

### Najczęściej zadawane pytania:

**1. Czy w ubezpieczeniu L4 są karencje?**

W ubezpieczeniu krótkotrwałej niezdolności do pracy nie ma zastosowania karencji (przystępując do ubezpieczenia do 20 marca ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od 1 kwietnia, przystępując do ubezpieczenia do 20 kwietnia ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od 1 maja itd.) Jedynie w przypadku, jeżeli osoba wystąpi z ubezpieczenia w trakcie trwania ubezpieczenia lub nie zapłaci składki ponownie może przystąpić do ubezpieczenia po upływie 6 miesięcy.

**2. Od kiedy ubezpieczenie obowiązuje?**

Okres ochrony ubezpieczeniowej obowiązuje od 01.04.2015 do 31.03.2018r.

**3. Jak można opłacić składkę ubezpieczeniową?**

Składkę można opłacić w dwóch wariantach jednorazowo lub miesięcznie. Przystępując do ubezpieczenia każda osoba otrzymuje na wskazany w formularzu adres e-mail i SMS indywidualny nr rachunku, na który przelewa składkę.

**4. Jakie dokumenty są potrzebne przy zgłoszeniu szkody?**

Wszystkie informacje oraz dokumenty dotyczące zgłoszenia roszczenia znajdują się na stronie [www.sfgz.pl](http://www.sfgz.pl) pod zakładką zgłoś roszczenie.

**5. W jaki czasie ubezpieczyciel wypłaci roszczenie?**

Zgodnie z treścią art. 817 k.c., zakład ubezpieczeń w terminie 30 dni od dnia złożenia zawiadomienia o zdarzeniu ma obowiązek wypłaty świadczenia albo pisemnego powiadomienia osoby zgłaszającej roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaty bezspornej części świadczenia, czyli sumy pieniężnej, której wysokość została dotychczas ustalona jako wysokość powstałej szkody.

### **Wybrane definicje:**

1. w § 4 ust. 1 OWU BENEFIT COMPLEX PLUS otrzymuje brzmienie:

Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się Ubezpieczonemu **w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej**, a także choroby, **której pierwsze objawy wystąpiły w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej** lub która została zdiagnozowana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, a w przypadku ubezpieczenia krótkotrwałej niezdolności do pracy przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się Ubezpieczonemu **w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej lub choroby, która została zdiagnozowana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej**, w wyniku których powstała krótkotrwała niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania pracy w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

1. §2 pkt. 6 OWU BENEFIT COMPLEX PLUS otrzymuje brzmienie:

„6) choroba – zaburzenia w funkcjonowaniu narządów lub organów ciała Ubezpieczonego, niezależnie od niczyjej woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę”

2. §2 pkt. 19 OWU BENEFIT COMPLEX PLUS otrzymuje brzmienie:  
„19) krótkotrwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy – czasowa utrata zdolności, udokumentowana zwolnieniem lekarskim, do wykonywania pracy przez Ubezpieczonego będącego pracownikiem, zatrudnionym przez pracodawcę na podstawie umowy o pracę, w okresie której Ubezpieczony otrzymał 80% uposażenia, powstała w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, w tym niemożności wykonywania pracy z przyczyn określonych w art. 51 ust. 2 ustawy z dnia 20 czerwca 1985r. o prokuraturze, w art. 94 ust. 2 ustawy z dnia 27 lipca 2001r. Prawo o ustroju sądów powszechnych oraz w art. 45 ust. 6 ustawy z dnia 23 listopada 2002r. o Sądzie Najwyższym, trwająca nieprzerwanie za każdym razem co najmniej 5 dni, jednak nie więcej niż 90 dni w ciągu 12 miesięcznego okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień §8 ust. 8 OWU, udokumentowana kopią zaświadczenia lekarskiego z okresem niezdolności do pracy za każdym razem co najmniej 5 dniowym, potwierdzoną przez pracodawcę za zgodność z oryginałem, wystawionego zgodnie z przepisami art. 55 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.”
3. §2 pkt. 24 OWU BENEFIT COMPLEX PLUS otrzymuje brzmienie:  
„24) nieszczęśliwy wypadek – nagłe zdarzenie mające miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek której Ubezpieczony niezależnie od swojej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.”

#### **6. Jakie są warunki wypłaty świadczenia?**

Zwolnienie musi być wystawione na minimum 5 dni ciągiem na jednym druku (obowiązuje to dni kalendarzowe). Jeżeli zwolnienie będzie przedłużane, musi być ciągłość dni, nie może być przerwy między jednym, a drugim zwolnieniem. Jeżeli warunek 5 dni zostanie spełniony Towarzystwo wypłaca świadczenie już od pierwszego dnia zwolnienia lekarskiego. Maksymalnie Sędzia/Prokurator w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej może wykorzystać 90 dni zwolnienia lekarskiego.

#### **7. Kiedy Towarzystwo nie wypłaca świadczenia?**

Towarzystwo nie wypłaca świadczenia między innymi w przypadku, gdy:

- choroba została zdiagnozowana przed objęciem ochrony ubezpieczeniowej
- depresja
- pobytem w sanatorium uzdrowiskowym
- leczeniem rehabilitacyjnym, w tym rehabilitacji pulmonologicznej, za wyjątkiem leczenia rehabilitacyjnego zaleconego bezpośrednio po nieszczęśliwym wypadku,

Wszystkie wyłączenia odpowiedzialności znajdują Państwo w wyciągu z zapisów umowy, które znajdują się na stronie [www.sfgz.pl](http://www.sfgz.pl)