

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
Umowa Ubezpieczenia Dodatkowego assistance medycznego
Wersja dokumentu z dnia 2 kwietnia 2024 r.

Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. („Towarzystwo”)

Jest to materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy ubezpieczenia znajdują się w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Assistance Medycznego, OWU_G_PP_AM_04_2024 zatwierdzonych Uchwałą nr 13/2024 Zarządu Towarzystwa z dnia 18 marca 2024 r.

Zawarcie umowy ubezpieczenia jest dobrowolne.

<p>Co jest przedmiotem ubezpieczenia?</p> <p>Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. Zakresem assistance medycznego objęte jest zdiagnozowanie w okresie ubezpieczenia nowotworu złośliwego, nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (in situ), zawału serca albo udaru mózgu.</p>	<p>Jak długo trwa Umowa?</p> <p>Umowa Ubezpieczenia Dodatkowego zawierana jest na czas określony, zgodny z okresem, na jaki została zawarta Umowa Główna. W przypadku przedłużenia Umowy Głównej, Umowa Ubezpieczenia Dodatkowego zostaje przedłużona na taki sam okres.</p>
<p>Jakie są główne cechy ubezpieczenia?</p> <p>Assistance medyczny obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pakiet Onkologiczny – w przypadku nowotworu złośliwego lub nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (in situ): konsultację telefoniczną lub wideokonsultację medyczną, pomoc medyczną, pomoc domową po hospitalizacji, zakwaterowanie osoby towarzyszącej, rehabilitację, organizację i dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego, organizację i dofinansowanie zakupu peruki lub protezy, drugą krajową opinię medyczną, badania profilaktyczne, infolinię medyczną; • Pakiet Choroby Krążenia – w przypadku zawału serca albo udaru mózgu: konsultację telefoniczną lub wideokonsultację medyczną, pomoc medyczną, pomoc domową po hospitalizacji, zakwaterowanie osoby towarzyszącej, rehabilitację, organizację i dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego, drugą krajową opinię medyczną, badania profilaktyczne, infolinię medyczną. 	<p>Jakie są główne wyłączenia i ograniczenia ochrony?</p> <p>Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gdy dane zdarzenie nie jest objęte zakresem ubezpieczenia, • niespełnienia definicji wskazanej w Umowie, • zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa.
<p>Kto może zawrzeć i dla kogo jest ubezpieczenie?</p> <p>Umowę Ubezpieczenia Dodatkowego zawiera Ubezpieczający, który opłaca na rzecz Towarzystwa składki za ubezpieczenie. Objęcie ochroną ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia dodatkowego może nastąpić jedynie w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia na życie (Umowa Główna).</p>	<p>Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?</p> <p>Świadczenia z tytułu assistance medycznego realizowane są wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.</p>
	<p>Jak i kiedy należy opłacać składki?</p> <p>Składka przekazywana jest przez Ubezpieczającego w wysokości i terminach określonych w Umowie.</p>
<p>Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?</p> <p>Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Głównej oraz w Umowie Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego zakończy się we wcześniejszej z dat: wygaśnięcia ochrony z tytułu Umowy Głównej lub wygaśnięcia umowy dodatkowej z dniem rocznicy, w roku, w którym Ubezpieczony ukończy 67 lat .</p>	
<p>Jak rozwiązać Umowę?</p> <p>Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia. Po tym czasie Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o wypowiedzeniu. Umowę ubezpieczenia można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.</p>	
<p>Charakter wynagrodzenia</p> <p>W związku z proponowaną umową ubezpieczenia dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.</p>	
<p>Reklamacje</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Będącym osobą fizyczną, Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej oraz Uposażonemu, a także spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia (dalej zwani: składający reklamację), przysługuje prawo do wniesienia reklamacji zawierającej zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, w szczególności dotyczące ustalenia odpowiedzialności, zasadności zgłoszonych roszczeń lub wysokości świadczenia. 2. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej osoby wskazane w ust. 1. 	

3. Reklamacja może być złożona:
 - 1) na piśmie – osobiście, w jednostce Towarzystwa obsługującej osoby wskazane w ust. 1, albo wysłana przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 Ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe albo wysłana na adres doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 Ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej Ustawy;
 - 2) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty osoby wskazanej w ust. 1 w jednostce, o której mowa w pkt 1;
 - 3) w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej:
 - na adres: poczt@pocztowenazycie.pl
 - poprzez stronę internetową: www.pocztowenazycie.pl.
4. Towarzystwo rozpatruje reklamację i udziela odpowiedzi na piśmie. Wyłącznie na wniosek składającego reklamację, Towarzystwo może dostarczyć odpowiedź pocztą elektroniczną.
5. Towarzystwo udziela odpowiedzi na reklamację bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 5, Towarzystwo w informacji przekazywanej składającemu reklamację:
 - a) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - b) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - c) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
7. Składającemu reklamację będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego, w szczególności w przypadku: nieuwzględnienia roszczeń osoby zgłaszającej reklamację lub niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą zgłaszającego reklamację w trybie rozpatrywania reklamacji oraz niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą osoby zgłaszającej reklamację.
8. Na wniosek składającego reklamację będącego osobą fizyczną, spór z Towarzystwem może zostać poddany pozasądowemu postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów między klientem, a podmiotem rynku finansowego przeprowadzonemu przez Rzecznika Finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: <https://rf.gov.pl>).