

Ubezpieczenie Assistance Chubb

Lista najczęściej zadawanych pytań

CHUBB®

Wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego. Zasady, limity, przykłady.

Umowa ubezpieczenia przewiduje pokrycie kosztów wypożyczenia oraz transportu sprzętu rehabilitacyjnego. Możemy też zorganizować zakup sprzętu rehabilitacyjnego i pokryć koszt jego transportu. Ważne – ubezpieczenie nie obejmuje kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

Limity wynoszą: 650 zł wariant Light i 2250 zł wariant Top.

Sprzęt rehabilitacyjny jest precyzyjnie zdefiniowany w OWU (Art. 2 ust 20 oraz załącznik nr 2). Przykładem takiego sprzętu są ortozy, laski, kule, gorsety i kołnierze ortopedyczne.

Każdorazowo potrzebę wypożyczenia należy zgłosić w Centrum operacyjnym.

Zakup sprzętu nie jest ujęty w ramach umowy ubezpieczenia. W ramach umowy pokryjemy jedynie transport zakupionego sprzętu zgodnie z obowiązującymi limitami.

Nagle zachorowanie.

Zgodnie z definicją w OWU Nagłe zachorowanie jest to stan chorobowy, który powstał w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu. Grypa traktowana jest jak nagłe zachorowanie, jeśli objawy pojawiły się niedawno i - co najważniejsze - z tym zdarzeniem ubezpieczony nie był jeszcze u lekarza. Nagłym zachorowaniem nie będzie zatem choroba przewlekła (czy też nasilenie jej objawów), na którą Ubezpieczony stale się leczy, jak np. astma (oraz jej „atak”), nadciśnienie lub cukrzyca.

Limity kwotowe i ilościowe świadczeń. Jak je rozumiemy?

Mamy dwa rodzaje limitów. Są to:

- limity kwotowe ustalone na zdarzenie ubezpieczeniowe

lub

- limity ilościowe, które nakładają ograniczenia korzystania w ciągu roku, tj. w trakcie 12 miesięcy kalendarzowych od daty pierwszego zdarzenia.

W ubezpieczeniu nie ma odrębnych limitów na poszczególnych członków rodziny. Oznacza to, że w wariantcie TOP, gdzie ubezpieczonymi są również członkowie rodziny, obowiązuje jeden limit łączny odnoszący się do wszystkich (np. łącznie 5 wizyt domowych w ciągu 12 miesięcy albo 2 250 zł na wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego na zdarzenie ubezpieczeniowe).

W odniesieniu do wizyt domowych w ogólnych warunkach przewidzieliśmy limit mieszany: dwie (wariant Light) albo pięć (wariant TOP) wizyt w ciągu roku i jednocześnie nie więcej niż jedna na zdarzenie ubezpieczeniowe.

Szczegóły dotyczące limitów na poszczególne usługi są zapisane w OWU (Art. 3 oraz Załącznik nr 1).

Organizacja rehabilitacji. Jak to działa?

Do organizacji rehabilitacji niezbędny jest:

- dokument potwierdzający zdarzenie ubezpieczeniowe, tj. nieszczęśliwy wypadek. Może to być dokument z POZ lub z SOR. Nieszczęśliwy wypadek definiujemy w OWU jako nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w okresie obejmowania ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Za przyczynę zewnętrzną, która wywołała nieszczęśliwy wypadek nie uważa się choroby ani choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała ubezpieczonego wynikających z przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.
- skierowanie na rehabilitację, które wystawił lekarz prowadzący proces leczenia.

Prosimy zwrócić uwagę, że udar nie jest traktowany jako nieszczęśliwych wypadek. W związku z tym nie będziemy mogli zrealizować zaleconej rehabilitacji poudarowej w ramach naszego programu.

Przed przystąpieniem do realizacji świadczenia weryfikujemy również czy nie zachodzą przesłanki wyłączające naszą odpowiedzialność np. czy zdarzenie nie było następstwem działania pod wpływem alkoholu.

Limity rehabilitacji są na każde zdarzenie ubezpieczeniowe. Jeżeli dojdzie do kolejnego nieszczęśliwego wypadku - limit jest odnawiany.

Wizyty domowe. Zasady realizacji.

Wizyta domowa, jest wizytą lekarza w domu ubezpieczonego na terytorium Polski. Pokrywamy tu koszty wizyty lekarza pierwszego kontaktu w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, która jest wymagana w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania ubezpieczonego. Wizyta domowa nie jest realizowana jeśli wymagana interwencja pogotowia ratunkowego. W wariantcie TOP wizyta domowa przysługuje

także w przypadku przebywania ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14-dniowe.

Ubezpieczonemu przysługuje nie więcej niż jedna wizyta domowa do każdego zdarzenia j jednocześnie nie więcej niż dwie (w przypadku Wariantu Light) albo pięć (w przypadku Wariantu TOP) wizyt domowych w trakcie kolejnych 12 miesięcy od momentu zaistnienia pierwszego zdarzenia.

Nasza sieć obejmuje całą Polskę. Jeśli w jakiejś lokalizacji występują problemy z dostępnością do usług, prosimy o zgłaszanie takich sytuacji do Centrum operacyjnego (**+48 22 568 98 20**) lub assistance@isoncare.pl

Jeśli wizyta w danym miejscu i danym momencie jest niemożliwa, możemy zaproponować:

- Telekonsultację (1 wizyta domowa = 2 tele-konsultacje);
- wizytę stacjonarną z dojazdem;
- nasz kontakt z lekarzem rodzinnym ubezpieczonego i sprawdzenie z nim możliwości zorganizowania takiej wizyty lub
- refundację kosztów na podstawie dokumentu z diagnozą oraz rachunku.

W przypadku wezwania lekarza do dziecka organizujemy wizytę lekarza pediatry lub lekarza rodzinnego, chyba że rodzic wyrazi zgodę na wizytę lekarza internisty. Warto pamiętać, że wezwanie lekarza do dwojga chorych dzieci traktujemy jako dwie wizyty. W przypadku podejrzenia zachorowania na covid-19, przed wizytą lekarza należy wykonać test. Jeśli wynik testu jest pozytywny, należy o tym poinformować Centrum operacyjne. Jeśli ubezpieczony nie może samodzielnie dostać się do punku przeprowadzania testu, możemy zorganizować transport medyczny. Obowiązują jednak opisane w OWU ograniczenia – również dotyczące transportu powrotnego (patrz punkt: Jak organizowany jest transport medyczny). W uzasadnionych przypadkach lekarz może odmówić realizacji wizyty domowej.

Odmowa realizacji wizyty może też wynikać z wyłączeń wskazanych w OWU, np. z przekroczenia limitu wizyt lub stwierdzenie choroby przewlekłej. Przesłanką do odmowy realizacji wizyty nie jest odległość od miejsca zamieszkania ubezpieczonego. Umawiając wizytę uwzględniamy usługodawcę operującego jak najbliżej miejsca pobytu ubezpieczonego.

Gdzie można zgłaszać zastrzeżenia lub reklamacje dotyczące usług w ramach umowy ubezpieczenia?

Wszelkie uwagi, zastrzeżenia lub reklamacje, w tym zgłoszenia dotyczące odmowy realizacji usługi przez lekarza prosimy składać za pośrednictwem Centrum operacyjnego (+48 22 568 98 20) lub assistance@isoncare.pl.

Zgłaszanie zdarzeń

Wszystkie zdarzenia należy bezwzględnie zgłaszać do Centrum operacyjnego (**+48 22 568 98 20**). Przy braku zgłoszenia – zgodnie z OWU - odmawiamy zwrotu kosztów wykonanej usługi jako nienależnej, nawet jeśli świadczenie jest w zakresie.

Czy dostępna jest do wglądu lista placówek / lekarzy świadczących usługę wizyt domowych?

Taka lista nie jest dostępna. Zapytania o dostępność usługi prosimy kierować do Centrum operacyjnego (**+48 22 568 98 20**) lub assistance@isoncare.pl.

Jak organizujemy dostawę leków?

Po uzyskaniu danych recepty elektronicznej, ubezpieczony przekazuje je Centrum operacyjnemu, które realizuje zakup i dostarcza zakupione leki do miejsca zamieszkania ubezpieczonego. Ubezpieczony rozlicza się z dostawcą za zakupione leki w momencie ich dostarczenia.

Jak realizujemy usługi typu consierge (np. zakup kwiatów lub biletów)?

Rolą Centrum operacyjnego jest dostarczenie ubezpieczonemu drogą elektroniczną oferty zakupu konkretnej usługi lub produktu (bilet, kwiaty) wraz z linkiem do wykonania płatności (np. – wyszukanie 3 ofert dostawy kwiatów pod adres w Hiszpanii).

Jak wygląda organizacja opieki nad osobą niesamodzielną lub dzieckiem?

W przypadku osób niesamodzielnych organizujemy opiekę pielęgniarzką lub pomoc domową. W przypadku dzieci, w pierwszej kolejności ustalamy możliwość zlecenia opieki osobie z rodziny ubezpieczonego (umowa – zlecenia), a jeśli nie jest to możliwe – wyszukujemy z baz opiekunek.

Czy w umowie ubezpieczenia obowiązuje wyłączenie „alkoholowe”?

Zgodnie z OWU wyłączone są wszelkie zdarzenia powstałe w wyniku działania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu tj. w sytuacji, gdy zawartość alkoholu w organizmie Ubezpieczonego wynosi lub prowadzi do stężenia alkoholu we krwi powyżej 0,2 ‰, albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³.

Na czym polega serwis Tele-opieka?

Zgodnie z OWU Tele-opieka jest świadczeniem dodatkowym, które organizujemy w razie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania ubezpieczonego. Po zgłoszeniu takiego zdarzenia do Centrum alarmowego, ubezpieczony otrzymuje urządzenie o parametrach aparatu myphone halo 2, dzięki któremu może bezkosztowo skontaktować się natychmiast z Centrum operacyjnym w celu : (a)

zgłosić chęć skorzystania z innych świadczeń przysługujących na podstawie OWU, w związku z danym zdarzeniem ubezpieczeniowym, (b) wezwać służby ratunkowe (c) przekazać wiadomość osobom bliskim, które wskaże tj. wskazanym przez Ubezpieczonego

Urządzenie udostępniamy na okres 30 dni dla wariantu Light oraz 60 dni dla wariantu TOP.

Kiedy przysługują świadczenia z „Pakietu medycznego”?

„Pakiet medyczny” to grupa usług opisanych w Załączniku nr 1 do OWU. Obejmuje m.in. domowe wizyty lekarza lub pielęgniarki, transport medyczny, czy organizację procesu rehabilitacyjnego. Dostęp do świadczeń w ramach „Pakietu medycznego” przysługuje w razie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku. Dodatkowo - w wersji „TOP” zorganizujemy świadczenia, jeśli ubezpieczony przebywa na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14-dniowe. Powodem zwolnienia może być zarówno stan zdrowia ubezpieczonego, jak i konieczność sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny (np. dzieckiem). Np. jeśli ubezpieczony przebywa na 18-sto dniowym zwolnieniu lekarskim w związku z rwą kulszową, to ma dostęp do wszystkich usług w ramach „Pakietu medycznego” przez cały okres takiego zwolnienia (z uwzględnieniem limitów i włączeń). Jednocześnie sam atak rwy kulszowej (o ile lekarz nie wystawi zwolnienia lekarskiego trwającego minimum 14 dni), nie jest nagłym zachorowaniem w rozumieniu OWU i stanowi podstawy do udzielania świadczeń w ramach „Pakietu medycznego”, gdyż jest to objaw choroby przewlekłej.

Jak organizowany jest transport medyczny?

Transport medyczny realizowany jest w dwóch sytuacjach:–

- z miejsca pobytu ubezpieczonego do placówki medycznej,
- z placówki medycznej do miejsca pobytu.

Transport medyczny z miejsca pobytu do odpowiedniej placówki medycznej realizujemy

po zgłoszeniu takiej potrzeby do Centrum operacyjnego. Organizujemy i pokrywamy koszty transportu, o ile w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania zaistnieje konieczność przewiezienia ubezpieczonego do placówki medycznej. Robimy to tylko w sytuacjach, gdy stan zdrowia ubezpieczonego nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego. O wyborze środka transportu decyduje lekarz uprawniony, czyli lekarz konsultant Centrum operacyjnego.

Świadczenie może być spełnione nie więcej niż dwukrotnie (w przypadku Wariantu Light) albo pięciokrotnie (w przypadku Wariantu TOP), w trakcie kolejnych 12 miesięcy ochrony, licząc od zgłoszenia pierwszego zdarzenia.

Transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu również organizuje Centrum operacyjne. Usługa przysługuje, jeśli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania ubezpieczony był hospitalizowany przez minimum 72 godziny i taki transport został wyrażnie zalecony przez lekarza prowadzącego leczenie, a stan zdrowia ubezpieczonego uniemożliwia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. Tutaj też o zasadności świadczenia i wyborze środka transportu decyduje lekarz uprawniony. W odniesieniu do ubezpieczonego świadczenie może zostać spełnione nie więcej niż dwukrotnie w przypadku Wariantu Light lub pięciokrotnie w przypadku Wariantu TOP, w trakcie kolejnych 12 miesięcy ochrony.

W obu przypadkach dokładamy wszelkich starań, aby realizacja usługi nastąpiła najszybciej jak się da w danych okolicznościach lub zgodnie z preferencjami ubezpieczonego (np. określony dzień i godzina).

Usługi transportu medycznego są elementem „Pakietu medycznego”. W wariantcie „TOP” ich realizacja przysługuje także w sytuacji przebywania ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim trwającym co najmniej 14 dni.