

Grupowe ubezpieczenie zdrowotne

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo:

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: POLISA ZDROWIE

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne dotyczące niniejszego produktu ubezpieczeniowego znajdują się w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia POLISA ZDROWIE o kodzie OWU/01/2023 przyjętych uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. w dniu 10.07.2023 r. i w Katalogach Świadczeń dla sumy ubezpieczenia 100 tys. zł, 150 tys. zł, 200 tys. zł., 250 tys. zł., 300 tys. zł. o kodach: KS/01/2023, KS/02/2023, KS/03/2023, KS/04/2023, KS/05/2023 przyjętych uchwałami Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń Zdrowie S.A. w dniu 10.07.2023 roku.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Grupowe ubezpieczenie zdrowotne (dział II grupa 2 z Załącznika do Ustawy z 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej) POLISA ZDROWIE umożliwi realizację świadczeń medycznych w placówkach medycznych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.



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 uzyskać świadczenie ubezpieczeniowe w formie rzeczowej, jeżeli:
 - ✓ umówił wykonanie usługi medycznej za pośrednictwem Panelu Ubezpieczonego na stronie www.tuzdrowie.pl;
 - ✓ lub umówił wykonanie usługi medycznej za pośrednictwem infolinii medycznej i zrealizował ją w placówce medycznej wskazanej przez Opiekuna Ubezpieczonego;
 - ✓ lub umówił termin i miejsce wykonania usługi medycznej w placówce medycznej, w której dostępna jest możliwość samodzielnego umawiania usług medycznych, a następnie przed terminem jej wykonania, zgłosił ten fakt infolinii i uzyskał potwierdzenie realizacji świadczenia;
 - ✓ lub będąc w placówce medycznej uzyskał potwierdzenie możliwości realizacji świadczenia od pracownika rejestracji placówki medycznej, który zweryfikował istnienie i zakres ochrony ubezpieczeniowej za pośrednictwem Panelu Placówki na stronie www.tuzdrowie.pl, jeżeli placówka medyczna korzysta z Panelu Placówki.
- ✓ Ubezpieczony może uzyskać świadczenie pieniężne w wysokości ograniczonej przez górną granicę odpowiedzialności (GGO). W takim przypadku Ubezpieczony ma obowiązek przesłać do TU ZDROWIE online za pośrednictwem Panelu Ubezpieczonego na stronie www.tuzdrowie.pl lub pocztą niezbędne dokumenty:
 - ✓ oryginał lub czytelną kopię imiennej faktury/rachunku wystawionych w związku wykonaniem usługi medycznej, z wyszczególnieniem nazwy udzielonej usługi wraz z ceną jednostkową i danymi osoby, która skorzystała z usługi medycznej,
 - ✓ prawidłowo wypełniony dokument „Wniosek o wypłatę świadczenia” sporządzony na formularzu TU ZDROWIE dostępnym na stronie www.tuzdrowie.pl lub prawidłowo wypełniony wniosek elektroniczny,
 - ✓ kopię skierowania lub e-skierowanie na usługę medyczną (jeśli zgodnie z Katalogiem Świadczeń jest wymagane),
 - ✓ kopię bankowego potwierdzenia płatności, jeżeli opłata za usługę została dokonana przelewem lub za pośrednictwem płatności elektronicznych.
- ✓ Umowę ubezpieczenia można zawrzeć wybierając dla świadczeń pieniężnych sumę ubezpieczenia 100 000 zł, 150 000 zł, 200 000 zł, 250 000 zł lub 300 000 zł.
- ✓ Zakres wybranego wariantu ubezpieczenia POLISA ZDROWIE Ubezpieczający może rozszerzyć o program:
 - ✓ Mój Onkolog,
 - ✓ Mój Dietetyk,
 - ✓ Powrót do zdrowia po COVID-19,
 - ✓ Mój Ortopeda,
 - ✓ Pomoc w chorobie,
 - ✓ Leczenie po wypadku drogowym,
 - ✓ Kontynuacja leczenia szpitalnego.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- x Usług nie wymienionych w Katalogu Świadczeń dla wybranego wariantu ubezpieczenia.
- x Kosztów leków przepisanych lub zleconych przez lekarza.
- x Kosztów badań genetycznych.
- x Badań pozytonowej emisyjnej tomografii komputerowej (PET).
- x Szczepień obowiązkowych zgodnie z kalendarzem szczepień (aktualny na dany rok Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych).
- x Kosztów usług medycznych wykonanych poza granicami kraju.
- x Kosztów usług medycznych związanych ze zmianą płci.
- x Kosztów usług medycznych z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej lub kosmetyki.
- x Kosztów usług medycznych służących diagnozowaniu lub leczeniu niepłodności.
- x Kosztów usług medycznych, których wykonanie nie było uzasadnione z medycznego punktu widzenia.



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, stan klęski żywiołowej, wojny lub działania wojenne;
 - ! jest konieczna z powodu wady fizycznej lub psychicznej ujawnionej przed 1 rokiem życia spowodowanej chorobami genetycznymi, wcześniactwem lub uszkodzeniem okołoporodowym;
 - ! jej udzielenie jest konieczne z powodu spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub uzależniających;
 - ! 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);
 - ! jest spowodowana udziałem Ubezpieczonego w aktach terrorizmu, strajkach, zamieszkach, rozruchach, nielegalnych zgromadzeniach, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub celowym spowodowaniem przez Ubezpieczonego naruszenia czynności narządu ciała, rozstroju zdrowia lub zagrożenia życia.
- ! Z zakresu ochrony wyłączone są także:
 - ! Badania diagnostyczne nie zalecone przez lekarza, tzn. na które nie zostało wystawione skierowanie lekarskie,
 - ! Badania diagnostyczne wymienione w Katalogu Świadczeń, zabiegi rehabilitacyjne i usługi szpitalne wymagające zgody Konsultanta Medycznego, na które taka zgoda nie została udzielona.
- ! Jeżeli Ubezpieczający – Pracodawca nie opłaci nie opłaci pełnej raty składek za wszystkich Ubezpieczonych, 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 usługę bezgotówkowo 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.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Ubezpieczenie obowiązuje 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 ma obowiązek odwołać umówioną usługę medyczną, jeżeli nie może z niej skorzystać. Odwołanie usługi medycznej może nastąpić poprzez infolinię medyczną lub SMS-em.
- Celem sprawnej organizacji usług medycznych za pośrednictwem infolinii medycznej Ubezpieczony powinien przekazać TU ZDROWIE zgodę na przetwarzanie danych o zdrowiu (najprościej na stronie: <https://www.tuzdrowie.pl/zgody/>).



Jak i kiedy należy opłacać składki?

- Składkę za ubezpieczonego opłaca Ubezpieczający, zwykle Pracodawca.
- Terminy opłacania, wysokość składki oraz numer rachunku bankowego TU ZDROWIE podane są na polisie.



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 Ubezpieczający – zwykle Pracodawca.
- Rozwiązanie umowy wymaga formy pisemnej i jest możliwe w każdym czasie jej obowiązywania z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
- W przypadku odstąpienia od umowy – w terminie 30 dni (osoba fizyczna) lub 7 dni (przedsiębiorca) od dnia jej zawarcia.