

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM

Ubezpieczyciel: Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. z siedzibą w Gdyni, zezwolenie z dnia 28-06-2010 r. zakres działalności – ubezpieczenia choroby (grupa 2) w dziale ubezpieczeń osobowych i majątkowych.

PRODUKT: Grupowe ubezpieczenie zdrowotne POLISA OPTIMA z sumą ubezpieczenia 100 000 zł.


UWAGA: Niniejszy dokument nie zawiera pełnych informacji o warunkach ubezpieczenia i umowie ubezpieczenia. Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podane są w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia POLISA OPTIMA (OWU/06/2018) przyjętych uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń ZDROWIE S.A w dniu 25.04.2018 r. i Katalogu Świadczeń (KS/03/2016) przyjętego uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. w dniu 21.01.2016 r.

JAKIEGO RODZAJU JEST TO UBEZPIECZENIE?

Grupowe ubezpieczenie zdrowotne (dział II grupa 2) z Załącznika do Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej



CO JEST PRZEDMIOTEM UBEZPIECZENIA?

- ✓ Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- ✓ Ubezpieczonemu przysługują usługi medyczne wskazane w Katalogu Świadczeń dla wybranego wariantu ubezpieczenia.
- ✓ Usługi są udzielane wyłącznie ze wskazań medycznych.
- ✓ Ubezpieczony może:
 - ✓ za pośrednictwem 24 h Infolinii umówić wykonanie danej usługi, w takim przypadku nie ponosi żadnych kosztów wykonanego badania, konsultacji, czy zabiegu. W ten sposób można zrealizować usługę w placówce oznaczonej na stronie www.tuzdrowie.pl ikonką ,
 - ✓ wybrać dowolną placówkę, lub lekarza opłacić koszt usługi, a następnie wystąpić do TU ZDROWIE o zwrot poniesionych kosztów. TU ZDROWIE zwróci poniesione wydatki do kwoty GGO (górną granicy odpowiedzialności – wszystkie dane są podane w Katalogu świadczeń). Suma ubezpieczenia dla tego rodzaju świadczeń wynosi 100 000 zł.



CZEGO NIE OBEJMUJE UBEZPIECZENIE?

- ✗ Usług nie wymienionych w Katalogu Świadczeń dla wybranego wariantu ubezpieczenia.
- ✗ Kosztów leków przepisanych lub zleconych przez lekarza.
- ✗ Kosztów badań genetycznych.
- ✗ Badań pozytonowej emisyjnej tomografii komputerowej (PET).
- ✗ Szczepień obowiązkowych zgodnie z kalendarzem szczepień (aktualny na dany rok Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych).
- ✗ Kosztów usług medycznych wykonanych poza granicami kraju.



JAKIE SĄ OGRANICZENIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ?

- ! TU ZDROWIE nie udzieli Ubezpieczonemu usługi medycznej lub nie zwróci poniesionego kosztu usługi, jeżeli:
 - ! wprowadzono i obowiązuje stan wyjątkowy, stan wojenny, wojny lub działania wojenne,
 - ! jest konieczna z powodu wady fizycznej lub psychicznej ujawnioną przed 1 rokiem życia spowodowaną chorobami genetycznymi, wcześniactwem lub uszkodzeniem okołoporodowym;
 - ! jej udzielenie jest konieczne z powodu spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub uzależniających;
 - ! jej udzielenie jest konieczne w celu leczenia i diagnozowania niepłodności,
 - ! jest spowodowana stanem zdrowia, którego objawy wystąpiły, lub były leczone przed zawarciem umowy ubezpieczenia i nie zostały zgłoszone, lub zostały zgłoszone niezgodnie z prawdą do TU ZDROWIE przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, a TU ZDROWIE wyraźnie o to pytało,

- ! jeżeli usługa została wykonana w trakcie trwania karencji (opisanej w Katalogu Świadczeń – jest to okres oczekiwania liczony od początku ochrony ubezpieczeniowej, karencje obowiązują na stomatologię zachowawczą i usługi szpitalne).
- ! Badań diagnostycznych nie zaleconych przez lekarza, tzn. na które nie zostało wystawione skierowanie lekarskie.
- ! Badań diagnostycznych wymienionych w Katalogu Świadczeń i zabiegów rehabilitacyjnych wymagających zgody Konsultanta Medycznego, na które taka zgoda nie została udzielona.
- ! Jeżeli Ubezpieczający – Pracodawca nie opłaci składki za Ubezpieczonego, TU ZDROWIE może ograniczyć ochronę jedynie do zwrotu kosztów za wykonane usługi medyczne. Nie będzie można umówić realizacji usług za pośrednictwem 24 h Infolinii lub zrealizować bezgotówkowo usługę bezpośrednio w placówce medycznej.
- ! Jeżeli w Katalogu świadczeń są opisane limity na dane usługi to nie przysługują one Ubezpieczonemu po wykorzystaniu limitu, to jest wskazanej w Katalogu Świadczeń liczby usług.
- ! Zabiegi rehabilitacyjne nie przysługują Ubezpieczonemu w przypadku leczenia wad wrodzonych i ich następstw, zaburzeń neurorozwojowych, urazów okołoporodowych, przewlekłych chorób tkanki łącznej i ich następstw, następstw zabiegów operacyjnych w okresie 30 dni od zabiegu, ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego, epizodów neurologicznych i naczyńowo-mózgowych



GDZIE OBOWIĄZUJE UBEZPIECZENIE?



Można korzystać ze wszystkich placówek medycznych, gabinetów lekarskich i pielęgniarskich zlokalizowanych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.



CO NALEŻY DO OBOWIĄZKÓW UBEZPIECZONEGO?

- Ubezpieczony powinien udzielić wyczerpującej i zgodnej z prawdą odpowiedzi na pytania zadawane przez TU ZDROWIE:
 - przed przystąpieniem do ubezpieczenia zdrowotnego lub;
 - w trakcie jej trwania np. w przypadku zgłoszenia wniosku o wypłatę świadczenia lub wniosku o organizację badań tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, o organizację zabiegów rehabilitacyjnych lub leczenia szpitalnego.
- Ubezpieczony powinien punktualnie zgłaszać się na umówione usługi medyczne, lub odpowiednio wcześniej powiadomić TU ZDROWIE o braku możliwości realizacji usługi w danym dniu.
- Celem sprawnej organizacji usług medycznych za pośrednictwem 24 h Infolinii lub w placówkach udzielających świadczeń on – line Ubezpieczony powinien przekazać TU ZDROWIE zgodę na przetwarzanie danych o zdrowiu niezwłocznie po przystąpieniu do ubezpieczenia (najprościej na stronie: <https://www.tuzdrowie.pl/zgody/>).



JAK I KIEDY NALEŻY OPŁACAĆ SKŁADKI?

- Składkę za ubezpieczonego opłaca Ubezpieczający, zwykle Pracodawca.
- Terminy opłacania i wysokość składki są podane na polisie.
- Na polisie jest również podany numer rachunku bankowego TU ZDROWIE.



KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA?

- Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od 1-szego dnia miesiąca następującego po złożeniu deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.
- Ochrona ubezpieczeniowa kończy się:
 - z końcem umowy ubezpieczenia, lub
 - ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony zgłosił Ubezpieczającemu – Pracodawcy decyzję o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej, lub
 - wraz z zakończeniem pracy u danego Pracodawcy, lub
 - wraz ze śmiercią Ubezpieczonego.



JAK ROZWIĄZAĆ UMOWĘ?

- Umowę może rozwiązać jedynie Ubezpieczający – zwykle Pracodawca.