

## ZASADY KORZYSTANIA Z DODATKOWEGO PŁATNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO OPIEKA MEDYCZNA PZUW

1. Do Ubezpieczenia zdrowotnego mogą przystąpić:
  - 1) pracownicy – osoby zatrudnione w PGW Wody Polskie na podstawie umowy o pracę - bez względu na wiek,
  - 2) partner życiowy pracownika – osoba pozostająca z pracownikiem w związku małżeńskim, albo osoba wskazana w deklaracji przystąpienia nie będąca w związku małżeńskim, pozostająca z pracownikiem – również nie będącym w związku małżeńskim – we wspólnym pożyciu (partner życiowy nie może być spokrewniony z pracownikiem) – do 69 roku życia,
  - 3) dzieci – własne lub przysposobione pracownika lub jego partnera życiowego, w wieku do 18 lat, a w razie uczęszczania do szkoły (kształcenie się w szkole lub uczelni, w trybie dziennym, wieczorowym lub zaocznym, z wyłączeniem kursów, szkoleń oraz kształcenia korespondencyjnego) w wieku do 25 lat,
  - 4) Wszystkie osoby wskazane w pkt 1-3 - w dniu podpisania „Oświadczenia ubezpieczonego” lub „Oświadczenia współubezpieczonego” oświadczają, że nie przebywają w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych oraz nie uznano w stosunku do nich niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu.
2. Współubezpieczony – objęty Ubezpieczeniem zdrowotnym partner życiowy lub dziecko.
3. Opiekun Ubezpieczenia zdrowotnego – osoba wyznaczona w KZWG/RZGW (wraz z jednostkami koordynowanymi Nadzorami Wodnymi i Zarządami Zlewni) do obsługi Ubezpieczenia zdrowotnego. Lista Opiekunów Ubezpieczenia dostępna jest w Intranecie.
4. Z Ubezpieczenia zdrowotnego mogą korzystać pracownicy otrzymujący wynagrodzenie lub zasiłek ZUS. Brak wynagrodzenia (urlop bezpłatny, urlop wychowawczy) oraz brak możliwości potrącenia składki **wyklucza możliwość korzystania z tego Ubezpieczenia**.
  - 1) Korzystanie przez pracownika z urlopu bezpłatnego/wychowawczego czy też brak możliwości potrącenia składki skutkuje wykluczeniem z Ubezpieczenia zdrowotnego również jego współubezpieczonych.
5. Pracownik ma do wyboru:

Rodzaj pakietu	KOMFORT			KOMFORT PLUS			OPTIMUM		
	Cena brutto	Pracodawca	Pracownik	Cena brutto	Pracodawca	Pracownik	Cena brutto	Pracodawca	Pracownik
INDYWIDUALNY	60,00	55,00*	5,00	176,50	55,00*	121,50	252,00	55,00*	197,00
PARTNERSKI	200,00		145,00	441,00		386,00	567,50		512,50
RODZINNY	340,00		285,00	705,50		650,50	883,00		828,00

\* Pracodawca dofinansowuje wszystkie pakiety w równej wysokości – **55,00 zł**. Należy pamiętać, że pracownik pokrywa kwotę podatku od udzielonego dofinansowania.

- 1) Ceny pakietów są wyrażone kwotami brutto.
  - 2) **Pakiet INDYWIDUALNY** – Ubezpieczeniem zdrowotnym objęta jest jedna osoba – pracownik. Występują w nim 3 warianty: KOMFORT, KOMFORT PLUS, OPTIMUM.
  - 3) **Pakiet PARTNERSKI** – Ubezpieczeniem zdrowotnym objęte są dwie osoby: pracownik i jeden jego współubezpieczony: partner życiowy lub dziecko. Występują w nim 3 warianty: KOMFORT, KOMFORT PLUS, OPTIMUM.
  - 4) **Pakiet RODZINNY** – Ubezpieczeniem zdrowotnym objęci są: pracownik i jego współubezpieczony, bez względu na ich liczbę. Występują w nim 3 warianty: KOMFORT, KOMFORT PLUS, OPTIMUM.
  - 5) Pracownik może zgłosić do Ubezpieczenia zdrowotnego partnera życiowego/dzieci wyłącznie do wariantu ubezpieczenia, którym jest sam objęty (KOMFORT, KOMFORT PLUS lub OPTIMUM).
  - 6) Pracownik ma prawo dokonać zmiany:
    - wariantu z niższego na wyższy np. z KOMFORT na KOMFORT PLUS,
    - pakietu z niższego na wyższy np. z PARTNERSKIEGO na RODZINNY,w dowolnym momencie obowiązywania umowy. Aby tego dokonać, należy ponownie złożyć wszystkie Oświadczenia do Opiekuna Ubezpieczenia w terminie wskazanym w ust. 6 pkt 1.
  - 7) Pracownik ma prawo dokonać zmiany:
    - wariantu z wyższego na niższy np. z OPTIMUM na KOMFORT,
    - pakietu z wyższego na niższy np. z RODZINNEGO na INDYWIDUALNY,w rocznicę Umowy (każdego 1 lutego danego roku) lub po okresie minimum 6 miesięcy od ostatniej zmiany pakietu (a w przypadku, kiedy ubezpieczony nie zmienił pakietu – od początku okresu odpowiedzialności względem ubezpieczonego). Aby tego dokonać, należy ponownie złożyć wszystkie Oświadczenia do Opiekuna Ubezpieczenia w terminie wskazanym w ust. 6 pkt 1.
    - a) W przypadku śmierci współubezpieczonego, rozwiązania związku małżeńskiego łączącego pracownika z partnerem życiowym lub rozwiązania przysposobienia, zmiana pakietu z wyższego na niższy (np. PARTNERSKIEGO na INDYWIDUALNY) może nastąpić, na wniosek pracownika, w dowolnym momencie. Aby tego dokonać, należy ponownie złożyć wszystkie „Oświadczenia ubezpieczonego” i „Oświadczenia współubezpieczonego” w terminie wskazanym w ust. 6 pkt 1.Uwaga! (PZU może zażądać, by pracownik przedstawił do wglądu dokumenty potwierdzające wystąpienie zdarzenia)
  - 8) W przypadku zmiany/przeniesienia z KZGW/RZGW do RZGW/KZGW lub RZGW/RZGW pracownik zostaje wypisany z Ubezpieczenia zdrowotnego w swojej dotychczasowej jednostce. Pracownik zainteresowany kontynuacją Ubezpieczenia, zobowiązany jest **niezwłocznie poinformować** o tym Opiekuna Ubezpieczenia w swojej nowej jednostce organizacyjnej, w terminie wskazanym w ust. 6 pkt 1.
6. Terminy.
- 1) **W przypadku przystąpienia do Ubezpieczenia zdrowotnego Pracownika oraz współubezpieczonego „Oświadczenie ubezpieczonego” i „Oświadczenie współubezpieczonego” obejmowanych Ubezpieczeniem zdrowotnym oraz „Upoważnienie do dokonywania potrąceń składek opieka medyczna” składa się do 10 dnia każdego miesiąca, u Opiekuna Ubezpieczenia w swojej jednostce organizacyjnej.**
  - 2) Pracownicy o których mowa w ust. 4, którzy chcieliby ponownie korzystać z Ubezpieczenia zdrowotnego, powinni ponownie złożyć do Opiekuna Ubezpieczenia wszystkie niezbędne Oświadczenia w terminie wskazanym w ust. 6 pkt 1.

- 3) Pracownik, który złoży „Oświadczenie ubezpieczonego” przystąpienia do Ubezpieczenia zdrowotnego **do 10 dnia** miesiąca, będzie mógł z niej korzystać od następnego miesiąca.  
Przykład: zgłoszenie w dniu 10 marca – przystąpienie od 1 kwietnia.
- 4) Pracownik, który złoży „Oświadczenie ubezpieczonego” przystąpienia do Ubezpieczenia zdrowotnego **po 10 dniu** miesiąca, będzie mógł z niej korzystać od drugiego miesiąca.  
Przykład: zgłoszenie w dniu 11 marca lub później – przystąpienie od 1 maja.
- 5) W przypadku gdy stosunek pracy pracownika dobiega końca i na dzień wypłaty np. 28.03/10.04 nie jest już pracownikiem PGW Wody Polskie, nie ma już możliwości korzystania z Ubezpieczenia zdrowotnego w kolejnym miesiącu np. umowa dobiegła końca 20.03 – Ubezpieczenie zostanie wyłączone od 1 kwietnia.
- 6) **W przypadku rezygnacji z Ubezpieczenia zdrowotnego, pracownik składa u Opiekuna Ubezpieczenia w terminie wskazanym w ust. 6 pkt 1 pisemne „Oświadczenie o rezygnacji z Ubezpieczenia zdrowotnego”. Oświadczenie rezygnacji dostępne jest do pobrania na Intranecie.**
- 7) Złożenie rezygnacji/wypisanie skutkuje wyłączeniem możliwości korzystania z Ubezpieczenia zdrowotnego również przez współubezpieczonych.
- 8) Uwaga! Pracownik, który rezygnuje z Ubezpieczenia zdrowotnego/ zostaje wypisany, może do niego przystąpić ponownie wyłącznie w rocznicę Umowy (1 lutego następnego roku kalendarzowego) lub po dacie rocznicy Umowy, z zastrzeżeniem ust. 6 pkt. 2 (przykład: rezygnacja 5 maja 2022 r., możliwość ponownego przystąpienia dopiero od 1 lutego 2023 r. lub po tej dacie).
- 9) Płatność za wybrany pakiet pobierana jest z góry z wynagrodzenia/zasiłków pracownika:
  - a) Pracownicy umysłowi do 28 dnia miesiąca (wyjątek grudzień – do 22 grudnia )
  - b) Pracownicy fizyczni do 10 dnia miesiąca.