

PODSTAWOWE WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO PRACOWNIKÓW UNIwersYTETU PRZYRODNICZO – HUMANISTYCZNEGO W SIEDLCACH ORAZ ICH WSPÓŁMAŁŻONKÓW, PEŁNOLETNICH DZIECI I PARTNERÓW ŻYCIOWYCH

(obowiązujące w okresie od 1 maja 2019 r. do 30 kwietnia 2022 r.)

INFORMACJE OGÓLNE

1. Podmiotem zapewniającym opiekę ubezpieczeniową w ramach grupowego ubezpieczenia pracowników Uniwersytetu Przyrodniczo – Humanistycznego w Siedlcach oraz członków ich rodzin jest PZU ŻYCIE S.A., z siedzibą przy Al. Jana Pawła II 24 w Warszawie.
2. Z ochrony ubezpieczeniowej - na warunkach określonych w niniejszym dokumencie - korzystać mogą wszyscy pracownicy Uniwersytetu Przyrodniczo – Humanistycznego w Siedlcach, jak również ich współmałżonkowie, pełnoletnie dzieci oraz partnerzy życiowi (pod warunkiem uiszczenia składki ubezpieczeniowej). Składka ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia członków rodziny i partnerów życiowych pracownika Uczelni potrącana będzie z jego wynagrodzenia.
3. Do ubezpieczenia mogą przystąpić pracownicy Uniwersytetu, ich współmałżonkowie, pełnoletnie dzieci i partnerzy życiowi pracowników, którzy w dniu składania deklaracji przystąpienia ukończyli 18 rok życia i nie ukończyli 69 roku życia. Zakład Ubezpieczeń obejmie ochroną ubezpieczeniową wszystkie osoby dotychczas ubezpieczone w obowiązującej umowie ubezpieczenia bez względu na ich wiek. Jednocześnie Wykonawca zobowiązuje się, że osoby które ukończyły 69 rok życia i pozostają w stosunku zatrudnienia z Ubezpieczającym objęte będą ochroną ubezpieczeniową do ukończenia 75 roku życia.
4. Zakład ubezpieczeń obejmie ubezpieczeniem pracowników, małżonków, pełnoletnie dzieci pracowników i partnerów życiowych (również dotychczas nieubezpieczonych) bez okresu karencji w pełnym zakresie, pod warunkiem, że ww. osoby przystąpiły do ubezpieczenia przez pierwsze 3 miesiące od daty początku ochrony ubezpieczeniowej określonej w polisie (lub dokumencie umowy ubezpieczenia) lub nawiązania stosunku prawnego, jeżeli stosunek prawny ubezpieczonego z Zamawiającym powstał po początku ochrony ubezpieczeniowej.

W przypadku pracowników, małżonków, pełnoletnich dzieci pracowników i partnerów życiowych przystępujących do ubezpieczenia po okresie określonym w pkt. 5 dopuszcza się maksymalnie 6 miesięczną karencję w pełnym zakresie ubezpieczenia, z wyjątkiem:

- 1) urodzenie się dziecka (maksymalna karencja 9 miesięcy),
- 2) poważne zachorowanie (maksymalna karencja 3 miesiące),
- 3) operacje chirurgiczne (maksymalna karencja 3 miesiące),
- 4) leczenie specjalistyczne (maksymalna karencja 3 miesiące)
- 5) leczenie szpitalne (maksymalna karencja 1 miesiąc).

Powyższe okresy karencji nie dotyczą zdarzeń powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku, dla których karencja jest wyłączona.

5. Zakład ubezpieczeń zobowiązany jest objąć ochroną ubezpieczeniową wszystkich uprawnionych osób deklarujących przystąpienie do ubezpieczenia (tj. pracowników Uniwersytetu oraz ich pełnoletnich dzieci, małżonków i partnerów życiowych) przebywających na zwolnieniach lekarskich, urloпах macierzyńskich, urloпах bezpłatnych a także osób uznanych za niezdolne do pracy lub niezdolne do służby orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym, pod warunkiem zachowania ciągłości odpowiedzialności pomiędzy dotychczasowym a nowym ubezpieczeniem (ciągłość składki). Powyższy wymóg ciągłości ubezpieczenia nie dotyczy pracowników Uniwersytetu, a wyłącznie współubezpieczonych (tj. członków rodziny – współmałżonków, pełnoletnich dzieci i partnerów życiowych).

W stosunku do osób zgłaszających przystąpienie do ubezpieczenia, Zakład ubezpieczeń nie będzie dokonywał żadnej medycznej oceny ryzyka, w szczególności:

- 1) nie będą przeprowadzane ankiety medyczne ani nie będą pozyskiwane jakiegokolwiek informacje o stanie zdrowia ubezpieczonych;
- 2) Wykonawca nie będzie żądał od osób przystępujących do ubezpieczenia przedstawienia informacji na temat stanu ich zdrowia, zdrowia ich najbliższych w kwestiach istniejących lub przebytych chorób, powodów hospitalizacji itp.;
- 3) Wykonawca nie będzie kierował osoby zgłaszanej do ubezpieczenia na dodatkowe badania lub konsultacje medyczne.

Udzielenie ochrony ubezpieczeniowej nie będzie zależeć od udzielenia, odmowy bądź podania informacji na temat stanu zdrowia osoby przystępującej do ubezpieczenia.

Zakład Ubezpieczeń nie będzie żądał na żadnym etapie (w szczególności w treści deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia) jakiegokolwiek oświadczeń lub informacji w zakresie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby, stwierdzonej orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.

6. Ubezpieczonym, po co najmniej 6 miesięcznym okresie pozostawania w ubezpieczeniu grupowym, przysługuje prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, na zasadach określonych przez ubezpieczyciela, bez przeprowadzania ankiety

medycznej. Prawo do indywidualnej kontynuacji obejmuje następujący minimalny zakres ubezpieczenia, określony w poniższej tabeli, przy założeniu, że maksymalna stopa składki wynosić będzie 6,00 zł za każdy 1000 zł sumy ubezpieczenia:

Zakres ochrony ubezpieczeniowej	Wysokość świadczeń (% sumy ubezpieczenia)
Zgon ubezpieczonego	100% sumy ubezpieczenia
Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	200% sumy ubezpieczenia*
Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (za 1% uszczerbku na zdrowiu)	4% sumy ubezpieczenia za 1% uszczerbku na zdrowiu
Zgon małżonka	100% sumy ubezpieczenia
Zgon rodziców / teściów ubezpieczonego	20% sumy ubezpieczenia
Urodzenie dziecka	10% sumy ubezpieczenia
Urodzenie martwego dziecka	20 % sumy ubezpieczenia
Zgon dziecka	30% sumy ubezpieczenia
Osierocenie dziecka	40% sumy ubezpieczenia

*skumulowana wysokość świadczenia

Do okresu stażu uprawniającego do skorzystania z indywidualnej kontynuacji wliczany będzie okres obejmowania ochroną w ramach aktualnie obowiązującej u Ubezpieczonego umowy ubezpieczenia.

7. Ubezpieczony ma prawo w każdej chwili zrezygnować z ubezpieczenia, składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji. Złożenie oświadczenie skutkuje zakończeniem odpowiedzialności Wykonawcy z upływem ostatniego dnia miesiąca, za jaki przekazano składkę.
8. Zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do realizacji świadczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego, zgonu małżonka, urodzenia dziecka, śmierci rodziców i teściów oraz śmierci dziecka maksymalnie w ciągu 7 dni roboczych od daty wpływu kompletnej dokumentacji. W przypadku pozostałych roszczeń, Zakład ubezpieczeń wykonuje zobowiązania najpóźniej w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym odpowiedzialnością Zakładu ubezpieczeń. W przypadku gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Zakładu ubezpieczeń w stosunku do ubezpieczonego albo wysokości zobowiązania okazało się niemożliwe, Zakład ubezpieczeń wykonuje zobowiązania w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
9. Dopuszczalna jest możliwość wypłaty świadczenia (w szczególności z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu) bez konieczności przeprowadzenia badania lekarskiego. Wypłata świadczenia następuje na podstawie zgłoszenia roszczenia i dostarczonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia. Jednakże, w przypadku zgłoszenia stosownego żądania przez Ubezpieczonego, Wykonawca gwarantuje przeprowadzenie każdego badania lekarskiego (zarówno pierwszego, jak i odwoławczego badania lekarskiego) na terenie miasta Siedlce, w czasie dogodnym dla Ubezpieczonego.

WARIANTY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia grupowe przewiduje możliwość ubezpieczenia w dwóch wariantach, zakładających inną wysokość składki ubezpieczeniowej oraz inną wysokość świadczeń z poszczególnych tytułów.
2. Poniższa tabela przedstawia zakres ubezpieczenia (tj. zdarzenia, których wystąpienie skutkuje wypłatą odszkodowania) oraz wysokości świadczeń z poszczególnych tytułów i wysokość miesięcznych składek.

L.p.	Zakres ubezpieczenia	Wysokość świadczenia w PLN	
		WARIANT 1. dla składki w wysokości 62,43 PLN	WARIANT 2. dla składki w wysokości 78,41 PLN
1.	Zgon Ubezpieczonego		
1.1	– zgon naturalny	52 000	65 000
1.2	– w wyniku zawału serca lub udaru mózgu (lub zamiennie krwotoku śródmózgowego)	81 600	102 000
1.3	– w wyniku nieszczęśliwego wypadku	104 000	130 000
1.4	– w wyniku wypadku przy pracy	172 000	215 000
1.5	– w wypadku komunikacyjnym	172 000	215 000
1.6	– w wypadku komunikacyjnym przy pracy	240 000	300 000
2.	Trwały uszczerbek na zdrowiu		

2.1	– spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (za każdy 1% uszczerbku)	416	520
2.2	– spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu (lub zamiennie krwotokiem śródmózgowym) (za każdy 1% uszczerbku)	544	680
3.	Zgon małżonka lub partnera życiowego Ubezpieczonego	10 400	13 000
4.	Zgon małżonka lub partnera życiowego Ubezpieczonego wskutek NW	27 040	33 800
5.	Zgon rodziców/rodziców małżonka lub partnera życiowego Ubezpieczonego	2 080	2 600
6.	Zgon rodziców/rodziców małżonka lub partnera życiowego Ubezpieczonego wskutek NW	4 160	5 200
7.	Zgon dziecka Ubezpieczonego	4 680	5 850
8.	Zgon dziecka Ubezpieczonego wskutek NW	9 360	11 700
9.	Urodzenie martwego dziecka	4 056	5 070
10.	Urodzenie dziecka	1 560	1 950
11.	Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego	6 240	7 800
12.	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	4 500	5 200
13.	Pobyt w szpitalu (wysokość świadczenia za 1 dzień pobytu)		
13.1	– w związku z chorobą	57,20	71,50
13.2	– w związku z nieszczęśliwym wypadkiem (od 1 do 14 dnia)	171,60	214,50
13.3	– w związku z wypadkiem komunikacyjnym (od 1 do 14 dnia)	228,80	338,91
13.4	– w związku z wypadkiem przy pracy (od 1 do 14 dnia)	314,60	338,91
13.5	– w związku z wypadkiem komunikacyjnym przy pracy (od 1 do 14 dnia pobytu)	371,80	463,32
13.6	– w związku z zawałem serca lub udarem mózgu (lub zamiennie krwotokiem śródmózgowym) (od 1 do 14 dnia pobytu)	204,78	264,55
13.7	– w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, wypadkiem komunikacyjnym, przy pracy, zawałem serca lub udarem mózgu(lub zamiennie krwotokiem śródmózgowym) (od 15 dnia pobytu)	57,20	71,50
13.8	– pobyt na OIT (lub zamiennie OIOM) jednorazowo	817,96	858
13.9	– świadczenie za dzień rekonwalescencji (lub zamiennie rehabilitacji poszpitalnej)	28,60	35,75
14.	Operacje chirurgiczne	3 300 – I klasa operacji 1 980 – II klasa operacji 660 – III klasa operacji	4 400 – I klasa operacji 2 640 – II klasa operacji 880 – III klasa operacji
15.	Ryczałt na leki	200	300
16.	Trwała niezdolność do pracy	10 400	13 000
17.	Leczenie specjalistyczne	2 000	3 000
18.	Prawo do indywidualnej kontynuacji	TAK	TAK

3. Użyte w tabeli określenia oznaczają:

- 1) **zgon naturalny** – zgon ubezpieczonego;
- 2) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe, niezależne od woli ubezpieczonego i stanu jego zdrowia, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną; zdarzenie musi być wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością Wykonawcy;
- 3) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek, w którym ubezpieczony uczestniczył jako kierowca lub pasażer środka lokomocji, a który uległ wypadkowi w związku z ruchem drogowym, wodnym i powietrznym, a także w związku z ruchem pojazdu szynowego. Za uczestników wypadku komunikacyjnego uznaje się również ubezpieczonego występującego w charakterze rowerzysty lub pieszego; na potrzeby definicji wypadku komunikacyjnego przyjmuje się następujące definicje poszczególnych pojazdów:
 - a) pojazd w ruchu drogowym – pojazd rozumiany zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym; pojazdem jest również tramwaj;
 - pojazd szynowy - pojazd kolejowy ciągnięty przez pojazd trakcyjny, z tym że:
 - pojazd kolejowy, oznacza pojazd stosowany do poruszania się na własnych kołach po torach kolejowych,
 - b) pojazd trakcyjny oznacza pojazd kolejowy z napędem własnym, w tym metro,
 - c) pojazd w ruchu wodnym – pasażerski albo towarowy statek morski albo statek śródlądowy – z wyjątkiem okrętów wojennych – o napędzie silnikowym lub żaglowym,;
 - d) pojazd w ruchu powietrznym – pasażerski statek powietrzny koncesjonowanych linii lotniczych.

- 4) **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych w ramach łączącego ubezpieczonego z ubezpieczającym stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego;
- 5) **współmałżonek**- osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 6) **zgon dziecka**- zgon dziecka własnego lub przysposobionego oraz pasierba ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), bez względu na jego wiek;
- 7) **partner życiowy** - osoba wskazana przez pracownika w deklaracji przystąpienia jako osoba z nim nie spokrewniona, pozostająca z pracownikiem w nieformalnym związku, prowadząca z pracownikiem wspólne gospodarstwo domowe oraz nie pozostająca w związku małżeńskim z osobą trzecią; jedynym potwierdzeniem przez ubezpieczonego faktu bycia w związku partnerskim jest wskazanie partnera życiowego w deklaracji przystąpienia; Wykonawca nie może żądać żadnych dodatkowych potwierdzeń bycia w związku partnerskim;
- 8) **urodzenie martwego dziecka** - urodzenie martwego dziecka w rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń, jeżeli urodzenie zostało zarejestrowane.
- 9) **osierocenie dziecka**- osierocenie dziecka własnego lub przysposobionego w wieku do ukończenia 18 roku życia a w razie uczęszczania do szkoły – w wieku do ukończenia 25 roku życia, lub bez względu na wiek w razie jego całkowitej niezdolności do pracy, na skutek śmierci ubezpieczonego podczas trwania umowy; wypłata pełnej kwoty świadczenia przysługuje każdemu dziecku ubezpieczonego;
- 10) **szpital** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami na terytorium Rzeczypospolitej Polski lub na terytorium całego świata, państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych, hospicjów, placówek lecznictwa odwykowego, zakładów opiekuńczo – leczniczych, zakładów pielęgnacyjno – opiekuńczych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, sanatoriów, prewentoriów, szpitali uzdrowiskowych, ośrodków oraz szpitali i oddziałów rehabilitacyjnych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszej definicji nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
- 11) **świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku choroby** – wypłacane jest pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał co najmniej 2 dni, a ilość pobytów w okresie ubezpieczenia jest nieograniczona; Świadczenie wypłacane za maksymalnie 180 dni w ciągu każdego roku trwania umowy ubezpieczenia. Wykonawca nie będzie stosować wyłączenia:
 - a) leczenia dyskopatii lub zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, chorób zwyrodnieniowych stawów, reumatoidalnego zapalenia stawów, chorób stawu kolanowego;
 - b) pierwszego pobytu w szpitalu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, po warunkiem że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego odpowiedzialnością Wykonawcy pobytu ubezpieczonego w szpitalu, związanego – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą;
- 12) **świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – wypłacane jest pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał co najmniej 1 dzień (odpowiedzialność Wykonawcy za pobyt na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym), a ilość pobytów w okresie ubezpieczenia jest nieograniczona; Świadczenie wypłacane za maksymalnie 180 dni w ciągu każdego roku trwania umowy ubezpieczenia. Wykonawca nie będzie stosować wyłączenia pierwszego pobytu w szpitalu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, po warunkiem że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego odpowiedzialnością Wykonawcy pobytu ubezpieczonego w szpitalu, związanego – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą
- 13) **poważne zachorowanie** - to stan chorobowy objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, obejmujący co najmniej następujące jednostki chorobowe:
 - zawał serca
 - transplantacja organów
 - nowotwór złośliwy
 - oparzenia
 - udar mózgu
 - niewydolność nerek
 - utrata wzroku
 - oponiak
 - zabiegi chirurgiczne na naczyniach wieńcowych/ chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej by-pass
 - zakażenie wirusem HIV w związku z wykonywaniem zawodu lub w wyniku transfuzji krwi
 - choroba Creutzfelda – Jakoba
 - choroba Parkinsona
 - stwardnienie rozsiane
 - sepsa
 - utrata słuchu
 - utrata kończyn

- operacja aorty
- operacja zastawek serca
- borelioza
- przewlekłe zapalenie wątroby
- tężec
- zgorzel gazowa
- zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych
- anemia aplastyczna
- wścieklizna
- bąblowiec mózgu
- gruźlica
- zakażona zamartwica trzustki
- stwardnienie rozsiane
- bakteryjne zapalenie wsierdzia
- ropień mózgu
- choroba Huntingtona
- śpiączka
- schyłkowa niewydolność wątroby,
- utrata mowy,
- choroba Alzheimera,
- choroba neuronu ruchowego,
- choroba Leśniowskiego – Crohna

Definicje ww. jednostek chorobowych określają Ogólne Warunki Ubezpieczeń, obowiązujące w PZU Życie S.A.

- 14) **rekonwalescencja lub rehabilitacja szpitalna** – pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez oddział szpitalny w którym odbywało się leczenie szpitalne trwające minimum 10 dni, bezpośrednio po pobycie w szpitalu; wypłata świadczenia za każdy dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim nastąpi za okres pierwszych 30 dni tego zwolnienia.
- 15) **operacje chirurgiczne** – Wykonawca ponosi odpowiedzialność za operacje chirurgiczne wykonane w placówce medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przez lekarza o specjalności zabiegowej, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędnym z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu, w czasie trwania odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego.
- 16) **ryczałt na leki** - dodatkowe świadczenie, należne Ubezpieczonemu po pobycie w szpitalu w formie pieniężnej lub polegające na możliwości bezgotówkowego odbioru w aptece produktów; warunkiem otrzymania świadczenia jest uzyskanie prawa do świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu. Świadczenie przysługuje nie więcej niż 3 razy w roku polisowym; Wykonawca nie będzie wymagał przedstawiania rachunków zakupu leków.
- 17) **leczenie specjalistyczne** – Wykonawca wypłaci świadczenie z tytułu przeprowadzenia u Ubezpieczonego leczenia specjalistycznego obejmującego co najmniej jedną z następujących procedur medycznych: ablacja, chemioterapia, radioterapia, wszczepienie rozrusznika serca, terapia interferonowa, wszczepienie kardiowertera/defibrylatora.
 - a) Wykonawca przyzna świadczenie za każde przeprowadzone u Ubezpieczonego leczenie specjalistyczne danego rodzaju w okresie ubezpieczenia.
 - b) Odpowiedzialność Wykonawcy w ramach leczenia specjalistycznego obejmuje zabiegi wykonane poza szpitalem w rozumieniu pkt. 10 oraz zabiegi wykonane poza terytorium RP.
 - c) Wykonawca wypłaci świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego, jeżeli leczenie specjalistyczne zostanie rozpoczęte w okresie jego odpowiedzialności. Niedopuszczalne jest uzależnianie zasadności wypłaty świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego od momentu zdiagnozowania choroby lub zajścia nieszczęśliwego wypadku.
 - d) W przypadku wykonania chemioterapii i radioterapii Wykonawca wypłaci wyłącznie jedno świadczenie.
 - e) Po wypłacie świadczenia za dane leczenie specjalistyczne odpowiedzialność Wykonawcy w zakresie tego rodzaju leczenia wygasa.