



DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE ASSISTANCE OPIEKA MEDYCZNA

Kod warunków: AZGP30

Wersja dokumentu 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 Dodatkowego grupowego ubezpieczenia assistance Opieka Medyczna, kod warunków: AZGP30 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

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 współubezpieczonych.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

Zakres ubezpieczenia obejmuje organizację i pokrycie kosztów świadczeń w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego (nieszczęśliwy wypadek, zdarzenie traumatyczne lub choroba) w okresie naszej odpowiedzialności.

Zakres podstawowy obejmuje:

- transport medyczny z miejsca zamieszkania lub zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do szpitala,
- transport medyczny ze szpitala do innej placówki medycznej,
- transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania,
- dostęp do infolinii medycznej.

Zakres rozszerzony I obejmuje:

- usługi objęte zakresem podstawowym,
- dostarczenie do miejsca pobytu ubezpieczonego lub współubezpieczonego leków zaordynowanych przez lekarza,
- wizytę pielęgniarki.

Zakres rozszerzony II obejmuje:

- usługi objęte zakresem podstawowym i rozszerzonym I,
- organizację procesu rehabilitacyjnego,
- wypożyczenie albo zakup sprzętu rehabilitacyjnego.

Zakres rozszerzony III:

- usługi objęte zakresem podstawowym i rozszerzonym II,
 - opiekę po hospitalizacji,
 - pomoc psychologa.
- Ubezpieczony i współubezpieczeni objęci są jednym i tym samym zakresem ubezpieczenia.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

- Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz

z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego – grupowym ubezpieczeniem szpitalnym Opieka Medyczna lub w dowolnym momencie jej trwania.

- Do ubezpieczenia mogą przystąpić osoby objęte ubezpieczeniem podstawowym, które w dniu podpisania deklaracji nie ukończyły 64 roku życia ich małżonkowie lub partnerzy życiowi, którzy nie ukończyli 64 lat, oraz dzieci, które nie ukończyły 18 lat lub jeśli studują – 25 lat.

Jak długo trwa umowa?

Umowa zawierana jest na 1 rok, z możliwością przedłużenia na następujące po sobie okresy roczne. Jeżeli umowa zawierana jest pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terenie Polski.

Jak i kiedy opłacasz składkę?

Wysokość składki określamy w zależności od wybranego zakresu ubezpieczenia.

Składka opłacana jest wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonych i współubezpieczonych rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

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

- śmierci ubezpieczonego,
- zakończenia naszej odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- otrzymania przez nas oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego,
- rocznicy umowy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym ubezpieczony kończy 65 rok życia,
- upływu okresu, na który umowa ubezpieczenia dodatkowego została zawarta, w przypadku jej nieprzedłużenia,
- upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego;
- upływu 1 miesiąca, licząc od końca okresu, za który została przekazana ostatnia składka.

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

- zakończenia naszej odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego,
- śmierci współubezpieczonego,
- rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 18 rok życia, a w razie uczęszczania do szkoły – 25 rok życia,

- rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym partner życiowy kończy 65 rok życia,
- upływu 1 miesiąca, licząc od końca okresu, za który została przekazana ostatnia składka za współubezpieczonego.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- kosztów poniesionych przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania akceptacji telecentrum, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności,
- uprzednio występującej choroby.

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

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.