

KARTA PRODUKTU

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym.

Indywidualne Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED – Pełna Opieka

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje dotyczące umowy podane są w innych dokumentach, tj. w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia nr IUS/2/2022.

Informujemy, że niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, ani nie stanowi materiału marketingowego oraz oferty w rozumieniu art. 66 i art. 71 kodeksu cywilnego.

Decyzję o zawarciu umowy należy podjąć po wcześniejszym zapoznaniu się z pełną dokumentacją dotyczącą ubezpieczenia znajdującą się w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia nr IUS/2/2022.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Indywidualne Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED – Pełna Opieka jest ubezpieczeniem indywidualnym. (Dział II. Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe, grupa 2 Ubezpieczenia choroby).



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

Zdarzeniem, które uprawnia do świadczenia jest:	Świadczenie:
Skierowanie na leczenie szpitalne	<ul style="list-style-type: none"> • badania diagnostyczne oraz konsultacje lekarskie potrzebne w związku z pobytem w szpitalu i zabiegami • hospitalizacja planowa w zakresie kardiologii inwazyjnej, ortopedii, chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej, ginekologii, laryngologii, urologii, okulistyki, neurochirurgii kręgosłupa, onkologii • opieka medyczna w okresie rekonwalescencji
Poród	<ul style="list-style-type: none"> • opieka położniczo-neonatologiczna • badania diagnostyczne oraz konsultacje lekarskie potrzebne w związku z pobytem w szpitalu; • opieka medyczna w okresie rekonwalescencji po porodzie
Nagłe pogorszenie stanu zdrowia lub drobny uraz	<ul style="list-style-type: none"> • opieka doraźna • hospitalizacja pilna w zakresie ortopedii, chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej, ginekologii, laryngologii, urologii, okulistyki, neurochirurgii kręgosłupa, onkologii
Brak hospitalizacji przez 2 lata	<ul style="list-style-type: none"> • szpitalny przegląd zdrowia



Jakie obowiązki ma Ubezpieczony podczas zgłaszania roszczenia?

Ubezpieczenie obejmuje koordynację opieki szpitalnej, której zadaniem jest obsługa i pomoc Ubezpieczonym przy korzystaniu z ubezpieczenia.

W celu skorzystania z ubezpieczenia należy skontaktować się z koordynatorem opieki szpitalnej (dane kontaktowe są na polisie) oraz przekazać mu kopię skierowania do szpitala lub wniosek o realizację świadczenia. Dodatkowo Ubezpieczony może zostać poproszony o dostarczenie posiadanej dokumentacji medycznej.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

- Nie odpowiadamy za zdarzenia, będące następstwem wskazanych okoliczności, a w szczególności:
 - stosowania naukowo nieuznanych metod leczenia oraz medycyny niekonwencjonalnej, stosowania leków niedopuszczonych do użytku na terenie Unii Europejskiej, udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych, badaniach klinicznych lub podobnych badaniach związanych ze zdrowiem;
 - transplantacji organów lub tkanek, komórek, hodowli komórkowych (pochodzenia naturalnego lub sztucznego), w tym także z wykorzystaniem autoprzeszczepu;
 - stanów kłęski żywiołowej, katastrof naturalnych, pandemii oraz epidemii ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej, jeżeli powodują dezorganizację lub brak możliwości świadczenia usług po naszej stronie.
 - wyczynowego uprawiania sportu;
 - prowadzenia pojazdu bez uprawnień, prowadzenia pojazdu bez aktualnego badania technicznego, zgodnych z obowiązującymi przepisami lub prowadzenia pojazdu pod wpływem alkoholu, narkotyków albo innych środków odurzających, psychotropowych;
 - usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia, świadomego spowodowania rozstroju zdrowia;
 - popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa lub wykroczenia;
 - samodzielnego leczenia niezleconego przez lekarza, niestosowania się do zaleceń medycznych dotyczących świadczeń udzielanych w ramach umowy, modyfikacji zaleconego leczenia lub rażącego niedbalstwa.

- i) pozostawania pod wpływem, nadużycia lub zatrucia dobrowolnie spożywanymi: alkoholem, narkotykami, innymi substancjami odurzającymi lub psychotropowymi, lekami stosowanymi niezgodnie z zaleceniem lekarza oraz nadużycia lub zatrucia tytoniem.
2. Nie zrealizujemy świadczenia w okresie pierwszych 12 miesięcy od początku nieprzerwanie trwającego okresu ochrony w stosunku do Ubezpieczonego, jeżeli jest ono następstwem chorób, które zostały zdiagnozowane lub były leczone, nieszczęśliwych wypadków i urazów, które wystąpiły lub były leczone oraz objawów chorobowych, które wystąpiły lub przyczyny ich wystąpienia były znane Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu lub też o których, przy zachowaniu należytej staranności mogli się dowiedzieć w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek okresu ochrony.

Stosujemy **karencje**, czyli okres obowiązywania umowy ubezpieczenia, w czasie którego ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona. Wynoszą one:

- a) 3 miesiące - dla hospitalizacji planowych;
- b) 10 miesięcy – dla wysokospecjalistycznych metod leczenia i diagnostyki oraz opieki położniczo-neonatologicznej.

Szczegółowy wykaz wysokospecjalistycznych metod leczenia i diagnostyki oraz opis ograniczeń ochrony ubezpieczeniowej znajduje się w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- a) świadczeń ambulatoryjnych nie związanych z hospitalizacją;
- b) udzielania świadczeń w innych placówkach niż wskazane przez nas;



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w lokalizacjach i placówkach wskazanych przez nas. Szczegółowy wykaz placówek znajduje się na stronie: www.opiekaszpitalna.luxmed.pl.



Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

- ✓ przekazanie wszystkich danych, o które zapytamy we wniosku ubezpieczeniowym;
- ✓ zawiadomienie nas o zdarzeniu uprawniającym do świadczenia;
- ✓ przestrzeganie zaleceń lekarzy;
- ✓ przestrzeganie zasad panujących w przychodniach i szpitalach;
- ✓ przestrzegania terminów zaplanowanych zabiegów, badań i wizyt wynikających z umowy.

Co należy do obowiązków Ubezpieczającego?

- ✓ przekazanie innych dokumentów, jeżeli były one wskazane, jako niezbędne do zawarcia umowy;
- ✓ terminowe opłacanie składek.



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składki można opłacać w cyklach miesięcznych, kwartalnych, półrocznych lub rocznych. Szczegóły dotyczące ich wysokości oraz sposób płatności są określone w polisie.



Kiedy rozpoczyna się ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ubezpieczonych?

- ✓ Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie, jednak nie wcześniej niż następnego dnia roboczego po opłaceniu składki.

Kiedy kończy się ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ubezpieczonych?

- ✓ następnego dnia roboczego po dniu, w którym otrzymaliśmy odstąpienie od umowy;
- ✓ w rocznicę polisy przypadającą ostatniego dnia roku w którym Ubezpieczony ukończył 71 r.ż.;
- ✓ w dniu rozwiązania umowy;
- ✓ z dniem śmierci Ubezpieczającego (w takim przypadku Ubezpieczony może wejść w prawa i obowiązki Ubezpieczającego wynikające z umowy, po uzyskaniu naszej zgody);
- ✓ z dniem śmierci Ubezpieczonego.



Jak rozwiązać umowę?

- x Ubezpieczający może odstąpić od umowy bez podawania przyczyny w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia. W takim przypadku zwrócimy wysokość wpłaconej składki pomniejszoną o okres, w którym udzieliliśmy ochrony ubezpieczeniowej.
- x Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym momencie jej trwania, poprzez złożenie wypowiedzenia zgodnie z zasadami wskazanymi w OWU. Umowa zostanie rozwiązana z końcem miesiąca polisy, ewentualnie w późniejszym terminie wskazanym przez Ubezpieczającego.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED – Pełna Opieka dla klientów indywidualnych

Spis treści

§1 Z kim zawierasz Umowę?.....	2
§2 Definicje.....	2
§3 Co jest przedmiotem Umowy?.....	5
§4 Jak skorzystać z ubezpieczenia?	5
§5 Czego wymagamy do zawarcia Umowy?.....	6
§6 Na jak długo zawierasz Umowę i od kiedy obowiązuje ubezpieczenie?.....	6
§7 Jakie warunki Umowy możesz zmienić w trakcie jej obowiązywania i jak to zrobić?.....	6
§8 Kiedy możesz odstąpić od Umowy lub ją rozwiązać?.....	7
§9 Do kiedy obowiązuje Umowa?.....	7
§10 Jaka jest wysokość Składki i jak ją opłacić?.....	7
§11 Jakie mamy obowiązki wobec Ciebie?.....	7
§12 Jakie obowiązki mają Ubezpieczający i Ubezpieczony wobec nas?.....	7
§13 Co to jest okres karencji i jaka jest jego długość?.....	8
§14 Jakie są wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia?.....	8
§15 W jaki sposób możesz złożyć reklamację?.....	10
§16 W jakim celu przetwarzamy dane osobowe?.....	10
§17 Postanowienia końcowe.....	13

Informacje zawarte w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia IUS/2/2022

Rodzaj informacji	Numer zapisu w OWU
Przesłanki, które zobowiązują nas do wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	<ul style="list-style-type: none">§3, §4 ust. 1, 2, 4, 6
Ograniczenia oraz wyłączenia naszej odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	<ul style="list-style-type: none">§4 ust. 3, §5 ust. 2, §13, §14 Załącznik nr 1: <ul style="list-style-type: none">Część I §1 ust. 1 pkt b, ust. 2 pkt. b, ust. 3 pkt. b, ust. 4 pkt. b, ust. 5 pkt. b, ust. 6 pkt. b, ust. 7 pkt. b, ust. 8 pkt. b, ust. 9 pkt. b, ust. 10 pkt. b, ust. 11 pkt. b, §3 ust. 2, §4 ust. 2-3, §5 ust. 3, §6 ust. 2-4, §7 ust. 3-4Część II ust. 2, 4-5 Załącznik nr 2: <ul style="list-style-type: none">Część I §1 ust. 1 pkt b, ust. 2 pkt. b, ust. 3 pkt. b, ust. 4 pkt. b, ust. 5 pkt. b, §2 ust. 2-3, §3 ust. 3, §4 ust. 2-4, §5 ust. 3-4

§1 Z kim zawierasz Umowę?

Umowę Ubezpieczenia zawierasz Ty (dalej **Ubezpieczający**) z nami: LMG Försäkrings AB S.A. z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Box 27093, Szwecja, działającą w Polsce poprzez oddział LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (nasze pełne dane jako **Ubezpieczyciela** znajdują się w §2 ust. 21).

§2 Definicje

W OWU używamy ról rodzaju męskiego (np. Ubezpieczający zamiast Ubezpieczający / Ubezpieczająca albo Ubezpieczający/a), żeby zapewnić czytelność dokumentu. Za każdym razem zwracamy się do odbiorcy niezależnie od jego płci.

- Choroba** – nieprawidłowy według ogólnie uznanej wiedzy medycznej stan fizyczny lub psychiczny organizmu.
- Choroba Rzadka** – schorzenie, które wg rozporządzenia (WE) nr 141/2000 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 1999 r. w sprawie sierocych produktów leczniczych, występuje z częstością niższą niż 5 na 10 000 osób w populacji. Jest najczęściej uwarunkowane genetycznie i ma przewlekły oraz często ciężki przebieg. Prowadzi przedwcześnie do zgonu lub powoduje niepełnosprawność. Zazwyczaj ujawnia się w wieku dziecięcym.
- Ciąża Wysokiego Ryzyka** – ciąża, w której występują czynniki ryzyka ze strony matki lub płodu, zwiększające częstotliwość powikłań przebiegu ciąży i porodu, które są zagrożeniem dla zdrowia lub

życia matki lub płodu, wymagające w rozumieniu niniejszej Umowy opieki albo rozwiązania w ośrodku III poziomu opieki perinatalnej.

- Drobny Uraz** – uraz, który wymaga pomocy chirurgicznej lub ortopedycznej, ale nie wymaga Hospitalizacji, ani procedur medycznych w reżimie sali operacyjnej.
- Hospitalizacja** – pobyt na oddziale szpitalnym, mający na celu przeprowadzenie diagnostyki, przyjęcie porodu lub leczenie, w tym przeprowadzenie operacji spowodowanych Nieszczęśliwym Wypadkiem lub Chorobą. Hospitalizacja obejmuje:
 - Hospitalizację Planową** – pobyt na oddziale szpitalnym, który:
 - odbywa się w wyznaczonym terminie;
 - może zostać odroczone o co najmniej 24 godziny od momentu stwierdzenia jego konieczności z zastrzeżeniem, że odroczenie nie może przekroczyć terminu, po którym może nastąpić, możliwe do przewidzenia, ciężkie pogorszenie stanu zdrowia lub znaczące zmniejszenie szans na powrót do zdrowia.
 - Hospitalizację Pilną** – pobyt na oddziale szpitalnym, który nie może zostać odroczone.
- Izba Przyjęć** - dział Szpitala, który:
 - kwalifikuje pacjentów do Hospitalizacji;
 - udziela porady i pomocy doraźnej pacjentom niezakwalifikowanym do Hospitalizacji;
 - przygotowuje dokumenty niezbędne do rejestracji Hospitalizacji;

- d. przekazuje pacjenta pod opiekę zespołu oddziału szpitalnego.
7. **Koordinator Opieki Szpitalnej** (także **KOS**) – nasz pracownik, którego zadaniem jest obsługa Ubezpieczonego przy realizacji Umowy w ramach Koordynacji Opieki Szpitalnej.
 8. **Lekarz** – osoba, która posiada wymagane kwalifikacje i uprawnienia, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa polskiego, w tym w szczególności ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarzy i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 poz. 537 z późn. zm.).
 9. **Miesiąc Polisy** – miesięczny okres rozpoczynający się w pierwszym dniu Okresu Ochrony, a każdy kolejny rozpoczyna się tego samego dnia miesiąca kolejnego (np. dla Umowy obowiązującej od 15 lipca, każdy Miesiąc Polisy zaczyna się od 15 dnia miesiąca). Jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie występuje dzień, w którym powinien kończyć się Miesiąc Polisy, trwa on do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego (np. Miesiąc Polisy zaczynający się 31 marca kończy się 30 kwietnia).
 10. **Nieszczęśliwy Wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przez przyczynę niezależną od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, w którym Ubezpieczony doznał obrażeń fizycznych ciała lub naruszenia struktur anatomicznych układu mięśniowo - szkieletowego. Nieszczęśliwym Wypadkiem nie jest nagła Choroba.
 11. **Okres Ochrony** – okres, w którym ponosimy odpowiedzialność w stosunku do Ubezpieczonego za zdarzenia objęte Umową.
 12. **Operator** – podmiot koordynujący w naszym imieniu udzielanie Świadczeń.
 13. **Opieka Doraźna** – świadczenie medyczne na rzecz osób, których stan zdrowia uległ nagłemu pogorszeniu a brak pomocy medycznej udzielonej niezwłocznie mógłby skutkować dalszym pogorszeniem. Szczegółowy zakres Opieki Doraźnej, w tym wskazanie sytuacji, w których nie możemy jej zapewnić, jest opisany w Załączniku nr 1 (Część I, §7) oraz Załączniku nr 2 (Część I, §7) do OWU. Opieka Doraźna kończy się zaleceniami dotyczącymi dalszego postępowania, uzależnionymi od stanu zdrowia Ubezpieczonego.
 14. **Przychodnia** – podmiot leczniczy udzielający świadczeń ambulatoryjnych w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, działający na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej, realizujący Świadczenia w oparciu o OWU.
 15. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy.
 16. **Składka** – kwota należna nam z tytułu Umowy. Jej wysokość i termin płatności są określone w Polisie.
 17. **Szpital** – podmiot leczniczy udzielający świadczeń szpitalnych w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, działający na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej, realizujący Świadczenia w oparciu o OWU. Definicja Szpitala w rozumieniu OWU obejmuje również przychodnie wchodzące w skład Szpitala.
 18. **Świadczenie** – świadczenie, które zostało objęte zakresem niniejszej Umowy i na które składają się:
 - a. **Świadczenie Szpitalne** – świadczenie medyczne związane z Hospitalizacją lub Opieką Doraźną, udzielane przez Szpital, a w niektórych sytuacjach również przez Przychodnię. Szczegółowy Zakres Świadczenia Szpitalnego jest opisany w Załączniku nr 1 (Część I) oraz Załączniku nr 2 (Część I) do OWU;
 - b. **Szpitalny Przegląd Zdrowia** (także **Przegląd**) - świadczenia z zakresu diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej i konsultacji specjalistycznych, udzielane przez Szpital. Ma na celu profilaktykę zdrowotną. Szczegółowy zakres Szpitalnego Przeglądu Zdrowia jest opisany w Załączniku nr 1 (Część II) do OWU;
 - c. **Koordynację Opieki Szpitalnej** – zakres świadczeń opisany w Załączniku nr 1 (Część III) oraz Załączniku nr 2 (Część II) do OWU.
 19. **Transport Medyczny** – obejmuje transport kołowy:
 - a. z miejsca pobytu Ubezpieczonego do Szpitala, wynikający z potwierdzonych przez nas wskazań medycznych (niemożność samodzielnego poruszania się z przyczyn medycznych, konieczność ciągłej opieki i nadzoru medycznego);
 - b. transport międzyszpitalny w przypadku, gdy zlecimy transport medyczny do innej jednostki w ramach kontynuacji leczenia objętego zakresem ubezpieczenia, a także do innego najbliższego Szpitala w ramach kontynuacji leczenia w sytuacji, gdy dalsza diagnostyka leczenia wykracza poza zakres naszej odpowiedzialności;
 - c. transport ze Szpitala do miejsca pobytu Ubezpieczonego, wynikający z potwierdzonych przez nas wskazań medycznych.
 20. **Ubezpieczony** – Główny Ubezpieczony lub Współubezpieczony. Jeżeli w OWU występuje termin Ubezpieczony oznacza to, że dotyczy on zarówno Głównego Ubezpieczonego, jak i Współubezpieczonego.
 - a. **Główny Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rachunek której zawarto Umowę, zamieszkała na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, która

- w dniu rozpoczęcia ochrony miała ukończone 18 i nie miała ukończonych 70 lat.
- b. **Współubezpieczony** – osoba fizyczna, wskazana przez Ubezpieczającego we Wniosku Ubezpieczeniowym, której zdrowie obejmujemy ochroną w ramach Umowy. Współubezpieczonym może być:
- I. **Partner** – współmałżonek lub osoba prowadząca z Głównym Ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe, niezłączona pokrewieństwem, przysposobieniem lub powinowactwem, która w dniu rozpoczęcia ochrony miała ukończone 18 i nie miała ukończonych 70 lat.
 - II. **Dziecko** – Dziecko Pełnoletnie i Dziecko Niepełnoletnie
 - **Dziecko Niepełnoletnie** – dziecko własne lub przysposobione Głównego Ubezpieczonego lub Partnera, które nie ukończyło 18 lat. Osobą uprawnioną do składania oświadczeń w imieniu Dziecka Niepełnoletniego jest opiekun prawny.
 - **Dziecko Pełnoletnie** - dziecko własne lub przysposobione Głównego Ubezpieczonego lub Partnera, które ukończyło 18 lat.
21. **Ubezpieczyciel** - LMG Försäkrings AB S.A. z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Box 27093, Szwecja, zarejestrowana w Urzędzie Rejestracji Przedsiębiorstw pod numerem 516406-0831, kapitał akcyjny: 4 800 000 Euro opłacony w całości, działająca w Polsce poprzez oddział LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie wpisany do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy KRS pod nr KRS 0000395438, NIP: 1080011494 będąca dużym przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 8 marca 2013 r o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych.
22. **Umowa Ubezpieczenia** (także **Umowa**) – umowa zawarta na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia. Treść Umowy Ubezpieczenia stanowią niniejsze OWU wraz z Załącznikami 1 i 2 oraz Polisa.
23. **Uraz Wielonarządowy** (politrauma) – uraz obejmujący jednocześnie kilka układów lub narządów i powodujący uszkodzenia przynajmniej dwóch okolic ciała w znacznym stopniu, stanowiąc możliwość zaburzenia stabilności krążeniowo-oddechowej osoby poszkodowanej. Każde z tych obrażeń może stanowić stan bezpośrednio zagrażający życiu. W szczególności taki uraz obejmuje stany wymagające pilnych interwencji torakochirurgicznych, neurochirurgicznych oraz
- pobytu w warunkach oddziału anestezjologii i intensywnej terapii.
24. **Wniosek Ubezpieczeniowy** (także **Wniosek**) – Twoja propozycja zawarcia Umowy, którą składasz elektronicznie, telefonicznie lub pisemnie na przygotowanym przez nas formularzu.
25. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** - uprawianie dyscyplin sportowych wymagających aktywności fizycznej, obejmujące: uczestnictwo w treningach w ramach klubu, związku lub stowarzyszenia sportowego, a także uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych, udział w półzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje, inne imprezy o charakterze sportowym) oraz sportowych obozach kondycyjnych lub szkoleniowych. Dotyczy również wypraw do miejsc o ekstremalnych warunkach klimatycznych lub przyrodniczych. Wyczynowym Uprawianiem Sportu nie jest Rekreacyjne Uprawianie Sportu.
26. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** - uprawianie dyscyplin sportowych w wolnym czasie wymagających aktywności fizycznej, ale którego celem jest wyłącznie wypoczynek i/lub regeneracja sił psychofizycznych, utrzymanie dobrego stanu zdrowia. Obejmuje również, w rozumieniu niniejszej Umowy, uprawianie dyscyplin sportowych przez dzieci do 18 roku życia w ramach klubu, klasie lub szkole sportowej.
27. **Wysokospecjalistyczne Metody Leczenia i Diagnostyki** – najbardziej zaawansowane technicznie lub o dużej rozległości metody lecznicze, chirurgia robotyczna, zabiegi operacyjne dotyczące jelit, trzustki i wątroby, naczyń tętniczych, leczenie endometriozy, Funkcjonalne Endoskopowe Operacje Zatok, zabiegi wymagające użycia materiałów wszczepialnych, implantów lub endoprotez, zabiegi neurochirurgiczne dotyczące kręzków międzykręgowych, zabiegi z użyciem kleju naczyniowego oraz diagnostyka za pomocą skanerów PET-CT / PET-MRI, badania scyntygraficzne, badania MRI serca. Badania diagnostyczne, o których mowa w niniejszym ustępie dotyczą przygotowania do planowanej Hospitalizacji lub opieki medycznej po Hospitalizacji. W uzasadnionych medycznie przypadkach badania diagnostyczne mogą być realizowane doraźnie w trakcie Hospitalizacji objętej ubezpieczeniem, z zastrzeżeniem, że diagnostyka i leczenie, których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych są wyłączone zgodnie z zapisami Załącznika nr 1 §1 ust. 1 pkt b ppkt I oraz Załącznika nr 2 §1 ust. 1 pkt b ppkt II.

§3 Co jest przedmiotem Umowy?

1. Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy jest zdrowie Ubezpieczonego. Jeżeli zawierasz Umowę i dotyczy ona Twojego zdrowia, jesteś zarówno Ubezpieczającym, jak również Ubezpieczonym.
2. Ubezpieczony może skorzystać z ubezpieczenia w zakresie Świadczenia Szpitalnego w razie następujących zdarzeń:
 - a. otrzymanie skierowania na leczenie szpitalne (datą zdarzenia jest data wystawienia skierowania);
 - b. ciąża (datą zdarzenia jest data planowanego porodu wpisana w karcie ciąży, w przypadku dwóch dat jest to data wcześniejsza);
 - c. wystąpienie Drobного Urazu lub stanu zdrowia wymagającego Opieki Doraźnej (datą zdarzenia jest dzień wystąpienia Drobного Urazu lub pogorszenia stanu zdrowia).
3. Odpowiadamy za zdarzenia, które mają miejsce w Okresie Ochrony.
4. Jeżeli przez minimum 2 lata nieprzerwanego Okresu Ochrony nie miało miejsca żadne ze zdarzeń wymienionych w ust. 2, Ubezpieczony może skorzystać ze Szpitalnego Przeglądu Zdrowia.
5. W ramach Umowy zapewniamy również Koordynację Opieki Szpitalnej, której celem jest wsparcie Ubezpieczonego w zakresie korzystania z ubezpieczenia.
6. Szczegółowy zakres Świadczeń wymienionych w ust. 2-5 znajdziesz się w następujących załącznikach do OWU:
 - a. Załącznik nr 1 – zakres Świadczeń dla Głównego Ubezpieczonego, Partnera i Pełnoletniego Dziecka;
 - b. Załącznik nr 2 – zakres Świadczeń dla Niepełnoletniego Dziecka.
7. Zawierając Umowę możesz wybrać jeden z poniższych wariantów ochrony:
 - a. Indywidualny – dla Głównego Ubezpieczonego;
 - b. Partnerski – dla Głównego Ubezpieczonego i jednego Współubezpieczonego;
 - c. Rodzinny – dla Głównego Ubezpieczonego i dowolnej liczby Współubezpieczonych.
8. Świadczenia są udzielane na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w lokalizacjach wskazanych przez nas, których pełna lista znajduje się na stronie www.opiekaszpitalna.luxmed.pl. Lista lokalizacji zawiera zakres Świadczeń Szpitalnych, jakie dana placówka realizuje.

§4 Jak skorzystać z ubezpieczenia?

1. Aby skorzystać ze Świadczeń, Ubezpieczony powinien powiadomić Koordynatora Opieki

Szpitalnej o zdarzeniu objętym Umową. Dane kontaktowe do KOS przekazujemy w Polisie.

2. Do podjęcia decyzji o realizacji Świadczenia potrzebujemy następujących dokumentów:
 - a. kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o realizację Świadczenia;
 - b. kopii skierowania do szpitala oraz kopii posiadanej dokumentacji medycznej w przypadku Hospitalizacji Planowej;
 - c. kopii posiadanej dokumentacji medycznej dotyczącej ciąży oraz zaświadczenia wydanego nie wcześniej niż początek trzeciego trymestru od lekarza prowadzącego, że ciąża nie jest Ciężką Wysokim Ryzykiem, jeśli wniosek dotyczy Świadczenia położniczo-neonatologicznego.
3. Zrealizujemy Świadczenie Szpitalne, jeżeli wniosek o realizację Świadczenia zostanie do nas złożony nie później niż 30 dni po wystawieniu skierowania do szpitala.
4. W przypadku Drobного Urazu lub Opieki Doraźnej, traktujemy zgodę na podjęcie leczenia jako złożenie wniosku o realizację Świadczenia.
5. W określonych sytuacjach skorzystanie z ubezpieczenia nie będzie możliwe. Jest to związane z okresem karencji (opisany w § 13) oraz wyjątkowymi sytuacjami ograniczenia naszej odpowiedzialności (opisane w § 14).
6. Jeżeli do określenia czy Ubezpieczonemu przysługuje Świadczenie potrzebne będą dodatkowe dokumenty informacje, dodatkowe badania lub konsultacje lekarskie poinformujemy o tym Ubezpieczonego składającego wniosek. Informację prześlemy pisemnie lub w inny sposób, na który ta osoba wyraziła zgodę.
7. Rozpoczniemy realizację Świadczenia nie później niż 30 dni od otrzymania wniosku o realizację Świadczenia, w uzgodnionym z Ubezpieczonym terminie. Ubezpieczony może wskazać inny, późniejszy termin.
8. Ustalenie czy Ubezpieczonemu przysługuje Świadczenie może być niemożliwe w terminie określonym w ust. 7. W takiej sytuacji rozpoczniemy Świadczenie w terminie 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, przy zachowaniu należytej staranności.
9. Weryfikując wniosek o realizację Świadczenia i załączoną dokumentację medyczną możemy ustalić, że Świadczenie nie przysługuje Ubezpieczonemu. Poinformujemy o tym na piśmie Ubezpieczonego składającego wniosek i wskażemy okoliczności oraz podstawę prawną, które uzasadniają odmowę. Prześlemy też, że Ubezpieczony, który nie zgadza się z decyzją, może dochodzić roszczeń na drodze sądowej.

10. W przypadku Drobного Urazu lub Opieki Doraźnej weryfikujemy wnioski pod kątem zasadności zgłoszonego roszczenia niezwłocznie po jego otrzymaniu. Informację o uznaniu lub odmowie roszczenia przekazujemy osobie zgłaszającej zdarzenie.
11. Świadczenie Opieki Doraźnej realizujemy niezwłocznie po uznaniu przez nas roszczenia.

§5 Czego wymagamy do zawarcia Umowy?

1. Umowę możesz zawrzeć z nami po podaniu przez Ciebie i przez Ubezpieczonych wszystkich znanych Wam informacji i okoliczności, które są wymagane we Wniosku Ubezpieczeniowym oraz innych informacji niezbędnych do zawarcia Umowy, o które zapytamy przed jej zawarciem.
2. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, które powstały z powodu niepoinformowania nas o istotnych kwestiach związanych ze stanem zdrowia Ubezpieczonego.
3. Przyjmujemy Wnioski, które są kompletne i poprawnie wypełnione.
4. Możesz złożyć Wniosek przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość.
5. Jeżeli Wniosek Ubezpieczeniowy nie będzie zawierał wszystkich wymaganych informacji lub dokumentów, wtedy niezwłocznie zawiadomimy Cię o tym i poprosimy o ich uzupełnienie.
6. Jeżeli informacje lub dokumenty nie zostaną uzupełnione we wskazanym przez nas terminie, nie dojdzie do zawarcia Umowy.
7. Na etapie weryfikacji stanu zdrowia Ubezpieczonego możemy poprosić Cię o dostarczenie dodatkowych dokumentów lub informacji.
8. Na podstawie przeprowadzonej oceny ryzyka możemy:
 - a. zawrzeć Umowę, potwierdzeniem czego będzie wystawienie Polisy;
 - b. zaproponować zmienione warunki Umowy;
 - c. odmówić zawarcia Umowy.
9. Do zawarcia Umowy dochodzi z chwilą opłacenia pierwszej Składki oraz akceptacji przez nas Wniosku Ubezpieczeniowego. Datę zawarcia Umowy oraz datę jej wejścia w życie znajdziesz na Polisie.

§6 Na jak długo zawierasz Umowę i od kiedy obowiązuje ubezpieczenie?

1. Umowę zawierasz na okres 12 miesięcy.

2. Ubezpieczony jest objęty ubezpieczeniem od dnia, w którym zaczyna się Okres Ochrony. Datę początku Okresu Ochrony znajdziesz na Polisie.
3. Umowa zostaje automatycznie przedłużona na kolejne 12 miesięcy, z zastrzeżeniem ust. 4-6.
4. Przy przedłużeniu Umowy na kolejny roczny okres, mamy prawo zaproponować zmianę wysokości Składki. Propozycję zmiany Składki wyślemy Tobie na co najmniej 60 dni przed końcem bieżącego rocznego okresu obowiązywania Umowy.
5. Brak Twojej odpowiedzi w terminie do 14 dni przed datą rozpoczęcia kolejnego rocznego okresu trwania Umowy jest równoznaczny z wyrażeniem zgody na zmianę wysokości Składki i nie wymaga zmiany Umowy. Jeśli nie zgodzisz się na zmianę Składki i poinformujesz nas o tym, Umowa wygaśnie z końcem bieżącego rocznego okresu obowiązywania Umowy.
6. Umowa nie zostanie przedłużona na kolejny roczny okres, jeśli najpóźniej na 10 dni przed końcem jej obowiązywania, przynajmniej jedna ze stron złoży drugiej stronie oświadczenie wyrażające brak zgody na przedłużenie.

§7 Jakie warunki Umowy możesz zmienić w trakcie jej obowiązywania i jak to zrobić?

1. W każdym czasie trwania Umowy możesz dodać nowych Współubezpieczonych do Umowy, wyłączyć Współubezpieczonych z Umowy, również jeżeli powoduje to zmianę wariantu ochrony, z zastrzeżeniem, że wyłączenie danego Współubezpieczonego z Umowy może nastąpić raz w każdym dwunastomiesięcznym okresie obowiązywania Umowy.
2. Ponowne zgłoszenie do Umowy osoby, która wcześniej została wyłączona jest możliwe po upływie 12 miesięcy od daty jej wyłączenia.
3. Możesz zmienić częstotliwość opłacania Składki w rocznicę Umowy.
4. Zmiana warunków Umowy wprowadzana jest na Twój wniosek i wymaga naszej akceptacji. Zmianę potwierdzamy aneksem do Polisy, który wystawimy nie później niż 14 dni od:
 - a. daty otrzymania wniosku o dodanie lub wyłączenie Współubezpieczonego;
 - b. daty rocznicy.
5. Zmienione warunki ubezpieczenia obowiązują od dnia wskazanego w aneksie do Polisy. Jednocześnie, nie może to być wcześniej niż następnego dnia po dniu, w którym otrzymaliśmy od Ciebie pierwszą Składkę w wysokości odpowiadającej nowemu zakresowi.

§8 Kiedy możesz odstąpić od Umowy lub ją rozwiązać?

1. Możesz odstąpić od Umowy w ciągu 30 dni od daty jej zawarcia. W przypadku zawarcia Umowy przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, możesz od niej odstąpić w terminie 30 dni od dnia otrzymania potwierdzenia warunków ochrony ubezpieczeniowej i informacji wymaganych przepisami przy zawarciu umów na odległość. Otrzymasz zwrot wpłaconej Składki w ciągu 14 dni od dnia, w którym otrzymamy oświadczenie o odstąpieniu. Składka zostanie pomniejszona o należność za okres w którym udzieliliśmy ochrony.
2. Po upływie terminu wskazanego w ust. 1, masz prawo wypowiedzieć Umowę w dowolnym momencie, z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia. Możesz to zrobić wysyłając stosowne oświadczenie na adres naszej siedziby: 02-676 Warszawa, ul. Postępu 21C lub na adres poczty elektronicznej: bok@luxmed.pl.
3. Rozwiązanie Umowy nastąpi z ostatnim dniem Miesiąca Polisy, w którym upłynie miesiąc od daty otrzymania przez nas Twojego oświadczenia, o którym mowa w ust. 2. Możesz też wskazać inny, późniejszy termin.
4. Umowę możemy wypowiedzieć, jeśli nie opłacisz Składki w ustalonym terminie, a upłynie dodatkowy termin 7 dni wynikający z naszego wezwania do zapłaty. W wezwaniu podamy informację, że brak zapłaty będzie skutkowało rozwiązaniem Umowy.

§9 Do kiedy obowiązuje Umowa?

1. Umowa ulega zakończeniu:
 - a. następnego dnia roboczego po dniu, w którym otrzymaliśmy odstąpienie od Umowy zgodnie z §8 ust. 1;
 - b. w dniu rozwiązania Umowy zgodnie z §8 ust. 3;
 - c. gdy upłynie ostatni dzień 7-dniowego terminu na zapłatę kolejnej raty Składki, o którym mowa w §8 ust. 4;
 - d. ostatniego dnia okresu obowiązywania Umowy, jeżeli nie zostanie on przedłużona na kolejny 12-miesięczny okres;
 - e. ostatniego dnia rocznego okresu Umowy, w którym Ubezpieczony skończył 71 lat;
 - f. w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - g. w dniu zgonu Ubezpieczającego. W takim przypadku Ubezpieczony może wejść w prawa i obowiązki Ubezpieczającego wynikające z Umowy, po uzyskaniu naszej zgody.
2. Dzień zakończenia Umowy jest jednocześnie datą końca Okresu Ochrony.
3. W odniesieniu do Współubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa również z dniem wyłączenia go z Umowy w oparciu o zapisy §7.

§10 Jaka jest wysokość Składki i jak ją opłacić?

1. Składkę za ubezpieczenie możesz opłacać miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie.
2. Wysokość Składki uzależniona jest od:
 - a. wieku;
 - b. stanu zdrowia;
 - c. wariantu ubezpieczenia, który wybierzesz;
 - d. przeprowadzonej przez nas oceny ryzyka.
3. Szczegóły dotyczące wysokości Składki oraz sposobu zapłaty znajdziesz w Polisie.
4. Dniem zapłaty Składki jest dzień, w którym otrzymaliśmy Twoją wpłatę w pełnej należnej wysokości na naszym rachunku, wskazanym w Polisie.

§11 Jakie mamy obowiązki wobec Ciebie?

1. Zanim zawrzesz z nami Umowę prześlemy Ci OWU wraz z załącznikami. Szczegółowy wykaz załączników znajduje się na końcu tego dokumentu.
2. Aby potwierdzić zawarcie Umowy wystawimy i dostarczymy Polise. W przypadku wprowadzenia zmian do Umowy wymagających zmian na Polisie, dostarczymy aneks do Polisy.
3. Poinformujemy Cię o ewentualnej zmianie naszych adresów korespondencyjnych, w tym zmianie numeru infolinii, w ramach której Ubezpieczony może uzyskać informacje na temat ubezpieczenia.
4. Będziemy prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania wynikające z Umowy.

§12 Jakie obowiązki mają Ubezpieczający i Ubezpieczony wobec nas?

1. Razem z Ubezpieczonym macie obowiązek podać do naszej wiadomości wszystkie znane okoliczności, o które zapytamy we Wniosku Ubezpieczeniowym, a także poinformowania nas jeżeli ulegną zmianie w okresie obowiązywania Umowy.
2. Twoje obowiązki obejmują:
 - a. opłacanie Składki w wysokości i terminach określonych w Umowie;
 - b. informowanie nas o zmianie swoich danych i danych Ubezpieczonego, podanych we Wniosku Ubezpieczeniowym;
 - c. doręczenie Ubezpieczonemu warunków Umowy, w szczególności OWU, zanim wyrazi zgodę na udzielenie mu ochrony ubezpieczeniowej. Masz obowiązek doręczyć także dokumenty wprowadzające wszelkie zmiany do Umowy i OWU w trakcie obowiązywania niniejszej Umowy;
 - d. poinformowanie nas o śmierci Ubezpieczonego;

- e. poinformowania Ubezpieczonych o zmianie numeru infolinii, w ramach której Ubezpieczony może uzyskać informacje na temat ubezpieczenia oraz zmian dotyczących Operatora.
3. Obowiązki Ubezpieczonego obejmują:
- a. przestrzeganie zaleceń Lekarzy;
 - b. przestrzeganie zasad obowiązujących w Przychodniach i Szpitalach;
 - c. stosowanie się do poleceń personelu Przychodni i Szpitali;
 - d. przestrzeganie uzgodnionych z nami terminów wykonania Świadczeń;
 - e. przybycie w uzgodnionym terminie do Szpitala lub Przychodni wskazanej przez nas lub poinformowanie Operatora o rezygnacji ze Świadczenia, nie później niż 12 godzin przed ustalonym terminem jego wykonania. Jeżeli okoliczności nie pozwalają zachować tego terminu, Ubezpieczony powinien poinformować Operatora o rezygnacji niezwłocznie po powstaniu jej przyczyny;
 - f. powstrzymanie się od wszelkich działań utrudniających lub uniemożliwiających udzielenie Świadczenia.

§13 Co to jest okres karencji i jaka jest jego długość?

1. W Umowie stosujemy karencję. Jest to okres, który musi upłynąć od początku Okresu Ochrony, zanim obejmimy określonym Świadczeniem osobę Ubezpieczoną.
2. Okresy karencji stosowane w Umowie wynoszą:
 - a. 3 miesiące - dla Hospitalizacji Planowych;
 - b. 10 miesięcy – dla Wysokospecjalistycznych Metod Leczenia i Diagnostyki oraz Świadczeń położniczo-neonatologicznych.
3. Nie stosujemy karencji wobec zdarzeń będących wynikiem Nieszczęśliwego Wypadku, Koordynacji Opieki Szpitalnej, Opieki Doraźnej i Hospitalizacji Pilnej.
4. Jeśli będziesz chciał rozszerzyć Umowę, dodając nowych Współubezpieczonych, to zostaną oni objęci karencją liczoną od początku ich Okresu Ochrony.
5. Karencji nie stosujemy w przypadku kontynuacji Okresu Ochrony w ramach umowy przedłużanej na kolejne roczne okresy, w takim samym lub węższym zakresie ubezpieczenia.
6. Jeżeli Ubezpieczony był objęty ubezpieczeniem, w którym byliśmy Ubezpieczycielem i które obejmowało zakresem Hospitalizację, wówczas okres trwania poprzedniego ubezpieczenia jest zaliczany do okresów karencji dla:

- a. Hospitalizacji Planowych, z wyłączeniem onkologii – o ile były one objęte poprzednim ubezpieczeniem,
- b. Świadczeń położniczo-neonatologicznych – o ile były one objęte poprzednim ubezpieczeniem.

Aby skorzystać z tej zasady, wcześniejsze ubezpieczenie musi być zakończone i nie mogło skończyć się wcześniej niż 3 miesiące przed początkiem Okresu Ochrony opartego o niniejsze warunki. Jeżeli Ubezpieczony był objęty kilkoma ubezpieczeniami, wówczas ta zasada ma zastosowanie tylko do umowy ubezpieczenia z najpóźniejszą datą zakończenia.

§14 Jakie są wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia?

1. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje zdarzeń ubezpieczeniowych, a więc nie udzielimy Świadczenia, które są skutkiem:
 - a. działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, wojny domowej, rewolucji, stanu wyjątkowego, cywilnego zamachu stanu, aktów terroryzmu, służby wojskowej, udziału w misjach wojskowych lub stabilizacyjnych, czynnego uczestnictwa Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach lub strajkach;
 - b. stosowania naukowo nieuznanych metod leczenia oraz medycyny niekonwencjonalnej, stosowania leków niedopuszczonych do użytku na terenie Unii Europejskiej, udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych, badaniach klinicznych lub podobnych badaniach związanych ze zdrowiem;
 - c. transplantacji organów lub tkanek, komórek, hodowli komórkowych (pochodzenia naturalnego lub sztucznego), w tym także z wykorzystaniem autoprzeszczepu, wszczepiania implantów i urządzeń;
 - d. Wyczynowego Uprawiania Sportu;
 - e. stanów kłęski żywiołowej, katastrof naturalnych, stanów pandemii oraz stanów epidemii ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej, jeżeli powodują dezorganizację lub brak możliwości świadczenia usług po naszej stronie;
 - f. działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego oraz czynników biologicznych i chemicznych w zakresie szkodliwym dla człowieka;
 - g. prowadzenia pojazdu bez uprawnień lub prowadzenia pojazdu bez aktualnego badania technicznego, zgodnych z obowiązującymi przepisami lub prowadzenia pojazdu pod wpływem alkoholu, narkotyków albo innych środków odurzających, psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów

- ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jednolity Dz. U. z 2019 poz. 852 z późn. zm.);
- h. usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia, świadomego spowodowania rozstroju zdrowia;
 - i. popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa lub wykroczenia;
 - j. samodzielnego leczenia niezleconego przez Lekarza, niestosowania się do zaleceń medycznych dotyczących Świadczeń udzielanych w ramach Umowy, modyfikacji zaleconego leczenia lub rażącego niedbalstwa;
 - k. pozostawiania pod wpływem, nadużycia lub zatrucia dobrowolnie spożywanymi: alkoholem, narkotykami, innymi substancjami odurzającymi lub psychotropowymi, lekami stosowanymi niezgodnie z zaleceniem lekarza oraz nadużycia lub zatrucia tytoniem;
 - l. uczestnictwa w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nielicencjonowanych linii lotniczych.
2. Wyłączona z zakresu ochrony jest Hospitalizacja, która ze względów bezpieczeństwa medycznego, stwierdzonych w dniu przyjęcia do oddziału szpitalnego lub w trakcie pobytu, wymaga jednoczasowego leczenia wysoko i wielospecjalistycznego w placówce medycznej poza listy, o której mowa §3 ust 8 lub jej zakres wykracza poza zakres opisany w Załączniku nr 1 oraz Załączniku nr 2 do OWU.
 3. Mając na uwadze standardy bezpieczeństwa medycznego, Przychodnia lub Szpital może udzielić Świadczenia określonego pacjentowi z pierwszeństwem przed innymi pacjentami.
 4. Przychodnia lub Szpital ma prawo odmówić Ubezpieczonemu udzielania Świadczenia, jeśli narusza on swoim zachowaniem zasady współżycia społecznego lub regulaminu organizacyjnego Przychodni lub Szpitala, a także, jeżeli utrudnia pracę lub funkcjonowanie tej placówki lub jej personelu.
 5. Nie zrealizujemy Świadczenia, jeżeli w wyniku stanu klęski żywiołowej, katastrofy naturalnej, pandemii lub epidemii, ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej, nastąpi brak możliwości świadczenia usług po naszej stronie.
 6. Świadczenie nie obejmuje:
 - a. natychmiastowego leczenia stanów nagłych stwierdzonych w dniu przyjęcia do oddziału szpitalnego (m.in. udaru mózgu, zawału m. sercowego, zapalenia trzustki, zatorowości płucnej i innych); w warunkach oddziału intensywnej terapii (w szczególności: Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Oddziału Leczenia Udarów, Oddziału Intensywnej Opieki Neurologicznej, Oddziału Leczenia Stanów Astmatycznych) lub z zapewnieniem intensywnej terapii nerkozastępczej, dializy wątrobowej, ECMO, wentylacji mechanicznej, kontrapulsacji;
 - b. rehabilitacji innej niż wymieniona w Załączniku nr 1 §6 oraz Załączniku nr 2 §4;
 - c. leczenia Urazów Wielonarządowych oraz ich następstw;
 - d. wszczepienia protez lub implantów innych niż wymienione w Załączniku nr 1 i 2 do OWU, w szczególności zastępujących narządy zmysłów (np. implant ślimakowy);
 - e. zabiegów chirurgii robotycznej innych niż wymienione w Załączniku nr 1 i 2 do OWU;
 - f. leczenia w oddziałach psychiatrycznych;
 - g. diagnozowania i leczenia zaburzeń płodności oraz ich następstw;
 - h. diagnozowania i leczenia związanego ze zmianą płci oraz ich następstw;
 - i. diagnozowania i leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z aberracjami chromosomalnymi oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność oraz ich następstw;
 - j. diagnozowania i leczenia Chorób Rzadkich oraz ich następstw;
 - k. przeprowadzania zabiegów aborcji i leczenia powikłań będących jego następstwami;
 - l. diagnozowania i leczenia protetycznego, ortodontycznego, periodontologicznego, implantologicznego oraz ich następstw;
 - m. diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej wynikającej ze wskazań niemedycznych oraz kosmetologii, a także leczenia ich niepożądanych następstw, o ile zakres Świadczenia Szpitalnego nie stanowi inaczej;
 - n. diagnozowania i leczenia niewykonywanego w Szpitalach lub Przychodniach wskazanych przez nas oraz ich następstw;
 - o. wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń i wniosków nie związanych z koniecznością kontynuacji procesu diagnostycznego i terapeutycznego prowadzonego w Szpitalu lub Przychodni wskazanej przez nas (wyłączenie nie dotyczy świadczeń medycyny pracy o ile są objęte zakresem ubezpieczenia i zaświadczeń o niezdolności do pracy lub nauki);
 - p. leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz pobytów rehabilitacyjnych, w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgniacyjnej, w której

- Ubezpieczony przebywa z przyczyn medycznych, rodzinnych lub społecznych;
- q. leczenia zakażenia wirusami HIV (AIDS), SARS-CoV-2, wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem tych zakażeń;
 - r. leczenia domowego jako kontynuacji terapii szpitalnej z wyłączeniem leczenia będącego następstwem procedur objętych i zrealizowanych w ramach ubezpieczenia;
 - s. opieki medycznej po Hospitalizacji w zakresie opisanym w załączniku nr 1 i nr 2 do OWU związanej z Hospitalizacją wykonaną w innych placówkach niż wskazane przez nas;
 - t. diagnozowania i leczenia bez wskazań medycznych;
 - u. leczenia wynikającego ze wskazań natury psychologicznej;
 - v. chorób lub następstw Nieszczęśliwych Wypadków, które nie zostały podane do naszej wiadomości w dokumentach wymaganych przez nas do zawarcia Umowy, a które wystąpiły lub przyczyny ich wystąpienia były znane Tobie lub Ubezpieczonemu w ciągu 12 miesięcy przed zawarciem Umowy; także Chorób lub następstw Nieszczęśliwych Wypadków, o których przy zachowaniu należytej staranności Ubezpieczony mógł się dowiedzieć w tym okresie;
 - w. detoksykacji, zabiegów odwykowych oraz leczenia odwykowego oraz ich następstw;
 - x. leczenia chorób psychicznych, otępiennych, neurodegeneracyjnych (w tym choroby Alzheimera) oraz ich następstw;
 - y. świadczeń uzyskanych za pomocą czynów zakazanych, prób wyłudzenia lub celowego wprowadzenia nas w błąd.
7. Nie odpowiadamy za zdarzenia ubezpieczeniowe wynikłe z:
- a. błędów medycznych,
 - b. błędów z nienależycie prowadzonej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.
- Za błędy wymienione w ust. 7 pkt a. i b. odpowiada podmiot leczniczy udzielający świadczenia.
8. Nie zrealizujemy Świadczenia Szpitalnego w okresie pierwszych 12 miesięcy od początku nieprzerwanego trwającego Okresu Ochrony w stosunku do Ubezpieczonego, jeżeli jest ono następstwem Chorób, które zostały zdiagnozowane lub były leczone, Nieszczęśliwych Wypadków i urazów, które wystąpiły lub były leczone, objawów chorobowych, które wystąpiły lub przyczyny ich wystąpienia były znane Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu lub też o których, przy zachowaniu należytej staranności mogli się dowiedzieć w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu Ochrony.

§15 W jaki sposób możesz złożyć reklamację?

1. Reklamacje związane z zawarciem lub wykonywaniem Umowy mogą być zgłoszone przez Ciebie lub Ubezpieczonego w formie:
 - a. elektronicznej – na adres mailowy: reklamacje.ubezpieczenia@luxmed.pl;
 - b. pisemnej - przesyłką pocztową na adres naszej siedziby: 02-676 Warszawa, ul. Postępu 21C.
2. Reklamacja powinna być skierowana do nas i zawierać zwięzły opis nieprawidłowości, który pozwoli nam na zidentyfikowanie zdarzenia, którego reklamacja dotyczy i ustalenie wszystkich istotnych okoliczności.
3. Odpowiemy w formie pisemnej lub w formie elektronicznej, jeżeli osoba składająca reklamację wyrazi taką zgodę, maksymalnie w ciągu 30 dni od daty otrzymania reklamacji.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach odpowiedź możesz otrzymać z opóźnieniem. W takiej sytuacji przed upływem terminu na odpowiedź:
 - a. wyjaśnimy przyczynę opóźnienia;
 - b. wskażemy okoliczności, które muszą zostać dodatkowo ustalone do rozpatrzenia sprawy;
 - c. określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie będzie dłuższy niż 60 dni od daty otrzymania reklamacji.
5. Po wyczerpaniu postępowania reklamacyjnego przysługuje prawo Tobie oraz Ubezpieczonemu do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez podmiot uprawniony do rozwiązywania pozasądowych sporów, którym jest Rzecznik Finansowy (szczegóły znajdziesz na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: <https://rf.gov.pl/>).

§16 W jakim celu przetwarzamy dane osobowe?

1. Jesteśmy administratorem danych osobowych Twoich i Ubezpieczonych w rozumieniu art. 4 ust. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej: „Rozporządzenie”). Dane przetwarzane są na potrzeby zawarcia Umowy oraz objęcia opieką ubezpieczeniową. Jeżeli Ty lub Ubezpieczony wyraziliście zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych lub w celu otrzymywania komunikacji marketingowej, administratorami danych osobowych są podmioty z Grupy LUX MED – ich listę znajdziesz na stronie internetowej www.luxmed.pl. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem przez nas danych osobowych możesz skontaktować się

z naszym Inspektorem Ochrony Danych dostępnym pod adresem e-mail: daneosobowe@luxmed.pl.

- Twoje dane osobowe podajesz nam przy zawieraniu Umowy. Dane osobowe Ubezpieczonych przekazywane są nam przez złożenie Wniosku Ubezpieczeniowego (w przypadku Współubezpieczonych, ich dane osobowe przekazywane nam są przez Ubezpieczonego Głównego). Przetwarzamy dane osobowe Ubezpieczonych, które podane zostały we Wniosku, tj. imię, nazwisko, nr PESEL, płeć, datę urodzenia, główną miejscowość opieki, adres zamieszkania. Jeżeli Ubezpieczony jest obcokrajowcem, przetwarzamy także informację o obywatelstwie oraz nr paszportu. Możemy również otrzymać numer telefonu, ale informacja ta nie jest nam niezbędna do objęcia Ubezpieczonych opieką ubezpieczeniową. W związku z udostępnieniem Ci możliwości złożenia Wniosku poprzez platformę elektroniczną, jak i przystąpienia za jej pośrednictwem do opieki ubezpieczeniowej przez zgłaszanych przez Ciebie Ubezpieczonych, będziemy również przetwarzać Twój adres e-mail oraz adresy e-mail Ubezpieczonych. Celem oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w ramach wypełnianego przez Ubezpieczonego kwestionariusza medycznego, przetwarzamy także zawarte w nim dane osobowe Ubezpieczonego obejmujące wiek, wagę, wzrost, informacje o wykonywanym zawodzie lub stanowisku służbowym wraz z jego charakterystyką, informacje o pracodawcy Ubezpieczonego, jak również informacje o stanie zdrowia Ubezpieczonego w zakresie wynikającym z kwestionariusza medycznego. Możemy poprosić Ubezpieczonego o podanie dodatkowych informacji o jego stanie zdrowia lub na podstawie upoważnienia udzielonego przez Ubezpieczonego zwrócić się do podmiotów leczniczych, z których korzystał w celu uzyskania informacji koniecznych, do podjęcia decyzji o realizacji Świadczenia, prawidłowej jego koordynacji albo przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego w związku ze zgłoszonym roszczeniem. Jeżeli do realizacji celów, o których mowa w zdaniu poprzednim, konieczne będzie uzyskanie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, to poprosimy go o przekazanie nam kopii jego dokumentacji medycznej w niezbędnym zakresie bądź na podstawie udzielonej przez Ubezpieczonego zgody zwrócimy się do odpowiednich podmiotów leczniczych z wnioskiem o udostępnienie nam takiej dokumentacji. Zgoda na przetwarzanie danych w celach marketingowych obejmuje wszelkie informacje jakie zostały nam udzielone przez Ciebie lub Ubezpieczonego. Mogą to być np. dane identyfikacyjne (imię, nazwisko, płeć, data urodzenia, wiek, miejscowość). Zapewniamy jednak,

że w żadnym wypadku nie sięgamy do dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, którą nam przekazał lub którą pozyskujemy od podmiotów leczniczych na podstawie stosownego upoważnienia – dostęp do tych informacji mają jedynie upoważnione do tego osoby.

- Przetwarzamy dane osobowe Twoje oraz Ubezpieczonych jako Ubezpieczyciel, a celem tego przetwarzania jest ocena ryzyka ubezpieczeniowego oraz realizacja Umowy. W pierwszej kolejności potrzebujemy przyjąć Wniosek. Pozwoli to później na ustalenie tożsamości Ubezpieczonego przed udzieleniem Świadczenia oraz umożliwi nam realizację Umowy i kontakt z Ubezpieczonym. Jako Ubezpieczyciel, jesteśmy zobowiązani przepisami prawa do wykonywania oceny ryzyka ubezpieczeniowego przed zawarciem Umowy oraz przetwarzania danych osobowych w ramach jej wykonywania w tym w celu koordynacji procesu korzystania przez Ubezpieczonego ze Świadczeń (art. 6 ust. 1 lit. b. Rozporządzenia w związku z art. 41 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej). W ramach prowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, będziemy przetwarzać dane osobowe Ubezpieczonego (w tym dane szczególnej kategorii w zakresie stanu zdrowia) i będzie się to odbywać w sposób zautomatyzowany, w tym poprzez profilowanie. Podstawą prawną takiego działania po stronie LMG są przepisy regulujące naszą działalność jako podmiotu ubezpieczeniowego. Informujemy jednak, że Ubezpieczony zawsze ma prawo nie podlegać decyzji opartej o zautomatyzowane przetwarzanie danych osobowych i domagać się interwencji człowieka, co oczywiście zapewniamy. Jako administrator danych będący przedsiębiorcą, mamy prawo do przetwarzania danych osobowych, aby dochodzić roszczeń z tytułu prowadzonej przez nas działalności gospodarczej (art. 6 ust. 1 lit. b. oraz f. Rozporządzenia, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, którym jest dochodzenie naszych roszczeń i obrona naszych praw). Jeżeli Ty lub Ubezpieczony podzieliłeś się z nami swoją opinią na temat Świadczeń lub złożyłeś reklamację, możemy przetwarzać dane osobowe, aby rozpatrzyć zgłoszenie oraz udzielić na nie odpowiedzi (art. 6 ust. 1 lit. f Rozporządzenia, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, jakim jest rozpatrzenie roszczeń reklamacyjnych oraz obrona interesów Ubezpieczyciela). Jako przedsiębiorca prowadzimy księgi rachunkowe oraz spoczywają na nas obowiązki podatkowe – wystawiamy np. rachunki za wykonane przez nas usługi, co może się wiązać z koniecznością przetwarzania danych osobowych. (art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości). Jeżeli Ty

lub Ubezpieczony wyraził zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych, to możemy przetwarzać dane osobowe, aby kierować do Ciebie lub Ubezpieczonego komunikację marketingową dotyczącą działalności Grupy LUX MED. Komunikacją tą mogą być oferty, informacje o usługach, wydarzeniach organizowanych przez podmioty z Grupy LUX MED, promocjach oraz artykuły prozdrowotne. Na podstawie wyrażonej przez Ciebie lub Ubezpieczonego zgody, możemy przetwarzać dane osobowe pozyskane w trakcie współpracy z nami w celach marketingowych, na przykład poprzez ich analizę oraz wiązanie z innymi informacjami o Tobie, aby dostosować kierowane do Ciebie komunikaty do Twoich potrzeb (art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia).

4. Dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców w związku z prowadzoną przez nas działalnością:
 - a. dostawcom usług zaopatrujących nas w rozwiązania techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające świadczenie usług i zarządzanie naszą organizacją (w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, firmom kurierskim i pocztowym);
 - b. dostawcom usług prawnych i doradczych oraz wspierających nas w dochodzeniu należnych roszczeń (w szczególności kancelariom prawnym, firmom windykacyjnym);
 - c. zakładom reasekuracji, które będą wykonywać działalność w zakresie reasekuracji ryzyka przyjętego przez nas z tytułu Umowy;
 - d. Przychodniom lub Szpitalom;
 - e. Operatorowi.

W ramach procesu koordynacji udzielania świadczeń, dokumentacja medyczna Ubezpieczonego, którą nam przekazał lub którą pozyskaliśmy na podstawie jego zgody od odpowiednich podmiotów leczniczych, może zostać udostępniona przez LMG Przychodniom lub Szpitalom za pośrednictwem przydzielonego Ubezpieczonemu koordynatora wspierającego proces jego hospitalizacji i leczenia.

5. Z uwagi na to, że korzystamy z usług innych dostawców, np. w zakresie struktury teleinformatycznej, dane osobowe Ubezpieczającego i Ubezpieczonych mogą być przekazywane poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego (na który składają się państwa Unii Europejskiej oraz Islandia, Norwegia i Liechtenstein). Zapewniamy, że w takim przypadku przekazywanie danych odbywać się będzie w oparciu o stosowną podstawę prawną, na przykład umowę zawartą a pomiędzy Ubezpieczycielem a tym podmiotem zawierającą standardowe klauzule ochrony danych osobowych przyjęte przez Komisję Europejską lub na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony danych

osobowych. Ubezpieczyciel weryfikuje, czy dane osobowe są przetwarzane w sposób bezpieczny przez dostawcę usług, któremu są one przekazywane.

6. Jednym ze sposobów przetwarzania przez nas danych osobowych jest tzw. profilowanie. Polega ono na tym, że możemy tworzyć profile preferencji w oparciu o informacje o Tobie lub Ubezpieczonym, i tym samym w oparciu o nie, dostosowywać nasze usługi i treści jakie oni od nas otrzymujecie. Zapewniamy, że nie przetwarzamy danych osobowych w sposób w pełni automatyczny, bez ingerencji człowieka.
7. Przechowujemy dane osobowe przez okres trwania Umowy, a następnie 6 lat po wygaśnięciu lub rozwiązaniu Umowy. Jeżeli dane były przez nas przetwarzane w celu dochodzenia naszych roszczeń (np. w postępowaniach windykacyjnych) przetwarzamy dane przez okres przedawnienia roszczeń, wynikający z przepisów kodeksu cywilnego. Wszelkie dane podatkowe oraz przetwarzane na potrzeby rachunkowości przetwarzamy przez 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy. Jeżeli Ty lub Ubezpieczony wyraził zgodę na przetwarzanie danych w celach marketingowych, przetwarzamy dane od chwili wyrażenia zgody do czasu jej cofnięcia. Po upływie wyżej wymienionych okresów dane osobowe są usuwane lub poddawane anonimizacji.
8. Zawarcie z nami Umowy jest w pełni dobrowolne, jednakże jako Ubezpieczyciel jesteśmy zobowiązani do oznaczenia tożsamości Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonych i wykonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego z wykorzystaniem danych osobowych. Niepodanie danych może skutkować odmową zawarcia Umowy lub realizacji Świadczeń. Również ze względów rachunkowych i podatkowych, mamy obowiązek prawny przetwarzania danych. Brak ich podania może skutkować np. brakiem wystawienia faktury czy imiennego rachunku na Twoją rzecz. Jeżeli otrzymujemy numer telefonu Twój lub Ubezpieczonego, jest to dobrowolne. Brak tych danych nie ma wpływu na zawarcie Umowy, lecz znacznie utrudni nam to kontakt z osobą uprawnioną w procesie realizacji Umowy. Wyrażenie którejkolwiek ze zgód marketingowych również jest dobrowolne. Oznacza to, że odmowa ich udzielenia nie ma wpływu na skorzystanie z naszych Świadczeń. Ty i Ubezpieczony macie prawo odwołać wyrażoną zgodę w dowolnej chwili.
9. Jako administrator danych, zapewniamy Tobie i Ubezpieczonemu prawo dostępu do waszych danych. Możecie je również sprostować, żądać ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Możecie także złożyć sprzeciwu wobec

przetwarzania waszych danych oraz przenoszenia danych do innego administratora. Aby skorzystać z tych uprawnień, powinniście skontaktować się z nami poprzez infolinię, stronę internetową lub z naszym Inspektorem Ochrony Danych. Informujemy także, że Ty i Ubezpieczony macie prawo wnieść skargę do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych.

§17 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w Umowie mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd:
 - a. właściwy dla naszej siedziby, albo
 - b. Twojego miejsca zamieszkania.
3. Kierowane do nas wnioski, oświadczenia i powiadomienia, które dotyczą realizacji niniejszej

Umowy muszą być złożone w formie pisemnej lub za pomocą poczty elektronicznej.

4. Wszelkie zmiany Umowy, jak również odstąpienie od niej albo jej wypowiedzenie wymagają formy pisemnej.
5. Twoje roszczenia są objęte gwarancją Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego w wysokości 50% wierzytelności, nie większej jednak, niż równowartość w złotych kwoty 30.000 euro, przeliczonej według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski obowiązującego w dniu ogłoszenia upadłości, oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzenia postępowania upadłościowego albo w dniu zarządzenia likwidacji przymusowej (o ile wystąpiły te zdarzenia).
6. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego (<https://www.knf.gov.pl>).
7. Korespondencja związana z Umową wysyłana jest pod ostatni znany adres stron Umowy.

Wykaz załączników:

- Załącznik nr 1 – zakres Świadczeń dla Głównego Ubezpieczonego, Partnera i Pełnoletniego Dziecka
- Załącznik nr 2 – zakres Świadczeń dla Niepełnoletniego Dziecka

ZAKRES ŚWIADCZEŃ W RAMACH UBEZPIECZENIA SZPITALNEGO LUX MED – PEŁNA OPIEKA NR IUS/2/2022, DLA GŁÓWNEGO UBEZPIECZONEGO, PARTNERA ORAZ PEŁNOLETNIEGO DZIECKA.

W ramach Umowy Ubezpieczenia dla Głównego Ubezpieczonego, Współubezpieczonego oraz Pełnoletniego Dziecka, zapewniamy:

- Świadczenie Szpitalne (Część I)
- Szpitalny Przegląd Zdrowia (Część II)
- Koordynację Opieki Szpitalnej (Część III)

CZĘŚĆ I: ŚWIADCZENIE SZPITALNE

§1 Hospitalizacja

Zapewniamy Hospitalizację Pilną oraz Hospitalizację Planową w zakresie następujących obszarów medycznych:

1. **Diagnostyka i leczenie w ramach oddziału zachowawczego**
 - a. obejmuje pobyt oraz przeprowadzenie kompleksowej diagnostyki i leczenia stanów chorobowych w oddziałach: chorób wewnętrznych, kardiologii, pulmonologii, alergologii, neurologii, diabetologii, gastroenterologii, dermatologii, reumatologii, endokrynologii, chorób zakaźnych oraz nefrologii;
 - b. nie obejmuje:
 - I. diagnostyki i leczenia, których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych;
 - II. programów lekowych wskazanych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia jako świadczenie gwarantowane, które odbywa się z zastosowaniem innowacyjnych, kosztownych substancji czynnych, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń gwarantowanych;
 - III. Hospitalizacji w celu planowanego zastosowania terapii farmakologicznej chorób przewlekłych;
 - IV. diagnostyki i leczenia następstw udarów;
 - V. przewlekłego leczenia nerkozastępczego, realizowanego poza okresem niezbędnej Hospitalizacji mieszczącej się w zakresie Umowy.
2. **Ortopedia**
 - a. obejmuje zabiegi operacyjne ortopedyczne, w tym endoprotezy i ortopedyczne materiały zespalające;
 - b. nie obejmuje:
 - I. wydłużania kończyn;
 - II. zabiegów osseointegracji.
3. **Chirurgia ogólna**
 - a. obejmuje zabiegi operacyjne z zakresu chirurgii ogólnej;
 - b. nie obejmuje:
 - I. chirurgicznego leczenia otyłości;
 - II. zabiegów chirurgicznych klatki piersiowej (tj. torakochirurgicznych).
4. **Chirurgia naczyniowa**
 - a. obejmuje zabiegi operacyjne na żyłach i tętnicach obwodowych;
 - b. nie obejmuje:
 - I. zabiegów operacyjnych wykonywanych w krążeniu pozaustrojowym;
 - II. operacji tętniaków i malformacji naczyniowych;
 - III. zabiegów embolizacji zmian patologicznych;
 - IV. zabiegów na naczyniach wewnątrzczaszkowych.
5. **Ginekologia**
 - a. obejmuje zabiegi operacyjne z zakresu ginekologii;
 - b. nie obejmuje diagnostyki i leczenia zaburzeń płodności kobiecej oraz wspomaganego rozrodu.
6. **Laryngologia**
 - a. obejmuje zabiegi laryngologiczne;
 - b. nie obejmuje:

- I. zabiegów wszczepienia implantów narządu słuchu i innych zastępujących funkcje zmysłów;
- II. zabiegów wymagających asysty neurochirurgicznej;
- III. leczenia następstw urazów twarzowo-czaszkowych, w szczególności zabiegów rekonstrukcyjnych twarzoczaszki.

7. Urologia

- a. obejmuje zabiegi z zakresu urologii, w tym chirurgię robotyczną gruczołu krokowego;
- b. nie obejmuje:
 - I. zabiegów pobrania lub wszczepienia nerki, przewlekłego leczenia nerkozastępczego realizowanego poza okresem niezbędnej Hospitalizacji mieszczącej się w zakresie Umowy;
 - II. zabiegów urologicznych powiązanych z korekcją wielkości lub kształtu narządów płciowych;
 - III. leczenia zaburzeń erekcji;
 - IV. implantacji sztucznych zwieraczy dróg moczowych;
 - V. leczenia zaburzeń płodności męskiej, np. rewazektomii.

8. Okulistyka

- a. obejmuje zabiegi okulistyczne;
- b. nie obejmuje:
 - I. korekty chirurgicznej wad wzroku (np. laserowa korekta wad wzroku lub wszczepienie soczewek fakijnych), za wyjątkiem wszczepienia soczewek korygujących podczas jednoczasowej operacji zaćmy;
 - II. zabiegów przeszczepu rogówki;
 - III. leczenia operacyjnego stożka rogówki;
 - IV. zabiegów protezowania zmysłu wzroku.

9. Neurochirurgia kręgosłupa

- a. obejmuje zabiegi neurochirurgiczne krążków kręgosłupa;
- b. nie obejmuje:
 - I. leczenia wtórnych i pierwotnych skolioz kręgosłupa;
 - II. zabiegów operacyjnych dotyczących trzech i więcej krążków międzykręgowych;
 - III. zabiegów neurochirurgicznych dotyczące mózgowia i czaszki;
 - IV. zabiegów na rdzeniu kręgowym i korzeniach nerwowych.

10. Onkologia

- a. obejmuje:
 - I. leczenie chirurgiczne zmian nowotworowych, w tym: plastyczną rekonstrukcję piersi po mastektomii;
 - II. zabiegi profilaktyczne ze wskazań onkologicznych obejmujące owariectomię i mastectomię z plastyczną rekonstrukcją piersi;
 - III. zaawansowane metody leczenia nowotworów prostaty, w tym chirurgię robotyczną nowotworów prostaty;
- b. nie obejmuje:
 - I. rozległych zabiegów operacyjnych nowotworów głowy i szyi, w tym w szczególności krtani;
 - II. terapii systemowych (chemioterapii, immunoterapii, CAR-T i innych) oraz radioterapii onkologicznej, jako leczenia izolowanego lub jako elementu leczenia skojarzonego;
 - III. leczenia zmian nowotworowych mózgowia, płuc, nowotworów hematologicznych;
 - IV. rekonstrukcji piersi, w przypadku przeciwwskazań medycznych do wykonania takiego zabiegu.

Zapewniamy tylko Hospitalizację Planową w odniesieniu do następującego obszaru medycznego:

11 Kardiologia inwazyjna

- a. obejmuje planowe zabiegi z zakresu kardiologii inwazyjnej, w tym także niezbędne w okresie pozabiegowym pobyty w warunkach oddziału intensywnej terapii (Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego);
- b. nie obejmuje:
 - I. leczenia ostrych zespołów wieńcowych, według aktualnych kryteriów rozpoznania Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego;
 - II. operacji kardiochirurgicznych;
 - III. implantacji kardiostymulatorów, zastawek serca, kardiowerterów-defibrylatorów (ICD) i urządzeń o analogicznej lub zbliżonej funkcji.

§2 Konsultacje psychologiczne

Dla Ubezpieczonych ze zdiagnozowanym nowotworem złośliwym, korzystających ze Świadczenia Hospitalizacji w obszarze Onkologii, oferujemy konsultacje psychologiczne. Konsultacje mogą zostać przeprowadzone w trybie stacjonarnym lub zdalnym. Oferujemy do 5 konsultacji w ciągu 12 miesięcy. Datą zdiagnozowania nowotworu jest data wykonania badania histopatologicznego.

§3 Świadczenia położniczo-neonatologiczne

1. Świadczenia położniczo-neonatologiczne obejmują:
 - a. przyjęcie porodu drogami natury lub poprzez cięcie cesarskie;
 - b. indywidualną opiekę położnej podczas porodu;
 - c. udział w szkole rodzenia;
 - d. opiekę neonatologiczną nad noworodkiem.
2. Nasza odpowiedzialność w zakresie Świadczeń położniczo-neonatologicznych nie obejmuje:
 - a. prowadzenia Cięży Wysokiego Ryzyka;
 - b. Hospitalizacji, wynikających z patologicznego przebiegu ciąży (zarówno patologie matki, jak i płodu), jeżeli ciąża wymaga opieki albo rozwiązania w ośrodku III poziomu opieki perinatalnej;
 - c. porodów, w przypadku których względy bezpieczeństwa medycznego, w szczególności bliskość w sytuacji nagłej akcji porodowej, powodują konieczność skorzystania z usług Szpitala innego niż wymienione na liście lokalizacji, o której umowa w §3 ust 8 OWU;
 - d. wykonywania testów genetycznych płodu, amniopunkcji i kordocentezy;
 - e. opieki neonatologicznej nad noworodkiem wymagającym intensywnej terapii w warunkach ośrodka III poziomu opieki perinatalnej.

§4 Opieka medyczna przed Hospitalizacją

1. Zakresem objęte są świadczenia diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej i konsultacji specjalistycznych niezbędne do przygotowania do Hospitalizacji. Zakres wszystkich badań oraz konsultacji określimy w trakcie przygotowania Ubezpieczonego do Hospitalizacji, po zaakceptowaniu wniosku o realizację Świadczenia. Nie zrealizujemy badań oraz konsultacji w zakresie opieki medycznej przed Hospitalizacją zleconych przez inną placówkę medyczną niż wskazana przez nas. Opieka medyczna przed Hospitalizacją, jest niezbędna do:
 - a. określenia konieczności Hospitalizacji Planowej, jej typu, metody i zakresu zabiegu;
 - b. zakwalifikowania Ubezpieczonego do Hospitalizacji;
 - c. określenia terminu przeprowadzenia operacji, zabiegu;
 - d. opracowania planu leczenia.
2. Opieka medyczna przed Hospitalizacją nie jest tym samym co:
 - a. postawienie diagnozy;
 - b. monitorowanie leczenia;
 - c. poradnictwo ogólnomedyczne;
 - d. wydanie drugiej opinii medycznej.
3. Zakres nie obejmuje prowadzenia ciąży.

§5 Opieka medyczna po Hospitalizacji

1. Opieka po Hospitalizacji obejmuje 3 wizyty kontrolne we wskazanej przez nas placówce medycznej. Służą one monitorowaniu efektów przeprowadzonego zabiegu i procesu powrotu do zdrowia w okresie do 30 dni od wypisu ze Szpitala.
2. Zapewniamy opiekę także w przypadku nagłego pogorszenia się stanu zdrowia Ubezpieczonego, po udzielonym Świadczeniu. W takim przypadku, zakres opieki dostosowany jest do sytuacji i zapotrzebowania medycznego i ma na celu poprawę lub przywrócenie prawidłowego stanu zdrowia Ubezpieczonego. Zakres Świadczenia określa wskazany przez nas Lekarz.
3. Opiekę medyczną po Hospitalizacji zapewniamy wyłącznie w odniesieniu do Świadczenia przeprowadzonego w ramach Umowy Ubezpieczenia.

§6 Rehabilitacja

1. Rehabilitacja po Hospitalizacji obejmuje:
 - a. niezbędne zabiegi z zakresu fizykoterapii i fizjoterapii wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego po zabiegach ortopedycznych przez okres do 6 tygodni od daty zabiegu;
 - b. niezbędne zabiegi z zakresu fizykoterapii i fizjoterapii wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego po zabiegach neurochirurgicznych przez okres do 10 tygodni od daty zabiegu;
 - c. niezbędne zabiegi z zakresu drenażu limfatycznego po zabiegach chirurgicznych (np. mastektomii) wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego do 6 tygodni po zabiegu.
2. Szczegółowy zakres rehabilitacji określimy przed końcem Hospitalizacji. Nie zrealizujemy rehabilitacji zleconej przez inną placówkę medyczną niż wskazana przez nas.
3. Nasza odpowiedzialność w zakresie rehabilitacji nie obejmuje:
 - a. zabiegów rehabilitacyjnych wynikających ze wskazań innych niż następstwa zabiegu operacyjnego zrealizowanego w ramach ochrony ubezpieczeniowej;
 - b. terapii złamań za pomocą stymulatorów zrostu kostnego wykorzystujących oddziaływania fizyczne (np. fale ultradźwiękowe).
4. Rehabilitację zapewniamy wyłącznie w odniesieniu do Świadczenia przeprowadzonego w ramach Umowy Ubezpieczenia.

§7 Opieka Doraźna

1. Konsultacja Lekarza Opieki Doraźnej, jest możliwa pod warunkiem, że Koordynator Opieki Szpitalnej potwierdzi, że konsultacja jest konieczna i właściwa z medycznego punktu widzenia.
2. W ramach Opieki Doraźnej zapewnimy, w zależności od wskazań medycznych oraz od zakresu dostępnych usług w danej lokalizacji:
 - a. interwencję zespołu ratownictwa medycznego;
 - b. udzielenie niezbędnej pomocy medycznej w miejscu pobytu Ubezpieczonego;
 - c. udzielenie niezbędnej pomocy medycznej w Przychodni lub Szpitalu wskazanym przez nas;
 - d. wydanie zaleceń odnośnie dalszego trybu postępowania zachowawczego;
 - e. transport do szpitala.

Zakres usług dostępnych w ramach Opieki Doraźnej w danej lokalizacji jest wskazany na stronie www.opiekaszpitalna.luxmed.pl.

3. Opieka Doraźna nie zastępuje pomocy udzielanej w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Operator ma prawo skierować Ubezpieczonego do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności, jeżeli stan zdrowia i bezpieczeństwo medyczne będzie tego wymagało. Nie stanowi to nieprawidłowego wykonania Umowy.
4. Nasza odpowiedzialność w zakresie Opieki Doraźnej nie obejmuje sytuacji zdrowotnych, w których każde opóźnienie w udzieleniu pomocy medycznej, dostępnej w najbliższym podmiocie leczniczym, niesie bezpośrednie zagrożenie dla życia Ubezpieczonego. W szczególności dotyczy to: utraty przytomności; wstrząsu anafilaktycznego; zadławienia; stanu padaczkowego; ostrych i nasilonych reakcji uczuleniowych będących efektem ukąszenia, czy użądlenia przez jadowite zwierzęta; zatrucia lekami, środkami chemicznymi lub gazami; porażenia prądem; podtopienia; dokonanej próby samobójczej; upadku z dużej wysokości; rozległej rany będącej efektem urazu, w tym urazowe amputacje kończyn lub elementów kończyn; urazów wielonarządowych; nagłych zaburzeń narządu wzroku lub słuchu; urazów twarzowo-czaszkowych.
5. Ust. 4 nie zwalnia Operatora z udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenia życia lub zdrowia, wynikającego z art. 15 Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. Nr 112, poz. 654) tj. z dnia 16 marca 2021 r. (Dz.U. z 2021 r. poz. 711) z późn. zm.

CZĘŚĆ II: SZPITALNY PRZEGLĄD ZDROWIA

1. Szpitalny Przegląd Zdrowia jest przeprowadzany we wskazanym przez nas Szpitalu, w ciągu jednego dnia, w terminie uzgodnionym z Ubezpieczonym. Wydłużenie czasu realizacji Przeglądu Stanu Zdrowia powyżej jednego dnia może mieć miejsce w przypadkach uzasadnionych medycznie, jak np. konieczność powtórzenia badania w warunkach szpitalnych.

- W zależności od oficjalnych wytycznych, w tym wytycznych wewnętrznych Szpitala związanych z sytuacją epidemiczną, wykonanie Szpitalnego Przejądu Zdrowia, może być uwarunkowane uzyskaniem przez Ubezpieczonego negatywnego wyniku rekomendowanego testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 (wirus wywołujący COVID-19) ważnego w dniu realizacji Przejądu. Test finansujemy i udostępnimy przed planowanym Przejądem.
- Szczegółowy zakres świadczeń, zależy od płci i wieku ubezpieczonego:

Szpitalny Przejąd Zdrowia dla kobiety do 40 roku życia

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Pomiar ciśnienia Pomiar wzrostu i wagi Mocz – badanie ogólne Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny Badania laboratoryjne: Ferrytyna, Glukoza, HBs Ag, HCV Ab, HIV, Kreatynina, krew utajona w kale, kwas moczowy, lipidogram, OB, transaminaza GPT, TSH | <ul style="list-style-type: none"> Badanie EKG – spoczynkowe RTG klatki piersiowej USG serca, jamy brzusznej, piersi, tarczycy, ginekologiczne Cytologia szyjki macicy Konsultacja internisty i ginekologa |
|---|---|

Raport stanu zdrowia i zalecenia

Szpitalny Przejąd Zdrowia dla kobiety w wieku 40 lat i więcej

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Pomiar ciśnienia Pomiar wzrostu i wagi Mocz – badanie ogólne Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny Badania laboratoryjne: Ferrytyna, Glukoza, HBs Ag, HCV Ab, HIV, Kreatynina, krew utajona w kale, kwas moczowy, lipidogram, OB, transaminaza GPT, TSH | <ul style="list-style-type: none"> Badanie EKG – spoczynkowe Próba wysiłkowa RTG klatki piersiowej USG serca, jamy brzusznej, piersi, tarczycy, ginekologiczne Mammografia Cytologia szyjki macicy Konsultacja internisty, ginekologa i kardiologa |
|---|---|

Raport stanu zdrowia i zalecenia

Szpitalny Przejąd Zdrowia dla mężczyzny do 40 roku życia

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Pomiar ciśnienia Pomiar wzrostu i wagi Mocz – badanie ogólne Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny Badania laboratoryjne: Glukoza, HBs Ag, HCV Ab, HIV, Kreatynina, krew utajona w kale, kwas moczowy, lipidogram, OB, transaminaza GPT, TSH | <ul style="list-style-type: none"> Panel PSA Badanie EKG – spoczynkowe RTG klatki piersiowej USG serca, jamy brzusznej, tarczycy, jąder, prostaty Konsultacja internisty i urologa |
|--|---|

Raport stanu zdrowia i zalecenia

Szpitalny Przejąd Zdrowia dla mężczyzny w wieku 40 lat i więcej

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Pomiar ciśnienia Pomiar wzrostu i wagi Mocz – badanie ogólne Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny Badania laboratoryjne: Glukoza, HBs Ag, HCV Ab, HIV, Kreatynina, krew utajona w kale, kwas moczowy, lipidogram, OB, transaminaza GPT, TSH | <ul style="list-style-type: none"> Panel PSA Badanie EKG – spoczynkowe Próba wysiłkowa RTG klatki piersiowej USG serca, jamy brzusznej, tarczycy, jąder, prostaty Konsultacja internisty, urologa i kardiologa |
|--|--|

Raport stanu zdrowia i zalecenia

- Nie przeprowadzimy Szpitalnego Przejądu Zdrowia, jeżeli Ubezpieczony ma stwierdzoną infekcję, jej podejrzenie lub inny rozstrój zdrowia, który może zaburzyć wyniki Świadczenia.

5. Możemy odstąpić od wykonania lub ograniczyć zakres Szpitalnego Przejglądu Zdrowia, w razie przeciwwskazań medycznych do wykonania określonych badań.

CZĘŚĆ III: KOORDYNACJA OPIEKI SZPITALNEJ

1. Niezwłocznie po rozpoczęciu Okresu Ochrony, przekazemy Ubezpieczonemu dane kontaktowe do zespołu Koordynacji Opieki Szpitalnej. Dane zostaną przekazane wiadomością email, wiadomością sms lub listownie, w zależności od tego, jakie dane do kontaktu otrzymaliśmy.
2. Ubezpieczony korzysta z Koordynacji Opieki Szpitalnej według swoich potrzeb. Może skorzystać z części lub z całości oferowanego zakresu.
3. Zakres świadczeń, które oferujemy w ramach Koordynacji Opieki Szpitalnej obejmuje:
 - a. przyjęcie od Ubezpieczonego wniosku o realizację Świadczenia oraz bieżący kontakt z Ubezpieczonym w trakcie weryfikacji wniosku, a także w trakcie trwania Umowy.
 - b. koordynację opieki nad Ubezpieczonym w przypadku Opieki Doraźnej:
 - I. weryfikację uprawnień do Świadczenia;
 - II. przekazanie Ubezpieczonemu wskazówek co do dalszego postępowania;
 - III. kontakt z Izbą Przyjęć lub Przychodnią;
 - IV. pomoc w przyjęciu do Szpitala lub Przychodni i w bieżącej organizacji niezbędnych badań i konsultacji zgodnie z zaleceniami Lekarza;
 - V. pomoc w kompletowaniu dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
 - VI. kontakt z osobą upoważnioną do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym.
 - c. koordynację opieki nad Ubezpieczonym przed Hospitalizacją:
 - I. weryfikację uprawnień do Świadczenia, w tym uzyskanie decyzji Ubezpieczyciela w związku ze złożonym wnioskiem;
 - II. przedstawienie propozycji Hospitalizacji – przedstawienie do wyboru dostępnych Szpitali i Lekarzy, a także położnej, w przypadku osoby Ubezpieczonej planującej poród;
 - III. umówienie pobytu i zgodnie z wyborem Ubezpieczonego;
 - IV. pomoc w umówieniu na badania i konsultacje kwalifikujące do Hospitalizacji;
 - V. monitorowanie realizacji przez Ubezpieczonego badań i konsultacji;
 - VI. przypomnienie Ubezpieczonemu o terminie przyjęcia do Szpitala i wymaganych dokumentach, a także potwierdzenie obecności Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - VII. koordynację obiegu dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem;
 - VIII. przekazanie informacji dotyczących pobytu w Szpitalu.
 - d. koordynację w trakcie Świadczenia Szpitalnego:
 - I. przekazanie wszystkich dokumentów niezbędnych do Świadczenia Ubezpieczonego;
 - II. bieżący kontakt ze Szpitalem;
 - III. przekazywanie informacji o bieżącym statusie realizacji procedur medycznych osobie upoważnionej do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym;
 - IV. umówienie na wizytę kontrolną po pobycie w Szpitalu, a także przedstawienie planu opieki po Świadczeniu;
 - V. organizację Transportu Medycznego.
 - e. koordynację opieki po Hospitalizacji, zgodnie z zaleceniami Lekarza:
 - I. umówienie zleconych Ubezpieczonemu badań lub rehabilitacji;
 - II. organizację Transportu Medycznego, jeżeli wynika on ze wskazań medycznych;
 - III. skompletowanie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.
 - f. koordynację Szpitalnego Przejglądu Zdrowia:
 - I. weryfikację uprawnień do Świadczenia;
 - II. przedstawienie propozycji Szpitala i Lekarza realizujących Szpitalny Przejgląd Zdrowia;
 - III. umówienie Szpitalnego Przejglądu Zdrowia zgodnie z wyborem Ubezpieczonego;
 - IV. przypomnienie Ubezpieczonemu o terminie Świadczenia, wymaganych dokumentach oraz potwierdzenie obecności w Szpitalu;
 - V. monitorowanie realizacji Szpitalnego Przejglądu Zdrowia;
 - VI. koordynację obiegu dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem;
 - VII. przekazanie ogólnych informacji dotyczących realizacji Szpitalnego Przejglądu Zdrowia.

ZAKRES ŚWIADCZEŃ W RAMACH UBEZPIECZENIA SZPITALNEGO LUX MED – PEŁNA OPIEKA NR G/002/2022/US, DLA NIEPEŁNOLETNIEGO DZIECKA.

W ramach Umowy Ubezpieczenia dla Niepełnoletniego Dziecka, zapewniamy:

- Świadczenie Zdrowotne (Część I)
- Koordynację Opieki Szpitalnej (Część II)

CZĘŚĆ I: ŚWIADCZENIE SZPITALNE

§1 Hospitalizacja

Zapewniamy Hospitalizację Pilną oraz Hospitalizację Planową w zakresie następujących obszarów medycznych:

1. **Diagnostyka i leczenie w ramach oddziału zachowawczego**
 - a. obejmuje pobyt oraz przeprowadzenie kompleksowej diagnostyki i leczenia stanów chorobowych w oddziałach: pediatrii, kardiologii, neurologii, diabetologii, gastroenterologii, dermatologii, reumatologii, chorób zakaźnych oraz nefrologii;
 - b. nie obejmuje:
 - I. diagnostyki i leczenia, których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych;
 - II. programów lekowych wskazanych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia jako świadczenie gwarantowane, które odbywa się z zastosowaniem innowacyjnych, kosztownych substancji czynnych, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń gwarantowanych;
 - III. Hospitalizacji w celu planowanego zastosowania terapii farmakologicznej chorób przewlekłych;
 - IV. diagnostyki i leczenia następstw udarów;
 - V. przewlekłego leczenia nerkozastępczego, realizowanego poza okresem niezbędnej Hospitalizacji mieszczącej się w zakresie Umowy.
2. **Ortopedia**
 - a. obejmuje zabiegi operacyjne ortopedyczne, w tym endoprotezy i ortopedyczne materiały zespalające;
 - b. nie obejmuje:
 - I. wydłużania kończyn;
 - II. zabiegów osseointegracji.
3. **Chirurgia dziecięca**
 - a. obejmuje zabiegi operacyjne z zakresu chirurgii ogólnej;
 - b. nie obejmuje:
 - I. chirurgicznego leczenia otyłości;
 - II. zabiegów chirurgicznych klatki piersiowej (tj. torakochirurgicznych).
4. **Ginekologia**
 - a. obejmuje zabiegi operacyjne z zakresu ginekologii dla Dzieci powyżej 16 roku życia;
 - b. nie obejmuje diagnostyki i leczenia zaburzeń płodności kobiecej oraz wspomaganego rozrodu.
5. **Laryngologia**
 - a. obejmuje zabiegi laryngologiczne;
 - b. nie obejmuje:
 - I. zabiegów wszczepienia implantów narządu słuchu i innych zastępujących funkcje zmysłów;
 - II. zabiegów wymagających asysty neurochirurgicznej;
 - III. leczenia następstw urazów twarzowo-czaszkowych, w szczególności zabiegów rekonstrukcyjnych twarzoczaszki.
6. Świadczenia szpitalne obejmują również świadczenia położniczo-neonatologiczne w przypadkach, które takiego świadczenia wymagają. Zakres świadczenia położniczo-neonatologicznego jest zgodny z §3 Załącznika nr 1 do OWU - zakres Świadczeń dla Głównego Ubezpieczonego, Partnera i Pełnoletniego Dziecka.

§2 Opieka medyczna przed Hospitalizacją

1. Zakresem objęte są wszystkie świadczenia z zakresu diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej i konsultacji specjalistycznych niezbędne do przygotowania do Hospitalizacji. Opieka medyczna przed Hospitalizacją, jest niezbędna do:
 - a. określenia konieczności Hospitalizacji Planowej, jej typu, metody i zakresu zabiegu;
 - b. zakwalifikowania Ubezpieczonego do Hospitalizacji;
 - c. określenia
 - d. terminu przeprowadzenia operacji, zabiegu;
 - e. opracowania planu leczenia.
2. Opieka medyczna przed Hospitalizacją nie jest tym samym co:
 - a. postawienie diagnozy;
 - b. monitorowanie leczenia;
 - c. poradnictwo ogólnomedyczne;
 - d. wydanie drugiej opinii medycznej.
3. Zakres nie obejmuje prowadzenia ciąży.

§3 Opieka medyczna po Hospitalizacji

1. Opieka po Hospitalizacji obejmuje 3 wizyty kontrolne we wskazanej przez nas placówce medycznej. Służą one monitorowaniu efektów przeprowadzonego zabiegu i procesu powrotu do zdrowia w okresie do 30 dni od wypisu ze Szpitala.
2. Zapewniamy opiekę także w przypadku nagłego pogorszenia się stanu zdrowia Ubezpieczonego, po udzielonym Świadczeniu. W takim przypadku, zakres opieki dostosowany jest do sytuacji i zapotrzebowania medycznego i ma na celu poprawę lub przywrócenie prawidłowego stanu zdrowia Ubezpieczonego. Zakres Świadczenia określa wskazany przez nas Lekarz.
3. Opiekę medyczną po Hospitalizacji zapewniamy wyłącznie w odniesieniu do Świadczenia przeprowadzonego w ramach Umowy Ubezpieczenia.

§4 Rehabilitacja

1. Rehabilitacja po Hospitalizacji obejmuje niezbędne zabiegi z zakresu fizykoterapii i fizjoterapii wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego po zabiegach ortopedycznych przez okres do 6 tygodni od daty zabiegu.
2. Szczegółowy zakres rehabilitacji określimy przed końcem Hospitalizacji. Nie zrealizujemy rehabilitacji zleconej przez inną placówkę medyczną niż wskazana przez nas.
3. Nasza odpowiedzialność w zakresie rehabilitacji nie obejmuje:
 - a. zabiegów rehabilitacyjnych wynikających ze wskazań innych niż następstwa zabiegu operacyjnego zrealizowanego w ramach ochrony ubezpieczeniowej;
 - b. terapii złamań za pomocą stymulatorów zrostu kostnego wykorzystujących oddziaływania fizyczne (np. fale ultradźwiękowe).
4. Rehabilitację zapewniamy wyłącznie w odniesieniu do Świadczenia przeprowadzonego w ramach Umowy Ubezpieczenia.

§5 Opieka Doraźna

1. Konsultacja Lekarza Opieki Doraźnej, jest możliwa pod warunkiem, że Koordynator Opieki Szpitalnej potwierdzi, że konsultacja jest konieczna i właściwa z medycznego punktu widzenia.
2. W ramach Opieki Doraźnej zapewnimy, w zależności od wskazań medycznych oraz od zakresu dostępnych usług w danej lokalizacji:
 - a. interwencję zespołu ratownictwa medycznego;
 - b. udzielenie niezbędnej pomocy medycznej w miejscu pobytu Ubezpieczonego;
 - c. udzielenie niezbędnej pomocy medycznej w Przychodni lub Szpitalu wskazanym przez nas;
 - d. wydanie zaleceń odnośnie dalszego trybu postępowania zachowawczego;
 - e. transport do szpitala.

Zakres usług dostępnych w ramach Opieki Doraźnej w danej lokalizacji jest wskazany na stronie www.opiekaszpitalna.luxmed.pl.

3. Opieka Doraźna nie zastępuje pomocy udzielanej w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Operator ma prawo skierować Ubezpieczonego do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności, jeżeli stan zdrowia i bezpieczeństwo medyczne będzie tego wymagało. Nie stanowi to nieprawidłowego wykonania Umowy.
4. Nasza odpowiedzialność w zakresie Opieki Doraźnej nie obejmuje sytuacji zdrowotnych, w których każde opóźnienie w udzieleniu pomocy medycznej niesie bezpośrednie zagrożenie dla życia Ubezpieczonego. W szczególności dotyczy to: utraty przytomności; wstrząsu anafilaktycznego; zadławienia; stanu padaczkowego; ostrych i nasilonych reakcji uczuleniowych będących efektem ukąszenia, czy użądlenia przez jadowite zwierzęta; zatrucia lekami, środkami chemicznymi lub gazami; porażenia prądem; podtopienia; dokonanej próby samobójczej; upadku z dużej wysokości; rozległej rany będącej efektem urazu, w tym urazowe amputacje kończyn lub elementów kończyn; urazów wielonarządowych; nagłych zaburzeń narządu wzroku lub słuchu; urazów twarzowo-czaszkowych.
5. Ust. 4 nie zwalnia Operatora z udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie która potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenia życia lub zdrowia, wynikającego z art. 15 Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. Nr 112, poz. 654) tj. z dnia 16 marca 2021 r. (Dz.U. z 2021 r. poz. 711) z późn. zm.

CZĘŚĆ II: KOORDYNACJA OPIEKI SZPITALNEJ

1. Niezwłocznie po rozpoczęciu Okresu Ochrony przekazemy opiekunowi prawnemu Dziecka Niepełnoletniego dane kontaktowe do zespołu Koordynacji Opieki Szpitalnej. Dane zostaną przekazane wiadomością email, wiadomością sms lub listownie, w zależności od tego, jakie dane do kontaktu otrzymaliśmy.
2. Ubezpieczony poprzez opiekuna prawnego korzysta z Koordynacji Opieki Szpitalnej według swoich potrzeb. Może skorzystać z części lub z całości oferowanego zakresu.
3. Zakres świadczeń, które oferujemy w ramach Koordynacji Opieki Szpitalnej obejmuje:
 - a. przyjęcie od Ubezpieczonego wniosku o realizację Świadczenia oraz bieżący kontakt z Ubezpieczonym w trakcie weryfikacji wniosku, a także w trakcie trwania Umowy.
 - b. koordynację opieki nad Ubezpieczonym w przypadku Opieki Doraźnej:
 - I. weryfikację uprawnień do Świadczenia;
 - II. przekazanie Ubezpieczonemu wskazówek co do dalszego postępowania;
 - III. kontakt z Izbą Przyjęć lub Przychodnią;
 - IV. pomoc w przyjęciu do Szpitala lub Przychodni i w bieżącej organizacji niezbędnych badań i konsultacji zgodnie z zaleceniami Lekarza;
 - V. pomoc w kompletowaniu dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
 - VI. kontakt z osobą upoważnioną do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym.
 - c. koordynację opieki nad Ubezpieczonym przed Hospitalizacją:
 - I. weryfikację uprawnień do Świadczenia, w tym uzyskanie decyzji Ubezpieczyciela w związku ze złożonym wnioskiem;
 - II. przedstawienie propozycji Hospitalizacji – przedstawienie do wyboru dostępnych Szpitali i Lekarzy, a także położnej, w przypadku osoby Ubezpieczonej planującej poród;
 - III. umówienie pobytu i zgodnie z wyborem Ubezpieczonego;
 - IV. pomoc w umówieniu na badania i konsultacje kwalifikujące do Hospitalizacji;
 - V. monitorowanie realizacji przez Ubezpieczonego badań i konsultacji;
 - VI. przypomnienie Ubezpieczonemu o terminie przyjęcia do Szpitala i wymaganych dokumentach, a także potwierdzenie obecności Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - VII. koordynację obiegu dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem;
 - VIII. przekazanie informacji dotyczących pobytu w Szpitalu.
 - d. koordynację w trakcie Świadczenia Szpitalnego:
 - I. przekazanie wszystkich dokumentów niezbędnych do Świadczenia Ubezpieczonego;
 - II. bieżący kontakt ze Szpitalem;
 - III. przekazywanie informacji o bieżącym statusie realizacji procedur medycznych osobie upoważnionej do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym;
 - IV. umówienie na wizytę kontrolną po pobycie w Szpitalu, a także przedstawienie planu opieki po Świadczeniu;
 - V. organizację Transportu Medycznego.
 - e. koordynację opieki po Hospitalizacji, zgodnie z zaleceniami Lekarza:
 - I. umówienie zleconych Ubezpieczonemu badań lub rehabilitacji;
 - II. organizację Transportu Medycznego, jeżeli wynika on ze wskazań medycznych;

- III. skompletowanie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.
- f. koordynację Szpitalnego Przejądu Zdrowia:
 - I. weryfikację uprawnień do Świadczenia;
 - II. przedstawienie propozycji Szpitala i Lekarza realizujących Szpitalny Przejąd Zdrowia;
 - III. umówienie Szpitalnego Przejądu Zdrowia zgodnie z wyborem Ubezpieczonego;
 - IV. przypomnienie Ubezpieczonemu o terminie Świadczenia, wymaganych dokumentach oraz potwierdzenie obecności w Szpitalu;
 - V. monitorowanie realizacji Szpitalnego Przejądu Zdrowia;
 - VI. koordynację obiegu dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem;
 - VII. przekazanie ogólnych informacji dotyczących realizacji Szpitalnego Przejądu Zdrowia.

Obowiązek informacyjny

Poniżej znajdują się wszelkie niezbędne informacje dotyczące przetwarzania przez LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce danych osobowych Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonych w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia i objęciem opieką ubezpieczeniową.

<p>Kto jest administratorem danych?</p>	<p>Administratorem danych osobowych Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonych przetwarzanych na potrzeby zawarcia umowy ubezpieczenia oraz objęcia opieką ubezpieczeniową jest LMG Försäkrings AB S.A. z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Szwecja, Box 27093, działająca przez Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-676) przy ul. Postępu 21C (dalej jako „LMG”).</p> <p>W przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych lub w celu otrzymywania od nas komunikacji marketingowej, administratorami danych osobowych są podmioty z Grupy LUX MED, których lista znajduje się na stronie internetowej www.luxmed.pl.</p>
<p>Z kim można się skontaktować w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych?</p>	<p>We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych przez LMG można skontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych: Katarzyna Pisarzewska e-mail: daneosobowe@luxmed.pl.</p>
<p>Jakie jest źródło danych – skąd są pozyskiwane?</p>	<p>Dane osobowe Ubezpieczającego podaje nam on sam w ramach podejmowania czynności zmierzających do zawarcia umowy ubezpieczenia. Dane osobowe Ubezpieczonych przekazywane są nam poprzez złożenie Wniosku Ubezpieczeniowego (w przypadku Współubezpieczonych, ich dane osobowe przekazywane są nam przez Ubezpieczonego Głównego).</p>
<p>Jaki jest zakres przetwarzanych danych osobowych?</p>	<p>Przetwarzamy dane osobowe Ubezpieczonych w zakresie wskazanym we Wniosku, tj. imię, nazwisko, nr PESEL, płeć, data urodzenia, główna miejscowość opieki, adres zamieszkania, a jeżeli Ubezpieczony jest obcokrajowcem także informację o obywatelstwie oraz nr paszportu. W związku z umożliwieniem złożenia Wniosku poprzez platformę elektroniczną, jak i przystąpienia za jej pośrednictwem do opieki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonych, będziemy również przetwarzać adresy e-mail Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonych. Przetwarzamy numer telefonu Ubezpieczającego i Ubezpieczonych celem zapewnienia prawidłowej koordynacji procesu zawarcia umowy i objęcia opieką ubezpieczeniową, a także bieżącego kontaktu w sprawach związanych z jej wykonywaniem.</p> <p>Celem oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w ramach wypełnianego przez Ubezpieczonego kwestionariusza medycznego, przetwarzamy także zawarte w nim dane osobowe Ubezpieczonego obejmujące: wiek, wagę, wzrost, informacje o wykonywanym zawodzie lub stanowisku służbowym wraz z jego charakterystyką, informacje o pracodawcy Ubezpieczonego, a także informacje o stanie zdrowia Ubezpieczonego w zakresie wynikającym z kwestionariusza medycznego. Możemy poprosić Ubezpieczonego o podanie dodatkowych informacji o jego stanie zdrowia lub na podstawie upoważnienia udzielonego przez Ubezpieczonego zwrócić się do podmiotów leczniczych, z których korzystał w celu uzyskania informacji koniecznych, do podjęcia decyzji o realizacji świadczenia, prawidłowej jego koordynacji albo przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego w związku ze zgłoszonym roszczeniem. Jeżeli do realizacji celów, o których mowa w zdaniu poprzednim, konieczne będzie uzyskanie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, to poprosimy go o przekazanie nam kopii jego dokumentacji medycznej w niezbędnym zakresie bądź na podstawie udzielonej przez Ubezpieczonego zgody zwrócimy się do odpowiednich podmiotów leczniczych z wnioskiem o udostępnienie nam takiej dokumentacji</p> <p>Zgoda na przetwarzanie danych w celach marketingowych obejmuje wszelkie informacje dotyczące Ubezpieczającego lub Ubezpieczonych, jakie zostały nam przez nich udzielone LMG. Mogą to być np. dane identyfikacyjne (imię, nazwisko, płeć, data urodzenia, wiek, miejscowość). Zapewniamy jednak, że w żadnym wypadku nie sięgamy do dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, którą nam przekazał lub którą pozyskujemy od podmiotów leczniczych na podstawie stosownego upoważnienia – dostęp do tych informacji mają</p>

	jedynie upoważnione do tego osoby.	
Jaki jest cel przetwarzania danych osobowych?	Przetwarzamy dane osobowe jako podmiot ubezpieczeniowy a celem tego przetwarzania jest ocena ryzyka ubezpieczeniowego oraz realizacja umowy ubezpieczenia (likwidacja szkód), przez co rozumiemy:	
	Cel przetwarzania	Podstawa prawna (pełne nazwy aktów prawnych znajdziesz na końcu formularza)
	W pierwszej kolejności potrzebujemy przyjąć Wniosek. Pozwoli to później na ustalenie tożsamości Ubezpieczonego przed udzieleniem Świadczenia oraz umożliwi nam realizację Umowy i kontakt z Ubezpieczonym. Jako Ubezpieczyciel jesteśmy zobowiązani przepisami prawa do wykonywania oceny ryzyka ubezpieczeniowego przed zawarciem Umowy oraz przetwarzamy dane osobowe w ramach jej wykonywania.	art. 6 ust. 1 lit. b RODO w zw. z art. 41 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
	Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podzielił się z nami swoją opinią na temat świadczeń lub złożył reklamację, możemy przetwarzać dane osobowe w celu rozpatrzenia zgłoszenia oraz udzielenia na nie odpowiedzi	art. 6 ust. 1 lit. f Rozporządzenia, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, jakim jest rozpatrzenie roszczeń reklamacyjnych oraz obrona interesów Ubezpieczyciela
	Jako administrator danych będący przedsiębiorcą mamy prawo do dochodzenia roszczeń z tytułu prowadzonej przez nas działalności gospodarczej i tym samym przetwarzania danych w tym celu.	art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, którym jest dochodzenie naszych roszczeń i obrona naszych praw.
	Jako przedsiębiorca prowadzimy także księgi rachunkowe oraz spoczywają na nas obowiązki podatkowe – wystawiamy np. rachunki za wykonane przez nas usługi, co może się wiązać z koniecznością przetwarzania danych osobowych.	art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.
Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony wyraził zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych, to możemy przetwarzać dane osobowe w celu kierowania do nich komunikacji marketingowej dotyczącej działalności Grupy LUX MED, taką jak w szczególności oferty, informacje o usługach, promocjach, wydarzeniach organizowanych przez podmioty z Grupy LUX MED oraz artykuły prozdrowotne. Na podstawie wyrażonej zgody możemy przetwarzać dane osobowe pozyskane w trakcie współpracy z nami w celach marketingowych, na przykład poprzez ich analizę oraz wiązanie z innymi informacjami o osobie, która wyraziła zgodę, aby dostosować kierowane do niej komunikaty do jej potrzeb.	art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia (dobrowolnie wyrażona zgoda)	
Czy dane są przetwarzane w sposób zautomatyzowany?	W ramach prowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, będziemy przetwarzać dane osobowe Ubezpieczonego (w tym dane szczególnej kategorii w zakresie stanu zdrowia) i będzie się to odbywać w sposób zautomatyzowany, w tym poprzez profilowanie. Podstawą prawną takiego działania po stronie LMG są przepisy regulujące naszą działalność jako podmiotu ubezpieczeniowego. Informujemy jednak, że Ubezpieczony zawsze ma prawo nie podlegać decyzji opartej o zautomatyzowane przetwarzanie danych osobowych i domagać się interwencji człowieka, co oczywiście zapewniamy.	

<p>Komu przekazywane są dane osobowe?</p>	<p>Dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców w związku z prowadzoną przez nas działalnością:</p> <ul style="list-style-type: none"> – dostawcom usług zaopatrujących nas w rozwiązania techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające świadczenie usług i zarządzanie naszą organizacją (w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, firmom kurierskim i pocztowym), – dostawcom usług prawnych i doradczych oraz wspierających nas w dochodzeniu należnych roszczeń (w szczególności kancelariom prawnym, firmom windykacyjnym), – zakładom reasekuracji, które będą wykonywać działalność w zakresie reasekuracji ryzyka przyjętego przez nasz tytułu Umowy, – podmiotom leczniczym wykonującym opiekę zdrowotną w ramach umowy ubezpieczenia – podmiotom koordynującym w naszym imieniu udzielanie świadczeń zdrowotnych i świadczenie usług objętych umową ubezpieczenia. <p>W ramach procesu koordynacji udzielania świadczeń, dokumentacja medyczna Ubezpieczonego, którą nam przekazał lub którą pozyskaliśmy na podstawie jego zgody od odpowiednich podmiotów leczniczych, może zostać udostępniona przez LMG podmiotom leczniczym, wykonującym opiekę zdrowotną w ramach umowy ubezpieczenia za pośrednictwem przydzielonego Ubezpieczonemu koordynatora wspierającego proces jego hospitalizacji i leczenia.</p>
<p>Czy dane są przekazywane do państw trzecich?</p>	<p>Z uwagi na to, że korzystamy z usług innych dostawców, np. w zakresie struktury teleinformatycznej, dane osobowe Ubezpieczającego i Ubezpieczonych mogą być przekazywane poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego (na który składają się państwa Unii Europejskiej oraz Islandia, Norwegia i Liechtenstein). Zapewniamy, że w takim przypadku przekazywanie danych odbywać się będzie w oparciu o stosowną podstawę prawną, na przykład w ramach umowy zawartej pomiędzy Ubezpieczycielem a tym podmiotem, zawierającej standardowe klauzule ochrony danych przyjęte przez Komisję Europejską lub na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony danych. Ubezpieczyciel każdorazowo gwarantuje, że przeprowadza odpowiednią weryfikację zapewnienia zgodności i bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych przez dostawcę usług, któremu przekazywane są dane osobowe.</p>
<p>Czy dane przetwarzane są jeszcze w jakiś sposób?</p>	<p>Jednym ze sposobów przetwarzania przez nas danych osobowych jest tzw. profilowanie. Polega ono na tym, że możemy tworzyć profile preferencji w oparciu o informacje o Ubezpieczającym lub Ubezpieczonym, i tym samym w oparciu o nie, dostosowywać nasze usługi i treści jakie oni od nas otrzymują. Zapewniamy, że nie przetwarzamy danych osobowych w sposób w pełni automatyczny, bez ingerencji człowieka.</p>
<p>Przez jaki czas przetwarzane są dane osobowe?</p>	<p>Przechowujemy dane osobowe przez okres trwania umowy, a następnie przez okres przedawnienia roszczeń wynikający z przepisów Kodeksu cywilnego. Wszelkie dane przetwarzane na potrzeby rachunkowości oraz podatkowe przetwarzamy przez 5 lat liczonych od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony wyrazili zgodę na przetwarzanie danych w celach marketingowych, przetwarzamy dane od chwili wyrażenia zgody do czasu jej cofnięcia. Po upływie wyżej wymienionych okresów dane osobowe są usuwane lub poddawane anonimizacji.</p>
<p>Czy podanie danych jest obowiązkiem?</p>	<p>Zawarcie z nami Umowy jest w pełni dobrowolne, jednakże jako Ubezpieczyciel jesteśmy zobowiązani do oznaczenia tożsamości Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonych i wykonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego z wykorzystaniem danych osobowych. W takim przypadku niepodanie danych może skutkować odmową zawarcia Umowy lub realizacji świadczeń. Również ze względów rachunkowych czy podatkowych posiadamy obowiązek prawny przetwarzania danych, brak ich podania może skutkować np. brakiem wystawienia faktury czy imiennego rachunku. Wyrażenie którejkolwiek ze zgód marketingowych również odbywa się na zasadzie dobrowolności. Oznacza to, że odmowa ich udzielenia nie ma wpływu na skorzystanie z naszych świadczeń i jednocześnie osobie, która wyraziła zgodę przysługuje prawo do wycofania zgody w dowolnej chwili.</p>

Jakie prawa przysługują osobie, której dane dotyczą?	Jako administrator danych, zapewniamy Ubezpieczającemu oraz Ubezpieczonemu prawo dostępu do ich danych, jak również prawo do ich sprostowania, żądania ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Osoby, których dane dotyczą mogą również skorzystać z uprawnienia do złożenia wobec LMG sprzeciwu wobec przetwarzania ich danych oraz prawa do przenoszenia danych do innego administratora danych. Celem skorzystania z któregokolwiek z tych uprawnień należy skontaktować się z nami poprzez infolinię, stronę internetową lub z naszym Inspektorem Ochrony Danych. Informujemy także, że osobom, których dane dotyczą, przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych.
Definicje i skróty	RODO – Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE; ustawa o działalności ubezpieczeniowej – ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.