

## DOTYCZY UMÓW UBEZPIECZENIA POTWIERDZONYCH POLISAMI: 715558795, 715558809, 715558812, 715558825

NAZWA ODSTĘPSTWA	DEFINICJA ODSTĘPSTWA
Rozszerzenie definicji ubezpieczonego o osoby zatrudniane przez franczyzobiorcę ubezpieczającego Partner życiowy	Poprzez pracodawcę rozumie się franczyzobiorcę sieci Żabka Polska Sp. z o.o. Do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni będący w stosunku prawnym z pracodawcą, jak również ich małżonkowie i pełnoletnie dzieci. Za małżonka uważa się również partnera życiowego, czyli wskazaną w deklaracji przystąpienia ubezpieczonego podstawowego osobę nie będącą w formalnym związku małżeńskim, pozostającą z ubezpieczonym podstawowym - również nie będącym w formalnym związku małżeńskim - we wspólnym pożyciu. Partner życiowy nie może być spokrewniony z ubezpieczonym podstawowym. Ubezpieczony podstawowy może wskazać partnera życiowego wyłącznie raz w danym roku polisowym. Wskazanie partnera życiowego obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym dokonano wskazania.
Brak karencji w pierwszym i dwóch kolejnych miesiącach trwania ubezpieczenia w odniesieniu do partnera życiowego	Nie ma karencji określonej w ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia typ P Plus, wobec partnerów życiowych, którzy przystąpią do umowy w dniu jej zawarcia albo w dwóch kolejnych miesiącach.
Brak karencji w pierwszym i dwóch kolejnych miesiącach trwania ubezpieczenia w odniesieniu do płatnika, pełnoletniego dziecka, małżonka, partnera życiowego	Nie ma karencji w przypadku wystąpienia ciężkiej choroby, leczenia szpitalnego, operacji chirurgicznej, leczenia szpitalnego Plus, specjalistycznego leczenia, wobec osób (w tym partnerów życiowych) które przystąpią do umowy w dniu jej zawarcia albo w dwóch kolejnych miesiącach.
Brak karencji dla osób przystępujących do ubezpieczenia w pierwszym i dwóch kolejnych miesiącach po dacie zatrudnienia, zawarcia związku małżeńskiego albo ukończenia 18. roku życia	Nie ma karencji w przypadku ciężkiej choroby, leczenia szpitalnego, operacji chirurgicznej, leczenia szpitalnego Plus, specjalistycznego leczenia, wobec osób, które przystąpią do umowy w pierwszym lub dwóch kolejnych miesiącach po dacie: 1) zatrudnienia (dotyczy pracownika, pełnoletniego dziecka, współmałżonka); 2) zawarcia związku małżeńskiego (dotyczy współmałżonka); 3) ukończenia 18 roku życia (dotyczy pełnoletniego dziecka).
Objęcie ochroną osób uznanych za niezdolne do pracy lub służby – pod warunkiem dopuszczenia do pracy (dot. tylko płatnika)	Do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która pozostaje z ubezpieczającym w stosunku prawnym, i która w dniu podpisania deklaracji przystąpienia jest uznana za niezdolną do pracy lub niezdolną do służby orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym pod warunkiem, iż jest dopuszczona do pracy przez lekarza medycyny pracy. Warunek określony w zdaniu poprzednim nie dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą.
Objęcie ochroną osób na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu lub uznanych za niezdolne do pracy lub służby – pod warunkiem, że były one objęte grupowym ubezpieczeniem na życie w PZU Życie SA	Do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która w dniu podpisania deklaracji przebywa w szpitalu, na zwolnieniu lekarskim, na świadczeniu rehabilitacyjnym lub którą uznano za niezdolną do pracy lub niezdolną do służby na podstawie orzeczenia właściwego organu wg przepisów o ubezpieczeniu społecznym oraz: 1) była ubezpieczona w PZU Życie SA w ramach innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie (poprzednia umowa), oraz 2) nie ma przerwy w przekazywaniu składek za tę osobę pomiędzy poprzednią a nową umową – zachowana jest ciągłość ubezpieczenia.
Objęcie ochroną osób na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu lub uznanych za niezdolne do pracy lub służby – pod warunkiem, że były one objęte grupowym ubezpieczeniem na życie w innym niż PZU Życie SA zakładzie ubezpieczeń – limit 5%	Do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która w dniu podpisania deklaracji przebywa w szpitalu, na zwolnieniu lekarskim, na świadczeniu rehabilitacyjnym lub którą uznano za niezdolną do pracy lub niezdolną do służby na podstawie orzeczenia właściwego organu wg przepisów o ubezpieczeniu społecznym oraz: 1) była ubezpieczona w innym niż PZU Życie SA zakładzie ubezpieczeń w ramach innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie (poprzednia umowa), oraz 2) nie ma przerwy w przekazywaniu składek za tę osobę pomiędzy poprzednią a nową umową – zachowana jest ciągłość ubezpieczenia. Zapisy mają zastosowanie pod warunkiem, że maksymalna liczba osób przystępujących do ubezpieczenia na zwolnieniu lekarskim, podczas pobytu w szpitalu, uznanych za niezdolne do pracy lub służby, nie może przekroczyć 5% ogólnej liczby osób przystępujących do ubezpieczenia w ramach wszystkich umów funkcjonujących u ubezpieczającego.
Brak oceny medycznej dla ubezpieczonych bliskich w pierwszym i dwóch kolejnych miesiącach trwania ubezpieczenia	W umowie ubezpieczenia odstępujemy od konieczności składania oświadczenia dotyczącego zdrowia przez ubezpieczonych bliskich, którzy przystąpią do umowy w dniu jej zawarcia albo w dwóch kolejnych miesiącach.
PRE-EXISTING przy zachowaniu ciągłości ubezpieczenia	W odniesieniu do ubezpieczonych, którzy w miesiącu bezpośrednio poprzedzającym początek odpowiedzialności PZU Życie SA z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia objęci byli odpowiedzialnością z tytułu innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie i ubezpieczeń dodatkowych PZU Życie SA lub innego Ubezpieczyciela (poprzednia umowa ubezpieczenia), PZU Życie SA ponosi odpowiedzialność również za zdarzenia, które zaszyły w okresie odpowiedzialności z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia, a których przyczyna (choroba lub nieszczęśliwy wypadek lub postępowanie diagnostyczno-lecznicze) nastąpiła w okresie odpowiedzialności z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem zachowania ciągłości w przekazywaniu składek. Przez ciągłość w przekazywaniu składek należy rozumieć brak przerwy pomiędzy okresem, za który przekazano ostatnią składkę z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia a okresem, za który przekazano pierwszą składkę z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia.
Samobójstwo – objęcie odpowiedzialnością samobójstwa popełnionego po 6 miesiącach od początku odpowiedzialności	W ramach umowy grupowego ubezpieczenia typ P Plus oraz dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku samobójstwa ubezpieczonego popełnionego w okresie 6 miesięcy od początku odpowiedzialności w stosunku do tego ubezpieczonego.
Zmiana definicji krwotoku śródmózgowego na udar mózgu	1. Ilekroć w umowie dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci spowodowanej zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym, mowa jest o krwotoku śródmózgowym, stosuje się określenie udar mózgu, który oznacza nagle ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi. Nie ponosimy odpowiedzialności za udar, jeżeli przed początkiem odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego zdiagnozowano udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, miażdżycę naczyń mózgowych. 2. Ilekroć w umowie dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym, mowa jest o krwotoku śródmózgowym, stosuje się określenie udar mózgu, który jest nagłym, ogniskowym lub uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu spowodowanym wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany, które spowodowało trwały ubytek neurologiczny. Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu, w którym: a) badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub udar mózgu był leczony trombolitycznie oraz b) badanie neurologiczne, przeprowadzone 3 miesiące po wystąpieniu udaru mózgu, potwierdziło utrzymywanie się w związku z tym udarem ubytku neurologicznego. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu oraz przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA). Nasza

odpowiedzialność nie obejmuje także udaru mózgu, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, miażdżycę naczyń mózgowych.

3. Ilekroć w umowie dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus, mowa jest o krwotoku śródmózgowym, stosuje się określenie udaru mózgu, który 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, w którym:

a) badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub udar mózgu był leczony trombolitycznie oraz

b) badanie neurologiczne, przeprowadzone 3 miesiące po wystąpieniu udaru mózgu, potwierdziło utrzymywanie się w związku z tym udarem ubytku neurologicznego. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu oraz przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA). Nasza odpowiedzialność nie obejmuje także udaru mózgu, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, miażdżycę naczyń mózgowych.

W ramach ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem wprowadzamy następujące definicje:

1) wypadek komunikacyjny – nieszczęśliwy wypadek:

a) wywołany ruchem pojazdów na drodze, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca, z tym że „pojazd”, „droga”, „uczestnik ruchu” i „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym; pojazdem jest również tramwaj,

b) wywołany ruchem pojazdu kolejowego ciągniętego przez pojazd trakcyjny, w którym ubezpieczony brał udział jako pasażer albo członek załogi tego pojazdu, z tym że:

- pojazd kolejowy oznacza pojazd dostosowany do poruszania się na własnych kołach po torach kolejowych,

- pojazd trakcyjny oznacza pojazd kolejowy z napędem własnym, w tym metro,

wypadkiem komunikacyjnym, w rozumieniu lit. b, nie są wypadki dotyczące kolejowego transportu

wewnątrzzakładowego oraz transportu linowego i linowo-terenowego,

c) wywołany eksploatacją pasażerskiego statku powietrznego koncesjonowanych linii lotniczych, który zaistniał od chwili,

gdy jakkolwiek osoba weszła na jego pokład z zamiarem wykonania lotu, do chwili opuszczenia pokładu statku

powietrznego przez wszystkie osoby znajdujące się na nim, a statek powietrzny został uszkodzony lub nastąpiło

zniszczenie jego konstrukcji, albo statek powietrzny zaginął i nie został odnaleziony, a urzędowe jego poszukiwania

zostały odwołane lub statek powietrzny znajduje się w miejscu, do którego dostęp nie jest możliwy,

d) wywołany ruchem statku, w którym ubezpieczony brał udział jako członek załogi bądź pasażer, a statek zatonął albo

został uszkodzony lub nastąpiło zniszczenie jego konstrukcji albo statek zaginął i nie został odnaleziony, a urzędowe jego

poszukiwania zostały odwołane lub statek znajduje się w miejscu, do którego dostęp nie jest możliwy.

2) wypadek przy pracy – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez

ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych w ramach istniejącego stosunku pracy albo stosunku

cywilnoprawnego, w ramach którego opłacane są składki na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o

systemie ubezpieczeń społecznych.

W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku wskutek wypadku komunikacyjnego albo trwałego uszczerbku na zdrowiu

wskutek wypadku przy pracy wypłacamy, niezależnie od świadczenia z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu

ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, jednorazowe świadczenie dodatkowe.

W ramach ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego

spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym wprowadzamy następujące zmiany:

Przedmiot ubezpieczenia rozszerza się o życie małżonka ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia rozszerza się o śmierć małżonka ubezpieczonego spowodowaną wypadkiem komunikacyjnym

zaistniałym w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA.

W przypadku śmierci małżonka ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym PZU Życie SA wypłaca,

niezależnie od świadczenia z tytułu śmierci małżonka oraz śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem,

świadczenie dodatkowe.

W ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby nasza ochrona obejmuje dodatkowo:

1) wystąpienie nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ), który jest umiejscowiony w kategoriach

D00–D09 (z wyłączeniem kategorii D04) Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych

ICD–10, a także

2) ziarnicy złośliwej (choroba Hodgkina) w pierwszym stadium, czerniaka złośliwego skóry opisanego wg skali TNM jako

T1aN0M0, brodawkowatego raka tarczycy opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0, nowotworu złośliwego gruczołu

krokwego (prostaty, stercza) opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 lub T1bN0M0, oraz nowotworu złośliwego szyjki

macicy opisanego wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3.

Nasza ochrona obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego pierwszego przypadku zdiagnozowania w okresie

odpowiedzialności PZU Życie SA nowotworu in situ w ramach każdej z ośmiu kategorii wymienionych w punkcie 1 wyżej i

wystąpienie pierwszego przypadku zdiagnozowania w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA nowotworu wymienionego

w punkcie 2 wyżej.

Po wypłacie świadczenia nasza ochrona z tytułu wystąpienia nowotworu wymienionego wyżej w ramach danej kategorii

wygasa.

Nasza ochrona obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego zostanie pobrany w

okresie ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do ubezpieczonego, a data badania histopatologicznego potwierdzająca

rozpoznanie nowotworu in situ wypadła po wygaśnięciu ochrony.

Wypłata z tytułu wystąpienia jednej z tych chorób wynosi 20% sumy ubezpieczenia dla dodatkowego grupowego

ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby aktualnej w dniu jej wystąpienia.

Nasza ochrona nie obejmuje, oprócz wyłączeń wskazanych w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia

na wypadek ciężkiej choroby:

a) nowotworu, który wystąpił lub z powodu którego rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed dniem objęcia ochroną. Wyłączenie odpowiedzialności, o którym mowa w zdaniu poprzednim nie dotyczy sytuacji, w których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się i zakończyło przed ukończeniem przez ubezpieczonego 18 roku życia,

b) nowotworu, który powstał w bezpośrednim następstwie działania promieniowania radioaktywnego lub jonizującego w wyniku reakcji termojądrowych, wybuchu nuklearnego,

c) nowotworu związanego z AIDS i zakażeniem wirusem HIV,

d) raka in situ jamy ustnej – jeżeli przed początkiem ochrony zdiagnozowano leukoplakię błony śluzowej jamy ustnej,

e) raka in situ przełyku – jeżeli przed początkiem ochrony zdiagnozowano tzw. przełyk Barretta,

f) raka in situ żołądka – jeżeli przed początkiem ochrony zdiagnozowano metaplastazę jelitową,

g) raka in situ jelita grubego – jeżeli przed początkiem ochrony zdiagnozowano polipowatość rodzinną, wrzodziejące zapalenie jelita,

h) raka in situ szyjki macicy oraz nowotworu złośliwego szyjki macicy opisanego wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3 – jeżeli przed początkiem ochrony zdiagnozowano dysplazję szyjki macicy lub zakażenie wirusem

brodawczaka ludzkiego (HPV).

Rozszerzenie definicji trwałego uszczerbku w wyniku nieszczęśliwego wypadku o uszczerbki spowodowane wypadkiem komunikacyjnym i wypadkiem przy pracy

Rozszerzenie definicji wypadku komunikacyjnego o wypadek komunikacyjny małżonka

Rozszerzenie ochrony z tytułu wystąpienia ciężkiej choroby ubezpieczonego o nowotwory złośliwe w stadium przedinwazyjnym (in-situ)

Objęcie ochroną pobytu ubezpieczonego w szpitalu od 1. dnia wskutek choroby i od 1. dnia wskutek NW	W odniesieniu do długości pobytu w szpitalu, nasza ochrona obejmuje pobyt ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia szpitalnego: – wskutek choroby – całodobowy, który trwa co najmniej <b>1 dzień</b> ; – wskutek nieszczęśliwego wypadku – który trwa co najmniej <b>1 dzień</b> .
Wydłużenie ochrony za pobyt ubezpieczonego w szpitalu do 180 dni	Wypłacamy pieniądze maksymalnie za 180 dni pobytu w szpitalu – w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy.
Prawo do indywidualnej kontynuacji dla ubezpieczonych ze stażem skróconym do 3 miesięcy	Ubezpieczeni, którzy są w ubezpieczeniu grupowym P Plus minimum 3 miesiące, mają prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.

Szczegółowe zapisy znajdują się w Umowie Generalnej zawartej między Ubezpieczającym a PZU Życie SA.