



GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE I ZDROWIE OPIEKA MEDYCZNA S

Kod warunków: Z0GP33, UZGP33

Wersja z dnia 1.10.2018 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: Z0GP33, UZGP33 (OWU) oraz zakresach świadczeń zdrowotnych.

Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU oraz zakresami świadczeń zdrowotnych.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

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

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Przedmiotem ubezpieczenia jest:

- zdrowie ubezpieczonego i współubezpieczonego,
- życie ubezpieczonego.

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: wizyty u specjalisty, zabiegi ambulatoryjne, zniżkę na badania i badania diagnostyczne, prowadzenie ciąży, przegląd stomatologiczny, zniżkę na usługi stomatologiczne,
- Zakres KOMFORT obejmuje: wizyty u specjalisty, zabiegi ambulatoryjne, zniżkę na badania i badania diagnostyczne, wizyty domowe, szczepienia ochronne, prowadzenie ciąży, przegląd stomatologiczny, zniżkę na usługi stomatologiczne,
- Zakres KOMFORT PLUS obejmuje: wizyty u specjalisty, zabiegi ambulatoryjne, badania diagnostyczne, wizyty domowe, szczepienia ochronne, prowadzenie ciąży, przegląd stomatologiczny, zniżkę na usługi stomatologiczne,
- Zakres OPTIMUM obejmuje: wizyty u specjalisty, zabiegi ambulatoryjne, badania diagnostyczne, wizyty domowe, szczepienia ochronne, prowadzenie ciąży, przegląd stomatologiczny, zniżkę 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 ubezpieczeni.

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 mogą przystąpić pracownicy, którzy nie ukończyli 67 lat, ich małżonkowie lub partnerzy życiowi, którzy nie ukończyli 67 lat, oraz dzieci pracowników, 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.

W przypadku śmierci wypłacamy świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia.

Jak i kiedy opłacasz 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,
 - upływu okresu wypowiedzenia umowy,
 - rozwiązania umowy ubezpieczenia.
- w ciągu 30 dni od dnia zawarcia umowy – gdy nie jest przedsiębiorcą,
 - wypowiedzieć umowę w każdym czasie, na piśmie z jednomiesięcznym okresem wypowiedzenia,
 - nie przedłużyć umowy najpóźniej 30 dni przed rocznicą polisy.

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 rozwiązania przysposobienia, nie wcześniej jednak niż z końcem miesiąca, w którym doręczono nam oświadczenie o tym fakcie.

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 ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

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

- wady wrodzonej,
- niepłodności,
- uzależnień.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dany wypadek nie jest objęty zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie, lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może:

- odstąpić od umowy, na piśmie w terminie:
 - w ciągu 7 dni od dnia zawarcia umowy – gdy jest przedsiębiorcą,

Wynagrodzenie dystrybutora

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

Reklamacje

1. Osobie prawnej i spółce nieposiadającej osobowości prawnej będącej poszukującym ochrony ubezpieczeniowej, tj. osobą, która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia, lub ubezpieczającym przysługuje prawo złożenia reklamacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.
2. Reklamacja, o której mowa w ust. 1, może być złożona w formie:
 - 1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
 - 2) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.
3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, o której mowa w ust. 1, i udziela na nią odpowiedzi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, o której mowa w ust. 1, i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, o której mowa w ust. 1, przekazuje się klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta.
6. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
7. Tryb, forma i sposób składania reklamacji, o których mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, których prawo złożenia przysługuje ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, uregulowane jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia.