



GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE I ZDROWIE OPIEKA MEDYCZNA S

Kod warunków: Z0GP50, UZGP50

Wersja z dnia: 25.07.2022 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie i zdrowie Opieka Medyczna S, kod warunków: Z0GP50, UZGP50(OWU) oraz w zakresach świadczeń zdrowotnych. Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU oraz zakresami świadczeń zdrowotnych. Użyte w OWU definicje mogą mieć znaczenie odbiegające od powszechnie przyjętego pojęcia, dlatego zwróć na nie szczególną uwagę. Zawarcie umowy jest dobrowolne.

INFORMACJA O PRODUKCIE

- jest materiałem informacyjnym,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna być wyłączną podstawą do tego, aby podjąć decyzję o zawarciu umowy.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA – CO UBEZPIECZAMY?

Przedmiotem ubezpieczenia jest:

- życie ubezpieczonego,
- zdrowie ubezpieczonego i współubezpieczonego.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego lub współubezpieczonego choroby lub uszkodzenia ciała skutkujących potrzebą skorzystania ze świadczeń zdrowotnych, ponosimy koszty świadczeń zdrowotnych, które organizowane są przez świadczeniodawcę, zgodnie z wybranym zakresem świadczeń zdrowotnych:

- Zakres STANDARD obejmuje: konsultacje ambulatoryjne, badania i zabiegi ambulatoryjne, zniżki na badania i badania diagnostyczne, prowadzenie ciąży, przegląd stomatologiczny, zniżki na usługi stomatologiczne,
- Zakres KOMFORT obejmuje: konsultacje ambulatoryjne, badania i zabiegi ambulatoryjne, badania i badania diagnostyczne, wizyty domowe, szczepienia ochronne, prowadzenie ciąży, przegląd stomatologiczny, zniżki na usługi stomatologiczne,
- Zakres KOMFORT PLUS obejmuje: konsultacje ambulatoryjne, badania i zabiegi ambulatoryjne, badania diagnostyczne, wizyty domowe, szczepienia ochronne, prowadzenie ciąży, przegląd stomatologiczny, zniżki na usługi stomatologiczne,
- Zakres OPTIMUM obejmuje: konsultacje ambulatoryjne, badania i zabiegi ambulatoryjne, badania diagnostyczne, wizyty domowe, szczepienia ochronne, prowadzenie ciąży, przegląd stomatologiczny, zniżki na usługi stomatologiczne, rehabilitację.

Ubezpieczeni mogą być objęci różnymi zakresami świadczeń zdrowotnych w ramach umowy ubezpieczenia.

Współubezpieczeni objęci są tym samym zakresem świadczeń zdrowotnych, co ich ubezpieczony. Ubezpieczający ma prawo wybrać rodzaje pakietów, które będą funkcjonowały w umowie ubezpieczenia – pakiet indywidualny, rodzinny, partnerski. W przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności wypłacamy 100% sumy ubezpieczenia.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ, KOGO UBEZPIECZAMY?

Ubezpieczeniem może być objęta grupa, która liczy już od 3 ubezpieczonych.

Do ubezpieczenia może przystąpić pracownik, który nie ukończył 67 lat, jego partner życiowy, który nie ukończył 67 lat, oraz dzieci pracownika lub jego partnera życiowego, które nie ukończyły 18 lat lub – jeśli uczą się – 25 lat.

JAK DŁUGO TRWA UMOWA?

Umowa zawierana jest na czas określony, z możliwością przedłużenia na następujące po sobie okresy roczne.

GDZIE OBOWIĄZUJE UBEZPIECZENIE?

Realizujemy świadczenia w przypadku śmierci ubezpieczonego, choroby lub uszkodzenia ciała ubezpieczonego i współubezpieczonego – na całym świecie.

W przypadku choroby lub uszkodzenia ciała świadczenia zdrowotne realizowane są we wskazanych placówkach medycznych na terenie Polski.

JAK I KIEDY PŁAĆ SIĘ SKŁADKĘ?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone polisą. Składka może pochodzić w całości ze środków finansowych ubezpieczającego lub ubezpieczonego albo w części ze środków finansowych ubezpieczającego i w części ze środków finansowych ubezpieczonego.

KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA?

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonych i współubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące wymogi:

- przed rozpoczęciem tego miesiąca kalendarzowego wpłynęły do nas podpisane przez ubezpieczonych i współubezpieczonych deklaracje przystąpienia wraz z wykazem tych osób,
- składka została przekazana w terminie określonym we wniosku o zawarcie umowy lub w umowie.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:

- otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy,
- śmierci ubezpieczonego,
- po bezskutecznym upływie terminu w przypadku braku uregulowania składek, nie wcześniej jednak niż z końcem miesiąca następującego po miesiącu, za który została przekazana ostatnia składka,
- rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym ubezpieczony kończy 68 rok życia,
- upływu okresu, za jaki przekazano składkę, jeżeli w tym okresie ustał stosunek prawny łączący ubezpieczonego z ubezpieczającym,
- upływu okresu, za jaki przekazano składkę w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż z końcem miesiąca, w którym doręczono nam oświadczenie o rezygnacji,
- z końcem miesiąca obowiązywania umowy na dotychczasowych warunkach, jeśli ubezpieczony nie wyraził zgody na zmianę umowy,
- upływu okresu wypowiedzenia umowy,
- rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do współubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:

- zakończenia naszej odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego,
- śmierci współubezpieczonego,
- rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym partner życiowy kończy 68 rok życia,
- rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 18 rok życia, a w razie uczęszczania do szkoły – 25 rok życia,
- upływu okresu, za jaki przekazano składkę w przypadku rezygnacji współubezpieczonego z ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż z końcem miesiąca, w którym doręczono nam oświadczenie o rezygnacji,
- upływu okresu, za jaki przekazano składkę w przypadku zmiany pakietu ubezpieczenia, który nie obejmuje już danego współubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż z końcem miesiąca, w którym doręczono nam oświadczenie o zmianie pakietu,
- upływu okresu za jaki przekazano składkę w przypadku powiadomienia nas o rozwiązaniu małżeństwa lub rozwiązaniu przysposobienia, nie wcześniej jednak niż z końcem miesiąca, w którym doręczono nam oświadczenie o tym fakcie,
- z końcem miesiąca obowiązywania umowy na dotychczasowych warunkach, jeśli współubezpieczony nie wyraził zgody na zmianę umowy.

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonego i współubezpieczonych zostaje przedłużona o jeden miesiąc po ustaniu stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego z ubezpieczającym, pod warunkiem przekazania składki za ten miesiąc.

GŁÓWNE WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA OCHRONY – CZEGO NIE OBEJMUJE UBEZPIECZENIE?

Nie ponosimy odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego lub współubezpieczonego, jeżeli choroba lub uszkodzenie ciała były wynikiem:

- wady wrodzonej,
- niepełności rozpoznanej przez lekarza prowadzącego leczenie,
- uzależnień.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki oraz w innych przypadkach wskazanych w OWU).

JAK ROZWIĄZAĆ UMOWĘ?

Ubezpieczający może:

- odstąpić od umowy, na piśmie w terminie:
 - w ciągu 7 dni od zawarcia umowy – gdy jest przedsiębiorcą,
 - w ciągu 30 dni od zawarcia umowy – gdy nie jest przedsiębiorcą,
- wypowiedzieć umowę w każdym czasie, na piśmie z jednogłosemystycznym okresem wypowiedzenia,
- nie przedłużyć umowy najpóźniej 30 dni przed rocznicą polisy.

WYNAGRODZENIE DYSTRYBUTORA UBEZPIECZENIA

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA

1. Reklamację, skargę lub zażalenie składa się w każdej jednostce PZU Życie SA obsługującej klienta.
2. Reklamacja, skarga lub zażalenie mogą być złożone:
 - 1) na piśmie – osobiście albo wysłane przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe, na przykład pisząc na adres: PZU Życie SA ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres tylko do korespondencji);
 - 2) na piśmie – wysłane na adres do doręczeń elektronicznych PZU Życie SA w rozumieniu ustawy o doręczeniach elektronicznych, począwszy 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 do protokołu podczas wizyty w jednostce, o której mowa w ust. 1;
 - 4) w postaci elektronicznej – wysyłając e-mail na reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.
3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, skargę lub zażalenie i udziela na nie odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA przekazuje osobie, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie informację, w której:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia.
5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, skargę lub zażalenie zostanie dostarczona osobie, która je złożyła:
 - 1) w przypadku, gdy klientem jest osoba fizyczna – na piśmie, z tym że odpowiedź można dostarczyć pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek klienta;
 - 2) w przypadku, gdy klientem jest inny podmiot niż wskazany w pkt 1 – na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji.

6. Osobie fizycznej, która złożyła reklamację przysługuje prawo wniesienia do Rzecznika Finansowego wniosku dotyczącego:
 - 1) nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji;
 - 2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą tej osoby w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
7. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrywane są przez jednostki organizacyjne PZU Życie SA, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
8. Reklamacje uregulowane są w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym oraz w ustawie o dystrybucji ubezpieczeń.
9. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
10. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla PZU Życie SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy, którego adres strony internetowej jest następujący: www.rf.gov.pl.
11. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
12. Językiem stosowanym przez PZU Życie SA w relacjach z konsumentem jest język polski.
13. PZU Życie SA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.