

GRUPOWE KOMPLEMENTARNE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce

Produkt: Ogólne Warunki Grupowego Komplementarnego Ubezpieczenia Zdrowotnego

Niniejszy dokument zawiera opis najważniejszych informacji na temat produktu Ogólne Warunki Grupowego Komplementarnego Ubezpieczenia Zdrowotnego – nie uwzględniono w nim specyficznych wymagań i potrzeb danego klienta.

Pełne informacje niezbędne przed zawarciem umowy oraz informacje o samej umowie zamieszczone są w dokumentach dotyczących umowy ubezpieczenia.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dział II (pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe), grupa 1, 2 – zgodnie z załącznikiem do Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Grupowe ubezpieczenie zdrowotne uzupełniające zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ).



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Zapewnienie **terapii** polegającej na zastosowaniu technologii medycznych wymienionych na liście (stanowiącej załącznik do OWU) w razie zachorowania na określoną chorobę;
- ✓ Zapewnienie **protezy** w razie amputacji będącej rezultatem wypadku, który miał miejsce podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, lub określonej choroby zdiagnozowanej po raz pierwszy podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej;
- ✓ **Druga Opinia Medyczna** – w razie zdiagnozowania określonej choroby u uczestnika, i/lub współmałżonka lub życiowego partnera uczestnika i/lub jego jakiegokolwiek potomka/przybrane dziecko (aż do momentu ukończenia przez nie 21-go roku życia);
- ✓ **E-konsultacja** (zdalna konsultacja z lekarzem) w razie zdiagnozowania u uczestnika określonej choroby;
- ✓ **Kontynuacja leczenia** w razie wygaśnięcia ochrony (indywidualna kontynuacja umowy przez uczestnika).

W trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej przysługującej uczestnikowi obowiązują górną limit kwotowy na wydatki (limit odpowiedzialności), które mogą być poniesione w związku z zastosowaniem terapii oraz zastosowanego leczenia zdarzenia niepożądanego zaistniałego w trakcie leczenia u uczestnika.

W przypadku, gdy uczestnik będzie potrzebował protezy w związku z amputacją obowiązują limit amputacyjny (maksymalna kwota wydatku pokrywana przez ubezpieczyciela wskazana w polisie ubezpieczeniowej oraz w dowodzie ubezpieczenia).



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ Chorób, które były przedmiotem konsultacji specjalistycznych lub badań lub przyjmowania leków lub leczenia szpitalnego przed rozpoczęciem okresu ochrony oraz ich następstw;
- ✗ Chorób, których objawy uwidoczniły się w okresie 6 miesięcy przed rozpoczęciem okresu ochrony i wymagają dalszego diagnozowania lub leczenia;
(w powyższych przypadkach odpowiedzialność ubezpieczyciela przywrócona zostaje na koniec 24-miesięcznego nieprzerwanego okresu ubezpieczenia, podczas którego u uczestnika nie wystąpiły żadne objawy choroby i lekarz uczestnika wykaże w sposób przekonujący dla ubezpieczyciela, że uczestnik nie wymagał porady medycznej, badań, przyjmowania leków w czasie takiego okresu i że nie zaleca dalszego leczenia w przyszłości).



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Główne wyłączenia:

- ! Odpowiedzialność z tytułu roszczeń osób trzecich wobec uczestnika, w szczególności zgłaszanych przez świadczeniodawcę lub NFZ, wynikających z braku aktualnej ochrony ubezpieczeniowej Uczestnika w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń, prowadzonego przez NFZ na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- ! W okresie karencji, za wyjątkiem Drugiej Opinii Medycznej i E-konsultacji, ograniczenie ochrony jedynie do skutków wypadków (w rozumieniu OWU);
- ! Ubezpieczenie zapewnia świadczenie polegające na jednej terapii w danym czasie; kolejna inna terapia po upływie 360 dni od dnia zakończenia lub przerwania poprzedniej terapii.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Organizacja świadczeń zdrowotnych w związku z wystąpieniem wypadku ubezpieczeniowego odbywa się na terenie Polski, za wyjątkiem Drugiej Opinii Medycznej – jest to opinia medyczna wydana zdalnie przez lekarza specjalistę z ośrodka zagranicznego.



Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

Aby uniknąć anulowania polisy, obniżenia wartości roszczeń lub ich odrzucenia, ubezpieczony (uczestnik) ma obowiązek:

- **W momencie zawierania polisy**
 - przekazać ubezpieczycielowi istotne, prawdziwe i kompletne informacje umożliwiające zawarcie polisy;
- **W trakcie obowiązywania polisy**
 - Ubezpieczony (uczestnik) musi jak najszybciej poinformować ubezpieczyciela o wszelkich zaistniałych zmianach, które mogą mieć wpływ na ochronę ubezpieczeniową;
- **W przypadku roszczenia**
 - w celu wniesienia roszczenia ubezpieczony (uczestnik) musi skontaktować się z ubezpieczycielem natychmiast po wystąpieniu zdarzenia, zgodnie z warunkami ubezpieczenia, a także musi przekazać ubezpieczycielowi wszystkie dokumenty niezbędne w celu obsługi roszczenia;
 - na żądanie ubezpieczyciela dostarczyć mu stosowne dokumenty potwierdzające zdarzenie ubezpieczeniowe.



Jak i kiedy należy opłacić składkę?

Składka płatna jest w złotych, w sposób wskazany w dokumencie ubezpieczenia. Składka opłacana jest regularnie w okresie trwania umowy. Umowa może określać miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną częstotliwość przekazywania składki. Składka ubezpieczeniowa płatna jest z dołu do 28 dnia po rozpoczęciu danego okresu, za który jest należna.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Uczestnikowi przysługuje ochrona ubezpieczeniowa z tytułu zawartej umowy, której dzień zawarcia oznaczony w polisie ubezpieczeniowej jest początkiem okresu udzielania ochrony ubezpieczeniowej uczestnikom przystępującym w dacie zawarcia umowy.

Ostatnim dniem ochrony ubezpieczeniowej, przysługującej uczestnikowi jest dzień:

- a. śmierci uczestnika;
- b. wygaśnięcia lub rozwiązania umowy;
- c. zakończenia roku ubezpieczenia, w którym uczestnik kończy 67 lat;
- d. ostatni dzień ostatniego okresu składkowego, za który opłacona została składka w przypadku, gdy zaległa składka nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie 7 dni wskazanym przez ubezpieczyciela w wezwaniu do zapłaty dostarczonym ubezpieczającemu, informującym o konsekwencjach braku płatności w tym terminie.



Jak rozwiązać umowę?

Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Konsument, który zawarł umowę ubezpieczenia na odległość, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając stosowne oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o której mowa w art. 39 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za dotrzymany, jeżeli oświadczenie zostało wysłane przed jego upływem. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, przy czym wypowiedzenie umowy nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym ubezpieczyciel zapewniał ochronę ubezpieczeniową.