo wypełniali nasze obowiązki wskazane w umowie podstawowej a także te, które są wskazane w pkt. 56 oraz te, które wynikają z obowiązujących przepisów prawa.

SKŁADKA

– od czego zależy i kiedy ją opłacać

58. Wysokość składki, która będzie obowiązywać dla umowy, określamy w zależności od:
- 1) wieku polisowego ubezpieczonego dziecka;
 - 2) wysokości sumy ubezpieczenia;
 - 3) częstotliwości opłacania składki;
 - 4) wyników oceny ryzyka;
 - 5) wariantu zakresu ochrony, o którym piszemy w pkt. 5–9,

a następnie uzgadniamy z Tobą i potwierdzamy w polisie.

- 59. Wysokość składki może się zmienić w przypadku zmiany wysokości sumy ubezpieczenia, o której piszemy w pkt. 14–20 oraz w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia, o której piszemy w pkt. 66–75.
- 60. Składkę opłacasz z góry, w pełnej wymaganej kwocie, w terminach i z częstotliwością przyjętymi w umowie podstawowej.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy ubezpieczamy ubezpieczone dziecko

- 61. Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego dziecka rozpocznie się zgodnie z zasadami przyjętymi w umowie podstawowej – jeśli umowę zawierasz razem z umową podstawową.
- 62. Jeśli umowę zawierasz w trakcie trwania umowy podstawowej, nasza ochrona rozpocznie się w dniu najbliższej płatności składki, nie wcześniej jednak niż po wyrażeniu przez nas zgody na zawarcie umowy.
- 63. Nasza ochrona rozpocznie się w dniu wskazanym w pkt. 60 albo 61, ale nie wcześniej niż następnego dnia po zgodzie przedstawiciela ubezpieczonego dziecka na objęcie go ochroną, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia.
- 64. Datę początku ochrony wskazujemy w polisie.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie

- 65. Nasza ochrona w ramach umowy zakończy się w dniu:
 - 1) w którym otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu od umowy;
 - 2) w którym upłynie okres wypowiedzenia umowy;
 - 3) śmierci ubezpieczonego dziecka;
 - 4) w którym zakończy się okres ubezpieczenia umowy;
 - 5) w którym zakończy się ochrona w umowie podstawowej;
 - 6) w którym zakończy się ochrona w umowie terminowej;
 - 7) w którym umowa podstawowa zamieni się na umowę bezskładkową;
 - 8) w którym umowa podstawowa zamieni się na umowę z jednorazową płatnością składki – jeśli opłacisz składkę za umowę podstawową jednorazowo do końca okresu ubezpieczenia.

INDEKSACJA SUMY UBEZPIECZENIA I SKŁADKI

– czyli w jaki sposób urealniamy świadczenia

- 66. Najpóźniej 30 dni przed rocznicą umowy podstawowej możemy Ci zaproponować indeksację sumy ubezpieczenia.
- 67. Przez indeksację sumy ubezpieczenia rozumiemy podwyższenie, w rocznicę umowy podstawowej, aktualnej sumy ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji.
- 68. W związku z indeksacją sumy ubezpieczenia nie przeprowadzamy ponownej oceny ryzyka.
- 69. Jako wskaźnik indeksacji przyjmujemy wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych, który publikuje Główny Urząd Statystyczny na koniec września danego roku kalendarzowego za okres 12 miesięcy, z zastrzeżeniem pkt. 70.
- 70. Jeżeli wskaźnik, o którym piszemy w pkt. 69 jest niższy od 3%, przyjmujemy, że wskaźnik indeksacji wynosi 3%.
- 71. Wskaźnik indeksacji stosujemy do wszystkich umów, których rocznica umowy podstawowej przypada w następnym roku kalendarzowym.
- 72. W wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia wzrasta składka za umowę, o kwotę obliczoną na podstawie:
 - 1) składek taryfowych obowiązujących przy zawarciu umowy;
 - 2) wieku polisowego ubezpieczonego dziecka w dniu zawarcia umowy;
 - 3) nowej dodatkowej sumy ubezpieczenia wyznaczonej w wyniku indeksacji;
 - 4) częstotliwości opłacania składki;
 - 5) wyników oceny ryzyka obowiązujących przy zawarciu umowy;
 - 6) wariantu zakresu ochrony, o którym piszemy w pkt. 5–9.
- 73. Możesz:
 - 1) podwyższyć sumę ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji, albo
 - 2) zrezygnować z indeksacji.
- 74. Jeśli zrezygnujesz z indeksacji sumy ubezpieczenia poinformuj nas o tym najpóźniej 14 dni przed rocznicą umowy podstawowej. Musisz uzyskać zgodę ubezpieczonego dziecka lub jego przedstawiciela na rezygnację z indeksacji. Jeśli nie spełnisz tych warunków uznamy, że przyjęłeś zaproponowany przez nas wskaźnik indeksacji.
- 75. Jeśli zawrzesz umowę w trakcie trwania umowy podstawowej lub jeśli zmienisz wysokość sumy ubezpieczenia w innym dniu niż dzień rocznicy umowy podstawowej, możemy zaproponować Ci indeksację sumy ubezpieczenia najwcześniej w najbliższą rocznicę umowy podstawowej, która nastąpi po upływie pełnych 12 miesięcy trwania umowy liczonych od dnia zawarcia umowy lub zmiany wysokości sumy ubezpieczenia.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZENIA

– czyli komu przysługuje i kiedy je zrealizujemy

- 76. Świadczenie przysługuje ubezpieczonemu dziecku.
- 77. Aby otrzymać świadczenie, osoba, która o nie wnioskuje, musi dostarczyć nam:
 - 1) wniosek o świadczenie;
 - 2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego – jeśli wniosek o realizację świadczenia jest złożony niezwłocznie po zakończeniu pobytu w szpitalu;
 - 3) dokumentację medyczną potwierdzającą rozpoznanie stanu zdrowotnego, będącego przyczyną pobytu w szpitalu wydaną przez lekarza prowadzącego – jeśli wniosek o realizację świadczenia jest składany w trakcie pobytu w szpitalu, po 30. lub 60. dniu tego pobytu;

- 4) w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – dokumentację potwierdzającą okoliczności wypadku;
 - 5) w przypadku chemioterapii nowotworu złośliwego albo radioterapii nowotworu złośliwego – dokumentację medyczną potwierdzającą zastosowanie chemioterapii nowotworu złośliwego albo radioterapii nowotworu złośliwego.
78. Możemy poprosić o inne dodatkowe dokumenty, jeśli dotychczas dostarczone nie wystarczą do ustalenia naszej odpowiedzialności.
79. Jeśli dokumenty, o które prosiłymi, są w innym języku niż polski, osoba, która składa wniosek musi dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
80. Jeżeli nie otrzymamy dokumentów, o które prosimy, a posiadane przez nas nie pozwalają ustalić naszej odpowiedzialności, możemy odmówić świadczenia.

KARTA APTECZNA PO POBYCIE W SZPITALU

– czyli komu i kiedy ją wydajemy

81. Prawo do otrzymania karty aptecznej przysługuje ubezpieczonemu dziecku.
82. Wniosek o wypłatę świadczenia za pobyt w szpitalu jest jednocześnie zgłoszeniem do otrzymania karty aptecznej – z uwzględnieniem pkt. 83.
83. Wypłacimy świadczenie jednorazowo w kwocie równej wysokości niewykorzystanego limitu na karcie w razie:
 - 1) rozwiązania umowy o współpracy ze świadczeniodawcą w zakresie kart aptecznych;
 - 2) braku możliwości odbioru produktów dostępnych w aptece z winy świadczeniodawcy albo z powodu jego likwidacji lub upadłości.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA, SKIEROWANIE SPRAWY DO SĄDU

– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

84. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.
85. 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.
86. 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 nie możemy odpowiedzieć w powyższym terminie;
 - 2) jakie okoliczności musimy jeszcze ustalić, aby rozpatrzeć 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.
87. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy:
 - 1) w postaci papierowej lub
 - 2) pocztą elektroniczną – robimy to na wniosek osoby (podmiotu), która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie.
88. Jeśli po rozpatrzeniu reklamacji:
 - 1) nie uwzględniliśmy zgłoszonych roszczeń albo
 - 2) uwzględniliśmy roszczenia, ale w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację nie wykonaliśmy czynności, do których się zobowiązaliśmy – osoba fizyczna, która złożyła reklamację, może napisać wniosek w tej sprawie do Rzecznika Finansowego.
89. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
90. Pozew w sprawach, które wynikają z niniejszej umowy, można złożyć według przepisów o właściwości ogólnej albo:
 - 1) przed sąd właściwy dla miejsca Twojego zamieszkania lub siedziby lub miejsca zamieszkania ubezpieczonego dziecka lub
 - 2) przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego dziecka.
91. Więcej o reklamacjach można dowiedzieć się z „Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym” oraz z „Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń”.
92. Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
93. 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

94. Jeśli zgodnie z prawem będziemy musieli potrącić ze świadczenia jakiegokolwiek kwoty, zwłaszcza podatek dochodowy, świadczenie zmniejszymy o te kwoty.
95. Prawo polskie jest prawem właściwym dla umowy.
96. W relacjach z konsumentem stosujemy język polski.
97. W sprawach, których nie reguluje umowa, stosuje się ogólne warunki umowy podstawowej, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa polskiego.
98. Wszystkie nasze powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą umowy, będziemy składać w formie pisemnej lub w innej formie, którą uzgodnimy z Tobą. Wywierają one skutek z chwilą doręczenia.
99. Wszystkie kierowane do nas powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą 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.
100. Informować o każdej zmianie adresu musisz Ty, ubezpieczone dziecko albo jego przedstawiciel oraz my.
101. Jeżeli Ty, ubezpieczone dziecko, uposażony lub uprawniony jesteście konsumentami, możecie zwrócić się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
102. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej publikujemy na pzu.pl w części o relacjach inwestorskich.
103. Nadzoruje nas Komisja Nadzoru Finansowego.

REGULAMIN KARTY APTECZNEJ

Załącznik do ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego dziecka.

Regulamin przedstawia zasady:

- aktywacji karty aptecznej,
- korzystania z karty aptecznej.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W regulaminie używamy terminów:
 - 1) **data ważności** – ostatni dzień miesiąca, który przypada po upływie trzech lat, licząc od końca miesiąca, w którym karta apteczna została nadana przez nas na pocztę;
 - 2) **dowód zakupu** – potwierdzenie zakupu produktów w aptece w okresie ważności karty (np. paragon, faktura);
 - 3) **duplikat karty aptecznej** – karta wydana za zablokowaną kartę apteczną. Ma takie same cechy, co zablokowana karta apteczna, w tym datę ważności, a limit jest pomniejszony o wartość odebranych produktów za pomocą karty aptecznej lub duplikatu karty aptecznej;
 - 4) **limit** – wartość produktów aptecznych, w jakiej ubezpieczonemu dziecku, w ramach ubezpieczenia, zostało przyznane prawo do ich odbioru w aptece;
 - 5) **odbior produktu z apteki bez użycia karty aptecznej** – zakup produktów dostępnych w aptece, która nie akceptuje karty aptecznej. Po opłaceniu produktów zwracamy ich koszt na podstawie złożonego do nas wniosku;
 - 6) **odbior produktu z apteki z użyciem karty aptecznej** – odbiór produktów dostępnych w aptece, która akceptuje kartę apteczną.

KARTA APTECZNA

– najważniejsze informacje

2. Karta apteczna służy do odbioru produktów dostępnych w aptece.
3. Na stronie internetowej pzu.pl, na naszej infolinii oraz w Oddziałach PZU informujemy o:
 - 1) aktualnym wykazie aptek, które akceptują kartę apteczną;
 - 2) zasadach odbioru produktów dostępnych w aptece z użyciem i bez użycia karty aptecznej.
4. Karta apteczna nie jest:
 - 1) elektronicznym instrumentem płatniczym;
 - 2) instrumentem pieniądza elektronicznego;
 - 3) kartą płatniczą.
5. Karta apteczna zawiera:
 - 1) numer identyfikacyjny;
 - 2) kod paskowy;
 - 3) datę ważności;
 - 4) limit.
6. Kartę apteczną aktywujemy, jeśli ubezpieczone dziecko lub jego przedstawiciel zadzwoni do nas po jej otrzymaniu – na podstawie danych osobowych ubezpieczonego dziecka oraz numeru identyfikacyjnego karty aptecznej. Karta będzie aktywna najpóźniej następnego dnia.
7. Karta apteczna przestaje być ważna:
 - 1) w dniu odbioru produktów dostępnych w aptece o wartości limitu;
 - 2) w dniu zakończenia jej ważności;
 - 3) w dniu jej zablokowania – zgodnie z pkt. 17, 18.

ZASADY UŻYWANIA KARTY APTECZNEJ

– czyli jak z niej skorzystać

8. Kartę trzeba aktywować przed odbiorem produktów dostępnych w aptece.
9. Aby odebrać produkty z użyciem karty aptecznej, ubezpieczone dziecko lub jego przedstawiciel pokazuje aktywną kartę w aptece, która akceptuje karty apteczne.
10. Aby otrzymać zwrot pieniędzy za produkty zakupione w aptece bez użycia karty aptecznej, ubezpieczone dziecko lub jego przedstawiciel zgłasza to do nas i pokazuje aktywną kartę apteczną oraz dowód zakupu produktów w aptece. Zwracamy pieniądze w ciągu 21 dni od daty zgłoszenia i okazania aktywnej karty aptecznej.
11. Karta apteczna nie podlega wymianie na gotówkę.
12. Po każdym użyciu karty aptecznej zmniejsza się jej limit. Informację o pozostałym limicie ubezpieczone dziecko lub jego przedstawiciel może uzyskać w aptece, która akceptuje kartę apteczną lub na naszej infolinii.
13. Jeśli wartość zakupów w aptece przekroczy limit na karcie aptecznej, to za resztę zakupów ubezpieczone dziecko lub jego przedstawiciel płaci z własnych środków.
14. Nie można zwrócić produktów odebranych za pomocą karty aptecznej – z uwzględnieniem pkt. 23 i 24.
15. Wypłacimy ubezpieczonemu dziecku równowartość niewykorzystanego limitu na karcie aptecznej w razie likwidacji lub upadłości świadczeniodawcy.
16. Jeśli ubezpieczone dziecko utraci, zniszczy lub uszkodzi kartę apteczną, należy zgłosić to od razu na naszą infolinię.

BLOKADA KARTY APTECZNEJ

– czyli co się dzieje w takiej sytuacji

17. Kartę apteczną blokujemy, jeśli:

- 1) nasza infolinia uzyska informację, że ubezpieczone dziecko nie otrzymało karty aptecznej po 30 dniach od jej nadania na poczcie – z przyczyn od nas niezależnych;
- 2) ubezpieczone dziecko lub jego przedstawiciel zgłosi na naszej infolinii utratę, zniszczenie lub uszkodzenie karty, które uniemożliwia jej użytkowanie.

18. Kartę blokujemy najpóźniej w następnym dniu po uzyskaniu przez naszą infolinię informacji z pkt. 17.

19. Blokada karty aptecznej jest nieodwracalna.

20. Nie odpowiadamy za nieuprawnione użycie karty aptecznej, które nastąpiło:

- 1) przed zgłoszeniem utraty, zniszczenia lub uszkodzenia karty aptecznej;
- 2) w wyniku przekazania karty aptecznej innej osobie.

DUPLIKAT KARTY APTECZNEJ

– czyli kiedy go wydajemy

21. Duplikat karty wydajemy po jej zablokowaniu. Duplikat karty ma limit, który pozostał w momencie dokonania blokady.

22. Duplikat karty ma nowy, nieaktywny numer identyfikacyjny i jest nieaktywny. Kartę trzeba aktywować zgodnie z pkt. 6.

REKLAMACJE ZWIĄZANE Z UŻYCIEM KARTY APTECZNEJ

– jak można ją zgłosić

23. Reklamacje związane z użyciem karty aptecznej ubezpieczone dziecko lub jego przedstawiciel może zgłosić na naszą infolinię.

24. Reklamacje produktów z powodu wady jakościowej lub ich niewłaściwego wydania rozpatruje apteka – zgodnie z przepisami prawa, w szczególności zgodnie z przepisami prawa farmaceutycznego.

25. W razie zwrotu produktu z powodu reklamacji – opisanej w pkt. 24. – apteka zwraca pieniądze do wartości zwracanego produktu.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

26. W sprawach nie ustalonych w regulaminie stosuje się: ogólne warunki umowy podstawowej, ogólne warunki umowy dodatkowej, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa polskiego.