



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

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, kod warunków LSIP53, 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 4–10 Pkt 74–81
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Pkt 1–2 Pkt 4–26 Pkt 37–38 Pkt 60–64 Pkt 74–81

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 [na pzu.pl](http://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

Kod warunków: LSIP53

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego uchwałą nr UZ/105/2022 z dnia 3 czerwca 2022 roku, zwane dalej OWU.

OWU wchodzi w życie 23 lipca 2022 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	.6
Odstąpienie od umowy	.6
Wypowiedzenie umowy	.6
Prawa i obowiązki	.6
Składka	.6
Początek naszej ochrony	.7
Koniec naszej ochrony	.7
Indeksacja sumy ubezpieczenia, składki	.7
Wypłata świadczenia z ubezpieczenia	.7
Karta apteczna po pobycie w szpitalu	.8
Reklamacje, skargi i zażalenia	.8
Postanowienia końcowe	.8
Regulamin karty aptecznej	10

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **apteka** – apteka lub punkt apteczny w rozumieniu przepisów ustawy "Prawo farmaceutyczne", znajdujące się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) **chemioterapia nowotworu złośliwego** – metoda leczenia nowotworu złośliwego z zastosowaniem przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego, należącego do grupy L01 klasyfikacji ATC;
- 3) **choroba** – stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego, i który powoduje konieczność leczenia szpitalnego;
- 4) **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);
- 5) **czynnik zewnętrzny** – każdy czynnik, który pochodzi spoza organizmu ubezpieczonego i w danych warunkach może wywołać szkodliwe dla niego skutki;
- 6) **dokumentacja medyczna** – dokumentacja opisująca stan zdrowia ubezpieczonego lub udzielone mu świadczenia zdrowotne, sporządzona przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, osoby wykonujące zawód medyczny lub inne osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
- 7) **karta apteczna** – karta, która uprawnia do odbioru produktów dostępnych w aptece. Zasady jej funkcjonowania opisaliśmy w Regulaminie karty aptecznej;
- 8) **leczenie szpitalne** – stacjonarne leczenie:
 - a) stanów nagłych, w których opóźnienie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo życia ubezpieczonego, lub
 - b) stanów, w których nie można uzyskać celu leczniczego podczas leczenia ambulatoryjnego;
- 9) **miesiąc umowy** – okres, który rozpoczyna się i kończy w tym samym dniu co miesiąc umowy podstawowej;
- 10) **my/PZU Życie** – Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
- 11) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe 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;
- 12) **oddział intensywnej terapii** – oddział szpitalny, który jest wyodrębniony w strukturach szpitala w celu leczenia pacjentów wymagających intensywnej terapii i jest wyposażony w sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie podstawowych funkcji życiowych lub podjęcie czynności zastępczych niewydolnych narządów lub układów oraz zapewnienia stały i bezpośredni nadzór lekarza i pielęgniarki. Za oddział intensywnej terapii rozumie się także salę intensywnej terapii, która jest wyodrębniona na oddziale szpitalnym w celu leczenia pacjentów wymagających intensywnej terapii i jest wyposażona w sprzęt umożliwiający

ciągłe monitorowanie podstawowych funkcji życiowych lub podjęcie czynności zastępczych niewydolnych narządów lub układów oraz zapewnia stały i bezpośredni nadzór lekarza i pielęgniarki;

- 13) **pobyt na oddziale intensywnej terapii** – pobyt na oddziale intensywnej terapii w trakcie pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem. Odpowiadamy tylko za taki pobyt na oddziale intensywnej terapii, który trwa nieprzerwanie co najmniej 48 godzin;



PRZYKŁAD:

Wybrałeś wariant ubezpieczenia z sumą ubezpieczenia 50 000 zł. W wyniku nieszczęśliwego wypadku spędziłeś w szpitalu 13 dni, z czego 3 dni na oddziale intensywnej terapii. Po złożeniu przez Ciebie wniosku o świadczenie 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 oddziale intensywnej terapii pomnożone przez 500 zł (czyli 1% sumy ubezpieczenia z tytułu pobytu na oddziale intensywnej terapii) równa się 1 500 zł;

- 14) **pobyt w szpitalu** – całodobowy pobyt ubezpieczonego 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;
- 15) **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;
- 16) **radioterapia nowotworu złośliwego** – metoda leczenia nowotworu złośliwego za pomocą promieniowania jonizującego;
- 17) **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;
- 18) **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;
- 19) **szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego;
- 20) **świadczenie rekonwalescencyjne** – świadczenie, które wypłacamy w razie pobytu w szpitalu, który trwa co najmniej 14 dni;
- 21) **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;
- 22) **ubezpieczający/Ty** – podmiot, który zawarł z nami umowę; ubezpieczającym może być osoba fizyczna, osoba prawna albo jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej;
- 23) **ubezpieczony** – ubezpieczony z umowy podstawowej, współmałżonek/partner ubezpieczonego z umowy podstawowej, na rzecz którego zawierasz tę umowę;
- 24) **udar mózgu** – choroba, która jest nagłym ogniskowym lub uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu, spowodowanym wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany. Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu:
- a) w którym badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub
 - b) który był leczony trombolitycznie;
- 25) **umowa/ umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia dodatkowego zawarta między Tobą a PZU Życie na podstawie tych OWU i potwierdzona polisą;
- 26) **umowa terminowa** – umowa dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia terminowego na życie, która została zawarta na rzecz współmałżonka/partnera ubezpieczonego z umowy podstawowej;
- 27) **umowa podstawowa** – umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie, do której możesz zawrzeć tę umowę;
- 28) **pierwsza umowa** – umowa zawarta po raz pierwszy na rzecz danego ubezpieczonego lub zawarta ponownie na rzecz tego samego ubezpieczonego, jeżeli nie zachowano ciągłości naszej ochrony;
- 29) **kolejna umowa** – umowa zawarta z zachowaniem ciągłości naszej ochrony;
- 30) **wiek polisowy:**
- a) w przypadku zawierania umowy dodatkowej wraz z umową podstawową – wiek ubezpieczonego 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;
 - b) w przypadku zawierania umowy dodatkowej do istniejącej umowy podstawowej – wiek ubezpieczonego 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 (a jeśli nie było jeszcze rocznicy umowy podstawowej wiek ubezpieczonego obliczany jako różnica lat pomiędzy rokiem kalendarzowym z dnia zawarcia umowy podstawowej, a rokiem urodzenia ubezpieczonego);



PRZYKŁAD:

Współmałżonek/partner ubezpieczonego urodził się 5 maja 1990 r.

Jest 17 kwietnia 2021 r. i właśnie zawarłeś z nami umowę podstawową rozszerzoną o ubezpieczenie dodatkowe dla współmałżonka/partnera ubezpieczonego. Zgodnie z powyższą definicją współmałżonek/partner w dniu początku ochrony z ubezpieczenia dodatkowego (17 kwietnia 2021 r.) miał 31 lat (2021 – 1990).

W dniu 10 stycznia 2022 r. zawarłeś z nami kolejną umowę dodatkową dla współmałżonka/partnera ubezpieczonego. Wiek polisowy współmałżonka/partnera ubezpieczonego to w tym momencie nadal 31 lat (ponieważ nie było jeszcze rocznicy polisy, przyjmujemy rok kalendarzowy z dnia zawarcia umowy podstawowej, czyli 2021 r. od którego odejmujemy rok kalendarzowy urodzenia współmałżonka/partnera ubezpieczonego, czyli 1990). Jeśli zawarłbyś tę umowę w rocznicę lub po rocznicy umowy podstawowej, czyli np. 17 kwietnia 2022 r., współmałżonek/partner ubezpieczonego miałby 32 lata (2022 – 1990).

- 31) **zawał serca** – choroba, która jest uszkodzeniem części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia. Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:
- kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,
 - nowe niedokrwienne zmiany w EKG,
 - nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
 - skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.
- Odpowiadamy również za zawał związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych, o ile w badaniach obrazowych stwierdzono nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego o umiejscowieniu odpowiadającym etiologii niedokrwiennej lub w koronarografii stwierdzono powikłania zabiegu ograniczające przepływ krwi, oraz w którym stwierdzono wzrost stężenia troponiny sercowej we krwi do wartości:
- 5-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z przezskórną interwencją wieńcową lub,
 - 10-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z pomostowaniem tętnic wieńcowych.
- 32) **współmałżonek/partner** – wskazana we wniosku o ubezpieczenie osoba, która pozostaje z ubezpieczonym z umowy podstawowej w dniu zawarcia umowy terminowej i tej umowy:
- w związku małżeńskim – w przypadku współmałżonka,
 - we wspólnym pożyciu – w przypadku partnera.
2. 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

- Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

– czyli jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

- Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie w okresie naszej ochrony zdarzenia lub zdarzeń wskazanych w tabeli w pkt 8.
- Umowę możesz zawrzeć w jednym z czterech wariantów. Warianty różnią się zakresem ochrony, czyli rodzajami zdarzeń, za które ubezpieczony może otrzymać świadczenie.
- Wariant wybierasz we wniosku o ubezpieczenie, a my potwierdzamy go w polisie.
- Do obliczenia wysokości świadczenia za dane zdarzenie stosujemy procent wskazany w tabeli w pkt. 8 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.
- Zakres wariantów – zdarzenia objęte ochroną i wysokości przysługujących świadczeń:

ZAKRES I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA	WARIANT			
	I	II	III	IV
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 oddziale intensywnej terapii spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – 1% sumy ubezpieczenia za dzień pobytu na oddziale intensywnej terapii	✓	✓	✓	✓
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 zawałem serca lub udarem mózgu – 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 – 1% sumy ubezpieczenia jednorazowo			✓	✓

- Udzielamy ochrony również jeżeli:
 - 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,
 - pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie ochrony poprzedniej umowy i trwa nieprzerwanie również w okresie ochrony kolejnej umowy.
- W zależności od wybranego wariantu wskazanego w tabeli w pkt. 8:
 - wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie za pobyt w szpitalu, jeśli jego pobyt w szpitalu trwał bez przerwy:
 - co najmniej 2 dni – w przypadku pobytu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 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 podstawowej, jeżeli okres ten jest krótszy niż 12 miesięcy, wypłacimy świadczenie za maksymalnie 180 dni pobytu w szpitalu;

- 2) wypłacimy ubezpieczonemu dodatkowe świadczenie rekonwalescencyjne, jeśli jego pobyt 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 dodatkowe świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu, 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 zawałem serca lub udarem mózgu;
- 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 w szpitalu;
- 5) w razie pobytu w szpitalu wydamy ubezpieczonemu kartę apteczną, która umożliwia odbiór produktów dostępnych w aptece. W każdym roku umowy ubezpieczony otrzyma kartę apteczną maksymalnie za trzy rozpoczęte w tym czasie pobytu w szpitalu, za które wypłaciliśmy świadczenie. Jeżeli ubezpieczony przebywał 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

11. 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 8.
12. Wysokość sumy ubezpieczenia proponujesz we wniosku o ubezpieczenie. Zaakceptowaną przez nas sumę ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
13. Wysokość sumy ubezpieczenia może ulec podwyższeniu w wyniku indeksacji, o której piszemy w pkt. 65–73.
14. Sumę ubezpieczenia możesz zmienić nie wcześniej niż po 12 miesiącach od daty zawarcia umowy.
15. Aby zmienić wysokość sumy ubezpieczenia złóż nam pisemny wniosek o zmianę.
16. W wyniku zmiany sumy ubezpieczenia nową wysokość składki obliczamy na podstawie:
 - 1) składek taryfowych obowiązujących przy zawarciu umowy;
 - 2) wieku polisowego ubezpieczonego w dniu zawarcia umowy;
 - 3) nowej sumy ubezpieczenia;
 - 4) częstotliwości opłacania składki;
 - 5) wariantu zakresu ochrony, o którym piszemy w pkt. 4–8.
17. 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.
18. Nową wysokość sumy ubezpieczenia i składki potwierdzimy w polisie.

OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie zrealizujemy świadczenia lub je ograniczymy

19. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia ograniczymy wysokość świadczenia i nie wypłacimy części świadczenia w odniesieniu do wysokości, o którą podwyższono sumę ubezpieczenia, jeżeli zdarzenia, które wskazujemy w tabeli w pkt. 8 były wynikiem chorób:
 - 1) które były zdiagnozowane, lub
 - 2) z powodu których rozpoczęto u ubezpieczonego postępowanie diagnostyczno-lecznicze, w okresie 5 lat przed złożeniem wniosku o zmianę sumy ubezpieczenia.
20. Ograniczenie 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. Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu zdarzeń wskazanych w tabeli w pkt. 8, będących wynikiem chorób:
 - 1) które były zdiagnozowane, lub
 - 2) z powodu których rozpoczęto u ubezpieczonego postępowanie diagnostyczno-lecznicze, w okresie 5 lat przed zawarciem pierwszej umowy.
22. Wyłączenie odpowiedzialności z pkt. 21. 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.
23. Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu zdarzeń wskazanych w tabeli w pkt. 8, jeśli zdarzenia te nastąpiły:
 - 1) wskutek nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed początkiem naszej ochrony, chyba, że wystąpiła sytuacja, o której piszemy w pkt. 9;
 - 2) wskutek działań wojennych;
 - 3) wskutek czynnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 4) wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 5) gdy ubezpieczony prowadził pojazd i:
 - a) nie miał uprawnień do prowadzenia pojazdu, które są określone w przepisach prawa lub,
 - b) był 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 (w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi), użycia przez niego 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 ubezpieczonego samobójstwa;
 - 9) wskutek udziału ubezpieczonego 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 góraska 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, skoki na linie (ang. bungee jumping), skoki z wysokich obiektów (ang. base jumping), nurkowanie ze skrzydłem (ang. wing diving), 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;
 - 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.
- 24.** Nie ponosimy odpowiedzialności za pobyt ubezpieczonego:
- 1) w hospicjach, placówkach leczenia odwykowego, placówkach dla przewlekle chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych ani zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
 - 2) w zakładach leczenia 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.
- 25.** W przypadku chemioterapii nowotworu złośliwego – nasza ochrona nie obejmuje zastosowania leków hormonalnych grupy L02, immunostymulujących grupy L03 oraz immunosupresyjnych grupy L04 klasyfikacji ATC w leczeniu nowotworu złośliwego.
- 26.** Nie ponosimy odpowiedzialności za udar mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu oraz za przemijający napad niedokrwienia mózgu (tzw. TIA).

ZAWARCIE UMOWY

– jak się odbywa i co jest do tego potrzebne

27. Umowę zawieramy na podstawie Twojego wniosku o ubezpieczenie.
28. 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.
29. Warunkiem zawarcia umowy na rzecz współmałżonka/partnera jest dodatkowo zawarcie lub posiadanie umowy terminowej na rzecz współmałżonka/partnera.
30. Zasady i tryb zawierania umowy są zgodne z zasadami przyjętymi w umowie podstawowej, o ile nie umówiliśmy się z Tobą inaczej.
31. Możemy odmówić zawarcia umowy.
32. Zawarcie umowy potwierdzamy polisą.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ UMOWĘ I BYĆ OBJĘTY OCHRONĄ

33. Umowę zawieramy z Tobą, czyli ubezpieczającym.
34. Ubezpieczonym w umowie jest:
 - 1) ubezpieczony z umowy podstawowej lub
 - 2) współmałżonek/partner ubezpieczonego z umowy podstawowej objęty ochroną w ramach umowy terminowej.
35. Umowę możesz zawrzeć na rzecz ubezpieczonego, którego wiek polisowy wynosi co najmniej 18 lat i nie więcej niż 65 lat, przy czym wiek polisowy ubezpieczonego w chwili końca okresu ubezpieczenia nie może przekroczyć 70 lat.
36. Na rzecz każdego ubezpieczonego zostaje zawarta odrębna umowa.

CZAS TRWANIA UMOWY

– czyli jak długo trwa umowa

37. 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.

38. Okres ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.

PONOWNE ZAWARCIE UMOWY

– czyli kiedy możemy zaproponować Ci ponowne zawarcie umowy

39. Najpóźniej 30 dni przed końcem umowy możemy zaproponować Ci zawarcie kolejnej umowy i wskazać nową wysokość składki.

40. Jeśli przyjmiesz naszą propozycję, umowa zostanie zawarta na kolejny okres ubezpieczenia.

41. Zawarcie kolejnej umowy potwierdzimy polisą.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

– czyli do kiedy możesz się wycofać z zawartej umowy

42. 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.

43. 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.

44. 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.

45. Odstąpienie od umowy podstawowej skutkuje odstąpieniem od umowy.

46. Odstąpienie od umowy terminowej skutkuje odstąpieniem od tej umowy, jeśli została zawarta na rzecz współmałżonka/partnera.

47. Odstąpienie od umowy nie skutkuje odstąpieniem od umowy podstawowej i od umowy terminowej.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

– czyli jak możesz zrezygnować z umowy

48. Możesz wypowiedzieć umowę w każdym czasie, przy czym wypowiedzenie musisz złożyć w formie pisemnej.

49. 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.

50. Jeżeli wypowiedzisz umowę, zwrócimy Ci składkę za okres niewykorzystanej ochrony, jeśli okres taki występuje.

51. Wypowiedzenie umowy podstawowej skutkuje wypowiedzeniem umowy.

52. Wypowiedzenie umowy terminowej skutkuje wypowiedzeniem tej umowy, jeśli została zawarta na rzecz współmałżonka/partnera.

53. Wypowiedzenie umowy nie skutkuje wypowiedzeniem umowy podstawowej i umowy terminowej.

PRAWA I OBOWIĄZKI

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

54. Tobie i nam oraz ubezpieczonemu 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".

55. 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 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 ubezpieczonego:
 - 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) udostępnić informacje i dokumenty, które wpłynęły na naszą decyzję o ustaleniu prawa do świadczenia lub jego wysokości:
 - a) Tobie,
 - b) ubezpieczonemu,
 - c) uprawnionemu,
 - d) innej osobie, która wnioskuje o świadczenie.

Na żądanie tych osób informacje i dokumenty udostępniamy w formie elektronicznej.

- 4) udostępnić 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.

56. Ty i ubezpieczony macie prawo żądać, abyśmy prawidłowo i terminowo wypełniali nasze obowiązki wskazane w umowie podstawowej a także te, które są wskazane w pkt. 55 oraz te, które wynikają z obowiązujących przepisów prawa.

SKŁADKA

– od czego zależy i kiedy ją opłacać

57. Wysokość składki, która będzie obowiązywać dla umowy, określamy w zależności od:

- 1) wieku polisowego ubezpieczonego;
- 2) wysokości sumy ubezpieczenia;

- 3) częstotliwości opłacania składki;
 - 4) wariantu zakresu ochrony, o którym piszemy w pkt. 4–8, a następnie uzgadniamy z Tobą i potwierdzamy w polisie.
58. Wysokość składki może się zmienić w przypadku zmiany wysokości sumy ubezpieczenia, o której piszemy w pkt. 13–18 oraz w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia, o której piszemy w pkt. 65–73.
59. Składkę opłacasz z góry, w pełnej wymaganej kwocie, w terminach i z częstotliwością przyjętymi w umowie podstawowej.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy ubezpieczamy ubezpieczonego

60. Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego rozpocznie się zgodnie z zasadami przyjętymi w umowie podstawowej – jeśli umowę zawierasz razem z umową podstawową.
61. 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.
62. Nasza ochrona rozpocznie się w dniu wskazanym w pkt. 60 albo 61, ale nie wcześniej niż następnego dnia po zgodzie ubezpieczonego na objęcie go ochroną, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia.
63. Datę początku ochrony wskazujemy w polisie.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie

64. 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;
 - 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 – w stosunku do współmałżonka/partnera ubezpieczonego z umowy podstawowej;
 - 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, SKŁADKI

– czyli w jaki sposób urealniamy świadczenia

65. Najpóźniej 30 dni przed rocznicą umowy podstawowej możemy Ci zaproponować indeksację sumy ubezpieczenia.
66. Przez indeksację sumy ubezpieczenia rozumiemy podwyższenie, w rocznicę umowy podstawowej, aktualnej sumy ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji.
67. 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. 68.
68. Jeżeli wskaźnik, o którym piszemy w pkt. 67 jest niższy od 3%, przyjmujemy, że wskaźnik indeksacji wynosi 3%.
69. Wskaźnik indeksacji stosujemy do wszystkich umów, których rocznica przypada w następnym roku kalendarzowym.
70. 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 w dniu zawarcia umowy;
 - 3) nowej dodatkowej sumy ubezpieczenia wyznaczonej w wyniku indeksacji;
 - 4) częstotliwości opłacania składki;
 - 5) wariantu zakresu ochrony, o którym piszemy w pkt. 4–8.
71. Możesz:
 - 1) podwyższyć sumę ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji, albo
 - 2) zrezygnować z indeksacji.
72. Jeśli zrezygnujesz z indeksacji sumy ubezpieczenia poinformuj nas o tym najpóźniej 14 dni przed rocznicą umowy podstawowej. Musisz uzyskać zgodę ubezpieczonego na rezygnację z indeksacji. Jeśli nie spełnisz tych warunków uznamy, że przyjąłeś zaproponowany przez nas wskaźnik indeksacji.
73. 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.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZENIA

– czyli komu przysługuje i kiedy je zrealizujemy

74. Świadczenie przysługuje ubezpieczonemu.
75. Aby otrzymać świadczenie, osoba, która o nie wniośkuje, 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 i radioterapii nowotworu złośliwego – dokumentację medyczną potwierdzającą zastosowanie chemioterapii nowotworu złośliwego albo radioterapii nowotworu złośliwego.
76. Możemy poprosić o inne dodatkowe dokumenty, jeśli dotychczas dostarczone nie wystarczą do ustalenia naszej odpowiedzialności.
77. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, osoba, która składa wniosek musi dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
78. 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

79. Prawo do otrzymania karty aptecznej przysługuje ubezpieczonemu.
80. Wniosek o wypłatę świadczenia za pobyt w szpitalu jest jednocześnie zgłoszeniem do otrzymania karty aptecznej – z uwzględnieniem pkt 81.
81. 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

– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

82. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.
83. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć:
 - 1) na piśmie – osobiście albo wysłane pocztą w rozumieniu ustawy „Prawo pocztowe”;
 - 2) na piśmie – wysłane na adres do doręczeń elektronicznych PZU Życie SA w rozumieniu „Ustawy o doręczeniach elektronicznych”, poczynawszy od dnia wpisania tego adresu do bazy adresów elektronicznych;
 - 3) w formie ustnej – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście, co potwierdzamy protokołem podczas wizyty w naszej jednostce;
 - 4) w postaci elektronicznej – wysyłając e-mail na reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.
84. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy najszybciej, jak to możliwe, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia, kiedy ją otrzymaliśmy. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć w ciągu 30 dni, poinformujemy:
 - 1) dlaczego odpowiedź się opóźnia;
 - 2) jakie okoliczności musimy jeszcze ustalić, aby rozpatrzyć sprawę;
 - 3) jaki jest nowy termin naszej odpowiedzi – termin ten nie może być dłuższy niż 60 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy reklamację, skargę lub zażalenie.
85. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy osobie, która je złożyła:
 - 1) w przypadku, gdy klientem jest osoba fizyczna – na piśmie, z tym że odpowiedź dostarczymy elektronicznie wyłącznie na wniosek klienta;
 - 2) w przypadku, gdy klientem jest inny podmiot niż wskazany w ppkt. 1 – na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji.
86. 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.
87. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
88. 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”.
89. Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
90. 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 to: www.rf.gov.pl.
91. Jeżeli Ty, ubezpieczony lub uprawniony jesteście konsumentami, możecie zwrócić się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
92. Językiem stosowanym przez nas w relacjach z konsumentem jest język polski.
93. Nadzoruje nas Komisja Nadzoru Finansowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jest jeszcze ważne

94. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu umowy w szczególności regulują „Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych” oraz „Ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych”.
95. Jeśli zgodnie z prawem będziemy musieli potrącić ze świadczenia jakiegokolwiek kwoty, zwłaszcza podatek dochodowy, świadczenie zmniejszymy o te kwoty.
96. Prawem właściwym dla umowy jest prawo polskie.
97. W sprawach, których nie reguluje umowa, stosuje się ogólne warunki umowy podstawowej, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.
98. Wszystkie nasze powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą umowy, będziemy składać w formie pisemnej lub w innej formie, którą uzgodniliśmy z Tobą. Mają one skutek prawny z dniem, w którym je doręczymy.

99. Wszystkie 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. Mają one skutek prawny z dniem, w którym zostaną nam doręczone.
100. Informować o każdej zmianie adresu musisz Ty, ubezpieczony oraz my.
101. Pozew w sprawach, które wynikają z niniejszej umowy, można złożyć według przepisów o właściwości ogólnej zgodnie z Kodeksem postępowania cywilnego albo:
 - 1) przed sąd właściwy dla miejsca Twojego zamieszkania lub siedziby lub miejsca zamieszkania ubezpieczonego, lub
 - 2) przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego.
102. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej publikujemy na pzu.pl w części o relacjach inwestorskich.

REGULAMIN KARTY APTECZNEJ

Załącznik do ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego

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, w ramach ubezpieczenia, zostało przyznane prawo do ich odbioru w aptece;
 - 5) **odbiór 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) **odbiór 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 ubezpieczony zadzwoni do nas po jej otrzymaniu – na podstawie danych osobowych ubezpieczonego 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, ubezpieczony pokazuje aktywną kartę w aptece, która akceptuje karty apteczne.
10. Aby otrzymać zwrot pieniędzy za produkty zakupione w aptece bez użycia karty aptecznej, ubezpieczony 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 ubezpieczony 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 ubezpieczony płaci z własnych środków.
14. Nie można zwrócić produktów odebranych za pomocą karty aptecznej – z uwzględnieniem pkt 23 i 24.
15. Wypłacimy ubezpieczonemu równowartość niewykorzystanego limitu na karcie aptecznej w razie likwidacji lub upadłości świadczeniodawcy.
16. Jeśli ubezpieczony utraci, zniszczy lub uszkodzi kartę apteczną, powinien 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 ubezpieczony nie otrzymał karty aptecznej po 30 dniach od jej nadania na pocztę – z przyczyn od nas niezależnych;

- 2) ubezpieczony 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 używaniem karty aptecznej ubezpieczony 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.