

MATERIAŁ
MARKETINGOWY



PZU Ochrona i Zdrowie

Przewodnik dla firm
po obsłudze ubezpieczenia



Ubezpieczenie PZU Ochrona i Zdrowie – zakres, korzyści i warunki ubezpieczenia



Zakres ubezpieczenia PZU Ochrona i Zdrowie

Ubezpieczenie **PZU Ochrona i Zdrowie** to kompleksowa odpowiedź na potrzeby pracodawcy, pracowników i ich rodzin. Nasze ubezpieczenie obejmuje m.in. prywatną opiekę medyczną oraz wsparcie finansowe i usługi medyczne w razie następstw nieszczęśliwego wypadku i wystąpienia ciężkiej choroby.

Ubezpieczenie składa się z 3 pakietów:



MOJE ZDROWIE

Prywatna opieka medyczna oraz wsparcie finansowe w razie wypadku i choroby.



MOJA RODZINA

Świadczenie z okazji urodzenia dziecka. Wsparcie finansowe w razie śmierci bliskich. Pomoc finansowa dla rodziny w razie śmierci ubezpieczonego.



MÓJ WYBÓR

Dofinansowanie zakupu leków na receptę, opieka medyczna dla bliskich, świadczenie w razie problemów zdrowotnych dziecka oraz wsparcie finansowe w razie następstw wypadków w życiu codziennym.

pakiet dodatkowy

Jednym z podstawowych parametrów naszej ochrony jest **suma ubezpieczenia** – na jej podstawie ustalana jest wysokość świadczeń. Przez cały czas trwania umowy masz **zagwarantowaną** niezmienną sumę ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia oraz zakres zdarzeń są określone w propozycji, która stanowi załącznik do wniosku o zawarcie umowy, a następnie zostaje potwierdzona polisą.



PAKIET MOJE ZDROWIE

Pakiet **Moje Zdrowie** zapewnia prywatną opiekę medyczną – w razie choroby (zarówno ciężkiej, jak i zwykłego przeziębienia) oraz nieszczęśliwego wypadku, a także profilaktykę. Posiadamy własną sieć placówek medycznych, dzięki czemu możemy zapewnić **szybki i łatwy dostęp** do specjalistów. Dodatkowo, w razie ciężkiej choroby lub nieszczęśliwego wypadku, ubezpieczony może otrzymać od nas wsparcie finansowe. Dodatkowe wsparcie finansowe można również otrzymać, rozszerzając ochronę o ubezpieczenia dodatkowe na wypadek: ciężkiej choroby, leczenia szpitalnego, operacji chirurgicznych oraz trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – małżonka albo partnera osoby ubezpieczonej.

Opieka Medyczna

Umożliwiamy:

- wizyty u lekarzy specjalistów – **bez skierowań**,
- wizyty u internisty, pediatry i lekarza rodzinnego w ciągu maksymalnie **2 dni roboczych**, a u specjalisty – w ciągu **5 dni roboczych**,
- badania diagnostyczne – **bezpłatne albo ze zniżką 15%**,
- dostęp do **prywatnych placówek medycznych w blisko 600 miastach** w Polsce.

Powrót do Zdrowia

W razie wystąpienia ciężkiej choroby (np. nowotworu złośliwego, udaru mózgu, zawału serca), którą obejmuje wybrany zakres, zapewniamy opiekę medyczną i wsparcie finansowe.

Możesz otrzymać pieniądze, jeśli:

- zachorowałeś na chorobę objętą ubezpieczeniem,
- doznałeś trwałego uszczerbku na zdrowiu po zawale serca lub udarze mózgu – zgodnie z definicją z OWU.

Dodatkowo możemy zorganizować zagraniczną konsultację medyczną i usługi assistance, np. profesjonalną pomoc w planowaniu leczenia, domową opiekę pielęgniarstwa.

Możemy zapewnić również:

- konsultacje lekarskie,
- specjalistyczne badania diagnostyczne,
- rehabilitację po chorobie.

Wsparcie Poszpitalne

Możesz otrzymać pieniądze:

- po pobycie w szpitalu związanym z chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem (również komunikacyjnym i przy pracy),
- po operacji chirurgicznej związanej z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą (nasza lista obejmuje aż 610 rodzajów operacji chirurgicznych) – wykonanej również w wybranych krajach poza terytorium Polski,
- po pobycie na zwolnieniu lekarskim po hospitalizacji.

Po pobycie w szpitalu przekazemy Ci Kartę apteczną o wartości od 200 do 500 zł na dowolne zakupy w aptece.

Wsparcie Powypadkowe






Możesz otrzymać pieniądze, jeśli w wyniku nieszczęśliwego wypadku dojdzie do:

- trwałego uszczerbku na zdrowiu (który uniemożliwia powrót do pełni zdrowia),
- orzeczenia trwałej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji,
- złamania (np. nogi lub ręki)
- trwałej utraty sprawności.

W razie następstw nieszczęśliwego wypadku na drodze lub w pracy zapewniamy usługi medyczne, w tym zabiegi rehabilitacyjne.

Zakresy Opieki Medycznej

Opieka Medyczna jest dostępna w **5 zakresach**.

ŚWIADCZENIA	 ZDROWIE PROFILAKTYKA	 ZDROWIE START	 ZDROWIE MEDIUM	 ZDROWIE MEDIUM PLUS	 ZDROWIE PREMIUM
wizyty u lekarzy bezpłatne, bez limitu	1 specjalizacja	16 specjalizacji	25 specjalizacji	28 specjalizacji	31 specjalizacji
wizyty u specjalistów bezpłatne, 4 w roku	brak	brak	brak	1 specjalizacja	2 specjalizacje
badania diagnostyczne bezpłatne, bez limitu	14 bezpłatnych badań dla kobiet i 14 bezpłatnych badań dla mężczyzn	20 rodzajów	186 rodzajów	336 rodzajów	413 rodzajów
badania diagnostyczne ze zniżką 15%, bez limitu	brak	135 rodzajów	136 rodzajów	brak	brak
USG ciąży bezpłatne, bez limitu	brak	tak	tak	tak	tak
wizyty domowe bezpłatne	brak	brak	2 wizyty rocznie	4 wizyty rocznie	4 wizyty rocznie
szczepienia ochronne bezpłatne	brak	brak	przeciwko grypie sezonowej i tężcowi	przeciwko grypie sezonowej i tężcowi	przeciwko grypie sezonowej i tężcowi, WZW typu A i B
rehabilitacja ambulatoryjna bezpłatna	brak	brak	brak	brak	30 zabiegów rocznie
zabiegi ambulatoryjne bezpłatne, bez limitu	brak	29 zabiegów	29 zabiegów	29 zabiegów	29 zabiegów
stomatologia zachowawcza bez limitu	brak	20% zniżki	20% zniżki	20% zniżki	20% zniżki
przeгляд stomatologiczny bezpłatny	brak	raz w roku	raz w roku	raz w roku	raz w roku

Specjaliści dostępni w ramach Opieki Medycznej

KONSULTACJE LEKARSKIE Z ZAKRESU	ZDROWIE PROFILAKTYKA	ZDROWIE START	ZDROWIE MEDIUM	ZDROWIE MEDIUM PLUS	ZDROWIE PREMIUM
chorób wewnętrznych (interny)	tak	brak	tak	tak	tak
medycyny rodzinnej (lekarz rodzinny)	brak	brak	tak	tak	tak
pediatrii	brak	brak	tak	tak	tak
alergologii	brak	tak	tak	tak	tak
chirurgii ogólnej	brak	tak	tak	tak	tak
dermatologii-wenerologii	brak	tak	tak	tak	tak
diabetologii	brak	tak	tak	tak	tak
endokrynologii	brak	tak	tak	tak	tak
gastroenterologii	brak	tak	tak	tak	tak
ginekologii i położnictwa	brak	tak	tak	tak	tak
kardiologii	brak	tak	tak	tak	tak
nefrologii	brak	tak	tak	tak	tak
neurologii	brak	tak	tak	tak	tak
okulistyki	brak	tak	tak	tak	tak
ortopedii i traumatologii narządu ruchu	brak	tak	tak	tak	tak
reumatologii	brak	tak	tak	tak	tak

Specjaliści dostępni w ramach Opieki Medycznej

KONSULTACJE LEKARSKIE Z ZAKRESU	ZDROWIE PROFILAKTYKA	ZDROWIE START	ZDROWIE MEDIUM	ZDROWIE MEDIUM PLUS	ZDROWIE PREMIUM
urologii	brak	tak	tak	tak	tak
otolaryngologii	brak	tak	tak	tak	tak
chorób płuc (pulmonologii)	brak	tak	tak	tak	tak
hepatologii	brak	brak	tak	tak	tak
anestezjologii i intensywnej terapii	brak	brak	tak	tak	tak
audiologii i foniatrii	brak	brak	tak	tak	tak
chirurgii onkologicznej	brak	brak	tak	tak	tak
hematologii	brak	brak	tak	tak	tak
onkologii klinicznej	brak	brak	tak	tak	tak
chorób zakaźnych	brak	brak	brak	tak	tak
neurochirurgii	brak	brak	brak	tak	tak
radiologii i diagnostyki obrazowej	brak	brak	brak	tak	tak
psychiatrii (4 wizyty rocznie)	brak	brak	brak	tak	tak
proktologii	brak	brak	brak	brak	tak
chirurgii naczyniowej	brak	brak	brak	brak	tak
rehabilitacji	brak	brak	brak	brak	tak
konsultacje psychologa (4 wizyty rocznie)	brak	brak	brak	brak	tak

Ciężkie choroby, które wchodzą w skład Powrotu do Zdrowia

CIĘŻKA CHOROBA	ONKO-WSPARCIE	ONKO-KARDIO- -WSPARCIE	ONKO-KARDIO -NEURO-WSPARCIE	MULTI-WSPARCIE
anemia aplastyczna	tak	tak	tak	tak
niezłośliwy guz mózgu	tak	tak	tak	tak
nowotwór złośliwy	tak	tak	tak	tak
bakteryjne zapalenie wsierdzia	brak	tak	tak	tak
chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej	brak	tak	tak	tak
chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej	brak	tak	tak	tak
chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca	brak	tak	tak	tak
chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca	brak	tak	tak	tak
zator tętnicy płucnej	brak	tak	tak	tak
zawał serca	brak	tak	tak	tak
choroba Alzheimera	brak	brak	tak	tak
choroba Creutzfeldta-Jakoba	brak	brak	tak	tak
choroba Huntingtona	brak	brak	tak	tak
choroba neuronu ruchowego	brak	brak	tak	tak
choroba Parkinsona	brak	brak	tak	tak
ropień mózgu	brak	brak	tak	tak
stwardnienie rozsiane	brak	brak	tak	tak
udar mózgu	brak	brak	tak	tak
bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych	brak	brak	brak	tak
bąblowiec mózgu	brak	brak	brak	tak
choroba Leśniowskiego-Crohna	brak	brak	brak	tak
ciężkie oparzenie	brak	brak	brak	tak

Ciężkie choroby, które wchodzą w skład Powrotu do Zdrowia

CIĘŻKA CHOROBA	ONKO-WSPARCIE	ONKO-KARDIO- -WSPARCIE	ONKO-KARDIO -NEURO-WSPARCIE	MULTI-WSPARCIE
gruźlica	brak	brak	brak	tak
kleszczowe zapalenie mózgu	brak	brak	brak	tak
neuroborelioza	brak	brak	brak	tak
paraliż	brak	brak	brak	tak
przewlekła niewydolność nerek	brak	brak	brak	tak
reumatoidalne zapalenie stawów	brak	brak	brak	tak
schytkowa niewydolność wątroby	brak	brak	brak	tak
sepsa	brak	brak	brak	tak
śpiączka	brak	brak	brak	tak
tężec	brak	brak	brak	tak
toczeń	brak	brak	brak	tak
transplantacja	brak	brak	brak	tak
uraz czaszkowo-mózgowy	brak	brak	brak	tak
utrata kończyny	brak	brak	brak	tak
utrata mowy	brak	brak	brak	tak
utrata słuchu	brak	brak	brak	tak
utrata wzroku	brak	brak	brak	tak
wrzodziejące zapalenie jelita grubego	brak	brak	brak	tak
wścieklizna	brak	brak	brak	tak
zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji	brak	brak	brak	tak
zakażenie wirusem HIV zawodowe	brak	brak	brak	tak
zakażona martwica trzustki	brak	brak	brak	tak
zgorzel gazowa	brak	brak	brak	tak



PAKIET MOJA RODZINA

W ramach pakietu **Moja Rodzina** m.in. zapewnimy najbliższemu wsparcie w razie śmierci ubezpieczonego spowodowanej chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem (również komunikacyjnym).

Zabezpieczenie Najbliższych

- Wsparcie finansowe dla Twojej rodziny, gdy Ciebie zabraknie.
- Pieniądze wypłacimy osobie uposażonej, wskazanej przez Ciebie w umowie ubezpieczenia – bez postępowania spadkowego i bez konieczności odprowadzenia podatku dochodowego.

W przypadku gdy ubezpieczony wskazał kilku uposażonych i np. jeden z nich zmarł przed śmiercią ubezpieczonego, wówczas przypadająca mu część świadczenia zostanie rozdzielona proporcjonalnie pomiędzy pozostałych uposażonych.

W przypadku gdy ubezpieczony nie wskazał uposażonego albo gdy np. wszyscy uposażeni zmarli przed śmiercią ubezpieczonego, wówczas świadczenie przysługuje członkom rodziny ubezpieczonego według kolejności pierwszeństwa:

- małżonek w całości,
- dzieci w częściach równych,
- rodzice w częściach równych,
- inni spadkobiercy ubezpieczonego w częściach równych.

Wsparcie dla Ciebie

- Wypłacimy pieniądze z okazji narodzin dziecka.
- Nasza pomoc obejmuje wsparcie finansowe w razie śmierci członka Twojej najbliższej rodziny.



PAKIET MÓJ WYBÓR

Ubezpieczony może poszerzyć zakres ubezpieczenia o dodatkowe opcje z pakietu **Mój Wybór**. W ramach tego pakietu **zapewniamy pomoc finansową w razie wypadków** w życiu codziennym, **wsparcie finansowe w razie problemów zdrowotnych dziecka** oraz finansujemy **zakup leków** (w ramach przyznanego limitu) – w wysokości **80% ich ceny**. Możemy zapewnić również opiekę medyczną dla bliskich.

W Razie Wypadku

Pomoc finansowa w razie nieprzewidzianych zdarzeń losowych związanych z:

- **ruchem drogowym, kolejowym, wodnym i powietrznym** – świadczenie przysługuje bez względu na to, czy brałeś udział w wypadku jako pieszy, pasażer, kierujący czy członek załogi pojazdu,
- **życiem codziennym** (np. pożar, utonięcie, porażenie prądem czy wybuch gazu),
- **uprawianiem sportu** (szeroko rozumiane formy amatorskiej aktywności fizycznej, jak np. jogging, jazda na rowerze, gra w piłkę, żeglarstwo, narciarstwo itp.).

Dostępne są 2 warianty ubezpieczenia. Wysokość składki zależy od sumy ubezpieczenia.

Opieka Medyczna dla Bliskich

- Ubezpieczony może objąć opieką medyczną swoich bliskich (małżonka albo partnera życiowego, pełnoletnie dziecko, niepełnoletnie dziecko).
- **Opieka Medyczna** dla niepełnoletnich dzieci kosztuje tyle samo bez względu na liczbę dzieci objętych ubezpieczeniem.

Ochrona dla Dziecka

Pomoc finansowa w razie problemów zdrowotnych niepełnoletniego dziecka:

- **ciężkiej choroby** (w tym nowotworu złośliwego),
- **leczenia szpitalnego** spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą,
- **uszczerbku na zdrowiu** spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.

Dostępne są 2 warianty ubezpieczenia.

Wysokość składki zależy od sumy ubezpieczenia.

Składka jest taka sama bez względu na to, ile dzieci ma ubezpieczony.

Dofinansowanie Leków

Wsparcie finansowe w trakcie choroby

– **dofinansowanie zakupu leków na receptę.**

- płacisz jedynie 20% ceny lekarstw – my pokrywamy 80% ceny leków na receptę (do wysokości limitu) przepisanych w związku z: gripą, zapaleniem ucha, spojówek, gardła, krtani, migdałków, zatok, płuc, oskrzeli, tchawicy, układu moczowego,
- oferujemy również dofinansowanie zakupu leków ostonowych, jeśli lekarz zaleci kurację antybiotykiem,
- możesz zapłacić mniej już w chwili zakupu – ponad 8000 aptek w Polsce honoruje naszą Kartę Lekową. Jeśli wybierzesz aptekę, która z nami nie współpracuje, po zakupie prześlij do nas wydruk informacyjny pobrany z Internetowego Konta Pacjenta lub wydany przez lekarza oraz paragon, lub fakturę z apteki, a my zwrócimy Ci pieniądze (szczegóły znajdziesz na stronie pzu.pl).

W przypadku leków refundowanych, dofinansowanie naliczamy od ceny po uwzględnieniu refundacji.



Klub PZU Pomoc w Życiu

Osoby, które mają ubezpieczenie PZU Ochrona i Zdrowie, mogą bezpłatnie przystąpić do programu lojalnościowego Klub PZU Pomoc w Życiu.

To program lojalnościowy, który zapewnia wiele korzyści:

- oferty znanych marek, rabaty na produkty i usługi naszych partnerów,
- przydatne w różnych sytuacjach życiowych usługi na życzenie (Twój Asystent PZU Pomoc) – dostępne 24 godziny na dobę.

Przykładowe oferty: rabat na paliwo, odzież, elektronikę, atrakcyjna zniżka na ubezpieczenie turystyczne i wiele innych.

Członkowie Klubu mogą korzystać również z usług na życzenie organizowanych w ramach Twojego Asystenta PZU Pomoc, takich jak np.:

- zorganizowanie pomocy fachowca (np. hydraulika, elektryka),
- organizacja holowania, wynajmu auta, wyjazdu na wakacje (rezerwacja hotelu, wycieczki, biletów na podróż itp.).

Aby dowiedzieć się więcej, wejdź na stronę klubpzupomoc.pzu.pl.



Korzyści dla pracodawcy, pracowników i ich bliskich



Dla pracodawcy

- Buduje wizerunek dobrego i nowoczesnego pracodawcy.
- Może zwiększyć atrakcyjność miejsca pracy dzięki rozbudowanemu ubezpieczeniu połączonemu z opieką lekarską.
- Może ograniczyć nieobecność pracowników z powodu choroby dzięki dostępowi do prywatnej opieki medycznej.
- Może zaliczyć składki z ubezpieczenia w koszty uzyskania przychodu.
- Może zabezpieczyć się finansowo w razie konieczności wypłaty odprawy pośmiertnej*.



Dla pracodawcy i pracowników

- Zyskają dostęp do profesjonalnej opieki medycznej w blisko 600 miastach w Polsce – także podczas delegacji i urlopów.
- Otrzymają szybki dostęp do lekarzy specjalistów (bez skierowań) oraz do badań diagnostycznych.
- Mogą uzyskać dodatkowe środki finansowe po leczeniu szpitalnym lub operacji.
- Mogą skorzystać z określonej liczby zabiegów rehabilitacyjnych po wypadku lub chorobie.
- Mogą płacić mniej za leki na receptę przepisane m.in. w związku z gripą czy zapaleniem gardła.



Dla bliskich – współubezpieczonych

- Otrzymają możliwość kompleksowej ochrony zdrowia – od badań profilaktycznych po wsparcie finansowe po leczeniu specjalistycznym.
- Zyskają szybki dostęp do lekarzy specjalistów (bez skierowań) oraz do badań diagnostycznych.
- Mogą otrzymać wsparcie finansowe w razie śmierci ubezpieczonego.

* Pracodawca może być zwolniony, na zasadach określonych w art. 93 Kodeksu pracy, z obowiązku wypłaty odprawy pośmiertnej rodzinie zmarłego pracownika - w całości lub części - jeśli ubezpieczy tego pracownika na życie i będzie finansował koszt składki z tytułu tego ubezpieczenia.



Przewodnik po ogólnych warunkach ubezpieczenia

Co to są ogólne warunki ubezpieczenia?

Przed zawarciem umowy ubezpieczenia **PZU Ochrona i Zdrowie** otrzymałeś **ogólne warunki ubezpieczenia (OWU)**. Dokument ten zawiera m.in. spis zdarzeń objętych ubezpieczeniem, sposób przystąpienia do ubezpieczenia, zakres odpowiedzialności PZU Życie SA. Aby ubezpieczony mógł podjąć świadomą decyzję o przystąpieniu do ubezpieczenia, istotne jest, by wcześniej zapoznał się z treścią OWU.



Ważne

OWU są ogólnodostępne na pzu.pl.

Na co zwrócić szczególną uwagę w OWU?

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – w ubezpieczeniu PZU Ochrona i Zdrowie **przedmiotem** jest życie i zdrowie ubezpieczonego.

Zakres dzieli się na:

- ubezpieczenie podstawowe: śmierć ubezpieczonego,
- ubezpieczenie dodatkowe (tzw. dodatki), np. leczenie szpitalne, trwały uszczerbek na zdrowiu.

Wyłączenia odpowiedzialności – wskazujemy, w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia.

Karencja – okres po zawarciu umowy oraz przystąpieniu do umowy, w którym nie ponosimy odpowiedzialności ubezpieczeniowej względem danej osoby.

Przystąpienie do umowy – wskazujemy, kogo i w jaki sposób ubezpieczamy.

Wypłata świadczeń – wskazujemy, komu i kiedy wypłacimy pieniądze.

Definicje – wyjaśnienie (w porządku alfabetycznym) pojęć używanych w treści OWU. Najważniejsze definicje:

- **Ubezpieczający** – zakład pracy, który zawarł z nami umowę ubezpieczenia,
- **Ubezpieczony** – osoba objęta naszą ochroną,
- **Ubezpieczony podstawowy** – pracownik, który ma podpisaną umowę z zakładem pracy (ubezpieczającym),
- **Ubezpieczony bliski** – mąż albo partner życiowy, pełnoletnie dziecko – wskazani przez pracownika jako osoby objęte naszą ochroną:
 - mąż – osoba będąca w związku małżeńskim z pracownikiem,
 - partner życiowy – osoba niespokrewniona z ubezpieczonym podstawowym bądź jego dziećmi, niebędąca w związku małżeńskim,
 - pełnoletnie dziecko – dziecko biologiczne (lub w pełni przysposobione) ubezpieczonego podstawowego bądź małżonka albo partnera życiowego.
- **Karencja** – szczegóły znajdziesz na kolejnych dwóch stronach.



Przewodnik po ogólnych warunkach ubezpieczenia

Kto jest uprawnionym do wypłaty świadczeń?

Z tytułu śmierci ubezpieczonego uprawnionymi do otrzymania świadczenia są uposażeni wskazani na polisie. Osoba ubezpieczona może w dowolnym momencie wskazać, zmienić lub odwołać osobę uposażoną. Osoba uposażona nie musi być spokrewniona z ubezpieczoną.

Z tytułu świadczeń dodatkowych – uprawnionym do otrzymania świadczeń z ubezpieczeń dodatkowych (np. za urodzenie się dziecka, leczenie szpitalne, trwałe uszczerbek na zdrowiu, śmierć rodziców) jest ubezpieczony. Podczas zgłaszania zdarzenia może wskazać dowolny numer rachunku bankowego (również nienależący do niego), na który mamy przekazać pieniądze. Dodatkowo może upoważnić dowolną osobę do odbioru świadczenia.

Jeżeli ubezpieczony umrze, a w okresie naszej odpowiedzialności nastąpiło zdarzenie objęte umową (którego nie zgłosił lub za które nie zdążył odebrać świadczenia), o świadczenie z ubezpieczenia mogą się starać jego spadkobiercy.



Ważne

Roszczenia o przyznanie świadczeń z oferowanych umów ubezpieczenia przedawniają się z upływem 3 lat. Należy mieć na uwadze ten termin, w razie zajścia zdarzenia objętego naszą ochroną.

Kiedy kończy się ubezpieczenie pracownika i ubezpieczenie współubezpieczonego?

Koniec naszej ochrony następuje m.in. podczas wystąpienia jednej z okoliczności:

- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie zakładu pracy, że odstępuje od umowy,
- z chwilą śmierci pracownika,
- z końcem miesiąca, w którym ustał stosunek prawny, jaki łączył pracownika z ubezpieczającym (np. zakończyła się jego umowa o pracę).

Szczegółowe opisy sytuacji znajdziesz w OWU.

Co to są karencje?

Po przystąpieniu do ubezpieczenia może wystąpić okres, w którym już opłacasz składki, ale nie ponosimy jeszcze odpowiedzialności za niektóre zdarzenia ubezpieczeniowe. Ten okres nazywamy karencją.

Karencji nie stosuje się, jeżeli zdarzenie było spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem.



Karencje w ubezpieczeniu PZU Ochrona i Zdrowie:

KARENCJE				
6 MIESIĘCY (dotyczy osób przystępujących po 4. miesiącu od nabycia praw)	9 MIESIĘCY (dotyczy osób przystępujących po 4. miesiącu od nabycia praw)	30 DNI	90 DNI	180 DNI
<ul style="list-style-type: none"> Śmierć ubezpieczonego Śmierć małżonka albo partnera życiowego Śmierć rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego Śmierć dziecka Urodzenie martwego dziecka 	<ul style="list-style-type: none"> Urodzenie dziecka 	<ul style="list-style-type: none"> Leczenie szpitalne ubezpieczonego, małżonka lub partnera życiowego i dziecka Leczenie szpitalne plus Konsultacja zagraniczna i assistance Karta apteczna 	<ul style="list-style-type: none"> Ciężkie choroby ubezpieczonego i dziecka Specjalistyczne leczenie Ciężkie choroby – usługi medyczne 	<ul style="list-style-type: none"> Operacje chirurgiczne ubezpieczonego i małżonka lub partnera życiowego Operacje chirurgiczne plus Ciężka choroba małżonka albo partnera życiowego

Istnieje możliwość odstąpienia od karencji dla ryzyk:

- śmierć ubezpieczonego,
- śmierć małżonka albo partnera życiowego,
- śmierć rodzica oraz rodzica małżonka albo rodzica partnera życiowego,
- śmierć dziecka,
- urodzenie dziecka lub urodzenie martwego dziecka

w określonych przypadkach, gdy:

- **ubezpieczony podstawowy przystąpi do ubezpieczenia w ciągu 4 miesięcy** od zawarcia umowy przez zakład pracy bądź powstania stosunku prawnego łączącego go z firmą, w której pracuje;
- **małżonek przystąpi do ubezpieczenia w ciągu 4 miesięcy** od zawarcia umowy przez zakład pracy bądź zawarcia związku małżeńskiego bądź powstania stosunku prawnego łączącego jego małżonka z firmą, w której pracuje – jeżeli ubezpieczony podstawowy nie posiada karencji;
- **partner życiowy przystąpi do ubezpieczenia w ciągu 4 miesięcy** od zawarcia umowy przez zakład pracy, bądź powstania stosunku prawnego łączącego jego partnera życiowego z firmą, w której pracuje – jeżeli ubezpieczony podstawowy nie posiada karencji;
- **pełnoletnie dziecko przystąpi do ubezpieczenia w ciągu 4 miesięcy** od zawarcia umowy przez zakład pracy bądź uzyskania pełnoletności bądź powstania stosunku prawnego łączącego jego rodzica z firmą, w której pracuje – jeżeli ubezpieczony podstawowy nie posiada karencji.



Grupowe ubezpieczenie na życie
a kwestie księgowo, podatkowe
i prawne



Składka za ubezpieczenie jako koszt uzyskania przychodów

Ubezpieczenie grupowe może być finansowane w całości przez pracownika albo pracodawcę lub wspólnie w ustalonym zakresie.

Jeżeli m.in. opłacasz pracownikom grupowe ubezpieczenie na życie i zdrowie oraz nie jesteś wskazany przez pracownika jako uposażony, **możesz zaliczyć składki za ubezpieczenie do kosztów uzyskania przychodów.**



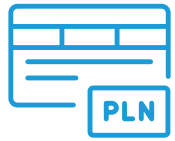
Składka za ubezpieczenie jako przychód pracownika

Jeśli opłacasz pracownikom całość lub część składki za grupowe ubezpieczenie na życie i zdrowie, **powinieneś tę kwotę doliczyć do przychodu pracownika** i od całości wynagrodzenia (pensji i finansowanej przez Ciebie składki) pobrać podatki i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne.

Przykład

Pracownik zarabia 1000 zł brutto, dodatkowo opłacasz mu składkę za ubezpieczenie w wysokości 50 zł. Wartość podatków i składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne odliczasz od kwoty 1050 zł.

Pamiętaj, że już sam fakt posiadania przez pracownika ubezpieczenia zdrowotnego lub ochronnego stanowi o jego przychodzie. Nie ma znaczenia, czy korzysta ze świadczeń.



Opodatkowanie świadczeń wyłaconych z ubezpieczeń na życie

Świadczenia z tytułu ubezpieczeń na życie, otrzymane przez uposażonych, **są zwolnione z podatku**. Uposażeni nie mają obowiązku informować urzędu skarbowego o świadczeniu otrzymanym z ubezpieczenia na życie (inaczej niż np. w przypadku darowizn).

Ubezpieczony decyduje, kogo chce zabezpieczyć w sytuacji, gdy go zabraknie. Osoba uposażona, aby otrzymać pieniądze, nie musi być spokrewniona z osobą objętą ochroną ubezpieczeniową. Jednak musi być wskazana przez ubezpieczonego na deklaracji. Ubezpieczony może w każdym momencie zmienić osobę uposażoną.



Wyплаты z ubezpieczeń na życie a masa spadkowa

Kwota świadczenia z grupowego ubezpieczenia na życie, wypłacona osobie uprawnionej w razie śmierci ubezpieczonego, **nie należy do spadku po ubezpieczonym**.



Dziedziczenie świadczeń z ubezpieczeń

Ubezpieczony może wskazać jako uposażonego jedną lub więcej osób. Może też nie wskazać nikogo. Jeśli ubezpieczony nie wskaże w deklaracji ani jednej osoby uposażonej, świadczenie z grupowego ubezpieczenia na życie przypada osobom zgodnie z pkt 87 OWU.



Wyплата świadczenia z grupowego ubezpieczenia na życie a odprawa pośmiertna

Odprawa pośmiertna przysługuje rodzinie pracownika, który zmarł w czasie trwania stosunku pracy bądź po jego rozwiązaniu w okresie pobierania zasiłku z tytułu niezdolności do pracy wskutek choroby. Odprawa dzielona jest na równe części pomiędzy uprawnionych członków rodziny. Jej wysokość jest uzależniona od stażu pracy u danego pracodawcy i wynosi równowartość jedno-, trzy- lub maksymalnie sześciomiesięcznej pensji.

Odprawa pośmiertna jest wypłacana ze środków pracodawcy.

Jako pracodawca możesz zostać zwolniony z konieczności jej poniesienia, przerzucając ten jednorazowy, relatywnie duży wydatek na PZU, a płacąc jedynie niewielkie miesięczne (stałe i przewidywalne) składki za grupowe ubezpieczenie na życie dla swoich pracowników.

Warunki zwolnienia z odprawy pośmiertnej:

- ✓ Pracodawca finansuje pracownikowi 100% składki za część ubezpieczenia zapewniającą wypłatę świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego.

- ✓ Osobami uposażonymi muszą być osoby uprawnione do renty rodzinnej w myśl przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, tj. małżonek i najbliższa rodzina (należy pamiętać, że pracownik może wskazać w deklaracji jako uposażonych inne osoby, a orzecznictwo nie jest jednoznaczne w kwestii zwolnienia pracodawcy z wypłaty odprawy, jeżeli uposażonymi są osoby inne niż wskazane w ustawie).
- ✓ Kwota świadczenia wypłacanego z ubezpieczenia musi być wyższa niż kwota przysługującej odprawy pośmiertnej. Gdy wysokość świadczenia będzie niższa, pracodawca będzie zobowiązany wypłacić rodzinie różnicę.

Świadczenie z ubezpieczenia, które finansował lub współfinansował pracownik, nie zwalnia pracodawcy z wypłaty odprawy pośmiertnej. Pieniądze z ubezpieczenia będą w takiej sytuacji dodatkowym wsparciem dla rodziny.



Podstawy prawne

Składka za ubezpieczenie jako koszt uzyskania przychodów:

Art. 16. ust. 1 pkt 59 – Nie uważa się za koszty uzyskania przychodów: składki opłaconych przez pracodawcę z tytułu zawartych lub odnowionych umów ubezpieczenia na rzecz pracowników, z wyjątkiem umów dotyczących ryzyka, o którym mowa w dziale I w grupach 1, 3 i 5 oraz w dziale II w grupach 1 i 2 załącznika do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, jeżeli uprawnionym do otrzymania świadczenia nie jest pracodawca i umowa ubezpieczenia w okresie 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym ją zawarto lub odnowiono, wyklucza:

- a) wypłatę kwoty stanowiącej wartość odstąpienia od umowy,
- b) możliwość zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy,
- c) wypłatę z tytułu dożycia wieku oznaczonego w umowie (ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych, opracowano na podstawie: t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1387 z późn. zm.; art. 23 ust. 1 pkt 57 oraz ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, opracowano na podstawie: t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 2032 z późn. zm.).

Składka za ubezpieczenia jako przychód pracownika:

Art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, opracowano na podstawie: t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 2032 z późn. zm.

Pamiętaj, że każdy przypadek należy rozpatrywać indywidualnie. W razie wątpliwości dotyczących kwestii podatkowych, księgowych i prawnych skontaktuj się ze specjalistą. PZU nie świadczy usług o charakterze doradztwa podatkowego, księgowego i prawnego.

Opodatkowanie świadczeń wypłaconych z ubezpieczeń na życie:

Art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.

Wypłata świadczenia z grupowego ubezpieczenia na życie a odprawa pośmiertna:

Art. 93 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 917, 1000, 1076 z późn. zm.

Wypłaty z ubezpieczeń na życie a masa spadkowa:

Zgodnie z art. 831 par. 3 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, opracowane na podstawie Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.

Ustalanie osoby uprawnionej do świadczenia w ubezpieczeniu na życie:

Zgodnie z art. 831 i 832 Kodeksu cywilnego ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, opracowane na podstawie: t.j. Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.



Zawarcie i obsługa grupowego ubezpieczenia na życie



Zawarcie ubezpieczenia

Początek ochrony rozpoczyna się od pierwszego dnia wnioskowanego miesiąca ochrony, wskazanego na wniosku o zawarcie ubezpieczenia – pod warunkiem podpisania kompletu wymaganych dokumentów, terminowego przekazania ich do PZU oraz opłacenia składki zgodnie z informacją zawartą na wniosku.

Pamiętaj

Aby została uruchomiona ochrona, a ubezpieczeni mogli korzystać z ubezpieczenia, składka w pełnej wymaganej kwocie musi zostać przekazana maksymalnie do ostatniego dnia miesiąca, za który jest należna.

Przykład:

Wnioskowany początek ochrony – 1 października. Maksymalny czas opłacenia składki – 31 października.

Po zawarciu ubezpieczenia, czyli podpisaniu i przekazaniu kompletu wymaganych dokumentów oraz opłaceniu składki, na wskazany adres zakładu pracy wyślemy polisę – dokument potwierdzający zawarcie umowy i jej warunki.

Jeżeli umowa ubezpieczenia obsługiwana jest przez osobę z zakładu pracy oraz osoba uprawniona do reprezentowania ubezpieczającego wyraziła zgodę na komunikację drogą elektroniczną, to polisa zostanie przekazana za pośrednictwem systemu obsługowego eRU.

Osoby przystępujące do ubezpieczenia mogą otrzymać potwierdzenie zakresu ubezpieczenia. Wystarczy przekazać sprzedawcy informację o takiej potrzebie.



Opłacanie składek

Modele opłacania składek

- ✓ **Finansowanie w całości przez pracodawcę** – w tym przypadku możesz zostać zwolniony z wypłaty odprawy pośmiertnej w razie śmierci pracownika.
- ✓ **Współfinansowanie z pracownikiem** – nie ponosisz pełnego kosztu składek. Możesz ustalić z pracownikami dowolny, procentowy udział w ich opłaceniu.
- ✓ **Finansowane w całości przez pracownika** – nie ponosisz kosztów składek za ubezpieczenie, ale umożliwiasz pracownikowi przystąpienie do ubezpieczenia na atrakcyjnych warunkach, jakie zapewniają polisy grupowe.

Potrącenie składek przez pracodawcę

Pracownik, który przystępuje do pracowniczego ubezpieczenia grupowego, nie musi pamiętać o opłaceniu składek – za jego zgodą będą one co miesiąc potrącanie przez pracodawcę z wynagrodzenia.



Ważne

W razie, gdy z uwagi na ograniczenia wynikające z przepisów dotyczących kwot wynagrodzenia wolnych od potrąceń, nie będzie możliwe potrącenie składki z wynagrodzenia ubezpieczonego pracownika, pracownik ten będzie musiał tę składkę wpłacić samodzielnie, np. w kasie firmy, aby pracodawca mógł przekazać ją PZU.

Pisemna dyspozycja pracownika, która upoważnia pracodawcę do potrąceń składek na ubezpieczenie (może być zawarta w polisie lub deklaracji zgody), powinna wyraźnie wskazywać, że pracownik zgadza się zarówno na potrącanie składki z jego wynagrodzenia, jak i z zasiłków. Jeżeli takie wyraźne stwierdzenie nie znajdzie się w dyspozycji złożonej przez pracownika, to pracodawca nie może dokonać potrąceń.

Zgody pozyskane od pracowników na potrącanie składek z wynagrodzenia nie powinny być przekazywane do PZU. Jest to dokument przechowywany przez pracodawcę.



Ciekawe

Ubezpieczona, która przebywa na zasiłku macierzyńskim, sama finansuje swoje składki w ramach grupowego ubezpieczenia na życie u pracodawcy, mimo podpisania zgody na potrącenie składki z wynagrodzenia. Dzieje się tak, ponieważ jej składka nie może być potrącona z zasiłku, dopóki nie złoży pracodawcy odrębnej zgody na dokonywanie potrąceń z zasiłku.

Jeżeli składki za ubezpieczenie na życie są finansowane przez pracowników, to są one potrącane z wynagrodzenia. Na liście wynagrodzeń powinno być to widoczne w potrąceniach. Chyba że umówicie się inaczej.

Dobłą praktyką jest, aby pracodawca, u którego funkcjonują ubezpieczenia dodatkowe, wyznaczył osobę odpowiedzialną za ich obsługę. Najczęściej osobą administrującą grupowym ubezpieczeniem na życie zostaje pracownik odpowiedzialny za kadry lub księgowość. Taka osoba najczęściej najlepiej orientuje się w stanie kadrowym firmy i jest jej najłatwiej ustalić listę osób objętych ubezpieczeniem.



Pamiętaj

Przedstawione rozwiązania są tylko przykładem. Najlepsze rozwiązania dla każdego pracodawcy są uzgadniane z przedstawicielem PZU podczas zawierania ubezpieczenia.

Opłacanie składek

Zakres ubezpieczenia, termin oraz częstotliwość opłacania składek za wszystkich ubezpieczonych – zarówno pracowników, jak i współubezpieczonych – są wskazane w polisie, która została dostarczona do zakładu pracy listownie lub przez sprzedawcę.



Ważne

W przypadku braku odnotowania całości lub części wpłaty wezwiemy ubezpieczającego do zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania. Naszą ochronę wobec wszystkich ubezpieczonych zawiesimy w ostatnim dniu tego miesiąca, za który nie otrzymaliśmy wszystkich składek.

W celu wyjaśnienia ewentualnych rozbieżności w wysokości należnej kwoty skontaktuj się z osobą obsługującą Twoją polisę lub z infolinią pod numerem 22 566 55 66 (opłata zgodna z taryfą operatora). Wznowimy naszą ochronę i zachowamy jej ciągłość, jeśli zaległe składki zostaną uregulowane przed upływem 3. miesiąca zaległości.

W razie zaległości – każdą wpłatę przeznaczymy w pierwszej kolejności na ich pokrycie.



Pamiętaj

Aby ochrona ubezpieczeniowa pozostała aktywna, składka musi zostać przekazana:

1. Przez ubezpieczającego, jednym przelewem na podany w polisie numer rachunku bankowego.
2. Zawsze w pełnej kwocie za wszystkie ubezpieczone osoby.
3. W wyznaczonym w polisie terminie płatności.



Ważne

Zarówno każde przystąpienie, jak i rezygnacja z ubezpieczenia muszą być zgłaszane terminowo, tak aby składka za ubezpieczenie została prawidłowo rozliczona, a ubezpieczeni zachowali ciągłość ochrony i na bieżąco mogli z niej korzystać.



Obsługa ubezpieczenia

Przystąpienie i wyrejestrowanie z ubezpieczenia

Dokumenty potrzebne do przystąpienia:

- druk deklaracji przystąpienia,
- aktualny wykaz osób ubezpieczonych,
- zgoda na potrącenie składki ubezpieczeniowej z wynagrodzenia (oświadczenie to jest dokumentem dla zakładu pracy i powinno w nim pozostać – nie powinno być wysyłane do PZU).

Aby pracownik lub jego bliski zostali ubezpieczeni od 1. dnia najbliższego miesiąca, oryginał deklaracji przystąpienia należy przekazać jak najszybciej do osoby obsługującej ubezpieczenie w firmie (nie później niż do końca miesiąca poprzedzającego początek ochrony).

Przykład:

Wniosek został podpisany przez pracodawcę 10 września. Deklaracje zostały podpisane i przekazane do sprzedawcy 15 września. Składka została opłacona 31 października. Początek odpowiedzialności (objęcia ochroną) – 1 października.

Dokładny termin opłacenia składki za wszystkich ubezpieczonych znajdziesz w polisie.



Pamiętaj

Jeśli zatrudniasz nowego pracownika lub obecny pracownik, który dotąd nie był ubezpieczony, jest zainteresowany naszą ofertą – skontaktuj się e-mailowo lub telefonicznie z opiekunem polisy. Przedstawi on Twoim pracownikom ofertę ubezpieczenia dostępną w firmie i wyjaśni, jak z niej skorzystać.

Twojemu pracownikowi zostaną przekazane:

- ✓ klauzula sprzedażowa,
- ✓ oferta ubezpieczenia,
- ✓ deklaracja przystąpienia.

Ogólne warunki ubezpieczenia muszą zostać przekazane przez pracodawcę przed złożeniem deklaracji przystąpienia. Jeżeli pracownik wyrazi chęć przystąpienia do ubezpieczenia oraz uzupełni deklarację, skan podpisanego dokumentu wraz z wykazem należy przekazać do opiekuna polisy.

Kalendarz księgowy

MAJ						
PN	WT	ŚR	CZ	PT	SO	N
DPO 1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	ZGODA 12	13	14
PENSJA 15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	SKŁADKA ZMIANA 31				



Ważne

W kolejnych miesiącach:

1. Do końca miesiąca poprzedzającego początek ochrony przekazujemy deklaracje nowo ubezpieczonych.
2. Do ostatniego dnia miesiąca przekazujemy do PZU listę wyrejestrowanych z ubezpieczenia.
3. Do ostatniego dnia miesiąca przekazujemy składkę za ubezpieczonych. Pamiętaj, że dokładny termin na przekazanie składki został podany w polisie.

Agenda do kalendarza księgowego

Ubezpieczenie współfinansowane przez pracodawcę

DPO	Data początku odpowiedzialności na polisie – 1. dzień kalendarzowy miesiąca.
Zgoda	Pozyskanie pisemnych zgód pracowników na potrącanie składek za ubezpieczenie z wynagrodzenia. Zgody przechowywane są u pracodawcy.
Pensja	Potrącenie składki za ubezpieczenie z wynagrodzenia pracowników. Jeżeli wartość składki opłacanej na ubezpieczenie grupowe i współfinansowanej przez pracodawcę jest przychodem pracownika, powinna zostać doliczona do wynagrodzenia zasadniczego za konkretny miesiąc. Od tej kwoty należy obliczyć zaliczkę na podatek dochodowy oraz składki na ubezpieczenia społeczne i składkę zdrowotną.
Zmiana	Przekazanie do PZU deklaracji nowo przystępujących oraz druków zmiany, np. aktualizacji osób uposażonych.
Składka	Do ostatniego dnia miesiąca – zaksięgowanie składki za ubezpieczenie przekazane do PZU.

Ubezpieczenie finansowane przez pracodawcę

DPO	Data początku odpowiedzialności na polisie – 1. dzień kalendarzowy miesiąca.
Pensja	Pracodawca opłacający składki powinien doliczyć do przychodu pracownika kwotę opłaconej składki ubezpieczeniowej i pobrać od całości należne składki ubezpieczeniowe i podatki.
Zmiana	Przekazanie do PZU deklaracji nowo przystępujących oraz druków zmiany, np: aktualizacji osób uposażonych.
Składka	Do ostatniego dnia miesiąca – zaksięgowanie składki za ubezpieczenie przekazane do PZU.

Rezygnacja z pracy lub z ubezpieczenia

Jeżeli ubezpieczony pracownik rezygnuje z ubezpieczenia lub odejdzie z pracy, wystarczy przekazać osobie obsługującej ubezpieczenie informację o konieczności wyrejestrowania ubezpieczonego (w celu rejestracji zmiany w systemie).

Zmiana wariantu

Jeżeli zakład pracy posiada kilka wariantów ubezpieczenia, **pracownik oraz współubezpieczony mogą zmienić wariant ubezpieczenia tylko w rocznicę polisy**. Wystarczy ponownie uzupełnić deklarację przystąpienia i przekazać ją osobie obsługującej ubezpieczenie najpóźniej do ostatniego dnia miesiąca ochrony. Osoby współubezpieczone zawsze muszą posiadać ten sam wariant co ubezpieczony podstawowy. Dlatego podczas zmiany wariantu przez pracownika osobom współubezpieczonym również zostanie zmieniony zakres ubezpieczenia zgodnie z dyspozycją ubezpieczonego podstawowego.

Przykład:

Rocznica polisy przypada 1 września. Aby pracownik miał możliwość zmiany wariantu ubezpieczenia, powinien ponownie uzupełnić deklarację przystąpienia oraz przekazać ją osobie obsługującej ubezpieczenie najpóźniej do końca miesiąca poprzedzającego początek ochrony. Współubezpieczeni zostaną automatycznie objęci nowym wariantem wybranym przez pracownika.

Odejście pracownika z firmy lub rezygnację z ubezpieczenia należy zgłosić jak najszybciej do osoby obsługującej ubezpieczenie w firmie (nie później niż do końca miesiąca poprzedzającego początek ochrony). Jeżeli wraz z pracownikiem były ubezpieczone osoby bliskie (współmałżonek, partner, pełnoletnie dziecko), to również one zostaną wyrejestrowane z ubezpieczenia.

Zmiana danych ubezpieczającego

Twoim obowiązkiem jako ubezpieczającego jest zgłoszenie do PZU zmiany danych firmy:

- nazwy ubezpieczającego,
- adresu siedziby oraz adresu korespondencyjnego,
- numeru NIP,
- numeru REGON,
- telefonu kontaktowego,
- danych osoby wyznaczonej do kontaktu.

Powyższe zmiany możesz zgłosić u opiekuna obsługującego Twoją polisę.

Przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia:

Ubezpieczający może przenieść na inny podmiot prawa i obowiązki, które wynikają z umowy. Przeniesienie musi zostać zaakceptowane pisemnie przez PZU Życie SA – pod rygorem nieważności.



Ważne

Brak aktualizacji danych może utrudnić prawidłowe funkcjonowanie polisy, np. spowodować brak możliwości wyjaśnienia rozbieżności płatności, przez co ochrona ubezpieczeniowa może zostać zawieszona.

Zmiana danych ubezpieczonego lub współubezpieczonego

Obowiązkiem ubezpieczonego jest zgłoszenie do PZU zmiany danych – swoich i współubezpieczonego:

- nazwiska,
- adresu zamieszkania lub adresu korespondencyjnego,
- danych kontaktowych (numer telefonu, adres e-mailowy),
- danych osoby uposażonej,
- danych partnera życiowego.

Powyższe zmiany pracownik może zgłosić u opiekuna obsługującego polisę.



Ważne

Brak aktualizacji danych może utrudnić prawidłowe korzystanie z ubezpieczenia, np. wypłatę świadczenia w związku z nieaktualnym nazwiskiem lub danymi korespondencyjnymi ubezpieczonego.

Wyrejestrowanie pracownika po osiągnięciu granicy wieku

Jeśli ubezpieczony osiągnie maksymalną granicę wieku wskazaną w ogólnych warunkach ubezpieczenia, to w ciągu 30 dni przed rocznicą polisy na adres firmy wyślemy pismo z informacją o planowanej dacie wyrejestrowania go z ubezpieczenia.

Po otrzymaniu pisma prosimy o poinformowanie o tym fakcie ubezpieczonego pracownika lub współubezpieczonego.

Osoba, która przekroczyła dopuszczalną granicę wieku, ma możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia i może zawrzeć ją w najbliższym oddziale PZU.

Informacje o wypowiedzeniu umowy należy przekazać również osobie rozliczającej ubezpieczenie w zakładzie pracy (w celu prawidłowego rozliczenia należnej składki za ubezpieczenie).

Prawa i obowiązki ubezpieczającego

Obowiązki ubezpieczającego:

- Doręczenie na piśmie ogólnych warunków umowy (w tym OWU) osobom, które przystępują do ubezpieczenia – zanim podpiszą deklaracje. Ubezpieczający może doręczyć warunki umowy, w tym OWU, na innym trwałym nośniku – jeżeli osoba przystępująca do ubezpieczenia wyrazi na to zgodę.
- Zebranie i przekazanie do PZU podpisanych deklaracji przystąpienia.
- Informowanie PZU o zmianie danych osobowych i teleadresowych: ubezpieczającego, a także ubezpieczonych, współubezpieczonych, uposażonych – jeśli wcześniej ubezpieczony nie zgłosił nam tych zmian.

- Przekazywanie składek za ubezpieczenie w terminie określonym w umowie.
- Dostarczanie rozliczeń składek do końca miesiąca, którego dotyczy rozliczenie, i wykazu ubezpieczonych w terminie wskazanym w pkt 10 ogólnych warunków ubezpieczenia na życie PZU Pod Dobrą Opieką.
- Przekazywanie rezygnacji z ubezpieczenia – ubezpieczonych i współubezpieczonych – w sposób uzgodniony w polisie.
- Przekazywanie ubezpieczonym informacji o zmianie warunków umowy lub zmianie prawa właściwego dla umowy i o wpływie tych zmian na wartość świadczenia. Informacje te przekazuje w formie, którą określa ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Ubezpieczający musi przekazać ubezpieczonym i współubezpieczonym te informacje, zanim wyrazi zgodę na takie zmiany.
- Przekazywanie – na prośbę PZU – innych dokumentów, które są niezbędne do właściwej realizacji umowy.
- Wyznaczenie osoby, która będzie odpowiadała za wykonywanie przez ubezpieczającego umowy oraz informowanie ubezpieczonych i PZU o tym, że wyznaczył taką osobę.

Ubezpieczający może przenieść na inny podmiot prawa i obowiązki, które wynikają z umowy. Przeniesienie musi zostać zaakceptowane pisemnie przez PZU Życie SA – pod rygorem nieważności.

W przypadku wątpliwości skontaktuj się z opiekunem polisy wskazanym podczas zawarcia ubezpieczenia.



Wsparcie w obsłudze ubezpieczenia

Wsparcie dla osoby obsługującej ubezpieczenie

W każdym momencie trwania ubezpieczenia masz możliwość wskazania osoby obsługującej Twoją polisę.

Osobą obsługującą może być:

- przedstawiciel PZU,
- pracownik wskazany przez zakład pracy.

Obsługa ubezpieczenia może być też prowadzona zarówno przez przedstawiciela PZU, jak i osobę wyznaczoną do obsługi przez zakład pracy.

Dzięki systemowi do obsługi ubezpieczenia – eRU – możesz:

- zarejestrować i wyrejestrować ubezpieczonych,
- przygotowywać rozliczenia miesięczne, dzięki którym możesz kontrolować stan ubezpieczonych i płatności,
- komunikować się z PZU,
- zmieniać dane ubezpieczonych oraz zakładu pracy,
- zgłosić zdarzenie objęte zakresem ubezpieczenia.



Ważne

W przypadku wyznaczenia do obsługi ubezpieczenia osoby z zakładu pracy wymagane jest podpisanie dodatkowych dokumentów umożliwiających nadanie dostępu do systemu eRU.

W przypadku obsługi ubezpieczenia jedynie przez przedstawiciela PZU wszelkie czynności zostały dopełnione na etapie spisania wniosku o zawarcie ubezpieczenia.

Pracujesz w systemie eRU i potrzebujesz pomocy?

- ✓ Uzyskasz ją, dzwoniąc na naszą infolinię **Znamy się** pod numer **(22) 566 55 66**. Konsultanci pomogą Ci rozwiązać problemy techniczne, a także kwestie związane z obsługą systemu oraz z umową ubezpieczenia.
- ✓ Możesz też napisać e-mail na adres: **znamysie@pzu.pl**.
- ✓ Odwiedź naszą stronę **znamysie.pl**. Znajdziesz tam wszystkie dokumenty niezbędne do obsługi ubezpieczeń grupowych oraz formularz on-line „Szybki kontakt”, za którego pośrednictwem możesz zadać pytanie naszemu konsultantowi. Odpowie Ci e-mailowo lub oddzwoni do Ciebie. **Aby uzyskać dostęp do strony znamysie.pl, skontaktuj się z infolinią.**

Wsparcie dla osoby obsługującej ubezpieczenie

W jakich sytuacjach pomogą Ci konsultanci infolinii?

System eRU:

- logowanie (sprawdzą poprawność loginu, wygenerują hasło, sprawdzą ustawienia przeglądarki),
- wprowadzanie deklaracji przystąpienia i deklaracji zmiany,
- kopiowanie deklaracji z dotychczasowej polisy do nowej,
- wprowadzanie odejścia z grupy,
- drukowanie dokumentów,
- rozwiązywanie konfliktów danych osobowych,
- potwierdzanie deklaracji rozliczeniowej (rozliczenia miesięcznego),
- generowanie wykazu ubezpieczonych,
- zmiana danych zakładu pracy,
- zmiana danych osoby obsługującej ubezpieczenie grupowe,
- korygowanie danych osobowych i adresowych ubezpieczonego,
- zgłaszanie błędu technicznego,
- zgłaszanie zdarzenia.

Korekty:

- korygowanie daty i przyczyny odejścia z grupy,
- wycofanie odejścia z grupy,
- zmiana daty i usuwanie deklaracji przystąpienia lub deklaracji zmiany,
- zmiana daty początku odpowiedzialności dla ubezpieczonego,
- zmiana daty zatrudnienia na deklaracji przystąpienia,
- dodanie i usunięcie ubezpieczeń dodatkowych,
- zmiana zakresu ubezpieczeń dodatkowych.

Udzielanie informacji:

- konsultowanie i pobieranie ogólnych warunków ubezpieczenia (OWU),
- ustalanie salda na polisie (udziela informacji np. o liczbie ubezpieczonych, przypisie składki, wpłatach, nadpłatach, zaległościach),
- pobieranie i konsultowanie procedur obsługowych (np. związanych z rotacją ubezpieczonych, odejściami, roszczeniami).



Zgłoszenie zdarzenia, umówienie wizyty lekarskiej, refundacja kosztów leczenia i dofinansowanie leków



Jak zgłosić zdarzenie

Zdarzenie możesz zgłosić na kilka sposobów:



wypełnij **formularz internetowy** na stronie pzu.pl



skorzystaj z **czatu wideo**



zadzwoń pod numer 801 102 102 lub 22 566 55 55
(opłata zgodna z taryfą operatora)



wyślij **zgłoszenie listownie** na adres:
ul. Postępu 18 A, 02-676 Warszawa



wyślij **e-mail** na kontakt@pzu.pl



Zgodnie z Kodeksem cywilnym roszczenia z umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem 3 lat.

Zdarzenia medyczne najlepiej zgłosić po zakończeniu leczenia.



Jakie dokumenty należy przekazać do PZU

ZDARZENIE	JAKIE DOKUMENTY SĄ POTRZEBNE	DOKUMENTY UZUPEŁNIAJĄCE, O KTÓRE MOŻEMY POPROSIĆ
<ul style="list-style-type: none">• śmierć ubezpieczonego• śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku• śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy• śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	<ul style="list-style-type: none">• odpis skrócony aktu zgonu lub inny dokument potwierdzający śmierć• karta zgonu lub inna dokumentacja medyczna, w której zapisano przyczynę śmierci• dokument tożsamości osoby, która ma otrzymać pieniądze (np. dowód osobisty wydany po 1.01.2001 r., paszport, karta pobytu, prawo jazdy wydane po 1.07.1999 r., dla osób do 18. roku życia – legitymacja szkolna)	<ul style="list-style-type: none">• nieszczęśliwy wypadek: dokumentacja potwierdzająca okoliczności wypadku• wypadek komunikacyjny: dokument upoważniający do prowadzenia pojazdu, dokument potwierdzający stan trzeźwości (jeśli osoba ubezpieczona kierowała pojazdem), aktualne badanie techniczne lub inny dokument dopuszczający do ruchu pojazd uczestniczący w wypadku• wypadek przy pracy: dokumentacja potwierdzająca, że wypadek zdarzył się w pracy, np. protokół powypadkowy, dokumentacja z ZUS
<ul style="list-style-type: none">• śmierć współubezpieczonego: współmałżonka, rodzica ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego, rodzica współmałżonka, macochy/ojczyma ubezpieczonego, macochy/ojczyma współmałżonka, partnera życiowego (dotyczy umów, w których można ubezpieczyć partnera życiowego), rodzica partnera życiowego (dotyczy umów, w których można ubezpieczyć partnera życiowego)	<ul style="list-style-type: none">• odpis skrócony aktu zgonu współubezpieczonego• dokument tożsamości osoby, która ma otrzymać pieniądze	<ul style="list-style-type: none">• nieszczęśliwy wypadek: karta zgonu lub inna dokumentacja medyczna, w której zapisano przyczynę śmierci• śmierć rodzica współmałżonka: odpis skrócony aktu małżeństwa ubezpieczonego lub oświadczenie o pozostawaniu w związku małżeńskim• śmierć macochy albo ojczyma: odpis skrócony aktu zgonu biologicznej matki/ biologicznego ojca, odpis skrócony aktu małżeństwa macochy/ojczyma z biologiczną matką/biologicznym ojcem• śmierć pasierba: odpis skrócony aktu zgonu naturalnego rodzica i odpis skrócony aktu małżeństwa rodzica dziecka z ubezpieczonym
<ul style="list-style-type: none">• urodzenie dziecka• urodzenie martwego dziecka	<ul style="list-style-type: none">• odpowiednio: odpis skrócony aktu urodzenia dziecka albo odpis skrócony aktu urodzenia dziecka z adnotacją: „dziecko martwo urodzone”• dokument tożsamości osoby, która ma otrzymać pieniądze	
<ul style="list-style-type: none">• trwały uszczerbek na zdrowiu (trwałe, nieuleczalne uszkodzenie organizmu), poważne uszkodzenie ciała, złamanie kości, trwałe inwalidztwo	<ul style="list-style-type: none">• data i szczegółowy opis okoliczności zdarzenia potwierdzający, jak doszło do nieszczęśliwego wypadku oraz dokumentacja medyczna	<ul style="list-style-type: none">• nieszczęśliwy wypadek: dodatkowa dokumentacja, w której zapisano datę i okoliczności wypadku• wypadek komunikacyjny: dokument upoważniający do prowadzenia pojazdu oraz aktualne badanie techniczne lub inny dokument dopuszczający do ruchu pojazd, który uczestniczył w wypadku, dokument potwierdzający stan trzeźwości

ZDARZENIE	JAKIE DOKUMENTY SĄ POTRZEBNE	DOKUMENTY UZUPEŁNIAJĄCE, O KTÓRE MOŻEMY POPROSIĆ
<ul style="list-style-type: none"> • utrata sprawności 	<ul style="list-style-type: none"> • wniosek o wypłatę • dokumentacja medyczna potwierdzająca utratę sprawności • w przypadku utraty sprawności w następstwie nieszczęśliwego wypadku – dokumentacja potwierdzająca okoliczności wypadku • w przypadku utraty sprawności będącej następstwem choroby – dokumentacja medyczna z przebiegu choroby 	<ul style="list-style-type: none"> • wyniki dodatkowych badań, na które kieruje PZU (PZU pokrywa koszt tych badań)
<ul style="list-style-type: none"> • leczenie szpitalne, operacja chirurgiczna, ciężka choroba lub inne zdarzenie medyczne 	<ul style="list-style-type: none"> • leczenie szpitalne, leczenie szpitalne Plus: karta informacyjna z pobytu w szpitalu • ciężka choroba: dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie ciężkiej choroby, np. karta informacyjna z pobytu w szpitalu, wyniki badań • operacja chirurgiczna: karta informacyjna z leczenia szpitalnego, podczas którego wykonano operację, lub inna dokumentacja potwierdzająca wykonanie operacji • leczenie specjalistyczne: dokumentacja medyczna potwierdzająca leczenie specjalistyczne • trwała niezdolność do pracy: dokumentacja potwierdzająca całkowitą i trwałą niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej oraz niezdolność do samodzielnej egzystencji • dokument tożsamości osoby, która ma otrzymać pieniądze 	<ul style="list-style-type: none"> • rekonwalescencja: kopia zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital, w którym ubezpieczony przebywał, zaświadczenie o pobieraniu zasiłku chorobowego w związku z pobytem na poszpitalnym zwolnieniu lekarskim (zaświadczenie takie wystawia pracodawca) • nieszczęśliwy wypadek: dodatkowa dokumentacja, w której zapisano datę i okoliczności wypadku • wypadek komunikacyjny: dokument upoważniający do prowadzenia pojazdu oraz aktualne badanie techniczne lub inny dokument dopuszczający do ruchu pojazd, który uczestniczył w wypadku, dokument potwierdzający stan trzeźwości

Dodatkowo możemy poprosić o uzupełnienie informacji (np. o podanie danych z dowodu osobistego) telefonicznie, e-mailem lub wysyłając SMS.

Jeżeli nie jesteś w stanie dostarczyć wymaganej dokumentacji (np. notatki policyjnej) – wskaż nam, do kogo możemy się zwrócić, np.: policja, sądy, prokuratura. Im więcej informacji otrzymamy, tym łatwiej i szybciej możemy podjąć decyzję.



Co się dzieje po zgłoszeniu zdarzenia

- ✓ Rozpatrujemy sprawę na podstawie dostarczonej dokumentacji.
- ✓ W zależności od Twojego wyboru poinformujemy Cię o decyzji:
 - e-mailowo,
 - SMS-em,
 - listownie.
- ✓ Informacje o zgłoszeniu umieścimy także w serwisie E-szkoda.

Jeżeli warunki ubezpieczenia nie stanowią inaczej, decyzję w sprawie wydamy najszybciej, jak to możliwe, ale nie później niż w ciągu 30 dni od daty zgłoszenia (najczęściej wydajemy ją dużo szybciej). Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia w powyższym terminie okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.



Ciekawe

W przypadku otrzymania kompletu wymaganych dokumentów potrzebnych do rozpatrzenia świadczenia z tytułu śmierci lub z tytułu urodzenia dziecka, pieniądze wypłacamy zazwyczaj w dniu zgłoszenia.

Świadczenia szpitalne są realizowane najczęściej w ciągu 2 dni. Ubezpieczony (lub osoba uposażona – w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego) zawsze może sprawdzić status swojej sprawy w wybrany przez siebie sposób:



telefonicznie – pod numerem 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)



logując się do serwisu internetowego E-szkoda (dostęp do serwisu można uzyskać, dzwoniąc na infolinię 801 102 102)



korzystając z **czatu wideo**



wysyłając SMS o treści SZKODA pod numer 4102 – oddzwonimy i udzielimy informacji



kontaktując się z **osobą, która zajmuje się ubezpieczeniami grupowymi** w firmie

Do każdego zgłoszonego świadczenia jest przypisany opiekun klienta, który odpowie na wszystkie pytania. Towarzyszy on klientowi od momentu przydzielenia numeru sprawy po wydanie decyzji.



Jak umówić się na wizytę lekarską lub badanie

Na wizytę u lekarza lub badanie umawiamy za pośrednictwem:



portalu i aplikacji mobilnej mojePZU, za pomocą których możesz samodzielnie umawiać i odwoływać wizyty
– zyskasz m.in. podgląd grafików przychodni i poszczególnych lekarzy



całodobowej infolinii pod nr 801 405 905 lub 22 56 65 666 (opłata zgodna z taryfą operatora)



Jak skorzystać z refundacji świadczeń

Kiedy można się ubiegać o zwrot kosztów za usługi medyczne

Ubezpieczony i współubezpieczony mogą ubiegać się o zwrot kosztów za usługi medyczne (refundację):

- o ile bez względu na przyczynę nie zechcą skorzystać z bezgotówkowej realizacji usług zdrowotnych w sieci placówek medycznych PZU Zdrowie,
- w okresie zawieszenia naszej ochrony oraz pod warunkiem jej wznowienia.

Do jakiej wysokości kosztów można ubiegać się o ich zwrot

Świadczenie pieniężne realizujemy do kwoty:

- nie wyższej niż wskazana w fakturze i
- nie wyższej niż określona dla danej usługi medycznej w „Cenniku usług medycznych”. Cennik jest załącznikiem do umowy.

Jakie dokumenty trzeba dostarczyć, aby otrzymać zwrot kosztów

Abyśmy mogli zrealizować świadczenie w formie pieniężnej, potrzebujemy:

- wniosku o wypłatę świadczenia w formie pieniężnej, który można otrzymać:

- od osoby obsługującej ubezpieczenie w zakładzie pracy,
- za pośrednictwem infolinii PZU, tel. **801 405 905** lub **22 566 56 66** (opłata zgodna z taryfą operatora) – wysyłka na adres e-mail,
- na stronie **pzu.pl**,
- oryginału imiennej faktury, która zawiera:
 - imię i nazwisko ubezpieczonego/współubezpieczonego,
 - nazwę wykonanego świadczenia zdrowotnego,
 - liczbę wykonanych świadczeń zdrowotnych danego typu,
 - cenę każdego świadczenia zdrowotnego,
 - datę realizacji usługi medycznej,
- kopii skierowania lekarskiego lub zaświadczenia o wystawionym skierowaniu na badania: USG, RTG, EMG, EEG, hormony, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, biopsja, badania endoskopowe, EKG, echo serca, testy alergiczne, rehabilitacja, audiometria, densytometria, urografia, fizykoterapia, kinezyterapia.

Czy PZU może poprosić o dodatkowe dokumenty?

W przypadku konieczności doprecyzowania informacji pracownik PZU skontaktuje się z klientem.

Jak długo czeka się na wypłatę pieniędzy

Wypłatę świadczenia realizujemy w ciągu 30 dni od daty wpływu wymaganych dokumentów. Przekazanie wszystkich danych (imię, nazwisko, adres e-mailowy/korespondencyjny, numer konta w przypadku zwrotu przelewem) usprawni proces obsługi refundacji.

Jeśli – z obiektywnych powodów – nie możemy w ciągu 30 dni wyjaśnić wątpliwości związanych z wnioskiem, mamy prawo przesunąć termin wypłaty. W takim przypadku wypłacimy pieniądze w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie tych wątpliwości stało się możliwe. Jeśli do części kwoty nie było żadnych wątpliwości, wypłacimy ją do 30 dni od otrzymania wniosku.

Kiedy ubezpieczony/współubezpieczony nie otrzyma zwrotu kosztów leczenia

Ubezpieczony/współubezpieczony nie otrzyma zwrotu kosztów leczenia, jeżeli:

- usługa medyczna nie jest objęta zakresem jego ubezpieczenia,
- na usługę medyczną przysługuje zniżka w ramach posiadanego zakresu usług,

- wykorzystał obowiązujący limit na usługi medyczne,
- usługa medyczna nie znajduje się w „Cenniku usług medycznych”,
- nie przekazał wymaganych dokumentów do PZU,
- nie ponosimy odpowiedzialności za zdarzenie, zgodnie z OWU (patrz pkt 29 OWU dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Opieka Medyczna).

Jak przekazać wypełnione dokumenty do PZU?

Dokumenty można przekazać:

- elektronicznie, w formie skanu na adres: **zwroty_refundacje@pzu.pl**,
- poprzez formularz dostępny w portalu **mojePZU**,
- w **oddziale PZU**,
- listem poleconym lub w innej formie posiadającej potwierdzenie nadania przesyłki (np. przesyłka kurierska) na adres: **PZU, ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa, z dopiskiem: „Refundacja”**.



Jak skorzystać z Dofinansowania Leków

Z ubezpieczenia można korzystać na dwa sposoby:

Wariant 1:

W aptecę współpracującej z PZU pokaż farmaceutycie Kartę lekową i receptę (do wyboru masz ponad połowę aptek w Polsce). Zapłacisz mniej już w chwili zakupu.

Wariant 2:

Możesz zrealizować receptę w dowolnej aptece w Polsce, płacąc pełną cenę, a następnie otrzymując od nas zwrot dofinansowania. Po zakupie prześlij do nas wydruk informacyjny pobrany z Internetowego Konta Pacjenta lub wydany przez lekarza oraz paragon, lub fakturę z apteki.

Możesz to zrobić:

- przez aplikację mobilną PZU Apteka,
- za pośrednictwem formularza na stronie pzu.pl,
- listownie, na adres:
epruf Rozliczenia Sp. z o.o.,
ul. Zbąszyńska 3, 91-342 Łódź, z dopiskiem:
PZU Ubezpieczenie Lekowe,
- osobiście w oddziale PZU.

Kwotę dofinansowania zwracamy średnio w ciągu 5 dni.

Zakres leków objętych ubezpieczeniem można sprawdzić [tutaj](#), a listę aptek honorujących Kartę lekową (realizujących świadczenie w formie bezgotówkowej) – [tutaj](#).

Ubezpieczony nie musi sam iść do apteki, aby wykupić leki z dofinansowaniem. Wystarczy przekazać wybranej osobie Kartę lekową i receptę wypisaną na nazwisko ubezpieczonego.



Ważne

W przypadku zgubienia bądź zniszczenia karty należy zadzwonić na infolinię PZU i zgłosić ten fakt. W ciągu 30 dni roboczych zostanie wysłana nowa karta z limitem karty obowiązującym na dzień zgłoszenia zagubienia karty.



Reklamacje

Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.



Pisemnie – przesyłką pocztową (w rozumieniu ustawy „Prawo pocztowe”) albo osobiście.



Ustnie – przez telefon, np. dzwoniąc pod numer 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora), albo osobiście.



Reklamację możesz złożyć również elektronicznie na adres: **reklamacje@pzu.pl** lub za pomocą formularza na **pzu.pl**.

Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy najszybciej, jak to możliwe, ale 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:

- dlaczego odpowiedź się opóźnia,
- jakie okoliczności musimy jeszcze ustalić, aby rozpatrzeć sprawę,
- jaki jest nowy termin naszej odpowiedzi – termin ten nie może być dłuższy niż 60 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy reklamację, skargę lub zażalenie.

Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy na piśmie lub za pośrednictwem poczty elektronicznej – robimy to na wniosek osoby (podmiotu), która złożyła reklamację.

Jeśli po rozpatrzeniu reklamacji nie uwzględniliśmy zgłoszonych roszczeń albo 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.

Więcej informacji na temat reklamacji możesz przeczytać w „Ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i Rzeczniku Finansowym” oraz w „Ustawie o dystrybucji ubezpieczeń”.

Szczegółowe informacje znajdziesz w pkt 94–103 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie PZU Pod Dobra Opieką (PZU Ochrona i Zdrowie).



Zakładem ubezpieczeń jest PZU Życie SA. Ten materiał nie stanowi oferty handlowej w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego i ma charakter wyłącznie informacyjny. Szczegółowe informacje o zakresie ubezpieczenia, w tym o wyłączeniach i ograniczeniach odpowiedzialności, znajdziesz w aktualnych ogólnych warunkach (OWU) grupowego ubezpieczenia na życie PZU Pod Dobrą Opieką (PZU Ochrona i Zdrowie) wraz z umowami dodatkowymi, dostępnych na pzu.pl, w naszych oddziałach i u naszych agentów.