Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia LUX MED - kod OWU G/006/2026/C

Spis treści

Część Ogólna 4

§1 Kim są strony Umowy Ubezpieczenia? 4
§2 Definicje 4
§3 Co jest przedmiotem Umowy? 6
§4 Jak skorzystać z ubezpieczenia? 7
§5 Czego wymagamy do zawarcia lub zmiany Umowy? 7
§6 Jak zgłosić przystąpienie Ubezpieczonych do Umowy? 8
§7 Jak zgłosić wystąpienie Ubezpieczonego z Umowy w trakcie jej trwania? 9
§8 Na jak długo jest zawierana Umowa i jakie są warunki jej przedłużenia? 9
§9 Kiedy można odstąpić od Umowy lub ją wypowiedzieć? 10
§10 Do kiedy obowiązuje ochrona wobec Ubezpieczonego? 10
§11 Jaka jest wysokość Składki i jak ją opłacić? 10
§12 Jakie mamy obowiązki wobec Ubezpieczającego i Ubezpieczonych? 10
§13 Jakie są obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego wobec nas? 11
§14 Jakie są wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia? 11
§15 Czy Ubezpieczony może kontynuować ubezpieczenie, gdy przestanie być objęty Umową? 13
§16 Przetwarzanie danych osobowych i powierzenie w zakresie danych osób Ubezpieczonych 13
§17 W jaki sposób można złożyć reklamację? 16
§18 Postanowienia końcowe 17

Moduł: Opieka Ambulatoryjna 19

§ 1 Co jest przedmiotem Modułu? 19
§2 Jak skorzystać z Opieki Ambulatoryjnej? 19
§3 Jakie są dodatkowe wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu? 20

Moduł: Medycyna Pracy 22

§1 Definicje stosowane w Module 22
§2 Co jest przedmiotem Modułu? 22
§3 Zakres Medycyny Pracy 22
§4 Jak skorzystać z Medycyny Pracy? 23

Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka Ortopedyczna 24

§1 Definicje stosowane w Module 24
§2 Co jest przedmiotem Modułu? 24
§3 Jak skorzystać z Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED - Opieka Ortopedyczna? 25
§4 Jakie są dodatkowe wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu? 25

Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka Ortopedyczna Plus 27

§1 Definicje stosowane w Module 27
§2 Co jest przedmiotem Modułu? 27
§3 Jak skorzystać z Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED - Opieka Ortopedyczna Plus? 28
§4 Jaka jest długość karencji? 28
§5 Jakie są dodatkowe wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu? 29

Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka w Chorobie 31

§2 Co jest przedmiotem Modułu? 31
§3 Jak skorzystać z Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED - Opieka w Chorobie? 32
§4 Jaka jest długość karencji? 32
§5 Jakie są dodatkowe wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu? 33

Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Pełna Opieka 35

§1 Definicje stosowane w Module 35
§2 Co jest przedmiotem Modułu? 35
§3 Jak skorzystać z Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED - Pełna Opieka? 36
§4 Jaka jest długość karencji? 37
§5 Jakie są dodatkowe wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu? 37

Moduł: Koordynacja Opieki Szpitalnej (ubezpieczenie samodzielne, nie powiązane z Ubezpieczeniami szpitalnymi wskazanymi w §3 ust. 2 Części Ogólnej OWU) 39

§1 Definicje stosowane w Module 39
§2 Co jest przedmiotem Modułu? 39
§3 Zakres Koordynacji Opieki Szpitalnej 39
§4 Jak skorzystać z Koordynacji Opieki Szpitalnej? 40
§5 Jakie są wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu? 40

Moduł: Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP 41

§1 Zasady ogólne 41
§2 Zakres ubezpieczenia 43
§3 Świadczenia należne z tytułu Umowy 43
§4 Realizacja świadczeń 48
§5 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela 50

Moduł: Ubezpieczenie na wypadek Poważnego Zachorowania 53

§1 Definicje i wyłączenia stosowane w Module 53
§2 Co jest przedmiotem Modułu? 55
§3 Jak skorzystać z Ubezpieczenia na wypadek Poważnego Zachorowania? 56
§4 Jaka jest długość karencji? 56
§5 Jakie są dodatkowe wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu? 57

Moduł: Ubezpieczenie Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku 58

§1 Co jest przedmiotem Modułu? 58
§2 Jak wskazać Uprawnionych do otrzymania Świadczenia? 58
§3 Jak skorzystać z Ubezpieczenia Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku? 58
§4 Jakie są dodatkowe wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu? 59

Wykaz załączników:

1. Załącznik nr 1: Zakres Świadczeń w ramach Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla Głównego Ubezpieczonego, Partnera i Pełnoletniego Dziecka;
2. Załącznik nr 2: Zakres Świadczeń w ramach Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla Niepełnoletniego Dziecka;
3. Załącznik nr 3: Klauzula informacyjna Ubezpieczyciela;
4. Załącznik nr 4: Klauzula informacyjna dla Ubezpieczonych;
5. Załącznik nr 5: Standardowe klauzule obowiązujące w umowach ubezpieczenia zawieranych przez LMG Försäkrings AB Spółka Akcyjna Oddział w Polsce

Informacje zawarte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia LUX MED - kod OWU G/006/2026/C, o których mowa w art. 17. ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Numer zapisu w OWU
Przesłanki, które zobowiązują nas do wypłaty świadczeń	• Część Ogólna: §3, §4 ust. 1, 2 • Moduł Opieka Ambulatoryjna: §1, §2 • Moduł Medycyna Pracy: §2, §4 ust. 1 • Moduł Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka Ortopedyczna: §2, §3 ust. 1-3 • Moduł Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka Ortopedyczna Plus: §2, §3 ust. 1- 4 • Moduł Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED – Opieka w Chorobie: §2, §3 ust. 1-3 • Moduł Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED – Pełna Opieka: §2, §3 ust. 1- 4 • Moduł Koordynacja Opieki Szpitalnej: §2, §4 ust. 1, 2 • Moduł Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP: §2 ust. 1, 2, §3, §4 • Moduł Ubezpieczenie na wypadek Poważnego Zachorowania: §2, §3 ust. 1, 2 • Moduł Ubezpieczenie Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku: §1, §3 ust. 2
Ograniczenia oraz wyłączenia naszej odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	• Część Ogólna: §5 ust. 3, §14 • Moduł Opieka Ambulatoryjna: §3 • Moduł Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka Ortopedyczna: §3 ust. 3, §4 • Moduł Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka Ortopedyczna Plus: §3 ust. 3, 5, §4 ust. 2, 4, §5 • Moduł Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka w Chorobie: §3 ust. 3-4, §4 ust. 2-4, §5 • Moduł Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Pełna Opieka: §3 ust. 3, 5, §4 ust. 2, 4, §5 • Moduł Koordynacja Opieki Szpitalnej: §5 • Moduł Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP: §2 ust. 2-3, §5 • Moduł Ubezpieczenie na wypadek Poważnego Zachorowania: §2 ust. 4, §3 ust. 3, §4 ust. 2, 3, §5 • Moduł Ubezpieczenie Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku: §3 ust. 4, §4

Część Ogólna

§1 Kim są strony Umowy Ubezpieczenia?

Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia LUX MED (**OWU**), LMG Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie, działająca przez oddział pod nazwą LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce (dalej **my** lub **Ubezpieczyciel,** pełne dane Ubezpieczyciela znajdują się w §2 pkt 19 Części Ogólnej OWU), zawiera Umowę Ubezpieczenia z Państwem (dalej **Ubezpieczającym**). Ubezpieczającym może być osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej.

§2 Definicje

Aby zapewnić większą czytelność dokumentu, w OWU używamy rodzaju męskiego niezależnie od płci (np. Ubezpieczony zamiast Ubezpieczony / Ubezpieczona albo Ubezpieczony/a).

Poniżej wprowadzamy definicje wspólne dla większości Modułów OWU. Dodatkowe definicje dotyczące pojedynczego Modułu znajdziecie Państwo w opisie tego Modułu.

1. **Choroba** – nieprawidłowy według ogólnie uznanej wiedzy medycznej stan fizyczny lub psychiczny organizmu.
2. **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. Wymaga w rozumieniu niniejszej Umowy opieki albo rozwiązania w ośrodku III poziomu opieki perinatalnej.
3. **Deklaracja przystąpienia** – oświadczenie Ubezpieczonego, w którym wyraża wolę objęcia go ochroną ubezpieczeniową w oparciu o niniejsze OWU. W przypadku, w którym Ubezpieczający jako sposób zgłaszania osób do ochrony ubezpieczeniowej wybierze tradycyjną formę papierowych Deklaracji przystąpienia, Ubezpieczeni składają Deklaracje przystąpienia w formie pisemnej. W przypadku, w którym Ubezpieczający jako sposób zgłaszania osób do ochrony ubezpieczeniowej wybierze formę e-deklaracji, Ubezpieczeni nie składają Deklaracji przystąpienia w formie pisemnej, lecz wypełniają elektroniczny formularz zgłoszeniowy (e-deklarację). Dostęp do e-deklaracji osoba przystępująca do ubezpieczenia uzyskuje poprzez aktywowanie linku otrzymanego od Ubezpieczającego oraz wprowadzenie otrzymanego od Ubezpieczyciela kodu pod podanym linkiem.
4. **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.
5. **Lista ubezpieczonych** (także **Lista**) – wykaz zawierający dane osób zgłaszanych do Umowy ubezpieczenia, występujących z Umowy ubezpieczenia oraz wykaz zmian w zakresie ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego. Osoby zgłaszane to osoby, które złożyły Deklarację przystąpienia (z wyłączeniem Modułu Medycyna Pracy) i przeszły pozytywnie ocenę ryzyka, jeżeli była konieczna. Lista będzie sporządzona według wzoru wskazanego przez nas. Lista osób zgłaszanych do ubezpieczenia przekazywana jest nam przez Ubezpieczającego w przypadku, w którym Ubezpieczający jako sposób zgłaszania osób do ochrony ubezpieczeniowej wybierze tradycyjną formę papierowych Deklaracji przystąpienia. W przypadku, wyboru przez Ubezpieczającego e-deklaracji jako formy zgłaszania osób do ochrony ubezpieczeniowej, Lista osób zgłaszanych do ubezpieczenia nie jest nam przekazywana przez Ubezpieczającego. W razie wyboru formy e-deklaracji, w dalszym ciągu przekazywana jednak jest nam jednak Lista zawierająca wykaz osób występujących z Umowy ubezpieczenia oraz zmian w zakresie ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego.
6. **Moduł** – integralna część OWU. Udzielamy ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zdarzeń opisanych w Modułach, które obejmuje Umowa ubezpieczenia zawarta z Ubezpieczającym. Moduły dostępne w ramach OWU wskazaliśmy w §3 ust. 2 Części Ogólnej OWU. Główny ubezpieczony może wybrać Moduły, które mają go dotyczyć, spośród Modułów objętych Umową ubezpieczenia, do której przystępuje. Moduły, które obejmuje dana Umowa ubezpieczenia, wskazane są w Polisie.
7. **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 są Choroby ani stany chorobowe nawet takie, które występują nagle.
8. **Okres ochrony** – okres, w którym ponosimy odpowiedzialność w stosunku do Ubezpieczonego za zdarzenia objęte Umową. Rozpoczyna się zawsze 1 dnia miesiąca kalendarzowego. Okres ochrony nie może być dłuższy niż czas trwania Umowy ubezpieczenia.
9. **Operator** – podmiot koordynujący w naszym imieniu udzielanie Świadczeń.
10. **Placówka medyczna (**także **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 Rzeczpospolitej Polskiej, realizujący Świadczenia w oparciu o OWU, wskazany przez Operatora.

11. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy. Adresatem Polisy jest Ubezpieczający.
12. **Pracownik** – osoba fizyczna, pozostająca w stosunku prawnym z Ubezpieczającym, na podstawie umowy cywilnoprawnej, umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania albo innej umowy, której przedmiotem jest świadczenie pracy albo usług. Także osoba fizyczna będąca członkiem organu jednostki organizacyjnej Ubezpieczającego.
13. **Rocznica** – dzień w każdym roku ochrony ubezpieczeniowej jeżeli jest ona przedłużana na kolejne roczne okresy ubezpieczenia, który odpowiada dacie zawarcia Umowy.
14. **Składka** – kwota należna nam z tytułu Umowy.
15. **Suma ubezpieczenia -** określona w Module kwota stanowiąca górną granicę naszej odpowiedzialności z tytułu Modułu w stosunku do Ubezpieczonego. Jeśli występuje, to jej wysokość podana jest bezpośrednio w Module, załączniku do OWU lub Polisie.
16. **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 Rzeczpospolitej Polskiej, realizujący Świadczenia w oparciu o OWU. Definicja Szpitala w rozumieniu OWU obejmuje również przychodnie wchodzące w skład Szpitala.
17. **Świadczenie –** usługa, którą zrealizujemy albo kwota, którą wypłacimy Uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia objętego zakresem Umowy ubezpieczenia.
18. **Ubezpieczony** – Główny ubezpieczony lub Współubezpieczony, który przystąpił do Umowy i został objęty ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli w OWU występuje termin Ubezpieczony oznacza to, że dotyczy on zarówno Głównego ubezpieczonego, jak i Współubezpieczonego.
    a. **Główny ubezpieczony –** Pracownik, na rachunek którego zawarto Umowę, zamieszkały na terenie Rzeczpospolitej Polskiej, który w dniu rozpoczęcia ochrony miał ukończone 18 lat;
    b. **Współubezpieczony –** osoba fizyczna zamieszkała na terenie Rzeczpospolitej Polskiej, wskazana przez Głównego ubezpieczonego, którą obejmujemy ochroną w ramach Umowy. Współubezpieczonym, w zależności od Modułu, 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 lat;
        II. **Rodzic** – matka lub ojciec Głównego ubezpieczonego lub Partnera;
        III. **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. Dziecko niepełnoletnie po ukończeniu 18 roku życia staje się Dzieckiem pełnoletnim w Rocznicę.

    Zapewniamy Ubezpieczonemu ochronę w ramach wybranego przez niego Modułu lub Modułów, wskazanego lub wskazanych na Liście ubezpieczonych, do ostatniego dnia Okresu ochrony, w którym Ubezpieczony osiągnął wiek podany w tabeli poniżej.

Tabela określająca maksymalny wiek świadczenia ochrony ubezpieczeniowej:

	Moduły:									
	Ubezpieczenia ambulatoryjne		Ubezpieczenia szpitalne					Pozostałe ubezpieczenia osobowe		
	Opieka Ambulatoryjna	Medycyna Pracy	Opieka Ortopedyczna	Opieka Ortopedyczna Plus	Opieka w Chorobie	Pełna Opieka	Koordynacja Opieki Szpitalnej	Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP	Ubezpieczenie na wypadek Poważnego Zachorowania	Ubezpieczenie Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku
Główny Ubezpieczony	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat
Partner	70 lat	-	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat
Dziecko Niepełnoletnie	18 lat	-	18 lat	18 lat	18 lat	18 lat	18 lat	18 lat	n/d	18 lat
Dziecko Pełnoletnie	26 lat	-	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat	26 lat	26 lat	26 lat

Rodzic	80 lat	-	-	-	-	-	-	-	-	-

19. **Ubezpieczyciel** - LMG Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Box 27093, Szwecja, zarejestrowana w Urzędzie Rejestracji Przedsiębiorstw pod numerem 516406-0831, kapitał akcyjny: 5 800 000 Euro opłacony w całości, NIP: 1080011494, działająca w Polsce poprzez oddział pod nazwą LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w 02-678 Warszawa, ul. Szturmowa 2, wpisany do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy KRS pod nr KRS 0000395438, REGON: 145156729, posiadająca status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych.
20. **Umowa ubezpieczenia** (także **Umowa**) – Umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU.
21. **Uprawniony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, uprawniona do otrzymania od nas Świadczenia.
22. **Wariant dostępności** – usługa pozwalająca na poprawę dostępu do Lekarzy specjalistów dostępnych w ramach Modułu Ambulatoryjnego zgodnie z zasadą, że im wyższy wariant, tym większy Współczynnik dostępności Lekarzy dla Ubezpieczonego, z wyłączeniem przypadków wynikających ze standardów bezpieczeństwa medycznego.
23. **Wiek ubezpieczonego –** liczba ukończonych pełnych lat Ubezpieczonego w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a następnie w dniu każdej Rocznicy.
24. **Wniosek ubezpieczeniowy (**także **Wniosek)** – propozycja zawarcia Umowy, którą składa Ubezpieczający w formie pisemnej, elektronicznej lub dokumentowej na przygotowanym przez nas formularzu.
25. **Współczynnik dostępności** – wartość procentowa określająca dostępność wizyt do poszczególnych specjalistów w placówkach LUX MED Medycyna Rodzinna. Obliczamy ją na podstawie 16 pomiarów dziennie dokonanych w ciągu ostatniego roku kalendarzowego. Pomiary te dotyczą określonych specjalizacji. Pomiary sprawdzają, czy czas oczekiwania na wizytę do danego specjalisty nie przekracza naszych wewnętrznie ustalonych wymogów. Ze wszystkich pomiarów z ostatniego roku kalendarzowego wyciągamy średnią arytmetyczną, która stanowi Współczynnik dostępności.
26. **Zdarzenie ubezpieczeniowe (**także **Zdarzenie) –** zdarzenie mające miejsce w trakcie trwania Okresu ochrony, którego konsekwencją jest zgłoszenie nam roszczenia.

§3 Co jest przedmiotem Umowy?

1. Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy jest zdrowie Ubezpieczonego i następstwa Nieszczęśliwych wypadków.
2. Ubezpieczający może wybrać jeden albo więcej Modułów, które będą definiować zakres Umowy:

   Ubezpieczenia ambulatoryjne
   a. Opieka Ambulatoryjna;
   b. Medycyna Pracy;

   Ubezpieczenia szpitalne
   a. Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED – Opieka Ortopedyczna (także: **Opieka Ortopedyczna**);
   b. Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED – Opieka Ortopedyczna Plus (także: **Opieka Ortopedyczna Plus**);
   c. Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED – Opieka w Chorobie (także: **Opieka w Chorobie**);
   d. Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED – Pełna Opieka (także: **Pełna Opieka**);
   e. Koordynacja Opieki Szpitalnej;

   Pozostałe ubezpieczenia osobowe
   a. Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP;
   b. Ubezpieczenie na wypadek Poważnego Zachorowania;
   c. Ubezpieczenie Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku.
3. Odpowiadamy za zdarzenia, które mają miejsce w Okresie ochrony i które zgodnie z Umową są podstawą do zrealizowania przez nas Świadczenia.
4. Główny Ubezpieczony może wybrać dla siebie jeden z dostępnych w ramach Umowy, do której przystępuje, typów ubezpieczenia w zakresie poszczególnych Modułów. Typ Modułu określa, kto będzie zgłoszony przez Głównego ubezpieczonego do ubezpieczenia:

a. Indywidualny – obejmuje ochroną ubezpieczeniową tylko Głównego ubezpieczonego;
b. Partnerski – obejmuje ochroną ubezpieczeniową Głównego ubezpieczonego oraz Partnera lub Dziecko;
c. Rodzinny – obejmuje ochroną ubezpieczeniową Głównego ubezpieczonego, Partnera oraz Dzieci.

Dodatkowo Główny ubezpieczony może wybrać typ Rodzic – obejmuje ochroną ubezpieczeniową Rodziców Głównego ubezpieczonego oraz Rodziców Partnera, w liczbie nie wyższej niż 4 na jednego Głównego ubezpieczonego.

5. Główny ubezpieczony może wybrać różne typy dla różnych Modułów. Zakres dostępnych typów jest określony w każdym z Modułów. Typ ubezpieczenia dla poszczególnych Modułów w ramach danej Umowy ubezpieczenia wskazany jest w Polisie.
6. Zmiana typu Modułu wskazanego dla poszczególnych ubezpieczeń jest możliwa w każdym momencie trwania Okresu ochrony i rozpoczyna się od 1 dnia miesiąca następującego po przekazaniu do nas Listy ubezpieczonych.

§4 Jak skorzystać z ubezpieczenia?

1. Aby skorzystać z ubezpieczenia, Ubezpieczony powinien powiadomić nas o Zdarzeniu objętym Umową. Sposób zgłoszenia Zdarzenia różni się między Modułami. Szczegółowe informacje, jak zgłosić Zdarzenie, są opisane w Modułach.
2. Jeżeli do określenia, czy Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu przysługuje Świadczenie, potrzebne będą dodatkowe dokumenty, informacje, badania lub konsultacje lekarskie, poinformujemy o tym osobę zgłaszającą Zdarzenie, w terminie nie dłuższym niż 7 dni od daty otrzymania wniosku o Świadczenie. Informację przekażemy pisemnie lub w inny sposób, na który ta osoba wyraziła zgodę.
3. Rozpoczniemy realizację Świadczenia nie później niż 30 dni od otrzymania wniosku o realizację Świadczenia.
4. Ustalenie, czy Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu przysługuje Świadczenie, może być niemożliwe w terminie określonym w ust. 3. W takiej sytuacji rozpoczniemy realizację Świadczenia w terminie 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie wszystkich okoliczności było możliwe, przy zachowaniu należytej staranności.
5. Weryfikując wniosek o realizację Świadczenia, możemy ustalić, że Świadczenie nie przysługuje Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu. Poinformujemy o tym na piśmie osobę składającą wniosek i wskażemy podstawę prawną oraz okoliczności, które uzasadniają odmowę.

§5 Czego wymagamy do zawarcia lub zmiany Umowy?

1. Umowę zawieramy na podstawie Wniosku ubezpieczeniowego wraz z dołączonymi do niego dokumentami, wskazanymi we Wniosku oraz wymienionymi w §6 ust. 1 Części Ogólnej OWU.
2. Ubezpieczający oraz Ubezpieczeni są zobowiązani podać nam wszystkie znane sobie informacje i okoliczności, o które pytamy we Wniosku, Deklaracjach przystąpienia oraz inne informacje niezbędne do zawarcia Umowy lub przyjęcia osoby do ochrony, o które zapytamy przed jej zawarciem lub przed przyjęciem osoby do ochrony w ramach Umowy.
3. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, o których nie zostaliśmy poinformowani przed zawarciem Umowy lub przyjęciem osoby do ochrony, jeżeli zapytaliśmy o nie przed zawarciem Umowy lub przed przyjęciem osoby do ochrony.
4. Przyjmujemy Wnioski, które są kompletne i poprawnie wypełnione.
5. Wniosek może zostać złożony w formie pisemnej, dokumentowej lub elektronicznej.
6. Jeżeli Wniosek ubezpieczeniowy nie będzie zawierał wszystkich wymaganych informacji lub dokumentów, niezwłocznie zawiadomimy o tym Ubezpieczającego i poprosimy o ich uzupełnienie.
7. Jeżeli informacje lub dokumenty nie zostaną uzupełnione we wskazanym przez nas terminie, nie dojdzie do zawarcia Umowy.
8. Do zawarcia Umowy dochodzi z chwilą akceptacji przez nas Wniosku ubezpieczeniowego. Data zawarcia Umowy potwierdzona jest na Polisie.
9. Ubezpieczający może w dowolnym momencie zawnioskować o dodanie Modułu do zakresu Umowy. Na tej podstawie przygotujemy aneks do Wniosku lub aneks do Umowy, który musi zostać podpisany przez Ubezpieczającego, aby wywołać skutki prawne. Do zmiany Umowy polegającej na rozszerzeniu zakresu o nowy Moduł dochodzi z datą wskazaną w aneksie do Wniosku lub aneksie do Umowy. Zmianę potwierdzamy w postaci aneksu do Polisy lub aneksu do Umowy.
10. Ubezpieczający może zawnioskować o wycofanie Modułu z zakresu Umowy najpóźniej 30 dni przed upływem okresu obowiązywania Umowy. Na tej podstawie Ubezpieczyciel przygotuje aneks do Wniosku lub aneks do Umowy. Do zmiany Umowy polegającej na wycofaniu Modułu dochodzi w Rocznicę. Zmianę potwierdzamy w postaci aneksu do Polisy lub aneksu do Umowy.

§6 Jak zgłosić przystąpienie Ubezpieczonych do Umowy?

1. Ubezpieczający, w drodze oświadczenia złożonego Ubezpieczycielowi, wybiera jeden lub dwa z następujących dwóch sposobów zgłaszania osób do ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy:
   a. tradycyjna forma Deklaracji przystąpienia wypełnianych przez Ubezpieczonych w formie pisemnej oraz przekazanie nam przez Ubezpieczającego Listy ubezpieczonych. Osoby zgłaszane do Umowy są obejmowane przez nas ochroną na podstawie:
      I. przekazanej nam przez Ubezpieczającego Listy ubezpieczonych;
      II. kompletnych, poprawnie wypełnionych Deklaracji przystąpienia;
      III. innych dokumentów, jeżeli były one przez nas wskazane jako niezbędne do zawarcia Umowy lub przyjęcia osoby zgłaszanej do ochrony.
   b. samodzielne wypełnianie przez Ubezpieczonych elektronicznego formularza e-deklaracji. Osoby zgłaszane do Umowy są obejmowane przez nas ochroną na podstawie:
      I. kompletnych, poprawnie wypełnionych e-deklaracji;
      II. innych dokumentów, jeżeli były one przez nas wskazane jako niezbędne do zawarcia Umowy lub przyjęcia osoby zgłaszanej do ochrony.

2. W trakcie trwania Umowy do ubezpieczenia mogą być zgłaszane nowe osoby na podstawie dokumentów opisanych w ust. 1.

3. Przekazanie do nas pierwszej Listy ubezpieczonych wraz ze wszystkimi wymaganymi dokumentami lub wypełnienie przez Ubezpieczonych elektronicznego formularza e-deklaracji wraz ze wszystkimi wymaganymi dokumentami, o których mowa w ust. 1, powinno nastąpić nie później niż 10 dni roboczych przed pierwszym dniem obowiązywania Umowy. Przekazanie Listy ubezpieczonych lub wypełnienie przez Ubezpieczonych elektronicznego formularza e-deklaracji w każdym kolejnym miesiącu powinno nastąpić nie później niż 10 dni roboczych przed końcem miesiąca kalendarzowego.

4. Okres ochrony rozpoczyna się w stosunku do Ubezpieczonych zgłoszonych w ramach pierwszej Listy ubezpieczonych lub zgłoszonych za pośrednictwem elektronicznego formularza e-deklaracji w dniu wskazanym na Polisie. Przystąpienie nowej osoby w trakcie trwania Umowy następuje pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego po dacie otrzymania przez nas Listy ubezpieczonych lub wypełnienia przez osobę zgłaszaną do ubezpieczenia elektronicznego formularza e-deklaracji, pod warunkiem dotrzymania terminu, o którym mowa w ust. 3. W przypadku przekazania Listy po tym terminie uznajemy, że dotyczy ona kolejnego miesiąca. Data przystąpienia osoby do Umowy jest początkiem jej Okresu ochrony.

5. W odniesieniu do wszystkich Modułów z wyłączeniem: Opieki Ambulatoryjnej, Medycyny Pracy, Koordynacji Opieki Szpitalnej oraz Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków, możemy wymagać weryfikacji stanu zdrowia osoby zgłaszanej do Umowy.

6. Na etapie weryfikacji stanu zdrowia osoby zgłaszanej do Umowy możemy poprosić o dostarczenie dodatkowych dokumentów lub informacji, w tym na nasz koszt skierować osoby zgłaszane do ubezpieczenia na dodatkowe badania medyczne. Na podstawie przeprowadzonej oceny stanu zdrowia zgłaszanej osoby możemy:
   a. przyjąć ją do Umowy;
   b. zaproponować zmienione warunki Umowy;
   c. odmówić przyjęcia do Umowy.

7. W trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony może dokonać zmiany Modułu w ramach Ubezpieczeń Szpitalnych oraz Wariantu w Module Ubezpieczenie na wypadek Poważnego Zachorowania, o ile są one objęte daną Umową z Ubezpieczającym oraz zmiana taka oznacza zwiększenie dotychczasowego zakresu ubezpieczenia. Zwiększenie dotychczasowego zakresu ubezpieczenia w ramach Ubezpieczeń Szpitalnych oznacza zmianę:
   a. Modułu Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED – Opieka Ortopedyczna na Moduł Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED – Opieka Ortopedyczna Plus lub
   b. Modułu Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka Ortopedyczna na Moduł Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Pełna Opieka lub
   c. Modułu Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka Ortopedyczna Plus na Moduł Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Pełna Opieka lub
   d. Modułu Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka w Chorobie na Moduł Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Pełna Opieka.

   Zwiększenie dotychczasowego zakresu ubezpieczenia w ramach Modułu Ubezpieczenie na wypadek Poważnego Zachorowania oznacza zmianę Wariantu 1 na Wariant 2 w ramach tego Modułu.

8. Zmiana zakresu ubezpieczenia na niższy jest możliwa w Rocznicę, pod warunkiem zgłoszenia nam tego, zgodnie z §6 ust. 3 Części Ogólnej OWU. W przypadku wyboru przez Ubezpieczającego formy samodzielnego wypełniania przez Ubezpieczonych elektronicznego formularza e-deklaracji, warunkiem zmiany zakresu ubezpieczenia danego Ubezpieczonego jest dodatkowo zaakceptowanie przez Ubezpieczającego zmiany, o którą Ubezpieczony zawnioskował za pośrednictwem e-deklaracji.

9. Zmiana zakresu ubezpieczenia przez Ubezpieczonego, o której mowa w ust. 7, jest możliwa:
   a. w przypadku wyboru przez Ubezpieczającego tradycyjnej formy papierowych Deklaracji przystąpienia, pod warunkiem:
      I. przekazania przez Ubezpieczającego wykazu osób zmieniających zakres ubezpieczenia w formacie określonym przez Ubezpieczyciela;
      II. kompletnych i poprawnie wypełnionych Deklaracji przystąpienia.
   b. w przypadku wyboru przez Ubezpieczającego formy samodzielnego wypełniania przez Ubezpieczonych elektronicznego formularza e-deklaracji, pod warunkiem:
      I. zgłoszenia chęci zmiany zakresu ubezpieczenia przez Ubezpieczonego za pośrednictwem e-deklaracji;
      II. zaakceptowania przez Ubezpieczającego zaproponowanej przez Ubezpieczonego zmiany i przekazania zgody na zmianę do Ubezpieczyciela.
10. Okresy karencji spowodowane zwiększeniem zakresu ubezpieczenia w ramach Ubezpieczeń Szpitalnych lub zmianą Wariantu w ramach Modułu Ubezpieczenie na wypadek Poważnego Zachorowania na wyższy zostały opisane w poszczególnych Modułach.

§7 Jak zgłosić wystąpienie Ubezpieczonego z Umowy w trakcie jej trwania?

1. W trakcie trwania Umowy, Ubezpieczający może zgłaszać osoby występujące z ubezpieczenia za pośrednictwem Listy ubezpieczonych.
2. Wystąpienie osoby w trakcie trwania Umowy następuje pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego po dacie otrzymania Listy ubezpieczonych pod warunkiem dotrzymania terminu, o którym mowa w §6 ust. 3 Części Ogólnej OWU. W przypadku przekazania Listy po tym terminie uznajemy, że dotyczy ona kolejnego miesiąca.
3. Wystąpienie Głównego ubezpieczonego z Umowy jest równoznaczne z końcem Okresu ochrony w stosunku do zgłoszonych Współubezpieczonych, ze skutkiem na koniec Okresu ochrony Głównego ubezpieczonego.
4. W ciągu 12 miesięcy od dnia wystąpienia z Umowy, Ubezpieczony nie może ponownie do niej przystąpić, chyba że ponowne przystąpienie jest wynikiem ponownego zatrudnienia Głównego ubezpieczonego lub zatrudnienia Współubezpieczonego przez Ubezpieczającego.

§8 Na jak długo jest zawierana Umowa i jakie są warunki jej przedłużenia?

1. Umowa jest zawierana na okres 12 miesięcy.
2. Umowa zostaje odnowiona, a ochrona ubezpieczeniowa zostaje przedłużona na kolejne 12 miesięcy z zastrzeżeniem ust. 3-9.
3. Przy odnowieniu Umowy na kolejny roczny okres, mamy prawo zaproponować zmianę wysokości kwot składających się na Składkę w związku z indeksacją Sum ubezpieczenia lub wzrostem wartości Świadczeń zdrowotnych. Indeksacja ma na celu dostosowanie wartości Sum ubezpieczenia do wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych. Wzrost wartości Świadczeń zdrowotnych odzwierciedla wzrost ponoszonych przez nas kosztów w związku ze Świadczeniami udzielanymi przez nas na podstawie Umowy.
4. Indeksacja Sum ubezpieczenia polega na ich podwyższeniu o wskaźnik indeksacji. Wskaźnik indeksacji ustalamy na poziomie wyższym o maksymalnie 3 punkty procentowe od publikowanego przez Główny Urząd Statystyczny wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych za okres 12 miesięcy, nie później niż 6 miesięcy przed dniem przekazania propozycji nowej wysokości kwot składających się na Składkę.
5. Wzrost wartości Świadczeń zdrowotnych obliczany jest w oparciu o historię szkodowości danej Umowy oraz zmiany kosztów wynagrodzeń w sektorze ochrony zdrowia publikowanych przez GUS.
6. W propozycji zmiany kwot składających się na Składkę możemy podać zindeksowaną wartość Sum ubezpieczenia, wskaźnik wzrostu wartości Świadczeń zdrowotnych oraz wysokość kwot składających się na Składkę wynikającą z przeprowadzonych zmian.
7. Propozycję zmiany kwot składających się na Składkę wyślemy na co najmniej 60 dni przed końcem obowiązywania Umowy.
8. Brak odpowiedzi Ubezpieczającego w terminie 30 dni przed datą rozpoczęcia kolejnego rocznego okresu trwania Umowy jest równoznaczny z wyrażeniem zgody na zmianę wysokości kwot składających się na Składkę i nie wymaga zmiany Umowy. Jeżeli Ubezpieczający nie wyrazi zgody na zmianę wielkości kwot składających się na Składkę, Umowa wygaśnie z końcem okresu, na który została zawarta.
9. Umowa nie zostanie odnowiona, a ochrona ubezpieczeniowa zostaje przedłużona, jeśli najpóźniej na 30 dni przed końcem jej obowiązywania, przynajmniej jedna ze Stron złoży drugiej Stronie oświadczenie wyrażające brak zgody na przedłużenie.
10. Umowa ulega zakończeniu:
    a. w dniu, w którym otrzymaliśmy odstąpienie od Umowy;

b. w dniu rozwiązania Umowy zgodnie z §9 ust. 2 Części Ogólnej OWU;
c. w dniu rozwiązania Umowy zgodnie z §9 ust. 3 Części Ogólnej OWU;
d. ostatniego dnia okresu obowiązywania Umowy, jeżeli nie zostanie ona odnowiona na kolejny 12-miesięczny okres, zgodnie z ust. 9.

§9 Kiedy można odstąpić od Umowy lub ją wypowiedzieć?

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia. W takim przypadku zwrócimy Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę w ciągu 14 dni od dnia otrzymania oświadczenia o odstąpieniu. Składka zostanie pomniejszona o należność za okres, w którym udzieliliśmy ochrony.
2. Po upływie terminu wskazanego w ust. 1, Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć Umowę w dowolnym momencie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Ubezpieczający może też wskazać inny, późniejszy termin. Wypowiedzenie należy wysłać na adres naszej siedziby: LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce, 02-678 Warszawa, ul. Szturmowa 2 lub elektronicznie na adres: ubezpieczenia@luxmed.pl.
3. Umowę uznamy za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego w sytuacji, gdy Ubezpieczający nie opłaci Składki w ustalonym terminie, mimo naszego uprzedniego wezwania do zapłaty w dodatkowym terminie 7 dni. W wezwaniu podamy informację, że brak zapłaty będzie skutkował rozwiązaniem Umowy po upływie jej okresu wypowiedzenia.

§10 Do kiedy obowiązuje ochrona wobec Ubezpieczonego?

1. W zależności od tego, które z tych wydarzeń nastąpi wcześniej, Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy:
   a. do dnia zakończenia Umowy, zgodnie z §8 ust. 10 Części Ogólnej OWU;
   b. do dnia zgonu danego Ubezpieczonego;
   c. w przypadku Współubezpieczonych – do dnia zgonu Głównego Ubezpieczonego;
   d. do dnia wystąpienia Ubezpieczonego z Umowy zgodnie z §7 ust. 3 Części Ogólnej OWU;
   e. w odniesieniu do poszczególnych Modułów, do ostatniego dnia Okresu ochrony, w którym Ubezpieczony osiągnął wiek wskazany w tabeli §2 ust. 18, jako maksymalny wiek, do jakiego udzielamy ochrony ubezpieczeniowej. Maksymalny wiek Ubezpieczonego uprawniający do naszej ochrony różni się w zależności od Modułu;
   f. w odniesieniu do poszczególnych Modułów, do dnia wyczerpania Sumy ubezpieczenia lub limitu kwotowego, jeśli zostały określone dla danego Modułu.

§11 Jaka jest wysokość Składki i jak ją opłacić?

1. Wysokość cen poszczególnych typów ubezpieczenia w ramach Umowy ubezpieczenia (składających się na wysokość Składki), częstotliwość oraz terminy płatności Składki wskazane są w Polisie.
2. Wysokość Składki uzależniona jest od:
   a. typu ubezpieczenia, który wybiorą Ubezpieczeni;
   b. struktury wiekowo-płciowej grupy osób zgłoszonych do Umowy;
   c. przeprowadzonej przez nas oceny ryzyka, jeżeli ma ona zastosowanie;
   d. okresu karencji.
3. Wysokość Składki należnej od Ubezpieczającego wyliczona zostanie na podstawie sumy składek za Ubezpieczonych i na podstawie sumy składek za wybrane typy ubezpieczenia, z uwzględnieniem osób przystępujących oraz występujących z ubezpieczenia w danym miesiącu ochrony.
4. Za dzień opłacenia Składki uznaje się dzień otrzymania przez nas całej należności na rachunku bankowym wskazanym na Polisie.
5. W przypadku, gdy wpłacona kwota jest niższa od należnej Składki, Składkę uważa się za niezapłaconą.

§12 Jakie mamy obowiązki wobec Ubezpieczającego i Ubezpieczonych?

1. Przekażemy Ubezpieczającemu OWU wraz z załącznikami przed zawarciem Umowy. Szczegółowy wykaz załączników znajduje się przy Spisie treści niniejszego dokumentu. Zobowiążemy Ubezpieczającego do przekazania OWU wraz z załącznikami Ubezpieczonym przed złożeniem przez nich Deklaracji przystąpienia.
2. W ramach potwierdzenia zawarcia Umowy wystawimy i dostarczymy Polisę, a w przypadku zmian do Umowy wymagających zmian na Polisie dostarczymy aneks do Polisy.
3. Poinformujemy Ubezpieczającego, nie później niż w terminie 14 dni, o zmianie naszych adresów korespondencyjnych oraz o zmianie numeru infolinii, w ramach której Ubezpieczony może uzyskać informacje na temat ubezpieczenia.
4. Będziemy prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania wynikające z Umowy, w tym realizację Świadczeń.

§13 Jakie są obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego wobec nas?

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są podać do naszej wiadomości wszystkie znane okoliczności, o które zapytamy przed zawarciem Umowy lub przed przyjęciem osoby do ochrony w ramach Umowy we Wniosku ubezpieczeniowym i Deklaracjach przystąpienia. Jeżeli zawarliśmy Umowę lub przyjęliśmy osobę do ochrony w ramach Umowy mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

2. Ubezpieczający zobowiązany jest do:
   a. opłacania Składki w wysokości i terminach wskazanych w Polisie;
   b. dostarczenia nam kompletnych List ubezpieczonych według wzoru wraz ze wszystkimi wymaganymi dokumentami;
   c. niezwłocznego powiadamiania nas, nie później niż w terminie 14 dni, o zmianie swojej siedziby lub adresu korespondencyjnego;
   d. informowania nas o zmianie wszelkich danych dotyczących Ubezpieczonych i Ubezpieczającego, podanych na Liście ubezpieczonych;
   e. doręczenia Ubezpieczonym warunków Umowy, w tym w szczególności OWU, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonych zgody na udzielenie im ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli taka zgoda jest wymagana Umową lub jeżeli Ubezpieczony zgadza się na finansowanie kosztu części Składki odpowiadającej udzielonej mu ochronie ubezpieczeniowej - przed wyrażeniem przez niego na to zgody. Obowiązek ten dotyczy również doręczenia dokumentów wprowadzających wszelkie zmiany do Umowy w trakcie jej obowiązywania;
   f. poinformowania nas o zamiarze zmiany sposobu finansowania lub zmiany udziału Ubezpieczonego w finansowaniu składki ubezpieczeniowej za tego Ubezpieczonego, przed wprowadzeniem takiej zmiany;
   g. poinformowania nas o śmierci Ubezpieczonego;
   h. poinformowania Ubezpieczonych o zmianie numeru infolinii, w ramach której Ubezpieczony może uzyskać informacje na temat ubezpieczenia oraz o zmianach dotyczących Operatora.

3. Ubezpieczony zobowiązany jest do:
   a. niezwłocznego poinformowania nas o śmierci Współubezpieczonego, a w przypadku Współubezpieczonych – o śmierci Głównego Ubezpieczonego; w razie skorzystania przez Współubezpieczonego z jakichkolwiek Świadczeń w ramach Umowy po powzięciu przez tego Współubezpieczonego informacji o śmierci Głównego Ubezpieczonego, możemy dochodzić zwrotu kosztów Świadczeń nienależnie udzielonych;
   b. przestrzegania zaleceń Lekarzy;
   c. przestrzegania zasad obowiązujących w Przychodniach i Szpitalach;
   d. stosowania się do poleceń personelu Przychodni i Szpitali;
   e. przestrzeganie uzgodnionych z nami terminów wykonania Świadczeń;
   f. przybycia w uzgodnionym terminie do Szpitala lub Przychodni wskazanej przez nas lub poinformowania 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;
   g. powstrzymywanie się od wszelkich działań utrudniających lub uniemożliwiających udzielenie Świadczenia;
   h. okazania dokumentu tożsamości ze zdjęciem przed realizacją Świadczenia. W przypadku, gdy korzystającym ze Świadczenia jest Dziecko Niepełnoletnie o okazanie dokumentu tożsamości może zostać również poproszona osoba pełnoletnia, towarzysząca.

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

1. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje zdarzeń (a więc nie udzielimy Świadczenia w przypadkach), które są skutkiem:
   a. działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, wojny domowej, zamieszek, 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, ludowej i orientalnej, stosowania leków niedopuszczonych do użytku w Polsce (lub poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej wyłącznie jeśli zastosowanie związane było z Modułem Leczenia Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP) oraz ich następstw, jak również udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych, badaniach klinicznych lub podobnych badaniach związanych ze zdrowiem, oraz ich następstw;
   c. transplantacji organów lub tkanek, komórek, hodowli komórkowych (pochodzenia naturalnego lub sztucznego), w tym także z wykorzystaniem autoprzeszczepu, wszczepianie implantów i urządzeń, przy czym wyłączenie to nie dotyczy Modułu Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą - BEST HELP;
   d. wyczynowego uprawiania przez Ubezpieczonego sportu, wymagającego aktywności fizycznej, w tym uczestnictwo w treningach klubowych, związkowych lub stowarzyszeniach sportowych, uprawianie sportu w celach zarobkowych, udział w zawodach sportowych, a także udziału w obozach kondycyjnych lub szkoleniowych o charakterze sportowym. Ponadto,

obejmuje ono wyprawy do miejsc o ekstremalnych warunkach klimatycznych lub przyrodniczych, przy czym wyłączenie to nie dotyczy Modułu Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP. Wyczynowym uprawianiem sportu nie jest:

i. rekreacyjne uprawianie dyscyplin sportowych w czasie wolnym, którego celem jest wyłącznie wypoczynek, regeneracja sił psychofizycznych lub utrzymanie dobrego stanu zdrowia;
ii. udział we współzawodnictwie sportowym o charakterze amatorskim, czyli w imprezach sportowych przeznaczonych dla osób lub zespołów formalnie niezrzeszonych, organizowanych poza klubami, ligami, związkami lub stowarzyszeniami sportowymi;

e. uprawiania sportów wysokiego ryzyka, czyli takich których uprawianie wiąże się ze szczególnym ryzykiem dla zdrowia. W ramach OWU za takie sporty uznajemy:

i. sporty lotnicze oraz pilotowanie jakichkolwiek samolotów silnikowych,
ii. baloniarstwo,
iii. skoki spadochronowe,
iv. skoki na linie,
v. kolarstwo górskie,
vi. sporty motorowe i motorowodne,
vii. jazda na skuterach wodnych,
viii. kitesurfing,
ix. alpinizm,
x. wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa,
xi. speleologia,
xii. taternictwo jaskiniowe,
xiii. skoki narciarskie,
xiv. snowboard oraz narciarstwo z wyjątkiem uprawianych rekreacyjnie na wyznaczonych trasach,
xv. bobsleje,
xvi. rafting i inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich,
xvii. nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu,
xviii. sporty walki,
xix. myślistwo,
xx. jazda konna.

Powyższe wyłączenie nie dotyczy Modułu Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP.

f. stanów klęski żywiołowej, katastrof naturalnych, stanów pandemii oraz stanów epidemii ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej;
g. działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego oraz czynników biologicznych i chemicznych w zakresie szkodliwym dla człowieka;
h. prowadzenia pojazdu bez uprawnień, prowadzenia pojazdu bez aktualnego badania technicznego zgodnie 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;
i. usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia, świadomego spowodowania rozstroju zdrowia,
j. popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa lub wykroczenia;
k. działania umyślnego, samodzielnego diagnozowania, leczenia, modyfikacji zaleconego leczenia lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego;
l. 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;
m. detoksykacji, zabiegów odwykowych, leczenia odwykowego oraz ich następstw;
n. uzyskania świadczeń medycznych za pomocą czynów zakazanych, prób wyłudzenia lub celowego wprowadzenia Ubezpieczyciela w błąd.

2. Mając na uwadze standardy bezpieczeństwa medycznego, Przychodnia lub Szpital może udzielić Świadczenia określonemu pacjentowi z pierwszeństwem przed innym pacjentami.

3. Przychodnia lub Szpital ma prawo odmówić Ubezpieczonemu 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. W przypadku, gdy powyższe działanie ma charakter uporczywy, zastrzegamy sobie prawo do wyłączenia Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej, ze skutkiem na koniec danego miesiąca kalendarzowego.

4. 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 spełnienia przez nas Świadczenia.

5. Nie odpowiadamy za zdarzenia wynikłe z:
   a. błędów medycznych,
   b. błędów z nienależycie prowadzonej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.

   Za błędy wymienione w ust. 5 pkt a. i b. odpowiada podmiot leczniczy udzielający Świadczenia.

§15 Czy Ubezpieczony może kontynuować ubezpieczenie, gdy przestanie być objęty Umową?

1. Ubezpieczony, który przestaje być objęty Umową w oparciu o niniejsze OWU w związku z:
   a. wystąpieniem z Umowy, a wobec Współubezpieczonego także wystąpieniem Głównego ubezpieczonego z Umowy;
   b. rozwiązaniem Umowy;
   może kontynuować ochronę ubezpieczeniową w zakresie Opieki Ambulatoryjnej lub Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED – Opieka w Chorobie lub Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED - Pełna Opieka w formie umowy indywidualnej zawartej przez Ubezpieczonego bezpośrednio z nami.

2. W celu kontynuowania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony powinien skontaktować się z nami telefonicznie: (22) 339 37 33 oraz złożyć wniosek o zawarcie umowy, nie później niż w ciągu 60 dni od zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w oparciu o niniejsze OWU.

3. Indywidualna umowa ubezpieczenia jest zawierana zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia obowiązującymi w dniu jej zawarcia. Przedstawimy je osobie wnioskującej przed zawarciem indywidualnej umowy ubezpieczenia. Do zawarcia umowy stanowiącej kontynuowanie ochrony ubezpieczeniowej nie wymagamy indywidualnej oceny ryzyka i zaliczamy okres ubezpieczenia w ramach umowy grupowej do okresów ubezpieczenia w zapisach ograniczających naszą odpowiedzialność w ramach umów indywidualnych. Szczegółowe warunki udzielania ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy indywidualnej przedstawimy w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

§16 Przetwarzanie danych osobowych i powierzenie w zakresie danych osób Ubezpieczonych

1. W ramach współpracy pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym, dochodzić będzie do przetwarzania danych osób Ubezpieczonych. Kolejno, celem umożliwienia Ubezpieczonym przystąpienia do ochrony ubezpieczeniowej, w tym prawidłowej weryfikacji ich tożsamości przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczający na polecenie Ubezpieczyciela zbiera dane osobowe Ubezpieczonych i przekazuje je do Ubezpieczyciela w sposób ustalony przez Strony tj. poprzez przygotowanie Listy ubezpieczonych lub zgromadzeniu wypełnionych przez Ubezpieczonych Deklaracji przystąpienia. W związku z tym, w ramach należytego uregulowania opisanego procesu, konieczne jest zawarcie dodatkowej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych. W celu uniknięcia wątpliwości, za wskazaną umowę poczytuje się zapisy niniejszego paragrafu w ustępach do 1 do 34.

2. Do przetwarzania danych osobowych znajdują zastosowanie przepisy Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (dalej jako **Rozporządzenie**). Przetwarzając dane osobowe Ubezpieczonych w zakresie i celu, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Ubezpieczający będzie występował w roli podmiotu przetwarzającego dane w rozumieniu art. 4 ust. 8 Rozporządzenia działając na polecenie Ubezpieczyciela zgodnie z art. 28 Rozporządzenia.

3. Ubezpieczyciel oświadcza, że jako podmiot wykonujący działalność ubezpieczeniową przetwarza dane osobowe Ubezpieczonych w celu i zakresie niezbędnym dla wykonania obowiązków wynikających z Umowy i występuje w stosunku do tych danych w roli administratora w rozumieniu przepisów Rozporządzenia.

4. Ubezpieczyciel poleca a Ubezpieczający przyjmuje do przetwarzania dane Ubezpieczonych w celu i zakresie oraz na warunkach określonych w Umowie.

5. W celu uniknięcia wątpliwości, z tytułu realizacji obowiązków wynikających z Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczającemu nie przysługuje jakiekolwiek dodatkowe wynagrodzenie w zakresie obejmującym powierzenie przetwarzania danych osobowych, określone niniejszym paragrafem.

6. Ubezpieczający nie decyduje o środkach i celach przetwarzania powierzonych danych.

7. Przetwarzanie danych osobowych przez Ubezpieczającego polegać będzie na ich zbieraniu, porządkowaniu w formie listy oraz ich przekazywaniu do Ubezpieczyciela na Liście ubezpieczonych lub zgodnie z dodatkowymi instrukcjami przekazywanymi przez Ubezpieczyciela, a w przypadku, gdy Ubezpieczający na polecenie Ubezpieczyciela gromadzi deklaracje przystąpienia do opieki ubezpieczeniowej – również na zbieraniu i przekazywaniu Ubezpieczonemu tych deklaracji. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania danych osobowych zgodnie z wymogami bezpieczeństwa wynikającymi z Rozporządzenia, w szczególności w przypadku przekazywania danych osobowych na Listach, Ubezpieczający zobowiązany jest to ich szyfrowania. Ubezpieczający jest również zobowiązany do umożliwienia osobom uprawnionym do przystąpienia do ochrony ubezpieczeniowej, których dane przekazuje do Ubezpieczyciela, zapoznanie się z klauzulą informacyjną Ubezpieczyciela stanowiącą załącznik nr 4 do OWU, z zachowaniem zasad rozliczalności m.in. poprzez jej udostępnienie w intranecie Ubezpieczającego lub przekazanie klauzuli wraz z innymi informacjami dotyczącymi warunków ubezpieczenia. Ubezpieczający oświadcza, że będzie przekazywał Ubezpieczycielowi dane osobowe tylko takich osób tj. Ubezpieczonych, które zostały przez niego poinformowane o objęciu ich opieką ubezpieczeniową oraz wobec których zrealizował obowiązek

informacyjny w imieniu Ubezpieczyciela (wypełnienie obowiązku wynikającego z art. 13 i 14 Rozporządzenia przez Ubezpieczającego w imieniu Ubezpieczyciela).

8. W zależności od ustaleń Stron dotyczących zasad zgłaszania Ubezpieczonych do opieki Ubezpieczeniowej zgodnie z postanowieniami Umowy ubezpieczenia oraz niniejszego paragrafu oraz instrukcjami Ubezpieczyciela, powierzone do przetwarzania dane osobowe obejmować będą:
   a. dane Głównych ubezpieczonych w zakresie niezbędnym dla Ubezpieczyciela do prawidłowego oznaczenia ich tożsamości i tym samym weryfikacji uprawnień w zakresie przystąpienia do ochrony ubezpieczeniowej , tj. imię, nazwisko, adres e-mail lub numer telefonu, numer PESEL, data urodzenia (w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL) – jeżeli zgłoszenie do ubezpieczenia będzie się odbywało za pośrednictwem udostępnionej platformy on-line – w takim przypadku powierzenie nie obejmuje danych osobowych Współubezpieczonych jeśli Ubezpieczający nie będzie miał do nich dostępu (jeśli dostęp ten jest to powierzenie również będzie mieć zastosowanie do Współubezpieczonych);
   b. dane osobowe Głównych ubezpieczonych oraz Współubezpieczonych w zakresie niezbędnym do oznaczenia ich tożsamości oraz objęcie ich ochroną ubezpieczeniową, tj. imię, nazwisko, numer PESEL, data urodzenia, płeć, a jeżeli Ubezpieczony jest obcokrajowcem – także seria i numer paszportu oraz informacja o obywatelstwie, adres zamieszkania, numer telefonu, adres e-mail, a w przypadku Współubezpieczonych – również informacja o relacji/pokrewieństwie z Głównym ubezpieczonym. Dotyczy to przypadków, gdy Ubezpieczający pośredniczy w gromadzeniu deklaracji przystąpienia do opieki ubezpieczeniowej i/lub przekazuje dane osobowe w zakresie wskazanym w niniejszym postanowieniu na polecenie Ubezpieczyciela za pośrednictwem List ubezpieczonych.

9. Jeżeli należyta realizacja obowiązków Ubezpieczającego wynikających z powierzenia będzie tego wymagała, Ubezpieczający może dokonać dalszego powierzenia przetwarzania danych. Uprawnienie do dalszego powierzenia przetwarzania danych osobowych przez Ubezpieczającego nie obejmuje przekazywania danych osobowych do państwa trzeciego w rozumieniu Rozporządzenia. Warunkiem dalszego powierzenia danych osobowych przez Ubezpieczającego w ramach Europejskiego Obszaru Gospodarczego jest uprzednie powiadomienie Ubezpieczyciela o tym fakcie, z jednoczesnym oświadczeniem Ubezpieczającego, iż podmiot któremu zostaną dalej powierzone dane osobowe spełnia wymogi, o których mowa w art. 28 Rozporządzenia i zostanie to zagwarantowane w umowie dalszego powierzenia przetwarzania danych. Uprawnienie, o którym mowa w niniejszym ustępie nie wyłącza możliwości wyrażenia przez Ubezpieczyciela sprzeciwu wobec dalszego powierzenia, który Ubezpieczyciel może wyrazić w terminie 5 dni roboczych od poinformowania go o zamiarze podpowierzenia. Brak odpowiedzi Ubezpieczyciela w terminie, o którym mowa w zdaniu poprzednim jest równoznaczny z brakiem sprzeciwu.

10. W przypadku, gdy Ubezpieczający planuje dokonać dalszego powierzenia przetwarzania danych osobowych, w wyniku którego dojdzie do transferu danych osobowych do państwa trzeciego, Ubezpieczający zobowiązany jest uzyskać uprzednią zgodę Ubezpieczyciela udzieloną w formie pisemnej, elektronicznej lub dokumentowej za pośrednictwem poczty elektronicznej. W tym celu Ubezpieczający zobowiązany jest przedstawić Ubezpieczycielowi informacje na temat podstawy przekazania danych, zgodnie z wymogami rozdziału V Rozporządzenia, jak również – o ile będzie to miało zastosowanie – proponowanych do wdrożenia uzupełniających środków zapewniających odpowiedni stopień ochrony powierzonych danych, a także udzielić wszelkich dodatkowych informacji, jakie mogą się okazać niezbędne dla Ubezpieczyciela do podjęcia decyzji w zakresie udzielenia Ubezpieczającemu zgody na korzystanie z usług podmiotu przetwarzającego z państwa trzeciego.

11. Przetwarzanie danych osobowych przez Ubezpieczającego ma charakter systematyczny i odbywa się w cyklach miesięcznych na potrzeby zgłaszania grup Ubezpieczonych zgłaszanych do objęcia opieką ubezpieczeniową w poszczególnych okresach ubezpieczenia.

12. Ubezpieczający jest uprawniony do przetwarzania powierzonych mu danych osobowych Ubezpieczonych przez okres niezbędny do ich zgromadzenia oraz przekazania do Ubezpieczającego na poszczególnych Listach oraz w ramach gromadzonych Deklaracji przystąpienia (o ile są one zbierane przez Ubezpieczającego), nie dłużej niż do dnia zakończenia współpracy Stron w tym zakresie.

13. Po przesłaniu Listy zawierającej dane osobowe Ubezpieczonych zgłaszanych do ubezpieczenia w zdefiniowanym okresie ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego usuwania danych osobowych tych Ubezpieczonych, których dane zostały przez niego przekazane do Ubezpieczyciela.

14. W celu uniknięcia wątpliwości, również wraz z dniem zakończenia lub rozwiązania Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do trwałego usunięcia wszelkich powierzonych danych osobowych ze wszystkich dostępnych i wykorzystywanych do przetwarzania tych danych nośników. Ubezpieczycielowi przysługuje prawo do wystąpienia z żądaniem udostępnienia protokołu usunięcia przez Ubezpieczającego powierzonych danych osobowych.

15. Dostęp do powierzonych Ubezpieczającemu danych osobowych mogą mieć jedynie pracownicy lub współpracownicy Ubezpieczającego, którzy otrzymali jego upoważnienie do przetwarzania tych danych, poprzedzone złożeniem przez te osoby oświadczenia o zachowaniu tych danych oraz sposobów ich zabezpieczenia w tajemnicy.

16. Ubezpieczający zobowiązany jest zapewnić bezpieczeństwo przetwarzania powierzonych danych osobowych poprzez wdrożenie odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych, adekwatnych do rodzaju powierzonych danych oraz ryzyka naruszenia praw osób, których te dane dotyczą.

17. Ubezpieczający zobowiązany jest współpracować z Ubezpieczycielem w zakresie udzielania odpowiedzi na żądania osoby, której dane dotyczą, opisane w rozdziale III Rozporządzenia (w szczególności: informowanie i przejrzysta komunikacja, dostęp do danych, obowiązek informacyjny, prawo dostępu, prawo do sprostowania danych, usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, prawo sprzeciwu). W tym celu Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować Ubezpieczyciela o każdym żądaniu Ubezpieczonego w ramach wykonywania przez niego praw wynikających z Rozporządzenia oraz udzielania Ubezpieczycielowi wszelkich niezbędnych informacji w tym zakresie.

18. Mając na uwadze charakter przetwarzania powierzonych danych oraz dostępnych Ubezpieczającemu informacji, zobowiązany jest on wspierać Ubezpieczyciela w wywiązywaniu się przez Ubezpieczyciela z obowiązków w zakresie bezpieczeństwa danych, zarządzania naruszeniami ochrony danych osobowych oraz ich zgłaszaniem do organu nadzoru oraz osoby, której dane dotyczą, oceny skutków dla ochrony danych oraz konsultacjami z organem nadzoru (art. 32-36 Rozporządzenia).

19. Ubezpieczający zobowiązany jest niezwłocznie, nie później niż w terminie 24 h po stwierdzeniu naruszenia bezpieczeństwa ochrony danych osobowych poinformować Ubezpieczyciela w formie elektronicznej na adres e-mail: daneosobowe@luxmed.pl. Przekazywana informacja powinna zawierać co najmniej:
    a. opis charakteru naruszenia oraz - o ile to możliwe - wskazanie kategorii i przybliżonej liczby osób, których dane zostały naruszone i ilości/rodzaju danych, których naruszenie dotyczy,
    b. imię, nazwisko i dane kontaktowe inspektora ochrony danych lub innej jednostki/osoby, z którą możemy kontaktować się w związku z wystąpieniem naruszenia,
    c. opis możliwych konsekwencji naruszenia,
    d. opis zastosowanych lub proponowanych do zastosowania przez Ubezpieczającego środków w celu zaradzenia naruszeniu, w tym minimalizacji jego negatywnych skutków.

20. Zgłoszenie, o którym mowa w ust. 19 powyżej powinno być przesłane w sposób zapewniający bezpieczeństwo przekazywanych informacji, tj. w formie zaszyfrowanego pliku zabezpieczonego hasłem. Hasło do pliku należy przekazać na numer telefonu, który zostanie podany przez Ubezpieczyciela.

21. Zmiana adresu e-mail, o którym mowa powyżej lub zmiana sposobu zgłaszania Ubezpieczycielowi naruszeń ochrony danych osobowych może być dokonana z wykorzystaniem poczty elektronicznej lub listownej i nie stanowi zmiany Umowy.

22. Adres e-mail, o którym mowa w ust. 19 powyżej jest także adresem kontaktowym Ubezpieczyciela, pod którym Ubezpieczający może kierować wszelkie informacje oraz zgłaszać wszelkie kwestie związane z przetwarzaniem danych osobowych powierzonych na mocy Umowy, w tym w szczególności w zakresie zawiadomień, o których mowa w §16 ust. 10 OWU.

23. Ubezpieczający zobowiązuje się na bieżąco śledzić zmiany regulacji ochrony danych osobowych i dostosowywać sposób przetwarzania danych, w szczególności procedury wewnętrzne i sposoby zabezpieczenia danych osobowych do aktualnych wymagań prawnych.

24. Ubezpieczający odpowiada za działania i zaniechania osób, przy pomocy których będzie przetwarzał powierzone dane osobowe, jak za działania lub zaniechania własne.

25. Ubezpieczający zobowiązany jest udzielać Ubezpieczającemu wszelkich informacji niezbędnych dla wykazania przez Ubezpieczającego wywiązywania się ze wszystkich obowiązków określonych w Umowie, niniejszym OWU oraz przepisach prawa, w szczególności Rozporządzenia.

26. Ubezpieczyciel jest uprawniony do przeprowadzania audytów zgodności przetwarzania przez Ubezpieczającego powierzonych danych osobowych z przepisami Rozporządzenia, ustaw oraz Umowy, polegających w szczególności na żądaniu udzielenia pisemnej informacji lub wyjaśnień oraz – w uzasadnionych przypadkach - inspekcjach miejsc przetwarzania danych osobowych przez Ubezpieczającego. Ubezpieczający ma prawo do odmowy udzielenia pisemnej informacji lub wyjaśnień oraz udzielenia dostępu do miejsc przetwarzania danych osobowych w zakresie, w którym audyt mógłby zagrażać ujawnieniu innych danych osobowych, aniżeli powierzonych Ubezpieczającemu na mocy Umowy. W takim przypadku Ubezpieczający zobowiązany jest w sposób jasny i wyczerpujący, w formie pisemnej uzasadnić swoje stanowisko.

27. Informacja o planowanej inspekcji zostanie przekazana Ubezpieczającemu z co najmniej 7-dniowym wyprzedzeniem, z jednoczesnym wskazaniem zakresu inspekcji oraz osób upoważnionych przez Ubezpieczyciela do przeprowadzenia inspekcji. Powyższe nie wyklucza zlecenia wykonania inspekcji przez podmiot zewnętrzny upoważniony przez Ubezpieczyciela, jednakże każda z osób działająca w imieniu podmiotu zewnętrznego może dokonywać inspekcji wyłącznie po uprzednim przedstawieniu Ubezpieczającemu upoważnienia imiennego do dokonania inspekcji oraz wyłącznie w zakresie wskazanym w

tym upoważnieniu. W przypadku, gdyby przedstawiony przez Ubezpieczyciela zakres inspekcji bądź narzędzia do wykonania czynności podczas inspekcji stanowiłoby naruszenie przepisów prawa ochrony danych przez Ubezpieczającego, jest on uprawniony do sprzeciwienia się przeprowadzeniu przez Ubezpieczyciela inspekcji jednocześnie zobowiązany do niezwłocznego powiadomienia o tym fakcie Ubezpieczyciela w formie elektronicznej lub pisemnej.

28. Prawo kontroli, o którym mowa w ust. 25-27 powyżej będzie realizowane przez Ubezpieczyciela nie częściej niż raz do roku, z takim zastrzeżeniem, że w przypadku wystąpienia okoliczności poddających pod uzasadnioną wątpliwość zgodność przetwarzania powierzonych Ubezpieczającemu danych z przepisami prawa oraz postanowieniami Umowy Ubezpieczenia lub w przypadku wystąpienia naruszenia bezpieczeństwa danych osobowych, Ubezpieczyciel ma prawo do wszczęcia dodatkowej kontroli, nieobjętej limitem liczbowym, o którym mowa w zdaniu pierwszym.

29. Ubezpieczycielowi przysługuje prawo wydawania Ubezpieczającemu rekomendacji co do sposobu przetwarzania powierzonych danych oraz stosowanych przez Ubezpieczającego środków technicznych i organizacyjnych zabezpieczających powierzone dane osobowe. Rekomendacje Ubezpieczyciela nie są wiążące dla Ubezpieczającego, jednakże wydana rekomendacja zobowiązuje Ubezpieczającego do weryfikacji możliwości jej wdrożenia w wewnętrzne procedury przetwarzania danych osobowych. Rekomendacje wydane przez Ubezpieczyciela nie mogą zakładać naruszenia przepisów prawa przez Ubezpieczającego w przypadku ich wdrożenia.

30. Ubezpieczający zobowiązany jest niezwłocznie powiadamiać Ubezpieczyciela o wszelkich skargach, pismach, kontrolach organu nadzoru, postępowaniach sądowych i administracyjnych pozostających w związku z powierzonymi danymi osobowymi oraz współdziałać z Ubezpieczycielem w tym zakresie, w szczególności poprzez udostępnianie Ubezpieczycielowi wszelkiej dokumentacji z tym związanej.

31. Ubezpieczający odpowiada za działania i zaniechania osób, przy pomocy których będzie przetwarzał powierzone dane osobowe, jak za działania lub zaniechania własne.

32. W przypadku, gdy w związku z niezgodnym z przepisami Rozporządzania przetwarzaniem danych osobowych powierzonych Ubezpieczającemu, z przyczyn leżących po stronie jego stronie (wina), Ubezpieczyciel poniesie jakiekolwiek koszty, w szczególności związane z wypłatą zadośćuczynienia lub koszty obsługi prawnej, Ubezpieczający zobowiązany będzie do pokrycia tych kosztów w pełnej wysokości a w przypadku wytoczonego postępowania sądowego - do udzielenia Ubezpieczycielowi wszelkiego wsparcia w takim postępowaniu, a także do przejęcia odpowiedzialności w przypadku przyznania podmiotowi danych odszkodowania w takim postępowaniu, w wysokości odpowiadającej równowartości przyznanego odszkodowania lub kosztów zadośćuczynienia oraz wszelkich kosztów niezbędnych do obrony przed zgłaszanymi roszczeniami a poniesionych przez Ubezpieczyciela w takim postępowaniu.

33. Dodatkowo, odrębnie od powyższych postanowień regulujących kwestie powierzenia przez Ubezpieczyciela do Ubezpieczającego przetwarzania danych osób Ubezpieczonych, w ramach realizacji Umowy, Strony przetwarzać będą także dane osób wyznaczonych do bieżącego kontaktu oraz reprezentacji, w tym dane pracowników oraz współpracowników. W celu uniknięcia wątpliwości, każda ze Stron przetwarza dane osób wskazanych do bieżącej realizacji Umowy drugiej Strony jako ich odrębny i niezależny administrator, zgodnie z treścią art. 6 ust. 1 lit. f Rozporządzenia 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, czyli na podstawie uzasadnionego interesu administratora, jakim jest zapewnienie należytej reprezentacji podmiotu oraz kontaktu w bieżących sprawach związanych ze współpracą Stron i wykonywaniem Umowy. Zakres danych osobowych, które są udostępniane pomiędzy Stronami obejmuje: imię, nazwisko, służbowy adres e-mail, służbowy numer telefonu, stanowisko zajmowane w organizacji jeden ze Stron.

34. Każda ze Stron zobowiązana jest do stosowania przepisów Rozporządzenia w zakresie danych wskazanych w ust. 33, w tym do zrealizowania obowiązku informacyjnego wobec osób wyznaczonych do reprezentacji i kontaktu drugiej Strony, których dane przetwarza. Klauzula obowiązku informacyjnego Ubezpieczyciela stanowi załącznik nr 3 do OWU. Ubezpieczający zobowiązuje się do przekazania wskazanej klauzul osobom wyznaczonym do reprezentacji i kontaktu, co stanowić będzie tym samym wypełnienie obowiązku wynikającego z art. 13 i 14 Rozporządzenia.

§17 W jaki sposób można złożyć reklamację?

1. Reklamacje związane z oferowaniem, zawieraniem lub wykonywaniem Umowy mogą być zgłoszone przez: poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, spadkobiercę posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu Świadczenia z Umowy ubezpieczenia:
   a. na piśmie:
      l. w postaci elektronicznej:
         i. na adres mailowy: reklamacje.ubezpieczenia@luxmed.pl;

ii. za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej pod adresem: https://www.luxmed.pl/zgloszenie-reklamacji-ubezpieczenia;
iii. poprzez wysłanie na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w ww. ustawie tj.: AE:PL-71281-48855-GTFED-29;

ll. w postaci papierowej:
i. poprzez przesłanie na adres siedziby LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce, ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa przesyłką pocztową (w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe) albo nadając w placówce podmiotu zajmującego się doręczeniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej albo
ii. poprzez osobiste dostarczenie pisemnej reklamacji na adres siedziby LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce, ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa;

b. ustnie:
i. poprzez zgłoszenie telefoniczne pod numer tel.: 22 501 81 60;
ii. poprzez osobistą wizytę w naszej siedzibie LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce, ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa do spisywanego protokołu.

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 na reklamacje bez zbędnej zwłoki, maksymalnie w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, na piśmie w postaci:
a. elektronicznej – w przypadku, gdy reklamacja została złożona w takiej formie, o ile osoba składająca reklamację nie wniosła o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej. W takim przypadku udzielimy odpowiedzi:
i. z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego została złożona reklamacja, albo innego wskazanego przez składającego reklamację środka komunikacji elektronicznej - w przypadku, gdy reklamacja została złożona przez osobę składającą reklamację z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej;
ii. na adres osoby składającej reklamację do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w ww. ustawie - w przypadku, gdy reklamacja została wysłana przez osobę składającą reklamację na adres do doręczeń elektronicznych;
b. papierowej – w przypadku, gdy reklamacja została złożona w takiej formie, o ile osoba składająca reklamację nie wniosła o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
c. elektronicznej lub papierowej, zgodnie z wnioskiem osoby składającej reklamację – w przypadku, gdy reklamacja została złożona ustnie.

4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 3 powyżej, możemy potrzebować więcej czasu na rozpatrzenie reklamacji. 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. W przypadku nieuwzględnienia roszczeń wynikających z reklamacji, osoba, która złożyła reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego (szczegóły na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: https://rf.gov.pl/).

6. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich, właściwym dla Ubezpieczyciela, jest Rzecznik Finansowy (szczegóły na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: https://rf.gov.pl/).

7. Klientowi posiadającemu status konsumenta przysługuje uprawnienie do zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumentów.

§18 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa obowiązujące na terenie Rzeczpospolitej Polskiej.

2. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla:
a. miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, albo
b. miejsca zamieszkania Ubezpieczonego albo
c. miejsca zamieszkania lub siedziby Uprawnionego, albo

d. miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego.

3. Kierowane do nas oświadczenia i powiadomienia, które dotyczą realizacji niniejszej Umowy, mogą być składane pod adresem: LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce, 02-678 Warszawa, ul. Szturmowa 2 lub elektronicznie na adres ubezpieczenia@luxmed.pl.
4. Wszelkie zmiany Umowy wymagają formy pisemnej, elektronicznej lub dokumentowej pod rygorem nieważności.
5. Roszczenia z tytułu Świadczeń wynikających z Umowy nie mogą być przedmiotem cesji w rozumieniu przepisów art. 509 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny ani zastawu w rozumieniu art. 327 Kodeksu cywilnego.
6. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego w zakresie zgodności działalności z przepisami polskiego prawa. Wyłączny nadzór nad gospodarką finansową Ubezpieczyciela sprawuje szwedzki organ nadzoru.
7. Korespondencja związana z Umową wysyłana jest pod ostatni znany adres stron Umowy.
8. Integralną częścią OWU są klauzule stanowiące załącznik nr 5, do których przestrzegania zobowiązuje się Ubezpieczający i Ubezpieczyciel.
9. Niniejsze OWU zostało przyjęte i zatwierdzone uchwałą zarządu Ubezpieczyciela i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 12.05.2026 r.

Moduł: Opieka Ambulatoryjna

Postanowienia niniejszego Modułu mają zastosowanie w Umowach ubezpieczenia zawartych na podstawie OWU, w których zakres wchodzi Moduł Opieka Ambulatoryjna. O włączeniu Modułu do Umowy Ubezpieczenia decyduje Ubezpieczający.

§ 1 Co jest przedmiotem Modułu?

1. W ramach Modułu zapewniamy Świadczenia ambulatoryjne oraz pieniężne w razie wystąpienia uzasadnionych wskazań medycznych.
2. W zależności od zakresu określonego w Umowie, Ubezpieczony może skorzystać:
   a. **ze Świadczeń ambulatoryjnych** – Świadczenie wykonywane w Przychodni, wchodzące w zakres posiadanego przez niego wariantu;
   b. **ze Świadczeń pieniężnych** – zgodnie z zapisami ust. 4 i 5 poniżej.

   Zakres świadczeń zapewnianych przez nas w ramach konkretnej Umowy ubezpieczenia zależy od wariantu wybranego przez Ubezpieczającego. Warianty oraz zakresy świadczeń dostępne w ramach Umowy wskazane są w załączniku do Wniosku/Umowy.
3. Zmiana wariantu Modułu z wyższego na niższy jest możliwa tylko w Rocznicę. Zmiana wariantu Modułu z niższego na wyższy jest możliwa w każdym momencie trwania Okresu ochrony i rozpoczyna się od 1 dnia miesiąca następującego po przekazaniu do nas Listy ubezpieczonych.
4. Ubezpieczony może skorzystać ze Świadczenia pieniężnego, jeśli w Okresie ochrony samodzielnie zorganizuje i opłaci usługę zdrowotną. Częściowym lub całkowitym zwrotem kosztów objęte są te usługi zdrowotne, które wchodzą w zakres Świadczeń ambulatoryjnych udostępnionych Ubezpieczonemu w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU z zastrzeżeniem §3 ust. 4 i 5.
5. Wysokość Świadczenia pieniężnego wypłaconego przez nas Ubezpieczonemu jest wyliczana jako wskazany w załączniku do Wniosku/Umowy procent kosztu usługi zdrowotnej poniesionej przez Ubezpieczonego, przy czym łączna kwota wypłaconych przez nas jednemu Ubezpieczonemu Świadczeń pieniężnych w kwartale kalendarzowym (tj. w okresach styczeń-marzec, kwiecień-czerwiec, lipiec-wrzesień, październik-grudzień) nie może przekroczyć limitu kwartalnego wskazanego w załączniku do Wniosku/Umowy.
6. Moduł Opieka Ambulatoryjna dostępny jest w następujących typach:
   a. Indywidualny;
   b. Partnerski;
   c. Rodzinny;
   d. Rodzic.
7. Ubezpieczający może wybrać wszystkie lub wybrane typy Modułu, które będą dostępne dla Ubezpieczonych w ramach Umowy.
8. Zakres Świadczeń w ramach Modułu Opieka Ambulatoryjna nie obejmuje świadczeń zdrowotnych udzielanych w celu ratowania życia zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
9. Świadczenia są udzielane na terenie Rzeczpospolitej Polskiej w lokalizacjach wskazanych przez nas na stronie: www.luxmed.pl/placowki.

§2 Jak skorzystać z Opieki Ambulatoryjnej?

1. Aby skorzystać ze Świadczenia ambulatoryjnego, Ubezpieczony może zgłosić Zdarzenie do Operatora i uzgodnić miejsce oraz termin realizacji Świadczenia w następujący sposób:
   a. elektronicznie za pośrednictwem Portalu Pacjenta (internetowego portalu udostępnianego przez Operatora);
   b. telefonicznie za pośrednictwem infolinii (telefon dostępny na stronie www.luxmed.pl);
   c. osobiście w jednej ze wskazanych przez nas Przychodni na stronie www.luxmed.pl/ubezpieczenia;
2. Ubezpieczony wybiera termin usługi oraz Przychodnię, w której chce zrealizować Świadczenie ambulatoryjne z listy wskazanych przez nas Przychodni. Przychodnie realizują Świadczenia zgodnie z godzinami i zakresem pracy danej placówki.
3. Prosimy, aby Ubezpieczony odwołał zarezerwowany u Operatora termin wykonania Świadczenia ambulatoryjnego, jeśli nie może w tym terminie z niego skorzystać. Dzięki temu inne osoby będą mogły skorzystać z usług Przychodni. Odwołanie terminu może zostać zgłoszone w dowolny sposób, podobnie jak zgłoszenie Zdarzenia.
4. W przypadku wątpliwości co do zasadności medycznej lub braku bezpieczeństwa medycznego procedury medycznej wynikającej ze skierowania przedstawionego przez Ubezpieczonego, mamy prawo zweryfikować zasadność przedstawionego przez Ubezpieczonego skierowania medycznego.

5. W razie weryfikacji skierowania przedstawionego przez Ubezpieczonego możemy żądać wglądu do informacji medycznej związanej z wystawionym skierowaniem.
6. Odmówimy udzielenia Świadczenia ambulatoryjnego wynikającego ze skierowania w przypadku:
   a. bezzasadności skierowania medycznego,
   b. braku bezpieczeństwa medycznego procedury medycznej wynikającej ze skierowania lub
   c. nieudzielenia nam dostępu do informacji medycznych i w rezultacie niemożliwości weryfikacji skierowania,
7. Aby skorzystać ze Świadczenia pieniężnego Ubezpieczony może nas powiadomić w formie:
   a. elektronicznej – na adres mailowy: roszczenia.ubezpieczenia@luxmed.pl;
   b. pisemnej – wysyłając dokumenty na adres: LMG Försäkrings AB S. A. Oddział w Polsce, 02-678 Warszawa, ul. Szturmowa 2, z dopiskiem: Refundacja LMG.
8. Do podjęcia decyzji o wypłacie Świadczenia potrzebujemy następujących dokumentów:
   a. kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o realizację Świadczenia;
   b. kopii rachunku lub faktury za zrealizowaną usługę zdrowotną, spełniających wymagania określone w ust. 9;
   c. w przypadku usług, które zgodnie z Umową Ubezpieczenia wymagają jako Świadczenie ambulatoryjne skierowania – prosimy o dołączenie kopii skierowania na usługę zdrowotną. W przypadku braku takiej kopii, potwierdzeniem wystawienia skierowania może być również kopia dokumentacji medycznej Ubezpieczonego zawierająca odpowiednią adnotację o wystawieniu skierowania;
9. Faktura (albo rachunek) powinna zawierać:
   a. dane Ubezpieczonego, na rzecz którego zostały wykonane usługi zdrowotne (co najmniej: imię, nazwisko, adres). W przypadku usług wykonanych na rzecz Dziecka Niepełnoletniego, gdy faktura wystawiona jest na opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego, w treści faktury powinny się znaleźć dane dziecka, na rzecz którego wykonane zostały usługi;
   b. wykaz wykonanych na rzecz Ubezpieczonego usług, stanowiący treść faktury lub załącznik w postaci specyfikacji wystawiony przez Placówkę medyczną wykonującą te usługi wraz z nazwą usługi lub kopię dokumentacji medycznej dotyczącej zrealizowanej usługi;
   c. liczbę zrealizowanych usług danego rodzaju;
   d. datę wykonania usługi;
   e. cenę jednostkową zrealizowanej usługi.
10. Jeżeli wartość faktur dołączonych do wniosku przekracza wysokość dostępnego w danym kwartale limitu, wypłata Świadczenia pieniężnego realizowana jest do wysokości pozostałego limitu w tym kwartale kalendarzowym. Koszt wykonanych usług zdrowotnych w danych kwartale kalendarzowym nie może być zaliczony na poczet innych kwartałów kalendarzowych i limitów. Niewykorzystany limit w danym kwartale kalendarzowym nie przechodzi na następny kwartał kalendarzowy.
11. Jeżeli usługi zdrowotne objęte Umową są limitowane np. co do liczby ich wykonań, limit ten jest liczony łącznie dla usług zdrowotnych wykonanych zarówno w formie Świadczenia ambulatoryjnego jak i Świadczenia pieniężnego.
12. Jeżeli usługi zdrowotne są łączone (np. psychoterapia par) warunkiem wypłaty Świadczenia pieniężnego jest posiadanie przez wszystkich Ubezpieczonych korzystających z usługi uprawnień do takiego Świadczenia ambulatoryjnego w ramach Umowy. W takim przypadku kwota wypłacanego Świadczenia pieniężnego jest liczona proporcjonalnie za każdego Ubezpieczonego i odejmowana od limitu na dany kwartał kalendarzowy.
13. Realizujemy Świadczenie niezwłocznie po otrzymaniu zgłoszenia, najpóźniej w terminach i zgodnie z zasadami opisanymi w §4 ust 2-5 Części Ogólnej OWU.

§3 Jakie są dodatkowe wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu?

1. Oprócz wyłączeń określonych w §14 Części Ogólnej OWU nasza odpowiedzialność w zakresie Modułu Opieka Ambulatoryjna nie obejmuje:
   a. diagnozowania i leczenia zaburzeń płodności, w tym ciąży będącej wynikiem ww. postępowania, jeżeli jest to Ciąża wysokiego ryzyka;
   b. diagnozowania i leczenia związanego z korektą płci;
   c. przeprowadzania zabiegów aborcji oraz leczenia ich następstw;
   d. prowadzenia Ciąży wysokiego ryzyka;
   e. diagnozowania i leczenia protetycznego, ortodontycznego, periodontologicznego, implantologicznego;
   f. diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetologii a także leczenia niepożądanych następstw tych procedur;
   g. diagnozowania i leczenia nie zleconego lub nie wykonanego w placówkach wskazanych przez Ubezpieczyciela;

h. wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń, wniosków niezwiązanych z koniecznością kontynuacji procesu diagnostycznego i terapeutycznego prowadzonego w placówce wskazanej przez Ubezpieczyciela (wyłączenie nie dotyczy świadczeń medycyny pracy – o ile jest objęte zakresem Ubezpieczenia, druków ZUS ZLA);
i. leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz pobytów rehabilitacyjnych, w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgnacyjnej, w której Ubezpieczony przebywa;
j. leczenia zakażenia wirusami HIV, wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem w/w zakażeń;
k. zdarzeń będących wynikiem uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nielicencjonowanych linii lotniczych.

2. Jeśli Świadczenia, jakie mają być udzielone Ubezpieczonemu wykraczają ponad zakres Świadczeń medycznie niezbędnych, Ubezpieczyciel może odpowiednio zredukować Świadczenia medyczne do Świadczenia medycznie niezbędnego albo wykonać Świadczenie odpłatnie po uzyskaniu na to zgody Ubezpieczonego.

3. Nie odpowiadamy za udzielenie przez Przychodnię Świadczeń ambulatoryjnych nieobjętych zakresem Umowy oraz świadczeń zleconych lub wykonanych przez inną Przychodnię niż wskazana przez nas.

4. Nie zrealizujemy Świadczenia pieniężnego w odniesieniu do usług kupionych przez Ubezpieczonego łącznie z innymi usługami (w pakiecie medycznym, karcie, abonamencie medycznymi) i opłacanych łącznie.

5. Świadczenie pieniężne nie obejmuje usług z zakresu medycyny pracy, medycyny orzeczniczej, medycyny sportowej, badań do prawa jazdy, medycyny lotniczej, wizyt domowych, rehabilitacji, usług stomatologicznych.

Moduł: Medycyna Pracy

Postanowienia niniejszego Modułu mają zastosowanie w Umowach, zawartych na podstawie OWU, w których zakres wchodzi Moduł Medycyna Pracy. O włączeniu Modułu do Umowy decyduje Ubezpieczający.

§1 Definicje stosowane w Module

1. **Badania profilaktyczne** – badania przeprowadzane na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę. W skład Badań profilaktycznych wchodzą:
   a. **Badania kontrolne** - są wykonywane u każdego Pracownika, który był na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 30 dni.
   b. **Badania okresowe** - wykonywane u pracujących na danym stanowisku, którym skończyła się ważność poprzedniego zaświadczenia dopuszczającego do pracy.
   c. **Badania wstępne** – wykonywane przed rozpoczęciem pracy, po zmianie stanowiska pracy, jeżeli występują nowe narażenia oraz gdy na danym stanowisku pojawi się nowe narażenie.
   d. **Badania sanitarno-epidemiologiczne** – badania (wymazy) w kierunku nosicielstwa pałeczek Salmonella i Shigella;
   e. **Badania specjalistyczne i diagnostyczne** – konsultacje u lekarzy oraz dodatkowe badania diagnostyczne wykonywane w procesie medycyny pracy zgodnie ze wskazówkami metodycznymi lub na zlecenie lekarza medycyny pracy, ściśle związane z warunkami pracy i zagrożeniami występującymi na określonym stanowisku pracy.
2. **Jednostki służby medycyny pracy** – Placówki medyczne, które spełniają definicję jednostek, o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy, współpracujące z nami w zakresie udzielania Świadczeń medycyny pracy.
3. **Medycyna pracy** (także: MP) – ochrona zdrowia Pracowników przed wpływem niekorzystnych warunków związanych ze środowiskiem pracy, sposobem wykonania pracy oraz w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad Pracownikami.

§2 Co jest przedmiotem Modułu?

1. Zakres Modułu obejmuje zapewnienie oraz pokrycie kosztów Świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej, a także innych Świadczeń z zakresu Medycyny pracy na rzecz Pracowników, do których pracodawca zobowiązany jest na podstawie przepisów ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeksu pracy (dalej **Kodeks pracy**).
2. Szczegółowy zakres badań dostępnych w ramach Modułu jest wskazany §3 Modułu Medycyna Pracy.
3. Zorganizujemy oraz pokryjemy koszty świadczeń Medycyny pracy, które obejmują:
   a. Badania profilaktyczne dla Pracowników;
   b. profilaktyczną opiekę zdrowotną nad Pracownikami, niezbędną z uwagi na warunki pracy, obejmującą badania poza terminami Badań okresowych i orzekanie o możliwości wykonywania dotychczasowej pracy; skierowanie na przeprowadzenie badania wydaje pracodawca po zgłoszeniu przez Pracownika niemożności wykonywania dotychczasowej pracy;
   c. wydawanie orzeczeń lekarskich do celów przewidzianych w Kodeksie pracy;
   d. badania profilaktyczne do celów sanitarno-epidemiologicznych;
   e. wizytowanie zakładu pracy celem sprawdzenia prawidłowego zabezpieczenia warunków zdrowotnych stanowisk pracy;
   f. udział lekarza medycyny pracy w zakładowej komisji bezpieczeństwa i higieny pracy powołanej na terenie zakładu pracy w trybie przewidzianym w Kodeksie pracy w przypadkach przewidzianych w Kodeksie pracy.

§3 Zakres Medycyny Pracy

1. Podstawowe akty prawne dotyczące profilaktycznej opieki nad pracującymi:
   a. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy – Dział X;
   b. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy;
   c. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy;
   d. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń oraz chorób zakaźnych u ludzi.
2. Na potrzeby Medycyny pracy Operator oferuje dostęp do:
   a. Centrum Umawiania Badań Medycyny Pracy – specjalna infolinia do umawiania badań z zakresu medycyny pracy;
   b. Dział Medycyny Pracy – wydzielony w placówce medycznej zespół lokalowo-personalny zajmujący się wyłącznie realizacją świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny pracy.
3. Badania dopuszczające do wykonywania czynności zawodowych:
   a. Badania wstępne**;**
   b. Badania okresowe;

c. Badania kontrolne;
d. Badania sanitarno-epidemiologiczne.

Powyższe badania mają na celu stwierdzenie braku przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku. Orzeczenia lekarskie o przydatności Pracownika do pracy wydawane są przez lekarzy uprawnionych do wydawania takich orzeczeń. Pracodawca nie może dopuścić do pracy Pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na danym stanowisku. Odpowiedzialność za dopuszczenie Pracownika do pracy bez aktualnych badań lekarskich ciąży na Pracodawcy, a nie na Pracowniku.
W ramach Badań wstępnych, okresowych i kontrolnych lekarz medycyny pracy przeprowadza lub zleca badania niezbędne do wydania Pracownikowi orzeczenia o zdolności do wykonywania pracy na danym stanowisku, zgodnie z wymogami Kodeksu pracy, w tym również Badania sanitarno-epidemiologiczne.

4. Za dodatkową opłatą zgodną z cennikiem obowiązującym na dzień zlecenia usługi LUX MED dostarcza:
   a. przegląd stanowisk pracy – lekarz medycyny pracy, pielęgniarka medycyny pracy;
   b. zapewnienie udziału lekarza medycyny pracy w zakładowych komisjach BHP;
   c. przygotowanie opinii dla potrzeb komisji wypadkowej;
   d. pomoc w ustaleniu składu apteczki pierwszej pomocy;

5. Usługa dodatkowa: e-skierowanie.
   Usługa obejmuje dostęp do Portalu e-Skierowań Medycyny pracy, systemu elektronicznej obsługi skierowań na badania medycyny pracy, który daje możliwość:
   a. wystawiania skierowań na badania medycyny pracy w formie elektronicznej, w tym zatwierdzanie ich podpisem elektronicznym przez osoby uprawnione przez pracodawcę
   b. powiadamiania Pracownika poprzez SMS o wystawieniu skierowania
   c. przesyłania pocztą elektroniczną do Pracownika oryginału dokumentu skierowania
   d. informowania osób uprawnionych przez pracodawcę o statusie realizacji badań medycyny pracy
   e. monitorowania stanu ważności wystawionych orzeczeń, w tym przypominanie o konieczności wystawienia skierowań na kolejne Badania okresowe i kontrolne Pracowników
   f. tworzenia szablonów stanowisk i zarządzanie nimi

§4 Jak skorzystać z Medycyny Pracy?

1. Aby skorzystać ze Świadczeń Medycyny pracy i pokryć ich koszty, Ubezpieczający wystawia imienne skierowania na badanie w trybie obowiązujących przepisów prawa. Skierowanie powinno zawierać:
   a. w przypadku Badań profilaktycznych – określenie rodzaju Badania profilaktycznego, jakie ma być wykonane (Badanie wstępne, Badanie okresowe albo Badanie kontrolne);
   b. w przypadku osób przyjmowanych do pracy lub Pracowników przenoszonych na inne stanowiska pracy – określenie stanowiska pracy, na którym osoba podlegająca badaniu jest lub ma być zatrudniona. W tym przypadku pracodawca (Ubezpieczający) może wskazać w skierowaniu dwa lub więcej stanowiska pracy w kolejności odpowiadającej potrzebom zakładu pracy;
   c. w przypadku Pracowników – określenie stanowiska pracy, na którym Pracownik jest zatrudniony;
   d. informacje o występowaniu na stanowisku pracy czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych oraz aktualne wyniki badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tych stanowiskach pracy;
   e. w przypadku Badań sanitarno-epidemiologicznych – wskazanie wykonywanych prac przez Pracownika, przy których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby.
2. Realizujemy Świadczenie niezwłocznie po otrzymaniu zgłoszenia, najpóźniej w terminach i zgodnie z zasadami opisanymi w §4 ust 2-5 Części Ogólnej OWU.

Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka Ortopedyczna

Postanowienia niniejszego Modułu mają zastosowanie w Umowach, zawartych na podstawie OWU, w których zakres wchodzi Moduł Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka Ortopedyczna. O włączeniu Modułu do Umowy decyduje Ubezpieczający.

§1 Definicje stosowane w Module

1. **Hospitalizacja planowa (także Hospitalizacja)** – pobyt na oddziale szpitalnym, mający na celu przeprowadzenie diagnostyki lub leczenie, w tym przeprowadzenie operacji spowodowanych Nieszczęśliwym Wypadkiem. Hospitalizacja planowa:
   a. odbywa się w wyznaczonym terminie;
   b. może zostać odroczona o co najmniej 7 dni od momentu potwierdzenia konieczności przez Lekarza Szpitala, który kwalifikuje do hospitalizacji, 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.
2. **Izba przyjęć** - dział Szpitala, który:
   a. kwalifikuje pacjentów do Hospitalizacji;
   b. udziela porady i pomocy doraźnej pacjentom niezakwalifikowanym do Hospitalizacji;
   c. przygotowuje dokumenty niezbędne do rejestracji Hospitalizacji;
   d. przekazuje pacjenta pod opiekę zespołu oddziału szpitalnego.
3. **Koordynator opieki szpitalnej (także KOS)** – przedstawiciel Operatora, którego zadaniem jest obsługa Ubezpieczonego przy realizacji Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED Opieka Ortopedyczna w ramach Koordynacji Opieki Szpitalnej.
4. **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.

§2 Co jest przedmiotem Modułu?

1. W ramach Modułu Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka Ortopedyczna zapewniamy następujące Świadczenia:
   a. **Świadczenie szpitalne** – Świadczenie medyczne związane z Hospitalizacją z zakresu Ortopedii, udzielane w Szpitalu;
   b. **Koordynację opieki szpitalnej** – której celem jest wsparcie Ubezpieczonego w zakresie korzystania z Modułu.
2. Zapewniamy ochronę ubezpieczeniową w odniesieniu do Zdarzeń będących skutkiem Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia oraz dla którego skierowanie na Świadczenie szpitalne zgodnie ze wskazaniami medycznymi powinno zostać zrealizowane w okresie nie przekraczającym 90 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku.
3. Ubezpieczony może skorzystać ze Świadczenia szpitalnego w ramach Modułu w razie otrzymania skierowania na leczenie szpitalne.
4. Zdarzeniem ubezpieczeniowym, którego wystąpienie powoduje powstanie obowiązku spełnienia Świadczenia po stronie Ubezpieczyciela, jest wystawienie w Okresie ochrony skierowania na leczenie szpitalne następstw Nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w Okresie ochrony.
5. Szczegółowy zakres Świadczeń wymienionych w ust– 1 znajduje się w następujących załącznikach:
   a. Załącznik nr 1 do OWU - zakres Świadczeń w ramach Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla Głównego ubezpieczonego, Partnera i Dziecka pełnoletniego;
   b. Załącznik nr 2 do OWU - zakres Świadczeń w ramach Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla Dziecka niepełnoletniego.
6. Udostępniamy następujące typy Modułu: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka Ortopedyczna:
   a. Indywidualny;
   b. Partnerski;
   c. Rodzinny.
   Ubezpieczający może wybrać wszystkie lub wybrane typy Modułu, które będą dostępne do wyboru przez Ubezpieczonych w ramach Umowy.
7. Świadczenia są udzielane na terenie Rzeczpospolitej 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.

§3 Jak skorzystać z Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED - Opieka Ortopedyczna?

1. Aby skorzystać ze Świadczeń, Ubezpieczony może powiadomić Koordynatora Opieki Szpitalnej o zdarzeniu objętym Modułem. Dane kontaktowe do KOS są przekazywane Ubezpieczającemu mailowo niezwłocznie po zawarciu Umowy.
2. Do podjęcia decyzji o realizacji Świadczenia potrzebujemy następujących dokumentów:
   a. kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o realizację Świadczenia oraz dołączenie opisu okoliczności wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
   b. kopii skierowania do Szpitala;
   c. kopii dokumentacji medycznej z konsultacji, podczas której wystawiono skierowanie do Szpitala;
   d. kopii pozostałej dokumentacji medycznej dotyczącej zgłoszonego wniosku (jeśli Ubezpieczony ją posiada).
3. Wniosek o realizację Świadczenia powinien zostać do nas złożony nie później niż 60 dni po wystawieniu skierowania do Szpitala. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku określonego w zdaniu poprzedzającym możemy odpowiednio zmniejszyć Świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło nam ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
4. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu postępujemy zgodnie z krokami opisanymi w §4 ust 2-5 Części Ogólnej OWU.

§4 Jakie są dodatkowe wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu?

1. Oprócz wyłączeń określonych w §14 Części Ogólnej OWU nasza odpowiedzialność w Module Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka Ortopedyczna 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 w placówce wskazanej przez nas i wymienionej w Załączniku nr 1 lub 2 do OWU;
   c. leczenia Urazów wielonarządowych oraz ich następstw;
   d. diagnozowania i leczenia bez wskazań medycznych oraz diagnostyki i leczenia, których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych;
   e. zabiegów chirurgii robotycznej;
   f. wszczepienia protez lub implantów innych niż wymienione w Załączniku nr 1 lub 2 do OWU;
   g. diagnozowania i leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z aberracjami chromosomalnymi oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność oraz ich następstw;
   h. diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji również ze wskazań medycznych z zakresu medycyny estetycznej i chirurgii plastycznej w tym operacji lub zabiegów o charakterze korekcyjnym, kosmetologii; a także leczenia ich niepożądanych następstw, o ile zakres Świadczenia szpitalnego nie stanowi inaczej;
   i. diagnozowania i leczenia niewykonywanego w Szpitalach lub Przychodniach wskazanych przez nas oraz ich następstw;
   j. wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń i wniosków niezwiązanych 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 Świadczeń i zaświadczeń o niezdolności do pracy lub nauki);
   k. leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz pobytów rehabilitacyjnych, w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgnacyjnej, w której Ubezpieczony przebywa;
   l. leczenia domowego jako kontynuacji terapii szpitalnej z wyłączeniem leczenia będącego następstwem procedur objętych i zrealizowanych w ramach ubezpieczenia;
   m. opieki medycznej po Hospitalizacji w zakresie opisanym w Załączniku nr 1 lub 2 do OWU związanej z Hospitalizacją wykonaną w innych placówkach niż wskazane przez nas;
   n. leczenia wynikającego ze wskazań natury psychologicznej;
   o. leczenia chorób psychicznych, otępiennych, neurodegeneracyjnych (w tym choroby Alzheimera) oraz ich następstw.

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 spoza listy, o której mowa §2 ust 7 niniejszego Modułu lub jej zakres wykracza poza zakres opisany w Załączniku nr 1 oraz 2 do OWU.
3. Nie zrealizujemy Świadczenia szpitalnego w stosunku do Ubezpieczonego, jeżeli jest ono następstwem Nieszczęśliwych wypadków i urazów, które wystąpiły lub były leczone w okresie poprzedzającym początek Okresu ochrony.

4. Nie zrealizujemy Świadczenia, jeżeli w wyniku stanu klęski żywiołowej, katastrofy naturalnej, stanu pandemii lub stanu epidemii, ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej, nastąpi brak możliwości świadczenia usług po naszej stronie.

Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka Ortopedyczna Plus

Postanowienia niniejszego Modułu mają zastosowanie w Umowach, zawartych na podstawie OWU, w których zakres wchodzi Moduł Opieka Ortopedyczna Plus. O włączeniu Modułu do Umowy decyduje Ubezpieczający.

§1 Definicje stosowane w Module

1. **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 uwarunkowana genetycznie i ma przewlekły oraz często ciężki przebieg. Prowadzi przedwcześnie do zgonu lub powoduje niepełnosprawność. Zazwyczaj ujawnia się w wieku dziecięcym.
2. **Drobny uraz** – uraz, który wymaga pomocy chirurgicznej lub ortopedycznej, ale nie wymaga Hospitalizacji ani procedur medycznych w reżimie sali operacyjnej.
3. **Hospitalizacja** – pobyt na oddziale szpitalnym, mający na celu przeprowadzenie diagnostyki, leczenie, w tym przeprowadzenie operacji spowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą. Hospitalizacja obejmuje:
   a. **Hospitalizację planową** – pobyt na oddziale szpitalnym, który:
      I. odbywa się w wyznaczonym terminie;
      II. może zostać odroczony o co najmniej 7 dni od momentu potwierdzenia konieczności przez Lekarza Szpitala, który kwalifikuje do hospitalizacji, 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.
   b. **Hospitalizację pilną** - pobyt na oddziale szpitalnym, który powinien nastąpić w czasie krótszym niż 7 dni od momentu potwierdzenia konieczności przez Lekarza Szpitala, który kwalifikuje do hospitalizacji z zastrzeżeniem, że czas rozpoczęcia hospitalizacji nie może przekroczyć terminu, po którym może nastąpić, możliwe do przewidzenia, ciężkie pogorszenie stanu zdrowia lub znaczące zmniejszenie szans na powrót do zdrowia
4. **Izba przyjęć** - dział Szpitala, który:
   a. kwalifikuje pacjentów do Hospitalizacji;
   b. udziela porady i pomocy doraźnej pacjentom niezakwalifikowanym do Hospitalizacji;
   c. przygotowuje dokumenty niezbędne do rejestracji Hospitalizacji;
   d. przekazuje pacjenta pod opiekę zespołu oddziału szpitalnego.
5. **Koordynator opieki szpitalnej (także KOS)** – przedstawiciel Operatora, którego zadaniem jest obsługa Ubezpieczonego przy realizacji Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED Opieka Ortopedyczna Plus w ramach Koordynacji opieki szpitalnej.
6. **Opieka doraźna** – świadczenie medyczne na rzecz osób, których stan zdrowia uległ nagłemu pogorszeniu, a brak niezwłocznie udzielonej pomocy medycznej mógłby skutkować dalszym pogorszeniem. Opieka doraźna kończy się zaleceniami dotyczącymi dalszego postępowania, uzależnionymi od stanu zdrowia Ubezpieczonego.
7. **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.
8. **Wysokospecjalistyczne metody leczenia i diagnostyki** – najbardziej zaawansowane technicznie lub o dużej rozległości metody lecznicze, zabiegi wymagające użycia materiałów wszczepialnych, implantów lub endoprotez oraz badania diagnostyczne za pomocą skanerów PET-CT / PET-MRI, badania scyntygraficzne, badania MRI serca. Badania diagnostyczne, o których mowa w niniejszej definicji, 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.

§2 Co jest przedmiotem Modułu?

1. W ramach Modułu Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka Ortopedyczna Plus zapewniamy następujące Świadczenia:
   a. **Świadczenie szpitalne** – Świadczenie medyczne związane z Hospitalizacją w zakresie Ortopedii lub Opieką doraźną w zakresie Ortopedii, udzielane w Szpitalu, a w niektórych sytuacjach również w Przychodni;
   b. **Szpitalny przegląd zdrowia** (także **Przegląd**) - zapewnienie gotowości oddziału szpitalnego na przyjęcie Ubezpieczonego w jednym uzgodnionym terminie nie częściej niż raz na 2 lata w trakcie trwania Okresu ochrony w celu udzielenia Świadczenia z zakresu diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej i konsultacji specjalistycznych, udzielane przez Szpital. Ma na celu profilaktykę zdrowotną;
   c. **Koordynację opieki szpitalnej** – której celem jest wsparcie Ubezpieczonego w zakresie korzystania z Modułu.

2. Zdarzeniami, które uprawniają Ubezpieczonego do skorzystania ze Świadczeń dostępnych w ramach Modułu są:
   a. otrzymanie skierowania na leczenie szpitalne (datą Zdarzenia jest data wystawienia skierowania);
   b. Drobny uraz lub pogorszenie stanu zdrowia wymagające Opieki doraźnej (datą Zdarzenia jest dzień wystąpienia Drobnego urazu lub dzień pogorszenia stanu zdrowia).

3. Jeżeli przez minimum 2 lata nieprzerwanego Okresu ochrony Ubezpieczony nie skorzystał z żadnego ze Świadczeń wymienionych w ust. 1, Ubezpieczony ma możliwość skorzystania ze Szpitalnego przeglądu zdrowia. Świadczenie polega na zapewnieniu gotowości oddziału szpitalnego na przyjęcie Ubezpieczonego w jednym uzgodnionym terminie nie częściej niż raz na 2 lata w trakcie trwania Okresu ochrony.

4. Szczegółowy zakres Świadczeń wymienionych w ust. 1-3 znajduje się w następujących załącznikach:
   a. Załącznik nr 1 do OWU - zakres Świadczeń w ramach Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla Głównego ubezpieczonego, Partnera i Dziecka pełnoletniego,
   b. Załącznik nr 2 do OWU - zakres Świadczeń w ramach Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla Dziecka niepełnoletniego.

5. Udostępniamy następujące typy Modułu: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED- Opieka Ortopedyczna Plus:
   a. Indywidualny;
   b. Partnerski;
   c. Rodzinny.
   Ubezpieczający może wybrać wszystkie lub wybrane typy Modułu, które będą dostępne do wyboru przez Ubezpieczonych w ramach Umowy.

6. Świadczenia są udzielane na terenie Rzeczpospolitej 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.

§3 Jak skorzystać z Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED - Opieka Ortopedyczna Plus?

1. Aby skorzystać ze Świadczeń, Ubezpieczony może powiadomić Koordynatora opieki szpitalnej o zdarzeniu objętym Modułem. Dane kontaktowe do KOS są przekazywane Ubezpieczającemu mailowo niezwłocznie po zawarciu Umowy.

2. Do podjęcia decyzji o realizacji Świadczenia potrzebujemy następujących dokumentów:
   a. kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o realizację Świadczenia, a w przypadku, gdy zdarzenie zostało spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem dołączenie również krótkiego opisu okoliczności wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
   b. w przypadku Hospitalizacji planowej:
      i. kopii skierowania do Szpitala;
      ii. kopii dokumentacji medycznej z konsultacji, podczas której wystawiono skierowanie do Szpitala;
      iii. kopii pozostałej dokumentacji medycznej dotyczącej zgłoszonego wniosku (jeśli Ubezpieczony ją posiada).

3. Wniosek o realizację Świadczenia powinien zostać do nas złożony nie później niż 60 dni po wystawieniu skierowania do Szpitala. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku określonego w zdaniu poprzedzającym możemy odpowiednio zmniejszyć Świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło nam ustalenie okoliczności i skutków wypadku.

4. W przypadku Drobnego urazu lub Opieki doraźnej, traktujemy zgodę na podjęcie leczenia jako złożenie wniosku o realizację Świadczenia.

5. W określonych sytuacjach skorzystanie ze Świadczeń w ramach Modułu nie będzie możliwe. Jest to związane z okresem karencji (opisanym w §4 niniejszego Modułu) oraz wyjątkowymi sytuacjami ograniczenia naszej odpowiedzialności (opisanymi w §14 Części Ogólnej OWU i §5 niniejszego Modułu).

6. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu postępujemy zgodnie z krokami opisanymi w §4 ust 2-5 Części Ogólnej OWU.

7. W przypadku wystąpienia Drobnego urazu lub w przypadku świadczenia Opieki doraźnej weryfikujemy, czy wniosek jest zasadny niezwłocznie po jego otrzymaniu. Informację o uznaniu lub odmowie uznania roszczenia przekazujemy osobie zgłaszającej Zdarzenie oraz Ubezpieczonemu, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie.

8. Świadczenie Opieki doraźnej realizujemy niezwłocznie po uznaniu przez nas roszczenia.

§4 Jaka jest długość karencji?

1. W Module stosujemy karencję. Jest to okres, który musi upłynąć od początku Okresu ochrony, zanim Ubezpieczony będzie uprawniony do Świadczenia. Oznacza to, że w tym okresie nie ponosimy odpowiedzialności za Zdarzenia.

2. Okresy karencji stosowane w Module wynoszą:
   a. 3 miesiące - dla Hospitalizacji planowych;
   b. 10 miesięcy – dla Wysokospecjalistycznych metod leczenia i diagnostyki. Ta karencja ma zastosowanie również w odniesieniu do świadczeń w zakresie Hospitalizacji planowych oraz będących wynikiem Nieszczęśliwego wypadku, które przyjęliśmy do realizacji. W takim przypadku, w okresie karencji, koszt Wysokospecjalistycznych metod i diagnostyki ponosi Ubezpieczony, podczas gdy my zapewniamy pozostałe Świadczenia zgodnie z OWU.
3. Nie stosujemy karencji wobec Zdarzeń będących wynikiem Nieszczęśliwego wypadku, a także Zdarzeń uzasadniających Świadczenia w ramach: Koordynacji opieki szpitalnej, Opieki doraźnej i Hospitalizacji pilnej.
4. W przypadku dodania nowych Współubezpieczonych do Umowy, zostaną oni objęci karencją liczoną od początku ich Okresu ochrony.
5. Karencji nie stosujemy w przypadku kontynuacji Okresu ochrony w ramach Modułu na kolejne okresy w takim samym lub węższym zakresie Świadczeń w ramach Modułu.
6. Jeżeli Ubezpieczony był objęty ubezpieczeniem, w którym byliśmy Ubezpieczycielem i które obejmowało Hospitalizację w zakresie Ortopedii, wówczas okres trwania poprzedniego ubezpieczenia jest zaliczany do okresów karencji dla Hospitalizacji planowych – 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 ochrony w zakresie niniejszego Modułu. Jeżeli Ubezpieczony był objęty kilkoma ubezpieczeniami spełniającymi ww. warunki, wówczas ta zasada ma zastosowanie tylko do umowy ubezpieczenia z najpóźniejszą datą zakończenia.

§5 Jakie są dodatkowe wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu?

1. Oprócz wyłączeń określonych w §14 Części Ogólnej OWU nasza odpowiedzialność w Module Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka Ortopedyczna Plus 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 w placówce wskazanej przez nas i wymienionej w Załączniku nr 1 lub 2 do OWU;
   c. leczenia Urazów wielonarządowych oraz ich następstw;
   d. leczenia w oddziałach psychiatrycznych;
   e. diagnozowania i leczenia zaburzeń płodności oraz ich następstw;
   f. diagnozowania i leczenia związanego z korektą płci oraz ich następstw;
   g. diagnozowania i leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z aberracjami chromosomalnymi oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność oraz ich następstw;
   h. diagnozowania i leczenia Chorób rzadkich oraz ich następstw;
   i. diagnozowania i leczenia bez wskazań medycznych oraz diagnostyki i leczenia, których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych;
   j. zabiegów chirurgii robotycznej;
   k. przeprowadzania zabiegów aborcji i leczenia powikłań będących jej następstwami;
   l. diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji również ze wskazań medycznych z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej w tym operacji lub zabiegów o charakterze korekcyjnym, kosmetologii; a także leczenia ich niepożądanych następstw, o ile zakres Świadczenia szpitalnego nie stanowi inaczej;
   m. usuwania guzków, zmian skórnych i/lub podskórnych mniejszych niż 2 cm;
   n. diagnozowania i leczenia niewykonywanego w Szpitalach lub Przychodniach wskazanych przez nas oraz ich następstw;
   o. wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń i wniosków niezwiązanych 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 Świadczeń 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-pielęgnacyjnej, w której Ubezpieczony przebywa;
   q. leczenia zakażenia wirusami HIV, 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 lub 2 do OWU związanej z Hospitalizacją wykonaną w innych placówkach niż wskazane przez nas;
   t. leczenia wynikającego ze wskazań natury psychologicznej;

u. diagnozowania i leczenia Chorób, objawów chorobowych lub następstw Nieszczęśliwych wypadków, które nie zostały podane do naszej wiadomości w dokumentach wymaganych przez nas do zawarcia Umowy, a które były obecne lub wystąpiły lub przyczyny ich wystąpienia były znane Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu w ciągu 12 miesięcy przed przystąpieniem Ubezpieczonego do Umowy;
v. leczenia chorób psychicznych, otępiennych, neurodegeneracyjnych (w tym choroby Alzheimera) oraz ich następstw.

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 spoza listy, o której mowa §2 ust 6 niniejszego Modułu lub jej zakres wykracza poza zakres opisany w Załączniku nr 1 oraz 2 do OWU.

3. Jeśli przed objęciem Ubezpieczonego ochroną w ramach Umowy nie weryfikowaliśmy jego stanu zdrowia to nie zrealizujemy Świadczenia szpitalnego w okresie pierwszych 12 miesięcy od początku nieprzerwanie trwającego Okresu ochrony w stosunku do Ubezpieczonego, jeżeli jest ono następstwem:
   a. Chorób, w tym objawów potwierdzających obecność Choroby, które były obecne lub wystąpiły, lub zostały zdiagnozowane, lub były leczone w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu ochrony;
   b. Nieszczęśliwych wypadków i urazów, a także ich skutków, które były obecne lub wystąpiły, lub zostały zdiagnozowane, lub były leczone w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu ochrony.

   W przypadku, jeśli Ubezpieczony był objęty ubezpieczeniem, w którym byliśmy Ubezpieczycielem i które obejmowało świadczenia w ramach Hospitalizacji w zakresie odpowiadającym zakresowi niniejszego Modułu, wówczas okres trwania poprzedniego ubezpieczenia jest zaliczany do Okresu ochrony.
   Aby skorzystać z tej zasady, wcześniejsze ubezpieczenie musi być zakończone i nie mogło skończyć się wcześniej niż 3 miesiące przed początkiem ochrony w zakresie niniejszego Modułu. Jeżeli Ubezpieczony był objęty kilkoma ubezpieczeniami spełniającymi ww. warunki, wówczas ta zasada ma zastosowanie tylko do umowy ubezpieczenia z najpóźniejszą datą zakończenia.

4. Nie zrealizujemy Świadczenia szpitalnego w okresie pierwszych 12 miesięcy od początku nieprzerwanie trwającego Okresu ochrony w stosunku do Ubezpieczonego, jeżeli jest ono wynikiem wcześniejszej rezygnacji Ubezpieczonego z pobytu w szpitalu w związku z diagnostyką lub leczeniem w oparciu o skierowanie do Szpitala wystawione przed początkiem Okresu ochrony.

5. Nie zrealizujemy Świadczenia, jeżeli w wyniku stanu klęski żywiołowej, katastrofy naturalnej, stanu pandemii lub stanu epidemii, ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej, nastąpi brak możliwości świadczenia usług po naszej stronie.

Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka w Chorobie

Postanowienia niniejszego Modułu mają zastosowanie w Umowach zawartych na podstawie OWU, w których zakres wchodzi Moduł Opieka w Chorobie. O włączeniu Modułu do Umowy decyduje Ubezpieczający.

§1 Definicje stosowane w Module

1. **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 uwarunkowana genetycznie i ma przewlekły oraz często ciężki przebieg. Prowadzi przedwcześnie do zgonu lub powoduje niepełnosprawność. Zazwyczaj ujawnia się w wieku dziecięcym.

2. **Hospitalizacja planowa (także: Hospitalizacja**) – pobyt na oddziale szpitalnym, mający na celu przeprowadzenie leczenia szpitalnego, w tym przeprowadzenie operacji lub zabiegów spowodowanych Chorobą objętą zakresem, a także niezbędnej diagnostyki. Hospitalizacja planowa:
   a. odbywa się w wyznaczonym terminie;
   b. może zostać odroczona o co najmniej 7 dni od momentu potwierdzenia konieczności przez Lekarza Szpitala, który kwalifikuje do hospitalizacji, 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.

3. **ICD-10** – to międzynarodowa klasyfikacja chorób służąca do kodowania chorób i stanów zdrowotnych, opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Każda jednostka chorobowa ma przypisany unikalny kod, co umożliwia jej identyfikację i klasyfikację w celach diagnostycznych, statystycznych i administracyjnych.

4. **Izba przyjęć** - dział Szpitala, który:
   a. kwalifikuje pacjentów do Hospitalizacji;
   b. udziela porady i pomocy doraźnej pacjentom niezakwalifikowanym do Hospitalizacji;
   c. przygotowuje dokumenty niezbędne do rejestracji Hospitalizacji;
   d. przekazuje pacjenta pod opiekę zespołu oddziału szpitalnego.

5. **Koordynator opieki szpitalnej (także KOS)** –przedstawiciel Operatora, którego zadaniem jest obsługa Ubezpieczonego przy realizacji Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED – Opieka w Chorobie w ramach Koordynacji opieki szpitalnej.

6. **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.

7. **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 krążków międzykręgowych, zabiegi z użyciem kleju naczyniowego oraz badania diagnostyczne za pomocą skanerów PET-CT / PET-MRI, badania scyntygraficzne, badania MRI serca. Badania diagnostyczne, o których mowa w niniejszej definicji, 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.

§2 Co jest przedmiotem Modułu?

1. W ramach Modułu Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka w Chorobie zapewniamy następujące Świadczenia:
   a. **Świadczenie szpitalne** – Świadczenie medyczne związane z Hospitalizacją planową, udzielane w Szpitalu, a w niektórych sytuacjach również w Przychodni;
   b. **Koordynację opieki szpitalnej** – wsparcie Ubezpieczonego w zakresie korzystania z Modułu.

2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym, które uprawnia Ubezpieczonego do skorzystania ze Świadczeń dostępnych w ramach Modułu, jest otrzymanie skierowania na leczenie szpitalne ze wskazanym kodem ICD-10 definiującym Chorobę objętą zakresem ochrony w ramach Modułu (datą Zdarzenia jest data wystawienia skierowania).

3. Zapewniamy ochronę ubezpieczeniową w odniesieniu do zdarzeń objętych zakresem Modułu, które mają miejsce w Okresie ochrony.

4. Szczegółowy zakres Świadczeń wymienionych w ust. 1 oraz wykaz Chorób objętych zakresem ochrony w ramach Modułu znajduje się w następujących załącznikach:
   a. Załącznik nr 1 do OWU – Zakres Świadczeń w ramach Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla Głównego ubezpieczonego, Partnera i Dziecka pełnoletniego;
   b. Załącznik nr 2 do OWU – Zakres Świadczeń w ramach Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla Dziecka niepełnoletniego.
5. Udostępniamy następujące typy Modułu: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka w Chorobie:
   a. Indywidualny;
   b. Partnerski;
   c. Rodzinny.
   Ubezpieczający może wybrać wszystkie lub wybrane typy Modułu, które będą dostępne do wyboru przez Ubezpieczonych w ramach Umowy.
6. Świadczenia są udzielane na terenie Rzeczpospolitej 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.

§3 Jak skorzystać z Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED - Opieka w Chorobie?

1. Aby skorzystać ze Świadczeń, Ubezpieczony może powiadomić Koordynatora opieki szpitalnej o zdarzeniu objętym Modułem. Dane kontaktowe do KOS są przekazywane Ubezpieczającemu mailowo niezwłocznie po zawarciu Umowy.
2. Do podjęcia decyzji o realizacji Świadczenia potrzebujemy następujących dokumentów:
   a. kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o realizację Świadczenia;
   b. kopii skierowania do Szpitala (wymagane jest, aby Choroba będąca przyczyną Hospitalizacji planowej była jednoznacznie określona kodem ICD-10 na skierowaniu do Szpitala);
   c. kopii dokumentacji medycznej z konsultacji, podczas której wystawiono skierowanie do Szpitala;
   d. kopii pozostałej dokumentacji medycznej dotyczącej zgłoszonego wniosku (jeśli Ubezpieczony ją posiada).
3. Wniosek o realizację Świadczenia powinien zostać do nas złożony nie później niż 60 dni po wystawieniu skierowania do Szpitala. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku określonego w zdaniu poprzedzającym możemy odpowiednio zmniejszyć Świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło nam ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
4. W określonych sytuacjach skorzystanie ze Świadczeń w ramach Modułu nie będzie możliwe. Jest to związane z okresem karencji (opisanym w §4 niniejszego Modułu) oraz wyjątkowymi sytuacjami ograniczenia naszej odpowiedzialności (opisanymi w §14 Części Ogólnej OWU i §5 niniejszego Modułu).
5. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu postępujemy zgodnie z krokami opisanymi w §4 ust 2-5 Części Ogólnej OWU.

§4 Jaka jest długość karencji?

1. W Module stosujemy karencję. Jest to okres, który musi upłynąć od początku Okresu ochrony, zanim Ubezpieczony będzie uprawniony do Świadczenia. Oznacza to, że w tym okresie nie ponosimy odpowiedzialności za Zdarzenia.
2. Okresy karencji stosowane w Module wynoszą:
   a. 3 miesiące – dla Hospitalizacji planowych;
   b. 10 miesięcy – dla Wysokospecjalistycznych metod leczenia i diagnostyki w ramach Hospitalizacji planowej. W takim przypadku, w okresie karencji przewidzianej dla Wysokospecjalistycznych metod leczenia i diagnostyki w ramach Hospitalizacji planowej, koszt Wysokospecjalistycznych metod leczenia i diagnostyki zastosowanych w ramach udzielonych przez nas świadczeń ponosi Ubezpieczony, podczas gdy my zapewniamy pozostałe Świadczenia zgodnie z OWU.
3. W przypadku dodania nowych Współubezpieczonych do Umowy, zostaną oni objęci karencją liczoną od początku ich Okresu ochrony.
4. Karencji nie stosujemy w przypadku kontynuacji Okresu ochrony w ramach Modułu na kolejne okresy w takim samym lub węższym zakresie Świadczeń w ramach Modułu.
5. Jeżeli Ubezpieczony był objęty ubezpieczeniem, w którym byliśmy Ubezpieczycielem i które obejmowało świadczenia odpowiadające Świadczeniom w ramach Hospitalizacji planowej w zakresie odpowiadającym zakresowi niniejszego Modułu wówczas okres trwania poprzedniego ubezpieczenia jest zaliczany do okresów karencji z ust. 2.
   Aby skorzystać z tej zasady, wcześniejsze ubezpieczenie musi być zakończone i nie mogło skończyć się wcześniej niż 3 miesiące przed początkiem ochrony w zakresie niniejszego Modułu. Jeżeli Ubezpieczony był objęty kilkoma ubezpieczeniami

spełniającymi ww. warunki, wówczas ta zasada ma zastosowanie tylko do umowy ubezpieczenia z najpóźniejszą datą zakończenia.

§5 Jakie są dodatkowe wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu?

1. Oprócz wyłączeń określonych w §14 Części Ogólnej OWU nasza odpowiedzialność w Module Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED -Opieka w Chorobie nie obejmuje:
   a. leczenia oraz następstw chorób, schorzeń, urazów innych niż wymienione w Załączniku nr 1 i 2 do OWU;
   b. leczenia: chorób, schorzeń urazów w trybie pilnym w tym stanów nagłych i ostrych;
   c. 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.
   d. rehabilitacji innej niż w placówce wskazanej przez nas i wymienionej w Załączniku nr 1 lub 2 do OWU;
   e. leczenia Urazów wielonarządowych oraz ich następstw;
   f. wszczepienia protez i implantów; zastępujących funkcjonalność i kształt operowanych narządów;
   g. leczenia w oddziałach psychiatrycznych;
   h. leczenia chorób psychicznych, otępiennych, neurodegeneracyjnych (w tym choroby Alzheimera) oraz ich następstw;
   i. leczenia wynikającego ze wskazań natury psychologicznej;
   j. diagnozowania i leczenia zaburzeń płodności oraz ich następstw;
   k. diagnozowania i leczenia związanego z korektą płci oraz ich następstw;
   l. diagnozowania i leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z aberracjami chromosomalnymi oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność oraz ich następstw;
   m. diagnozowania i leczenia bez wskazań medycznych oraz diagnostyki i leczenia, których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych;
   n. diagnozowania i leczenia Chorób rzadkich oraz ich następstw;
   o. zabiegów chirurgii robotycznej;
   p. przeprowadzania zabiegów aborcji i leczenia powikłań będących jej następstwami;
   q. diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji również ze wskazań medycznych z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej w tym operacji lub zabiegów o charakterze korekcyjnym, kosmetologii; a także leczenia ich niepożądanych następstw, o ile zakres Świadczenia szpitalnego nie stanowi inaczej;
   r. diagnozowania i leczenia niewykonywanego w Szpitalach lub Przychodniach wskazanych przez nas oraz ich następstw;
   s. świadczeń szpitalnych, które zostały zorganizowane lub zrealizowane u Ubezpieczonego przed zgłoszeniem zdarzenia Ubezpieczycielowi lub w trakcie oczekiwania na decyzję dotyczącą realizacji Świadczenia;
   t. wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń i wniosków niezwiązanych 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 Świadczeń i zaświadczeń o niezdolności do pracy lub nauki);
   u. leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz pobytów rehabilitacyjnych, w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgnacyjnej, w której Ubezpieczony przebywa;
   v. leczenia zakażenia wirusami HIV, SARS-CoV-2, wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem tych zakażeń;
   w. leczenia domowego jako kontynuacji terapii szpitalnej z wyłączeniem leczenia będącego następstwem procedur objętych i zrealizowanych w ramach ubezpieczenia;
   x. opieki medycznej po Hospitalizacji w zakresie opisanym w Załączniku nr 1 lub 2 do OWU związanej z Hospitalizacją wykonaną w innych placówkach niż wskazane przez nas;
   y. diagnozowania i leczenia Chorób, objawów chorobowych lub następstw Nieszczęśliwych wypadków, które nie zostały podane do naszej wiadomości w dokumentach wymaganych przez nas do zawarcia Umowy, a które były obecne lub wystąpiły lub przyczyny ich wystąpienia były znane Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu w ciągu 12 miesięcy przed przystąpieniem Ubezpieczonego do Umowy.

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 spoza listy, o której mowa §2 ust 6 niniejszego Modułu lub jej zakres wykracza poza zakres opisany w Załączniku nr 1 oraz 2 do OWU.

3. Jeśli przed objęciem Ubezpieczonego ochroną w ramach Umowy nie weryfikowaliśmy jego stanu zdrowia to nie zrealizujemy Świadczenia szpitalnego w okresie pierwszych 12 miesięcy od początku nieprzerwanie trwającego Okresu ochrony w stosunku do Ubezpieczonego, jeżeli jest ono następstwem:
   a. Chorób, w tym objawów potwierdzających obecność Choroby, które były obecne lub wystąpiły, lub zostały zdiagnozowane, lub były leczone w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu ochrony;

b. Nieszczęśliwych wypadków i urazów, a także ich skutków, które były obecne lub wystąpiły lub zostały zdiagnozowane lub były leczone w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu ochrony.

W przypadku, jeśli Ubezpieczony był objęty ubezpieczeniem, w którym byliśmy Ubezpieczycielem i które obejmowało świadczenia w ramach Hospitalizacji planowej w zakresie odpowiadającym zakresowi niniejszego Modułu wówczas okres trwania poprzedniego ubezpieczenia jest zaliczany do Okresu ochrony.

Aby skorzystać z tej zasady, wcześniejsze ubezpieczenie musi być zakończone i nie mogło skończyć się wcześniej niż 3 miesiące przed początkiem ochrony w zakresie niniejszego Modułu. Jeżeli Ubezpieczony był objęty kilkoma ubezpieczeniami spełniającymi ww. warunki, wówczas ta zasada ma zastosowanie tylko do umowy ubezpieczenia z najpóźniejszą datą zakończenia.

4. Nie zrealizujemy Świadczenia szpitalnego w okresie pierwszych 12 miesięcy od początku nieprzerwanie trwającego Okresu ochrony w stosunku do Ubezpieczonego, jeżeli jest ono wynikiem wcześniejszej rezygnacji Ubezpieczonego z pobytu w szpitalu w związku z diagnostyką lub leczeniem w oparciu o skierowanie do Szpitala wystawione przed początkiem Okresu ochrony.
5. Nie zrealizujemy Świadczenia, jeżeli w wyniku stanu klęski żywiołowej, katastrofy naturalnej, stanu pandemii lub stanu epidemii, ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej, nastąpi brak możliwości świadczenia usług po naszej stronie.
6. Nie obejmujemy odpowiedzialnością Świadczeń szpitalnych, które zostały zorganizowane lub zrealizowane u Ubezpieczonego przed zgłoszeniem do nas zdarzenia lub w trakcie oczekiwania na decyzję dotyczącą realizacji Świadczenia.

Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Pełna Opieka

Postanowienia niniejszego Modułu mają zastosowanie w Umowach, zawartych na podstawie OWU, w których zakres wchodzi Moduł Pełna Opieka. O włączeniu Modułu do Umowy decyduje Ubezpieczający.

§1 Definicje stosowane w Module

1. **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 uwarunkowana genetycznie i ma przewlekły oraz często ciężki przebieg. Prowadzi przedwcześnie do zgonu lub powoduje niepełnosprawność. Zazwyczaj ujawnia się w wieku dziecięcym.
2. **Drobny uraz** – uraz, który wymaga pomocy chirurgicznej lub ortopedycznej, ale nie wymaga Hospitalizacji ani procedur medycznych w reżimie sali operacyjnej.
3. **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:
   a. **Hospitalizację planową** – pobyt na oddziale szpitalnym, który:
      I. odbywa się w wyznaczonym terminie;
      II. może zostać odroczony o co najmniej 7 dni od momentu potwierdzenia konieczności przez Lekarza Szpitala, który kwalifikuje do hospitalizacji, 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.
   b. **Hospitalizację pilną** - pobyt na oddziale szpitalnym, który powinien nastąpić w czasie krótszym niż 7 dni od momentu potwierdzenia konieczności przez Lekarza Szpitala, który kwalifikuje do hospitalizacji z zastrzeżeniem, że czas rozpoczęcia hospitalizacji nie może przekroczyć terminu, po którym może nastąpić, możliwe do przewidzenia, ciężkie pogorszenie stanu zdrowia lub znaczące zmniejszenie szans na powrót do zdrowia
4. **Izba przyjęć** - dział Szpitala, który:
   a. kwalifikuje pacjentów do Hospitalizacji;
   b. udziela porady i pomocy doraźnej pacjentom niezakwalifikowanym do Hospitalizacji;
   c. przygotowuje dokumenty niezbędne do rejestracji Hospitalizacji;
   d. przekazuje pacjenta pod opiekę zespołu oddziału szpitalnego.
5. **Koordynator opieki szpitalnej (także KOS)** –przedstawiciel Operatora, którego zadaniem jest obsługa Ubezpieczonego przy realizacji Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED Pełna Opieka w ramach Koordynacji opieki szpitalnej.
6. **Opieka doraźna** – świadczenie medyczne na rzecz osób, których stan zdrowia uległ nagłemu pogorszeniu, a brak niezwłocznie udzielonej pomocy medycznej mógłby skutkować dalszym pogorszeniem. Opieka doraźna kończy się zaleceniami dotyczącymi dalszego postępowania, uzależnionymi od stanu zdrowia Ubezpieczonego.
7. **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.
8. **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 krążków międzykręgowych, zabiegi z użyciem kleju naczyniowego oraz badania diagnostyczne za pomocą skanerów PET-CT / PET-MRI, badania scyntygraficzne, badania MRI serca. Badania diagnostyczne, o których mowa w niniejszej definicji, 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.

§2 Co jest przedmiotem Modułu?

1. W ramach Modułu Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED – Pełna Opieka zapewniamy następujące Świadczenia:
   a. **Świadczenie szpitalne** – Świadczenie medyczne związane z Hospitalizacją lub Opieką doraźną, udzielane w Szpitalu, a w niektórych sytuacjach również w Przychodni;
   b. **Świadczenie położniczo – neonatologiczne** – zgodnie z zakresem ubezpieczenia wskazanym w Załączniku nr 1 do OWU;
   c. **Szpitalny przegląd zdrowia** (także **Przegląd**) – zapewnienie gotowości oddziału szpitalnego na przyjęcie Ubezpieczonego w jednym uzgodnionym terminie nie częściej niż raz na 2 lata w trakcie trwania Okresu ochrony w celu udzielenia

Świadczenia z zakresu diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej i konsultacji specjalistycznych, udzielane przez Szpital. Ma na celu profilaktykę zdrowotną;

d. **Koordynację opieki szpitalnej** –wsparcie Ubezpieczonego w zakresie korzystania z Modułu.

2. Zdarzeniami, które uprawniają Ubezpieczonego do skorzystania ze Świadczeń dostępnych w ramach Modułu są:
   a. otrzymanie skierowania na leczenie szpitalne (datą Zdarzenia jest data wystawienia skierowania);
   b. Drobny uraz lub pogorszenie stanu zdrowia wymagające Opieki doraźnej (datą Zdarzenia jest dzień wystąpienia Drobnego urazu lub dzień pogorszenia stanu zdrowia).
   c. założenie karty ciąży (datą Zdarzenia jest data założenia karty ciąży) w przypadku chęci skorzystania ze szkoły rodzenia;
   d. poród (datą Zdarzenia jest data planowanego porodu wpisana w karcie ciąży, o ile poród przypada na Okres ochrony. Jeżeli data porodu wpisana w karcie ciąży przypada maksymalnie do 14 dni po zakończeniu Okresu ochrony, wówczas odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka wygasa w dniu porodu) – w przypadku chęci skorzystania z porodu i opieki neonatologicznej nad noworodkiem.

3. Jeżeli przez minimum 2 lata nieprzerwanego Okresu ochrony Ubezpieczony nie skorzystał z żadnego ze Świadczeń wymienionych w ust. 1, Ubezpieczony ma możliwość umówienia i skorzystania ze Szpitalnego przeglądu zdrowia. Świadczenie polega na zapewnieniu gotowości oddziału szpitalnego na przyjęcie Ubezpieczonego w jednym uzgodnionym terminie nie częściej niż raz na 2 lata w trakcie trwania Okresu ochrony.

4. Szczegółowy zakres Świadczeń wymienionych w ust. 1-3 znajduje się w następujących załącznikach:
   a. Załącznik nr 1 do OWU – Zakres Świadczeń w ramach Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla Głównego ubezpieczonego, Partnera i Dziecka pełnoletniego,
   b. Załącznik nr 2 do OWU - Zakres Świadczeń w ramach Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla Dziecka niepełnoletniego.

5. Udostępniamy następujące typy Modułu: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED – Pełna Opieka:
   a. Indywidualny;
   b. Partnerski;
   c. Rodzinny.

   Ubezpieczający może wybrać wszystkie lub wybrane typy Modułu, które będą dostępne do wyboru przez Ubezpieczonych w ramach Umowy.

6. Świadczenia są udzielane na terenie Rzeczpospolitej 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.

§3 Jak skorzystać z Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED - Pełna Opieka?

1. Aby skorzystać ze Świadczeń, Ubezpieczony może powiadomić Koordynatora opieki szpitalnej o zdarzeniu objętym Modułem. Dane kontaktowe do KOS są przekazywane Ubezpieczającemu mailowo niezwłocznie po zawarciu Umowy.

2. Do podjęcia decyzji o realizacji Świadczenia potrzebujemy następujących dokumentów:
   a. kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o realizację Świadczenia, a w przypadku, gdy zdarzenie zostało spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem dołączenie również krótkiego opisu okoliczności wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
   b. w przypadku Hospitalizacji planowej (nie dotyczy ciąży):
      i. kopii skierowania do Szpitala;
      ii. kopii posiadanej dokumentacji medycznej z konsultacji, podczas której wystawiono skierowanie do Szpitala;
      iii. kopii pozostałej dokumentacji medycznej dotyczącej zgłoszonego wniosku (jeśli Ubezpieczony ją posiada);
   c. w przypadku chęci skorzystania z porodu i opieki neonatologicznej nad noworodkiem - kopii posiadanej dokumentacji medycznej dotyczącej ciąży oraz zaświadczenia od lekarza prowadzącego wydanego nie wcześniej niż początek trzeciego trymestru, że ciąża nie jest ciążą wysokiego ryzyka;
   d. w przypadku chęci skorzystania ze szkoły rodzenia – kopii karty ciąży.

3. Wniosek o realizację Świadczenia powinien zostać do nas złożony nie później niż 60 dni po wystawieniu skierowania do Szpitala. W przypadku ciąży wniosek powinien zostać złożony na początku trzeciego trymestru. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w zdaniach poprzednich możemy odpowiednio zmniejszyć Świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło nam ustalenie okoliczności i skutków wypadku.

4. W przypadku Drobnego urazu lub Opieki doraźnej, traktujemy zgodę na podjęcie leczenia jako złożenie wniosku o realizację Świadczenia.

5. W określonych sytuacjach skorzystanie ze Świadczeń w ramach Modułu nie będzie możliwe. Jest to związane z okresem karencji (opisanym w §4 niniejszego Modułu) oraz wyjątkowymi sytuacjami ograniczenia naszej odpowiedzialności (opisanymi w §14 Części Ogólnej OWU i §5 niniejszego Modułu).
6. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu postępujemy zgodnie z krokami opisanymi w §4 ust 2-5 Części Ogólnej OWU.
7. W przypadku wystąpienia Drobnego urazu lub w przypadku świadczenia Opieki doraźnej weryfikujemy, czy wniosek jest zasadny niezwłocznie po jego otrzymaniu. Informację o uznaniu lub odmowie uznania roszczenia przekazujemy osobie zgłaszającej Zdarzenie oraz Ubezpieczonemu, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie.
8. Świadczenie Opieki doraźnej realizujemy niezwłocznie po uznaniu przez nas roszczenia.

§4 Jaka jest długość karencji?

1. W Module stosujemy karencję. Jest to okres, który musi upłynąć od początku Okresu ochrony, zanim Ubezpieczony będzie uprawniony do Świadczenia. Oznacza to, że w tym okresie nie ponosimy odpowiedzialności za Zdarzenia.
2. Okresy karencji stosowane w Module wynoszą:
   a. 3 miesiące - dla Hospitalizacji planowych oraz szkoły rodzenia;
   b. 10 miesięcy – dla Wysokospecjalistycznych metod leczenia i diagnostyki oraz przyjęcia porodu i opieki neonatologicznej nad noworodkiem. Ta karencja ma zastosowanie również w przypadku, w którym wystąpi konieczność zastosowania Wysokospecjalistycznych metod leczenia i diagnostyki w ramach Hospitalizacji planowych oraz będących wynikiem Nieszczęśliwego wypadku, które przyjęliśmy do realizacji. W takim przypadku, w okresie karencji przewidzianej dla Wysokospecjalistycznych metod leczenia i diagnostyki, koszt Wysokospecjalistycznych metod leczenia i diagnostyki zastosowanych w ramach udzielonych przez nas świadczeń ponosi Ubezpieczony, podczas gdy my zapewniamy pozostałe Świadczenia zgodnie z OWU.
3. Nie stosujemy karencji wobec Zdarzeń będących wynikiem Nieszczęśliwego wypadku, a także Zdarzeń uzasadniających Świadczenia w ramach: Koordynacji opieki szpitalnej, Opieki doraźnej i Hospitalizacji pilnej.
4. W przypadku dodania nowych Współubezpieczonych do Umowy, zostaną oni objęci karencją liczoną od początku ich Okresu ochrony.
5. Karencji nie stosujemy w przypadku kontynuacji Okresu ochrony w ramach Modułu na kolejne okresy w takim samym lub węższym zakresie Świadczeń w ramach Modułu.
6. Jeżeli Ubezpieczony był objęty ubezpieczeniem, w którym byliśmy Ubezpieczycielem i które obejmowało zakresem świadczenia odpowiadające Świadczeniom w ramach Hospitalizacji, 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 ochrony w zakresie niniejszego Modułu. Jeżeli Ubezpieczony był objęty kilkoma ubezpieczeniami spełniającymi ww. warunki, wówczas ta zasada ma zastosowanie tylko do umowy ubezpieczenia z najpóźniejszą datą zakończenia.

§5 Jakie są dodatkowe wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu?

1. Oprócz wyłączeń określonych w §14 Części Ogólnej OWU nasza odpowiedzialność w Module Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Pełna Opieka 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 w placówce wskazanej przez na i wymienionej w Załączniku nr 1 lub 2 do OWU;
   c. leczenia Urazów wielonarządowych oraz ich następstw;
   d. leczenia chorób psychicznych, otępiennych, neurodegeneracyjnych (w tym choroby Alzheimera) oraz ich następstw;
   e. wszczepienia protez lub implantów innych niż wymienione w Załączniku nr 1 lub 2 do OWU, w szczególności zastępujących narządy zmysłów (np. implant ślimakowy);
   f. zabiegów chirurgii robotycznej innych niż wymienione w Załączniku nr 1 lub 2 do OWU;
   g. leczenia w oddziałach psychiatrycznych;
   h. diagnozowania i leczenia zaburzeń płodności oraz ich następstw;
   i. diagnozowania i leczenia związanego z korektą płci oraz ich następstw;

j. diagnozowania i leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z aberracjami chromosomalnymi oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność oraz ich następstw;
k. diagnozowania i leczenia Chorób rzadkich oraz ich następstw;
l. przeprowadzania zabiegów aborcji i leczenia powikłań będących jej następstwami;
m. diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji również ze wskazań medycznych z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej w tym operacji lub zabiegów o charakterze korekcyjnym, kosmetologii; a także leczenia ich niepożądanych następstw, o ile zakres Świadczenia szpitalnego nie stanowi inaczej;
n. diagnozowania i leczenia bez wskazań medycznych oraz diagnostyki i leczenia, których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych;
o. usuwania guzków, zmian skórnych i/lub podskórnych mniejszych niż 2 cm;
p. diagnozowania i leczenia niewykonywanego w Szpitalach lub Przychodniach wskazanych przez nas oraz ich następstw;
q. wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń i wniosków niezwiązanych 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 Świadczeń i zaświadczeń o niezdolności do pracy lub nauki);
r. leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz pobytów rehabilitacyjnych, w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgnacyjnej, w której Ubezpieczony przebywa;
s. leczenia zakażenia wirusami HIV, SARS-CoV-2, wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem tych zakażeń;
t. leczenia domowego jako kontynuacji terapii szpitalnej z wyłączeniem leczenia będącego następstwem procedur objętych i zrealizowanych w ramach ubezpieczenia;
u. opieki medycznej po Hospitalizacji w zakresie opisanym w Załączniku nr 1 lub 2 do OWU związanej z Hospitalizacją wykonaną w innych placówkach niż wskazane przez nas;
v. leczenia wynikającego ze wskazań natury psychologicznej;
w. diagnozowania i leczenia Chorób, objawów chorobowych lub następstw Nieszczęśliwych wypadków, które nie zostały podane do naszej wiadomości w dokumentach wymaganych przez nas do zawarcia Umowy, a które były obecne lub wystąpiły lub przyczyny ich wystąpienia były znane Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu w ciągu 12 miesięcy przed przystąpieniem Ubezpieczonego do Umowy.

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 spoza listy, o której mowa §2 ust 6 niniejszego Modułu lub jej zakres wykracza poza zakres opisany w Załączniku nr 1 oraz 2 do OWU.

3. Jeśli przed objęciem Ubezpieczonego ochroną w ramach Umowy nie weryfikowaliśmy jego stanu zdrowia to nie zrealizujemy Świadczenia szpitalnego w okresie pierwszych 12 miesięcy od początku nieprzerwanie trwającego Okresu ochrony w stosunku do Ubezpieczonego, jeżeli jest ono następstwem:
   a. Chorób, w tym objawów potwierdzających obecność Choroby, które były obecne lub wystąpiły, lub zostały zdiagnozowane, lub były leczone w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu ochrony;
   b. Nieszczęśliwych wypadków i urazów, a także ich skutków, które były obecne lub wystąpiły, lub zostały zdiagnozowane, były leczone w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu ochrony.

   W przypadku, jeśli Ubezpieczony był objęty ubezpieczeniem, w którym byliśmy Ubezpieczycielem i które obejmowało świadczenia w ramach Hospitalizacji w zakresie odpowiadającym zakresowi niniejszego Modułu wówczas okres trwania poprzedniego ubezpieczenia jest zaliczany do Okresu ochrony.

   Aby skorzystać z tej zasady, wcześniejsze ubezpieczenie musi być zakończone i nie mogło skończyć się wcześniej niż 3 miesiące przed początkiem ochrony w zakresie niniejszego Modułu. Jeżeli Ubezpieczony był objęty kilkoma ubezpieczeniami spełniającymi ww. warunki, wówczas ta zasada ma zastosowanie tylko do umowy ubezpieczenia z najpóźniejszą datą zakończenia.

4. Nie zrealizujemy Świadczenia szpitalnego w okresie pierwszych 12 miesięcy od początku nieprzerwanie trwającego Okresu ochrony w stosunku do Ubezpieczonego, jeżeli jest ono wynikiem wcześniejszej rezygnacji Ubezpieczonego z pobytu w szpitalu w związku z diagnostyką lub leczeniem w oparciu o skierowanie do Szpitala wystawione przed początkiem Okresu ochrony.

5. Nie zrealizujemy Świadczenia, jeżeli w wyniku stanu klęski żywiołowej, katastrofy naturalnej, stanu pandemii lub stanu epidemii, ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej, nastąpi brak możliwości świadczenia usług po naszej stronie.

Moduł: Koordynacja Opieki Szpitalnej (ubezpieczenie samodzielne, nie powiązane z Ubezpieczeniami szpitalnymi wskazanymi w §3 ust. 2 Części Ogólnej OWU)

Postanowienia niniejszego Modułu mają zastosowanie w Umowach, zawartych na podstawie OWU, w których zakres wchodzi Moduł Koordynacja Opieki Szpitalnej. O włączeniu Modułu do Umowy decyduje Ubezpieczający.

§1 Definicje stosowane w Module

1. **Hospitalizacja** – pobyt na oddziale szpitalnym, mający na celu przeprowadzenie diagnostyki, przyjęcie porodu lub leczenie, w tym operację. Pobyt odbywa się w wyznaczonym terminie oraz może zostać odroczony 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 przez Lekarza, ciężkie pogorszenie stanu zdrowia lub znaczące zmniejszenie szans na powrót do zdrowia.

§2 Co jest przedmiotem Modułu?

1. W ramach Modułu zapewniamy Koordynację opieki szpitalnej, której celem jest wsparcie Ubezpieczonego w korzystaniu ze Szpitali wskazanych przez nas. Zakres Świadczeń zapewnianych w ramach Modułu został opisany w §3 Modułu.
2. Ubezpieczony może skorzystać z ubezpieczenia w ramach Modułu w przypadku zajścia Zdarzenia powodującego konieczność skorzystania ze Świadczeń medycznych realizowanych przez Szpital, w szczególności w przypadku:
   a. otrzymania przez Ubezpieczonego skierowania na leczenie szpitalne;
   b. planowanego porodu.
3. Koszty świadczeń nie objętych zakresem opisanym w §3 Modułu i udzielonych przez Szpitale ponosi Ubezpieczony.
4. Udostępniamy następujące typy Modułu Koordynacja Opieki Szpitalnej:
   a. Indywidualny,
   b. Partnerski,
   c. Rodzinny.
   Ubezpieczający może wybrać wszystkie lub wybrane typy Modułu, które będą dostępne do wyboru przez Ubezpieczonych w ramach Umowy.
5. Świadczenia są udzielane na terenie Rzeczpospolitej Polskiej w lokalizacjach wskazanych przez nas, których pełna lista znajduje się na stronie www.opiekaszpitalna.luxmed.pl. Lista lokalizacji zawiera zakres Świadczeń, jakie dana placówka realizuje.

§3 Zakres Koordynacji Opieki Szpitalnej

Zakres Świadczeń, które oferujemy w ramach Koordynacji Opieki Szpitalnej obejmuje:

1. przyjęcie zgłoszenia od Ubezpieczonego;
2. koordynację opieki nad Ubezpieczonym przed Hospitalizacją:
   a. przedstawienie propozycji Hospitalizacji – przedstawienie do wyboru dostępnych Szpitali i Lekarzy.;
   b. umówienie pobytu zgodnie z wyborem Ubezpieczonego w ramach przedstawionych przez nas opcji;
   c. pomoc w umówieniu na badania i konsultacje kwalifikujące do Hospitalizacji;
   d. monitorowanie realizacji przez Ubezpieczonego badań i konsultacji;
   e. przypomnienie Ubezpieczonemu o terminie przyjęcia do Szpitala i wymaganych dokumentach, a także potwierdzenie obecności Ubezpieczonego w Szpitalu;
   f. koordynację obiegu dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem;
   g. przekazanie informacji dotyczących pobytu w Szpitalu.
3. koordynację w trakcie Hospitalizacji:
   a. przekazanie wszystkich dokumentów niezbędnych do realizacji Świadczenia na rzecz Ubezpieczonego;
   b. bieżący kontakt ze Szpitalem;
   c. przekazywanie informacji o bieżącym statusie realizacji procedur medycznych osobie upoważnionej do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym;
   d. umówienie na wizytę kontrolną po Hospitalizacji, a także przedstawienie planu opieki po udzieleniu Świadczenia;
   e. organizację transportu medycznego, jeżeli wynika on z potwierdzonych przez nas wskazań medycznych, który obejmuje transport kołowy:
      i. 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 i leczenie wykracza poza zakres naszej odpowiedzialności;
      ii. ze Szpitala do miejsca pobytu Ubezpieczonego, wynikający z potwierdzonych przez nas wskazań medycznych.

4. koordynację opieki po Hospitalizacji, zgodnie z zaleceniami Lekarza:
   a. umówienie zleconych Ubezpieczonemu badań lub rehabilitacji;
   b. organizację transportu medycznego, jeżeli wynika on z potwierdzonych przez nas wskazań medycznych, który obejmuje transport kołowy:
      i. z miejsca pobytu Ubezpieczonego do Szpitala;
      ii. ze Szpitala do miejsca pobytu Ubezpieczonego;
   c. skompletowanie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.

§4 Jak skorzystać z Koordynacji Opieki Szpitalnej?

1. Niezwłocznie po zawarciu Umowy obejmującej Moduł przekażemy Ubezpieczającemu 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 ubezpieczenia w ramach Modułu, kontaktując się z zespołem Koordynacji opieki szpitalnej w wybrany przez siebie sposób.
3. Ubezpieczony korzysta ze Świadczeń w ramach Koordynacji opieki szpitalnej według swoich potrzeb. Może skorzystać z części lub z całości zakresu Świadczeń oferowanego w ramach Modułu.
4. Po otrzymaniu zawiadomienia o Zdarzeniu postępujemy zgodnie z krokami opisanymi w §4 ust 2-5 Części Ogólnej OWU.

§5 Jakie są wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu?

1. Oprócz wyłączeń określonych w §14 Części Ogólnej OWU nasza odpowiedzialność w zakresie Koordynacji opieki szpitalnej nie obejmuje zdarzeń, będących następstwem:
   a. działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, wojny domowej, zamieszek, 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. działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego oraz czynników biologicznych i chemicznych w zakresie szkodliwym dla człowieka;
   e. 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;
   f. popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa lub wykroczenia;
   g. detoksykacji, zabiegów odwykowych oraz leczenia odwykowego;
   h. zakażeniem wirusami HIV i SARS-CoV-2.
2. Nie zrealizujemy Świadczenia, jeżeli w wyniku stanu klęski żywiołowej, katastrofy naturalnej, stanu pandemii lub stanu epidemii, ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej, nastąpi brak możliwości świadczenia usług po naszej stronie.
3. Nie zrealizujemy Świadczenia w Szpitalach innych, niż wskazane przez nas.
4. Nie zrealizujemy Świadczenia, jeżeli nie wynika ono ze wskazań medycznych.

Moduł: Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP

Postanowienia niniejszego Modułu mają zastosowanie w Umowach, zawartych na podstawie OWU, w których zakres wchodzi Moduł Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP. O włączeniu Modułu do Umowy decyduje Ubezpieczający.

§1 Zasady ogólne

1. Ochroną ubezpieczeniową objęte jest zdrowie Ubezpieczonego. Zdarzeniem ubezpieczeniowym w Module Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP jest wystąpienie u Ubezpieczonego Krytycznego stanu chorobowego w Okresie ochrony.

2. Określenia użyte poniżej przyjmują w Umowie następujące znaczenie:

   1) **Krytyczny stan chorobowy** – oznacza następujące Choroby, zabiegi medyczne lub Operacje:

   A. CHOROBY

   MODUŁ 1: LECZENIE RAKA

   a) Umowa ubezpieczenia obejmuje leczenie i koszty wchodzące w zakres Umowy w odniesieniu do następującego rodzaju Nowotworu:
      i. każdy nowotwór złośliwy, w tym białaczka, mięsak i chłoniak, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz naciekaniem tkanek,
      ii. każdy rak in situ – nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka, w której powstał, i nienaciekający podścieliska i tkanek otaczających;
      iii. wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które w oparciu o badanie cytologiczne lub histopatologiczne zostały sklasyfikowane jako ciężka dysplazja lub dysplazja dużego stopnia.

   B. ZABIEGI MEDYCZNE

   Umowa ubezpieczenia obejmuje niżej wymienione (moduły 2-4) zabiegi medyczne, gdy Choroba będąca przyczyną zabiegu medycznego nie jest związana z leczeniem raka (tj. podstawą zabiegu nie jest leczenie Choroby określonej w pkt A powyżej – moduł 1: Leczenie raka).

   MODUŁ 2: KARDIOCHIRURGIA

   a) **pomostowanie naczyń wieńcowych (by-pass), rewaskularyzacja mięśnia sercowego** – zabieg operacyjny wykonany ze wskazań kardiologicznych celem leczenia zwężenia lub niedrożności co najmniej jednego naczynia wieńcowego serca, polegający na wykonaniu omijającego przeszczepu naczyniowego; wykluczone choroby i procedury medyczne: wszelkie zabiegi na tętnicach wieńcowych z zastosowaniem innych technik niż pomostowanie wieńcowe (by-pass), jak na przykład każdy rodzaj angioplastyki, stenty;
   b) **operacja naprawcza zastawki serca** – zabieg operacyjny wykonany ze wskazań kardiologicznych, polegający na wymianie lub plastyce jednej lub więcej zastawek serca;

   MODUŁ 3: NEUROCHIRURGIA

   zabieg neurochirurgiczny – dowolna operacja chirurgiczna mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych; leczenie operacyjne nowotworów łagodnych rdzenia kręgowego;

   MODUŁ 4: PRZESZCZEPY

   a) **przeszczep od żywego dawcy narządów** – przeszczep Ubezpieczonemu jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: nerki, segmentu płata wątroby, płata płuc lub fragmentu trzustki od innego kompatybilnego żywego dawcy;
   b) **przeszczep szpiku kostnego** – przeszczep komórek szpiku kostnego lub komórek macierzystych krwi obwodowej autologiczny lub allogeniczny od dawcy żywego.

   2) **Further – FURTHER Underwriting International SLU („FURTHER") z siedzibą przy Paseo Recoletos 12, 28001 Madryt, Hiszpania, zarejestrowana w Rejestrze Handlowym w Madrycie pod nr Strona m-554734, Tom 30823, karta 126 oraz numer identyfikacji podatkowej (CIF) B 86661857**, podmiot, za pośrednictwem którego Ubezpieczyciel zapewnia organizację i realizację usług i świadczeń objętych Umową ubezpieczenia w Module Leczenia Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP, w tym nadzór nad organizacją procesu leczenia Ubezpieczonego;

   3) **Druga opinia medyczna –** Druga opinia medyczna dotycząca Krytycznego stanu chorobowego. Obejmuje przygotowanie raportu zawierającego drugą opinię medyczną, sporządzonego przez Eksperta medycznego, po zebraniu i szczegółowym przeanalizowaniu dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;

   4) **Opieka medyczna za granicą (usługa Medical Concierge)** – Usługa, w ramach której FURTHER, na podstawie zatwierdzonego roszczenia, ustala wszystkie szczegóły dotyczące leczenia Ubezpieczonego, obejmuje nadzór nad danym przypadkiem i organizację podróży i zakwaterowania dla Ubezpieczonego, oraz każdej uprawnionej osoby towarzyszącej;

5) **Ekspert medyczny** – praktykujący poza granicami Rzeczpospolitej Polskiej Lekarz, wyznaczony w ramach usługi Drugiej opinii medycznej do sporządzenia raportu odnośnie stanu zdrowia Ubezpieczonego i wskazań medycznych, którego specjalność oraz doświadczenie odpowiadają potrzebom w zakresie stanu zdrowia Ubezpieczonego;

6) **Hospitalizacja** – leczenie w zakresie Chorób lub zabiegów medycznych lub Operacji objętych Ubezpieczeniem w Szpitalu znajdującym się za granicą Rzeczpospolitej Polskiej (z wyjątkiem Kontroli stanu zdrowia po powrocie do Rzeczpospolitej Polskiej § 3 ust. 4.1. pkt 2 – i Siły Wyższej - § 3 ust. 4.2. pkt 3), trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny;

7) **Leki** – każda substancja lub połączenie substancji, które mogą być stosowane lub podawane Ubezpieczonemu w celu przywrócenia, skorygowania, poprawienia lub modyfikacji funkcji fizjologicznych organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne, lub w celu postawienia diagnozy; możliwe do uzyskania wyłącznie na receptę wystawioną przez lekarza i wydawane przez licencjonowanego farmaceutę; lekiem jest również produkt leczniczy posiadający taki sam skład jakościowy i ilościowy substancji czynnych, taką samą postać farmaceutyczną, takie same zastosowanie, działanie i dawkowanie jak referencyjny produkt leczniczy wskazany przez Lekarza na recepcie;

8) **Proteza** – urządzenie, które zastępuje całość lub część narządu lub zastępuje całość lub część upośledzonej jego funkcjonalności;

9) **Szpital** – szpital działający jako podmiot leczniczy zgodnie z przepisami prawa państwa, w którym ma swoją siedzibę, jako zakład lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest leczenie chorych i całodobowa opieka nad nimi w warunkach specjalnie do tych celów przystosowanych, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, będący pod stałym kierownictwem medycznym, zatrudniający wykwalifikowaną kadrę lekarską i pielęgniarską;

10) **Niezbędne z medycznego punktu widzenia** – usługi medyczne i środki zaopatrzenia medycznego użyte w leczeniu, które są:
   a) przepisane Ubezpieczonemu w celu leczenia Choroby objętej Ubezpieczeniem lub zorganizowania zabiegu medycznego objętego Ubezpieczeniem w celu poprawy stanu zdrowia Ubezpieczonego i;
   b) uznawane za skuteczne dla poprawy stanu zdrowia na podstawie planów leczenia, które są spójne pod względem rodzaju, częstotliwości i czasu trwania z rozpoznaniem, zgodnie z opublikowaną recenzowaną naukową literaturą medyczną (taką jak Pubmed) lub mających naukowe poparcie w amerykańskich, brytyjskich i europejskich wytycznych (w szczególności, do leczenia nowotworów stosowane będą wytyczne NCCN dotyczące praktyki klinicznej w onkologii (moduł 1) oraz;
   c) bardziej efektywne kosztowo w porównaniu z analogicznymi metodami leczenia, które dają podobne wyniki, w tym brak leczenia, i są wymagane z powodów innych niż wygoda Ubezpieczonego lub jego Lekarza.

   Sam w sobie fakt, że Lekarz może zalecić, przepisać, zamówić lub zatwierdzić usługę lub środek zaopatrzenia medycznego, niekoniecznie oznacza, że taka usługa lub środek zaopatrzenia medycznego są niezbędne z medycznego punktu widzenia zgodnie z Umową**;**

11) **Promesa leczenia** – pisemne skierowanie wydane przez FURTHER w imieniu Ubezpieczyciela, przed odbyciem Leczenia za granicą we wskazanym Szpitalu, na Świadczenia medyczne wynikające z Umowy, które stanowi jednocześnie zobowiązanie FURTHER do dokonania płatności za świadczenia w niej wskazane, w odniesieniu do każdego leczenia, usług, środków zaopatrzenia medycznego lub recept dotyczących roszczenia.

12) **Okres odszkodowawczy** – okres trzydziestu sześciu (36) miesięcy, liczony dla każdego modułu, w ramach Modułu Leczenia Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP, osobno, który rozpoczyna się od daty pierwszej podróży zorganizowanej i opłaconej w ramach Umowy i uznanego roszczenia.

   Okres odszkodowawczy to okres, przez który świadczenia w ramach Umowy są realizowane w odniesieniu do wszystkich roszczeń przyjętych w ramach tego samego modułu.

13) **Produkty do terapii genowej:** zawierają geny, które prowadzą do osiągnięcia efektu terapeutycznego, profilaktycznego lub diagnostycznego. Działają poprzez wstawianie do organizmu rekombinowanych genów, zwykle w leczeniu różnych chorób, w tym chorób genetycznych, nowotworów lub chorób przewlekłych. Rekombinowany gen to odcinek DNA lub RNA, który jest tworzony w laboratorium, łączący DNA lub RNA z różnych źródeł;

14) **Produkty do terapii komórkami somatycznymi**: zawierają komórki lub tkanki, poddane manipulacji w celu zmiany ich cech biologicznych lub komórki lub tkanki nieprzeznaczone do wykorzystania w tych samych podstawowych funkcjach w organizmie. Mogą być używane do leczenia, diagnozowania lub zapobiegania chorobom;

15) **Produkty inżynierii tkankowej**: zawierają komórki lub tkanki, które zostały zmodyfikowane w taki sposób, aby można je było wykorzystać do naprawy, regeneracji lub wymiany ludzkiej tkanki;

16) **Terapia komórkami CAR-T (terapia komórkami CAR-T z chimerowym receptorem antygenowym**): rodzaj leczenia, w którym limfocyty T pacjenta (rodzaj komórek układu odpornościowego) modyfikowane są w laboratorium taki sposób, aby móc zaatakować komórki nowotworowe. Limfocyty T pobierane są z krwi pacjenta. Następnie w laboratorium dodawany jest gen dla specjalnego receptora, który wiąże się z określonym białkiem na komórkach nowotworowych u pacjenta.

Receptor ten nazywany jest chimerowym receptorem antygenowym (CAR). Duża liczba komórek CAR-T hodowana jest w laboratorium i podawana pacjentowi w formie kroplówki.

17) **Zaburzenia poznawcze**: zaburzenia, które upośledzają funkcje poznawcze danej osoby do takiego stopnia, że jejnormalne funkcjonowanie w społeczeństwie jest niemożliwe bez leczenia, zgodnie z definicją zawartą w najnowszej wersji Diagnostycznego i statystycznego podręcznika zaburzeń psychicznych (DSM-V).

18) **Leczenie eksperymentalne:** leczenie, zabieg, przebieg leczenia, sprzęt, lek lub produkt farmaceutyczny, przeznaczony do użytku medycznego lub chirurgicznego, który:
   a) nie został powszechnie uznany za bezpieczny, skuteczny i odpowiedni w leczeniu Chorób lub Urazów przez różne organizacje naukowe uznawane w międzynarodowym środowisku medycznym, lub
   b) który jest w trakcie badań, analiz, testów lub na jakimkolwiek etapie eksperymentów klinicznych.

19) **Kontrola stanu zdrowia:** wszelkie badania diagnostyczne i/lub usługi monitorowania/nadzoru (wykonywane przez Lekarza posiadającego specjalistyczną wiedzę na temat leczonego Krytycznego stanu chorobowego) po odbyciu leczenia za granicą, stosowane w celu ustalenia, czy Ubezpieczony cierpi (lub może cierpieć) z powodu nasilenia lub powikłania leczonego Stanu chorobowego, mające na celu zapobieżenie nawrotom lub wznowom tej tego samego Krytycznego stanu chorobowego.

   Plan Kontroli stanu zdrowia powinien zostać opracowany przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą i dostarczony Ubezpieczonemu po zakończonej Hospitalizacji, po ukończeniu leczenia. Plan wskazuje przedziały czasowe oraz rodzaj procedur diagnostycznych, którym Ubezpieczony powinien być poddany.

20) **Uraz**: fizyczne uszkodzenie ciała Ubezpieczonego.

21) **Choroba**: dowolne zaburzenie organizmu, układu lub struktury bądź funkcji narządu z możliwym do zidentyfikowania i charakterystycznym zestawem oznak i objawów lub spójnymi zmianami anatomicznymi, zdiagnozowane przez Lekarza.

   Za Chorobę uważa się wszystkie Urazy i skutki wynikające z tej samej diagnozy, jak również wszystkie dolegliwości spowodowane tą samą przyczyną lub powiązanymi przyczynami. Jeżeli dolegliwość wynika z tej samej przyczyny, która spowodowała poprzednią Chorobę lub z przyczyny pokrewnej, należy ją traktować jako kontynuację poprzedniej Choroby, a nie jako oddzielną Chorobę.

22) **Rak nieinwazyjny lub „in situ”**: złośliwy guz nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka, w którym powstał, i nienaciekający podścieliska i tkanek otaczających.

23) **Chirurgia rekonstrukcyjna:** zabiegi mające na celu odbudowę danej struktury w celu skorygowania utraconej przez nią funkcji.

24) **Operacja:** wszystkie zabiegi przeprowadzane w celu diagnostycznym lub terapeutycznym, w Szpitalu przez Lekarza o specjalności zabiegowej chirurga wykonywane z przerwaniem ciągłości tkanek, w warunkach sali operacyjnej.

25) **Leczenie za granicą**: leczenie **Niezbędne z medycznego punktu widzenia** zorganizowane przez FURTHER w czasie trwania Obowiązującego Okresu odszkodowawczego poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej i opłacone w ramach Umowy.

26) **Lekarz**: osoba posiadająca odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w kraju udzielania świadczeń zdrowotnych.

§2 Zakres ubezpieczenia

1. Zakres Umowy obejmuje następujące świadczenia:
   1) Usługi i zabiegi medyczne wskazane w Umowie w Okresie odszkodowawczym,
   2) Koszty wszelkich medycznych procedur diagnostycznych, leczenia, usług, środków zaopatrzenia medycznego lub recept objętych Umową, określonych w § 3,
   3) Leczenie zorganizowane przez FURTHER zgodnie z procedurą zgłaszania roszczeń określoną w § 4;
   4) Koszty leczenia powstałe poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, z wyjątkiem
      a) Kosztów zakupu leków poniesionych w Rzeczpospolitej Polskiej, o których mowa w § 3 ust. E punkt 1
      b) Kosztów dalszej opieki poniesionych w Rzeczpospolitej Polskiej, o których mowa w § 3 ust. E punkt 2, z wyjątkiem planu dalszej opieki, który jest objęty ubezpieczeniem.

2. FURTHER pokrywa wyłącznie koszty objętych Umową usług Niezbędnych z medycznego punktu widzenia.

3. Sumy ubezpieczenia oraz limity odpowiedzialności Ubezpieczyciela określone są w Polisie lub innym dokumencie Umowy ubezpieczenia.

§3 Świadczenia należne z tytułu Umowy

Umowa ubezpieczenia w Module Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP pokrywa następujące usługi, koszty i świadczenia pieniężne (w ramach limitów wskazanych w Polisie lub innym dokumencie Umowy ubezpieczenia) powstałe w

związku z uzasadnionym roszczeniem zgłoszonym w ramach Ubezpieczenia. Usługi muszą zostać zorganizowane, a wydatki poniesione w ramach Obowiązującego Okresu odszkodowawczego.

A USŁUGI OBJĘTE UBEZPIECZENIEM przed rozpoczęciem leczenia za granicą:
Druga opinia medyczna

Ubezpieczony ma prawo zwrócenia się do FURTHER, w momencie zgłaszania roszczenia, o sporządzenie Drugiej opinii medycznej w celu potwierdzenia diagnozy Krytycznego stanu chorobowego oraz rekomendacji planu optymalnego leczenia.

O Drugą opinię medyczną można zwrócić się wyłącznie jeden raz w ramach jednego roszczenia.

Druga opinia medyczna składa się z następujących czynności:
1) udzielenia Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej do przygotowania raportu przez Eksperta medycznego;
2) w przypadkach uzasadnionych medycznie, ponownej oceny histopatologicznej tkanek Ubezpieczonego uprzednio pobranych na koszt Ubezpieczonego, w celu postawienia diagnozy;
3) tłumaczenia dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia Ubezpieczonego, niezbędnej do przygotowania raportu przez Eksperta medycznego;
4) przekazania przetłumaczonej dokumentacji medycznej Ekspertowi medycznemu;
5) sporządzenia raportu przez Eksperta medycznego, zawierającego:
   a) opinię Eksperta medycznego na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego leczenia,
   b) propozycję dotyczącą dalszego postępowania i leczenia zalecanego przez Eksperta medycznego,
   c) odpowiedzi na pytania Ubezpieczonego dotyczące jego przypadku medycznego.
6) wydania raportu przez Eksperta medycznego;
7) przetłumaczenia raportu Eksperta medycznego na język polski;
8) doręczenia raportu Eksperta medycznego Ubezpieczonemu.

B KOSZTY MEDYCZNE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM
w trakcie Leczenia za granicą:

Opieka medyczna za granicą (usługa Medical Concierge)

1. W ramach świadczenia Opieka medyczna za granicą (usługa Medical Concierge) FURTHER organizuje i pokrywa poniżej wymienione koszty, powstałe w związku z Krytycznym stanem chorobowym, którego leczenie wymaga usług Niezbędnych z medycznego punktu widzenia, na zasadach określonych w Umowie i do wysokości sumy ubezpieczenia lub limitów określonych w Polisie.

2. Zakres świadczeń Opieki medycznej za granicą (usługa Medical Concierge) obejmuje organizację oraz:
   1) pokrycie kosztów leczenia za granicą Rzeczpospolitej Polskiej**:**
      a) pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, w tym koszty:
         i. zakwaterowania, wyżywienia i usług opiekuńczych świadczonych w okresie Hospitalizacji Ubezpieczonego, koszty pobytu Ubezpieczonego w pokoju, na oddziale lub na oddziale intensywnej terapii, a także na oddziale obserwacyjnym,
         ii. usług szpitalnych, w tym usług świadczonych przez przychodnie przyszpitalne,
         iii. dodatkowego łóżka związanego z pobytem w Szpitalu osoby towarzyszącej Ubezpieczonemu (lub dwóch osób towarzyszących, gdy leczony Ubezpieczony jest osobą małoletnią), w przypadku jeżeli Szpital udostępnia taką usługę;
         iv. wykonania Operacji na sali operacyjnej, w tym koszty opieki anestezjologicznej.
      b) pobytu Ubezpieczonego w poradni przyszpitalnej lub centrum obsługi pacjenta, pod warunkiem że poniesione tam koszty byłyby objęte ubezpieczeniem w związku z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu,
      c) pobytu na oddziale pobytu dziennego lub w ośrodku pomocy, jeśli Szpital takim dysponuje, ale tylko w przypadku, gdy leczenie, Operacja lub recepta były objęte Umową,
      d) opieki lekarskiej, w odniesieniu do badania, leczenia lub operacji,
      e) wizyt lekarskich podczas Hospitalizacji,
      f) znieczulenia i podania środków znieczulających, pod warunkiem że są wykonywane przez wykwalifikowanego anestezjologa,
      g) badań laboratoryjnych, badań histopatologicznych i, badań rentgenowskich, scyntygrafii, elektrokardiogramów, echokardiografii, mielogramów, elektroencefalogramów, badań naczyniowych, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, oraz innych badań i zabiegów diagnostycznych - które są niezbędne do przeprowadzenia leczenia objętej Ubezpieczeniem Choroby lub przeprowadzenia objętego Ubezpieczeniem zabiegu medycznego, lub Operacji,

i na które Lekarz prowadzący za granicą wystawił skierowanie, oraz są wykonywane przez Lekarza lub pod nadzorem Lekarza,

h) radioterapii, procedur z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, chemioterapii oraz innych procedur leczniczych - które są niezbędne do przeprowadzenia leczenia objętej Ubezpieczeniem Choroby lub przeprowadzenia objętego Ubezpieczeniem zabiegu medycznego, lub Operacji, i na które Lekarz prowadzący za granicą wystawił skierowanie, oraz są wykonywane przez Lekarza lub pod nadzorem Lekarza,

i) transfuzji krwi, osocza i podawania surowicy,

j) związanych z terapiami z wykorzystaniem tlenu, stosowaniem płynów dożylnych, jak również iniekcji,

k) Chirurgii rekonstrukcyjnej polegającej na naprawie lub odbudowie struktury uszkodzonej lub usuniętej w wyniku zabiegów medycznych zorganizowanych i opłaconych na mocy Umowy.

l) leczenia powikłań lub skutków ubocznych bezpośrednio związanych z zabiegami medycznymi zorganizowanymi i opłaconymi na mocy Umowy, które:
   i. wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w warunkach szpitalnych oraz
   ii. wymagają leczenia przed uznaniem Ubezpieczonego za zdolnego do podróży w celu powrotu do Rzeczpospolitej Polskiej po zakończeniu etapu Leczenia za granicą.

m) Leków przepisanych przez Lekarza po Hospitalizacji związanej z leczeniem Krytycznego stanu chorobowego, poniesionych przez Ubezpieczonego za granicą Rzeczpospolitej Polskiej w ciągu 30 dni od dnia zakończenia procesu leczenia za granicą, pod warunkiem że Leki te zostały zakupione przed powrotem na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej,

n) transferu i transportu medycznego ambulansem naziemnym lub powietrznym, pod warunkiem że został on zalecony przez Lekarza i wcześniej zaakceptowany i zorganizowany przez FURTHER,

o) w odniesieniu do świadczeń dla żywego dawcy w trakcie procesu pobrania narządu celem przeszczepienia go Ubezpieczonemu wynikających z:
   i. kosztu badań wraz z analizą wykonanych w celu zidentyfikowania odpowiedniego dawcy w rodzinie Ubezpieczonego;
   ii. usług szpitalnych świadczonych dawcy, w tym zakwaterowanie na sali szpitalnej, oddziale lub w dziale, posiłki, usługi z zakresu pielęgniarstwa ogólnego, standardowe usługi świadczone przez personel Szpitala, badania laboratoryjne oraz korzystanie ze sprzętu i innych obiektów Szpitala (z wyłączeniem przedmiotów osobistego użytku, które nie są wymagane podczas procesu pobierania narządu lub tkanki do przeszczepu);
   iii. kosztów operacji i usług medycznych związanych z pobraniem narządu lub tkanki dawcy celem przeszczepienia Ubezpieczonemu.

p) w odniesieniu do usług i środków zaopatrzenia medycznego niezbędnych dla potrzeb posiewów szpiku kostnego w związku z przeszczepem tkanki, który ma zostać przeprowadzony u Ubezpieczonego, ubezpieczenie obejmie jedynie wydatki poniesione od daty wystawienia Promesy leczenia;

3. W przypadku, gdy jakakolwiek siła wyższa lub ograniczenia logistyczne lub operacyjne nałożone przez władze krajowe lub międzynarodowe utrudniają dalszą organizację leczenia za granicą, FURTHER zorganizuje realizację świadczeń określonych w § 3 ust. B pkt 1 w Polsce, pod warunkiem, że te same ograniczenia logistyczne lub operacyjne nie utrudnią zorganizowania równoważnego i medycznie wykonalnego analogicznego leczenia w Polsce. Świadczenia określone w § 3 ust. B pkt 1 będą dostępne w Polsce tylko do czasu, gdy FURTHER będzie w stanie potwierdzić przywrócenie organizacji Leczenia za granicą.

4. Świadczenia udzielane w Polsce będą wypłacane w kwocie stanowiącej nadwyżkę nad ewentualnym prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym posiadanym przez Ubezpieczonego.

C KOSZTY NIEMEDYCZNE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM w trakcie Leczenia za granicą

1. Umowa obejmie niżej opisane wydatki niemedyczne powstałe w związku z podróżą i zakwaterowaniem zorganizowanymi przez FURTHER w celu zapewnienia Ubezpieczonemu dostępu do leczenia na warunkach określonych w Promesie leczenia.

2. Ubezpieczenie obejmuje koszty podróży i zakwaterowania Ubezpieczonego, osoby towarzyszącej (lub dwóch osób towarzyszących, gdy poddawany leczeniu Ubezpieczony jest osobą małoletnią) w odniesieniu do każdego wyjazdu obejmującego podróż z Rzeczpospolitej Polskiej do miejsca leczenia i powrót oraz organizację niezbędnego zakwaterowania na łączny czas trwania każdej podróży.

3. Daty i czas trwania podróży zostaną określone przez FURTHER na podstawie harmonogramu planu leczenia wskazanego przez Lekarza prowadzącego za granicą (Lekarzy prowadzących za granicą).

4. Ubezpieczenie obejmuje koszty podróży i zakwaterowania w przypadku każdego wyjazdu objętego ubezpieczeniem zgodnie warunkami określonymi poniżej:

4.1. KOSZTY PODRÓŻY związane z odbyciem Leczenia za granicą:

pokrycie kosztów podróży Ubezpieczonego wraz z osobą towarzyszącą (lub dwiema osobami towarzyszącymi, gdy poddawany leczeniu Ubezpieczony jest osobą małoletnią) oraz dawcą (w przypadku przeszczepów) w następującym zakresie:

a) FURTHER organizuje i pokrywa koszty podróży Ubezpieczonego i osoby towarzyszącej (lub dwóch osób towarzyszących, gdy poddawany leczeniu Ubezpieczony jest osobą małoletnią) oraz dawcy w przypadku przeszczepów za granicę, w związku z leczeniem Ubezpieczonego w zagranicznej placówce medycznej potwierdzonej w Promesie leczenia;

b) Całość podróży musi zostać zorganizowana przez FURTHER,FURTHER nie pokryje kosztów podróży zorganizowanej przez Ubezpieczonego lub jakąkolwiek osobę trzecią w imieniu Ubezpieczonego.

FURTHER odpowiada za ustalanie dat podróży dla każdej objętej ubezpieczeniem podróży na podstawie zatwierdzonego harmonogramu leczenia. Daty te zostaną podane Ubezpieczonemu z wyprzedzeniem pozwalającym mu na dokonanie wszelkich niezbędnych osobistych przygotowań;

c) kosztów podróży lub transportu medycznego, które obejmują:

i. transport Ubezpieczonego z jego miejsca stałego pobytu do międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego, z którego zgodnie z planem podróży będzie zorganizowany transport do miasta docelowego leczenia,

ii. bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej do miasta docelowego leczenia i transport do wskazanego hotelu,

iii. transport z hotelu lub Szpitala do lotniska lub międzynarodowego dworca kolejowego,

iv. bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej oraz transport z miasta docelowego do miejsca stałego pobytu Ubezpieczonego;

d) Objęte ubezpieczeniem koszty podróży nie obejmują transferów z hotelu do Szpitala lub Lekarza prowadzącego leczenie za granicą w czasie trwania Leczenia za granicą.

4.2. KOSZTY ZAKWATEROWANIA w trakcie Leczenia za granicą:

pokrycie kosztów zakwaterowania Ubezpieczonego oraz osoby towarzyszącej (lub dwóch osób towarzyszących, gdy poddawany leczeniu Ubezpieczony jest osobą małoletnią) lub dawcy w zakresie opisanym poniżej lit. a – f poniżej

a) FURTHER organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania Ubezpieczonego i osoby towarzyszącej (lub dwóch osób towarzyszących, gdy poddawany leczeniu Ubezpieczony jest osobą małoletnią) oraz dawcy, w przypadku przeszczepów, związanych z ich pobytem w miejscu wykonywania Operacji;

b) Całość zakwaterowania w przypadku każdej podróży objętej ubezpieczeniem w ramach Umowy musi być zorganizowana przez FURTHER i FURTHER nie pokryje kosztów żadnego zakwaterowania zorganizowanego przez Ubezpieczonego lub jakąkolwiek osobę trzecią w imieniu Ubezpieczonego.

FURTHER odpowiada za ustalenie terminów rezerwacji zakwaterowania dla każdej podróży objętej ubezpieczeniem na podstawie zatwierdzonego harmonogramu leczenia. Daty te zostaną podane Ubezpieczonemu z wyprzedzeniem pozwalającym mu na dokonanie wszelkich niezbędnych osobistych przygotowań;

c) FURTHER ustala okres zakwaterowania osób określonych w lit. a powyżej na podstawie uzgodnionego planu leczenia Ubezpieczonego, przy czym w przypadku gdy Ubezpieczony, bez uzasadnienia medycznego oraz bez uzgodnienia z FURTHER zmieni datę zakwaterowania, będzie zobowiązany do zwrotu FURTHER wszelkich kosztów związanych z wprowadzonymi zmianami warunków zakwaterowania, o ile takie wystąpią;

Organizacja zakwaterowania obejmuje:

d) zakwaterowanie w pokoju dwuosobowym w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym ze śniadaniem. O wyborze hotelu będzie decydowała odległość od Szpitala lub Lekarza prowadzącego za granicą, która powinna być nie większa niż 10 km;

e) wszystkie posiłki (z wyjątkiem śniadań) i związane z tym koszty nie są objęte ubezpieczeniem;

f) podwyższenie standardu hotelu nie jest możliwe i nie może być sfinansowane przez Ubezpieczonego;

4.3. KOSZTY REPATRIACJI

pokrycie kosztów repatriacji zwłok Ubezpieczonego lub dawcy w zakresie określonym w lit. a-b poniżej:

a) FURTHER organizuje i pokrywa koszty repatriacji zwłok Ubezpieczonego lub dawcy do miejsca pochówku na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, jeżeli nastąpi śmierć Ubezpieczonego lub dawcy podczas organizowanego przez Ubezpieczyciela procesu leczenia za granicą Rzeczpospolitej Polskiej;

b) koszty repatriacji zwłok obejmują:

i. usługi świadczone przez zakład pogrzebowy zajmujący się repatriacją za granicę, w tym balsamowanie i wszelkie formalności administracyjne.

ii. koszt zakupu trumny spełniającej minimalne wymagania

iii. transport zwłok zmarłego z lotniska do wyznaczonego miejsca pochówku na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej .

D ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM w trakcie Leczenia za granicą

1) wypłatę świadczenia pieniężnego za każdy dzień pobytu w Szpitalu w zakresie określonym w lit. a-b poniżej:
   a) FURTHER wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie, za każdą pełną dobę Hospitalizacji podczas leczenia szpitalnego Ubezpieczonego za granicą w ramach Opieki medycznej za granicą (usługa Medical Concierge), w kwocie określonej w Polisie lub innym dokumencie Umowy ubezpieczenia;
   b) FURTHER wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie za każdą dobę pobytu w Szpitalu za okres nieprzekraczający 60 dni, który jest liczony osobno w stosunku do każdego zasadnego roszczenia z tytułu Krytycznego stanu chorobowego;

E KOSZTY MEDYCZNE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM po powrocie z Leczenia za granicą

1) **KOSZTY ZAKUPU LEKÓW po powrocie z Leczenia za granicą:**

zwrot kosztów poniesionych na zakup Leków, po powrocie na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej w zakresie określonym w lit. a-d poniżej:

Po powrocie do Rzeczpospolitej Polskiej z leczenia za granicą, FURTHER pokryje koszty Leków przepisanych i zakupionych w Rzeczpospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem następujących warunków i ograniczeń:

i. Lek jest certyfikowany i zatwierdzony przez organ uprawniony do rejestracji wyrobów medycznych i produktów leczniczych w Rzeczpospolitej Polskiej, a jego przepisywanie i podawanie jest regulowane, oraz
ii. Lek można zakupić w Rzeczpospolitej Polskiej w czasie i w sposób niezbędny do kontynuacji leczenia, oraz
iii. Lek wymaga wystawienia na receptę przez Lekarza w Rzeczpospolitej Polskiej, oraz
iv. Lek jest zalecany przez FURTHER zgodnie z zaleceniami Lekarza prowadzącego za granicą, który leczył Ubezpieczonego, jako niezbędny do kontynuacji leczenia, oraz
v. Lek podawany jest w następstwie Hospitalizacji poza Rzeczpospolitą Polską trwającej co najmniej trzy doby, zatwierdzonej przez FURTHER w Promesie leczenia, oraz
vi. żadna recepta nie jest wystawiona w ilości do zażywania przez okres dłuższy niż 2 miesiące oraz
vii. wszystkie recepty wystawiane są przed końcem Okresu odszkodowawczego.

Zakup Leku w ramach § 3 ust. E pkt 1, jeśli zostanie dokonany w Rzeczpospolitej Polskiej, jest organizowany i opłacony bezpośrednio przez Ubezpieczonego. FURTHER zwróci Ubezpieczonemu poniesione koszty po otrzymaniu odnośnej recepty, oryginału faktury i dowodu zapłaty.

Jeżeli koszt Leku został częściowo lub w całości zrefundowany przez publiczną służbę zdrowia Rzeczpospolitej Polskiej, lub z innej polisy ubezpieczeniowej, FURTHER zwróci jedynie te koszty, które nie zostały zrefundowane, czyli zostały poniesione bezpośrednio przez Ubezpieczonego. Wniosek o dokonanie zwrotu powinien jasno wyodrębniać koszty poniesione bezpośrednio przez Ubezpieczonego od części zrefundowanych.

W przypadku, gdy zalecany Lek (lub zamiennie równoważny Lek o podobnej skuteczności), po otrzymaniu potwierdzenia przez FURTHER :

i. nie jest certyfikowany lub zatwierdzony do stosowania w Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z powyższym warunkiem § 3 ust. E pkt 1.a.i, lub
ii. nie jest możliwy do kupienia lub dostępny dla Ubezpieczonego w Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z powyższym warunkiem § 3 ust. E pkt 1.a.ii, i
iii. wszystkie pozostałe warunki § 3 ust. .E pkty 1.a.i do vii są nadal spełnione

w ramach Umowy zostaną pokryte również koszty zakupu Leków poza Rzeczpospolitą Polską.

W takim przypadku FURTHER poczyni niezbędne ustalenia dotyczące podróży i zakwaterowania na zasadach opisanych w § 3 ust. C ppkt 4.1. i 4.2. dla Ubezpieczonego i wskazanej osoby towarzyszącej (lub dwóch osób towarzyszących, gdy poddawany leczeniu Ubezpieczony jest osobą małoletnią).

2) Kontrola stanu zdrowia po powrocie do Rzeczpospolitej Polskiej w zakresie określonym w pkt. a-d poniżej:

a) Po powrocie do Rzeczpospolitej Polskiej po zakończeniu etapu Leczenia za granicą, w ramach Umowy zostaną pokryte wydatki wynikające z Kontroli stanu zdrowia poniesione w Rzeczpospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem następujących warunków i ograniczeń:

i. Kontrola stanu zdrowia odbyła się w jednym ze Szpitali wybranych przez FURTHER i
ii. Kontrola stanu zdrowia jest dostępna w Rzeczpospolitej Polskiej w czasie i w sposób niezbędny do regularnych badań medycznych, oraz

iii. Kontrola stanu zdrowia odbywa się zgodnie z zaleceniami Lekarza prowadzącego za granicą (Lekarzy), który leczył Ubezpieczonego, w zakresie niezbędnym do wykonywania regularnych badań medycznych i monitorowania oraz

iv. faktury związane z Kontrolą stanu zdrowia wystawiane są przed końcem Okresu odszkodowawczego.

b) Kontrola stanu zdrowia w ramach § 3 ust. E pkt 2, jeśli odbywa się w Rzeczpospolitej Polskiej, jest organizowana i opłacana bezpośrednio przez Ubezpieczonego w Rzeczpospolitej Polskiej. FURTHER zwróci Ubezpieczonemu poniesione koszty po otrzymaniu oryginału faktury i dowodu zapłaty.

c) W przypadku, gdy Lekarze odpowiedzialni za zorganizowanie Kontroli stanu zdrowia w Rzeczpospolitej Polskiej wskażą, w związku ze zmianą stanu zdrowia Ubezpieczonego, potrzebę aktualizacji wytycznych dotyczących Kontroli stanu zdrowia pierwotnie ustalonych przez Lekarza prowadzącego za granicą, FURTHER poinformuje o tym Lekarza prowadzącego za granicą celem uzyskania akceptacji potwierdzi, w stosownych przypadkach, zwrot takich kosztów zgodnie z nowymi zaakceptowanymi wytycznymi.

d) Jeżeli koszt Kontroli stanu zdrowia został zrefundowany w części lub w całości przez publiczną służbę zdrowia Rzeczpospolitej Polskiej lub z innej polisy ubezpieczeniowej, FURTHER zwróci jedynie te koszty, które nie zostały zrefundowane, czyli zostały poniesione bezpośrednio przez Ubezpieczonego. Wniosek o dokonanie zwrotu powinien jasno wyodrębniać koszty poniesione bezpośrednio przez Ubezpieczonego od części zrefundowanych.

e) Na wniosek Ubezpieczonego i pod warunkiem, że powyższe warunki § 3 ust. E pkt 2 a. iii i § 3 ust. .E pkt 2 a. iv są nadal spełnione, FURTHER może również zatwierdzić i zorganizować Kontrolę stanu zdrowia poza Rzeczpospolitą Polską.
W takim przypadku:
   i. Kontrola stanu zdrowia będzie realizowana przez Lekarza prowadzącego za granicą (Lekarzy), który leczył Ubezpieczonego, lub przez jego zespół medyczny.
   ii. FURTHER bezpośrednio pokryje medyczne koszty takich konsultacji i badań diagnostycznych.
   iii. FURTHER poczyni niezbędne ustalenia dotyczące podróży i zakwaterowania na zasadach opisanych w § 3 ust. C pkt 4.1. i 4.2. dla Ubezpieczonego i wskazanej osoby (lub dwóch osób towarzyszących, gdy poddawany leczeniu Ubezpieczony jest osobą małoletnią).

§4 Realizacja świadczeń

1. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Krytycznego stanu chorobowego realizowane jest po zgłoszeniu Ubezpieczycielowi roszczenia, w formie pisemnej, lub za pośrednictwem elektronicznych środków porozumiewania się, najlepiej na formularzu Ubezpieczyciela wraz z wymienionymi w nim załącznikami.

2. Koordynację realizacji świadczeń w zakresie Drugiej opinii medycznej lub Opieki medycznej za granicą będzie realizować w imieniu Ubezpieczyciela FURTHER.

3. Warunkiem skorzystania z usługi Opieki Medycznej za granicą jest potwierdzenie Krytycznego stanu chorobowego w raporcie Eksperta Medycznego (w przypadku wyboru przez Ubezpieczonego świadczenia Drugiej opinii medycznej) lub kompletnej dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego, uznanej przez FURTHER za niezbędną do oceny zasadności roszczenia (w przypadku, gdy Ubezpieczony zdecydował się zrezygnować z Drugiej opinii medycznej).

4. Refundacja kosztów poniesionych na leki, o których mowa w § 3 ust. .E pkt 1 i Kontrolę stanu zdrowia, o której mowa w § 3 ust. E pkt 2, odbywa się na podstawie złożonego przez Ubezpieczonego wniosku o refundacje kosztów wraz z kopią recepty oraz oryginałem faktury i dowodem zapłaty.

Procedura realizacji świadczeń

Zgłoszenie roszczenia

5. Po zgłoszeniu roszczenia odpowiednio zgodnie z ust. 1 powyżej, FURTHER skontaktuje się niezwłocznie z Ubezpieczonym i poinformuje go o działaniach wymaganych celem przekazania FURTHER odpowiednich badań diagnostycznych i dokumentów medycznych niezbędnych do oceny zasadności roszczenia.

6. W przypadku, gdy Ubezpieczony zażąda usługi Drugiej opinii medycznej, usługa ta będzie wymagała wykonania przed potwierdzeniem, iż roszczenie wchodzi w zakres pokrycia udzielanego na mocy Umowy.

Potwierdzenie zasadności roszczenia i wykaz zalecanych Szpitali

7. Po otrzymaniu wszystkich odnośnych badań diagnostycznych i historii choroby, wnioskowanych przez FURTHER, Ubezpieczony zostanie poinformowany, czy roszczenie jest objęte Umową.

8. W przypadku, gdy Ubezpieczony wyrazi wolę podjęcie Leczenia za granicą, FURTHER oceni dostępność Okresu odszkodowawczego, w efekcie czego zaistnieje jeden z następujących scenariuszy:

   a) Scenariusz 1: Pełna dostępność
   Nie zgłoszono wcześniej roszczenia w ramach odnośnego modułu, w wyniku którego zorganizowano i opłacono leczenie zgodnie z Umową. W związku z tym, FURTHER potwierdzi pełną dostępność 36 miesięcy Okresu odszkodowawczego.

   b) Scenariusz 2: Częściowa dostępność
   Zgłoszono wcześniejsze roszczenie (roszczenia) w ramach odnośnego modułu, w wyniku czego zorganizowano i opłacono leczenie zgodnie z Umową. W związku z tym, FURTHER potwierdzi dostępność liczby pozostałych miesięcy w Okresie odszkodowawczym.

   c) Scenariusz 3: Upłynął Okres odszkodowawczy
   Zgłoszono wcześniejsze roszczenie (roszczenia) w ramach odnośnego modułu, w wyniku czego zorganizowano i opłacono leczenie zgodnie z Umową, aż do upływu Okresu odszkodowawczego. FURTHER potwierdzi, że roszczenie nie zostanie uznane w ramach Umowy z uwagi na wyczerpanie Okresu odszkodowawczego.

9. W scenariuszach 1 (lit. a) i 2 (lit. b) Ubezpieczonemu zostanie przekazana lista rekomendowanych Szpitali

Promesa leczenia

10. Po otrzymaniu przez FURTHER od Ubezpieczonego potwierdzenia decyzji o leczeniu za granicą w Szpitalu wybranym z wykazu rekomendowanych Szpitali i pod warunkiem, że leczenie ma się rozpocząć przez upływem Okresu odszkodowawczego, FURTHER skoordynuje niezbędne formalności logistyczne oraz medyczne w celu właściwego przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala oraz wystawi Promesę leczenia, ważną wyłącznie dla danego Szpitala.

11. Wykaz rekomendowanych Szpitali oraz Promesa leczenia wystawiane są na podstawie stanu zdrowia Ubezpieczonego w chwili wystawienia Promesy leczenia przez FURTHER. W związku z możliwą zmianą stanu zdrowia Ubezpieczonego po wystawieniu Promesy leczenia, obydwa dokumenty, tj. wykaz rekomendowanych Szpitali oraz Promesa leczenia zachowują ważność przez okres trzech miesięcy od daty ich wystawienia.

12. W przypadku niewybrania przez Ubezpieczonego Szpitala z wykazu rekomendowanych Szpitali lub nierozpoczęcia leczenia w zatwierdzonym Szpitalu, o którym mowa w Promesie leczenia w terminie trzech miesięcy od wystawienia dokumentu, FURTHER wystawi ponownie wyżej wymienione dokumenty w oparciu o aktualny w tym czasie stan zdrowia Ubezpieczonego.

Okres odszkodowawczy

13. Okres odszkodowawczy w ramach poszczególnych modułów rozpocznie się w dniu pierwszej podróży mającej na celu odbycie Leczenia za granicą. W ramach Umowy zostaną pokryte usługi, wydatki i świadczenia pieniężne (do wysokości limitów wskazanych w Polisie lub innym dokumencie Umowy ubezpieczenia) powstałe w związku z zasadnym roszczeniem zgłoszonym na podstawie Umowy przez czas trwania Okresu odszkodowawczego.

14. W przypadku, gdy na koniec Okresu odszkodowawczego Ubezpieczony podlega Hospitalizacji lub znajduje się pod opieką Szpitala na warunkach określonych w Promesie leczenia, Umowa zapewnia pokrycie kosztów leczenia określonych w § 3 ust. B pkt 1 do momentu najbliższego zaplanowanego na podstawie ustalonego planu leczenia powrotu do Rzeczpospolitej Polskiej.

Powrót z Leczenia za granicą

15. W przypadku, gdy powrót do Rzeczpospolitej Polskiej po zrealizowaniu planu leczenia nastąpi przed końcem

    Okresu odszkodowawczego, FURTHER przedstawi Ubezpieczonemu wytyczne dotyczące objętych ubezpieczeniem kosztów leczenia po powrocie z Leczenia za granicą. Wytyczne te oparte będą na zaleceniach Lekarza prowadzącego za granicą.

16. W ramach tego scenariusza Ubezpieczony będzie uprawniony do:
    a) Korzystania z możliwości zwrotu kosztów Leków, o której mowa w § 3 ust. E pkt 1 i
    b) Korzystania z tytułu Kontroli stanu zdrowia, o którym mowa w § 3 ust. .E pkt 2

aż do końca Okresu odszkodowawczego.

Analiza roszczeń po powrocie z Leczenia za granicą

17. Po powrocie Ubezpieczonego do Rzeczpospolitej Polskiej po zrealizowaniu planu leczenia, stan zdrowia Ubezpieczonego może ulec zmianie, co może spowodować konieczność przeprowadzenia ponownej jego oceny pod kątem dalszego leczenia

Niezbędnego z medycznego punktu widzenia. Ubezpieczony ma prawo ponownego zgłoszenia roszczenia FURTHER w celu przeprowadzenia takiej oceny, o ile nadal obowiązuje odnośny Okres odszkodowawczy.

18. FURTHER następnie ponownie poinformuje Ubezpieczonego o niezbędnych wymaganych badaniach diagnostycznych i dokumentacji medycznej, które powinny być dostarczone FURTHER w celu przeprowadzenia takiej oceny.

19. W przypadku, gdy ocena przeprowadzona przez FURTHER potwierdzi, że dalsze leczenie jest Niezbędne z medycznego punktu widzenia, Ubezpieczony otrzyma potwierdzenie w formie na nowo wystawionej Promesy leczenia, wraz z listą rekomendowanych Szpitali i możliwego Planu leczenia za granicą.

20. Do przeprowadzenia oceny może okazać się konieczne ponowne wykonanie usługi Drugiej Opinii Medycznej, o ile FURTHER uzna to za Niezbędne z medycznego punktu widzenia

21. Umowa będzie nadal obejmować wszystkie usługi i wydatki medyczne (zgodnie ze szczegółowym opisem w § 3) do końca Okresu odszkodowawczego zgodnie z warunkami ostatniej Promesy leczenia.

Współpraca

22. W celu potwierdzenia współpracy Ubezpieczonego z Lekarzem prowadzącym za granicą w ramach leczenia, Ubezpieczony i jego krewni zobowiązani są do wyrażenia zgody na wizyty Lekarzy pracujących dla FURTHER i/lub Ubezpieczyciela oraz na wszelkie zapytania uznane za niezbędne przez FURTHER i/lub Ubezpieczyciela. W tym celu Lekarze, którzy udzielili świadczenia Ubezpieczonemu, zostaną zwolnieni z obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej. Zgoda wydawana będzie bezpośrednio lub pośrednio dla każdej wizyty lub zapytania.

23. Niedopuszczenie do powyższych wizyt zostanie uznane przez Ubezpieczyciela za wyraźne zrzeczenie się prawa do wypłaty świadczeń
w odniesieniu do odnośnego roszczenia objętego Umową.

Wydatki

Dopóki warunki Promesy leczenia są spełnione, FURTHER pokryje bezpośrednio, w ramach świadczeń w ramach Umowy, wydatki poniesione przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ograniczeń, wyłączeń i warunków wyszczególnionych w Umowie.

§5 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Oprócz wyłączeń określonych w § 14 OWU Część Ogólna, odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje Krytycznych stanów chorobowych powstałych w związku z:
   1) Chorobami, które zdiagnozowano leczono, lub których powiązane i udokumentowane medycznie objawy lub oznaki zostały stwierdzone po raz pierwszy w ciągu 3 miesięcy od dnia przystąpienia do Umowy w zakresie Modułu Leczenie Poważnych Zachorowań Chorób za Granicą – BEST HELP;
   2) Chorobami, które zdiagnozowano lub leczono lub Chorobami, których objawy zostały stwierdzone stosownymi dokumentami medycznymi w okresie 10 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy w zakresie Modułu Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP;
   3) Procedurami medycznymi wymaganymi w związku z AIDS, HIV lub Chorobami związanymi z tymi Chorobami (w tym mięsak Kaposiego), lub leczenia AIDS lub HIV;
   4) Leczeniem eksperymentalnym, jak również leczeniem lub czynnościami, które nie zostały powszechnie uznane przez wiodące organizacje w Stanach Zjednoczonych Ameryki oraz Europie uznane przez międzynarodowe środowisko medyczne, za bezpieczne, skuteczne lub właściwe dla celów leczenia danego Krytycznego stanu chorobowego, lub leczeniem
   będącym, na etapie badania, testowania lub na dowolnym etapie eksperymentów medycznych lub badań klinicznych;
   5) Roszczeniem, w przypadku którego Ubezpieczony, przed, w trakcie lub po przeprowadzeniu procesu oceny zasadności roszczenia przez FURTHER:
      a) nie zastosował się do porad, zaleceń lub ustalonego planu leczenia Lekarza prowadzącego za granicą lub
      b) odmawia poddania się leczeniu lub poddania się dodatkowym analizom diagnostycznym bądź badaniom niezbędnym do postawienia ostatecznej diagnozy lub ustalenia planu leczenia.

Wydatki nieobjęte ubezpieczeniem

2. Oprócz wyłączeń określonych w § 14 OWU Część Ogólna oraz wskazanych w ust. 1 powyżej, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności na podstawie Umowy w zakresie wskazanym poniżej w pkt. 1-12, nawet jeżeli takie świadczenia są uzasadnione lub niezbędne w wyniku wystąpienia Poważnej Choroby, tj. w zakresie:
   1) wydatków w związku z diagnostyką, leczeniem, usługami, środkami zaopatrzenia medycznego lub receptami dowolnego rodzaju poniesionych w Rzeczpospolitej Polskiej), z wyjątkiem
      a) wydatków na Leki poniesionych w Rzeczpospolitej Polskiej, o których mowa w § 3 ust. .E pkt 1

b) wydatków na Kontrolę stanu zdrowia poniesionych w Rzeczpospolitej Polskiej, o których mowa w § 3 ust. . pkt 2

2) kosztów poniesionych przed datą wystawienia Promesy leczenia;
3) opłat za inne leczenie, usługi, środki zaopatrzenia medycznego lub recepty w przypadku Choroby lub stanu chorobowego, dla których najlepszą metodą leczenia według planu Leczenia potwierdzonego przez FURTHER jest przeszczep organu objęty Umową (moduł 4)
4) kosztów poniesionych w innym Szpitalu poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej niż ten, do którego został skierowany Ubezpieczony w Promesie leczenia;
5) kosztów poniesionych w związku opieką domową związaną z rekonwalescencją, pobytem w domu opieki zdrowotnej lub usługami świadczonymi w ośrodku rekonwalescencji lub podobnej instytucji, uzdrowiskach, klinikach i gabinetach medycyny naturalnej, hospicjum lub domu starców;
6) kosztów poniesionych na zakup lub wynajem dowolnego typu protezy lub przyrządów ortopedycznych, gorsetów, bandaży, kul, sztucznych członków lub organów, peruk (nawet jeśli ich zastosowanie zostanie uznane za konieczne podczas chemioterapii), obuwia ortopedycznego, protez dentystycznych, pasów przepuklinowych, wózków, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych, filtrów powietrza, urządzeń lub przedmiotów, z wyjątkiem protez piersi – po mastektomii, i sztucznych zastawek serca, niezbędnych w związku z przebytą Operacją, zrealizowaną w ramach świadczenia Opieki medycznej za granicą (usługa Medical Concierge);
7) organizacji i pokrycia kosztów medycyny alternatywnej i leczenia niekonwencjonalnego (z uwzględnieniem akupunktury, aromaterapii, chiropraktyki, homeopatii, naturopatii, Ajurwedy, tradycyjnej medycyny chińskiej i osteopatii), nawet jeśli zostało przepisane lub zalecone przez Lekarza podczas leczenia Krytycznego stanu chorobowego;
8) gdy poza leczeniem w ramach świadczeń Opieki medycznej za granicą (usługa Medical Concierge) zajdzie potrzeba leczenia związanego z zaburzeniami poznawczymi, otępieniem starczym lub upośledzeniem mózgu, demencją, niezależnie od stanu ich zaawansowania, lub w związku z porodem lub połogiem;
9) kosztów poniesionych na tłumacza, z wyjątkiem tłumaczenia zorganizowanego przez FURTHER, dotyczącego prowadzonego w ramach świadczeń z tytułu Opieki medycznej za granicą (usługa Medical Concierge) procesu leczenia;
10) kosztów poniesionych na rozmowy telefoniczne oraz opłaty w odniesieniu do przedmiotów osobistego użytku lub które nie są natury medycznej, lub z tytułu usług świadczonych uprawnionej osobie towarzyszącej;
11) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego lub uprawnioną osobę towarzyszącą, które nie są objęte zakresem Umowy;
12) kosztów z tytułu zakwaterowania lub transportu nie zorganizowanych przez FURTHER.
13) leczenia obejmującego grupy terapii: terapię genową, terapię komórkami somatycznymi, terapię inżynierią tkankową i terapię komórkami CAR-T.
14) wszelkich usług lub środków zaopatrzenia medycznego, które nie są Niezbędne z medycznego punktu widzenia do leczenia Choroby objętej Ubezpieczeniem lub do przeprowadzenia zabiegu medycznego lub Operacji objętych Ubezpieczeniem.
15) leczenia długoterminowych skutków ubocznych, łagodzenie objawów przewlekłych lub rehabilitacji (w tym między innymi fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej oraz terapii językowej i logopedycznej).
16) wszelkich wydatków poniesionych w związku z diagnostyką, leczeniem, usługami, środkami zaopatrzenia medycznego lub receptami dowolnego rodzaju, poniesionych na całym świecie, w przypadku gdy Ubezpieczony w momencie zgłoszenia roszczenia nie może być uznany za stałego/legalnego rezydenta Rzeczpospolitej Polskiej .
17) wszelkich wydatków poniesionych poza Okresem odszkodowawczym, z wyjątkiem wymienionych w § 4 pkt 14
18) wszelkich leków, które nie zostały wydane przez licencjonowanego farmaceutę lub które są dostępne bez recepty.
19) Wszelkich wydatków medycznych niebędących zwyczajową i uzasadnioną opłatą.
20) W odniesieniu do kosztów zakupu Leków określonych w § 3 ust. .E pkt 1, obowiązują następujące wyłączenia:
    a) Koszt podania leku.
    b) Wszelkie zakupy Leków dokonane poza Rzeczpospolitą Polską , chyba że zostały wyraźnie zatwierdzone przez FURTHER.
21) W odniesieniu do kosztów Kontroli stanu zdrowia, o których mowa w § 3 ust. E. pkt 2, obowiązują następujące wyłączenia:
    a) Wszelkie koszty refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia Rzeczpospolitej Polskiej lub objęte inną polisą ubezpieczeniową posiadaną przez Ubezpieczonego.
    b) Wszelkie koszty poniesione niezgodnie z wytycznymi ustalonymi przez FURTHER
    c) Wszelkie koszty poniesione w innym Szpitalu lub placówce medycznej niż autoryzowane przez FURTHER

3. Oprócz wyłączeń określonych w § 14 OWU Część Ogólna oraz wskazanych w ust. 1 i 2 powyżej, odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje:
   1) w przypadku nowotworów:
      a) każda diagnoza raka, w rozumieniu § 1 ust. A Moduł 1: Leczenie raka, w przebiegu zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS),
      b) każdy rak skóry inny niż czerniak, który nie został histologicznie sklasyfikowany jako powodujący naciekanie poza naskórek (zewnętrzną warstwę skóry).

c) wszelkie leczenie obejmujące terapię komórkami CAR-T

2) w przypadku Operacji pomostowania aortalno-wieńcowego:
   a) wszelkie choroby wieńcowe leczone za pomocą technik innych niż pomostowanie tętnic wieńcowych, jak na przykład każdy rodzaj angioplastyki, stenty.
3) w przypadku przeszczepienia organu od żywego dawcy:
   a) każde przeszczepienie dokonane, gdy zaistnieje potrzeba przeszczepienia w wyniku choroby wątroby spowodowanej spożywaniem alkoholu;
   b) każde przeszczepienie, gdy przeszczepienie jest dokonywane jako przeszczep własny, za wyjątkiem przeszczepu szpiku kostnego;
   c) każde przeszczepienie, gdy Ubezpieczony jest dawcą dla osoby trzeciej;
   d) wszelkie przeszczepienia od dawcy martwego;
   e) wszelkie przeszczepienia organu wiążące się z leczeniem komórkami macierzystymi;
   f) przeszczepienie umożliwione dzięki zakupowi organów dawcy.
4. W przypadku przeszczepu szpiku kostnego:
   a) przeszczepienie krwiotwórczych komórek macierzystych (HCT) z wykorzystaniem krwi pępowinowej
5. W przypadku, gdy Ochrona ubezpieczeniowa na podstawie Umowy w stosunku do danego Ubezpieczonego wygaśnie, a:
   1) Ubezpieczony będzie w trakcie leczenia świadczonego poza Rzeczpospolitą Polską w ramach Umowy; lub
   2) FURTHER wystawił Ubezpieczonemu Promesę leczenia przed wygaśnięciem Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do tego Ubezpieczonego,

Ubezpieczyciel zagwarantuje świadczenia wynikające z Umowy dostępne dla Ubezpieczonego w zakresie i z ograniczeniami, które wskazano w Umowie i Promesie leczenia, lecz z zastrzeżeniem maksymalnego okresu na spełnienie tych świadczeń do 6 miesięcy od daty zakończenia Okresu ochrony w stosunku do danego Ubezpieczonego.

Moduł: Ubezpieczenie na wypadek Poważnego Zachorowania

Postanowienia niniejszego Modułu mają zastosowanie w Umowach, zawartych na podstawie OWU, w których zakres wchodzi Moduł Ubezpieczenie na wypadek Poważnego Zachorowania. O włączeniu Modułu do Umowy decyduje Ubezpieczający.

§1 Definicje i wyłączenia stosowane w Module

1. **Poważne zachorowanie** – Choroby lub stany chorobowe określone poniżej:
   a. **Nowotwór złośliwy (Rak)** - Nieprawidłowy i nadmierny rozrost tkanek ustroju, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Definicja nowotworu złośliwego obejmuje również białaczkę, chłoniaka złośliwego i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina). Warunkiem uznania nowotworu złośliwego za Poważne zachorowanie jest:
      I. wynik badania histopatologicznego, potwierdzającego nowotwór złośliwy;
      II. potwierdzenie rozpoznania przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności onkologia lub hematologia;
      III. konieczność leczenia chirurgicznego, radioterapeutycznego lub chemioterapeutycznego.

      Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:
      I. wszelkie zmiany opisane histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości i nieinwazyjne; w tym carcinoma in situ (Tis) oraz Ta według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care, Seventh Edition TNM Classification);
      II. wszystkie nowotwory skóry, poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC;
      III. nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC;
      IV. nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 2 cm i opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC;
      V. wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, w tym także (ale nie wyłącznie) chłoniak i mięsak Kaposiego.
   b. **Ostry zawał serca (MI) -** Sytuacja kliniczna wskazująca na ostre niedokrwienie mięśnia sercowego, przy dowodach na obecność martwicy mięśnia sercowego. Rozpoznanie zawału musi być postawione przez prowadzącego leczenie Lekarza w oparciu o czasowy związek i spełnienie jednego z poniższych kryteriów:
      I. Wykrycie wzrostu i/lub spadku wartości biomarkera sercowego [najlepiej troponiny sercowej (cTn)], przy co najmniej jednej wartości powyżej 99. centyla górnej granicy wartości referencyjnej (URL) oraz co najmniej jedno z następujących:
         – objawy niedokrwienia;
         – nowe lub przypuszczalnie nowe,, znamienne zmiany odcinka ST–załamka T (ST–T) lub nowy blok lewej odnogi pęczka Hisa (LBBB);
         – powstanie patologicznych załamków Q w EKG;
         – nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;
         – obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionego badaniem angiograficznym lub w autopsji.
      II. Wzrost (związany z przezskórną interwencją wieńcową - PCI) wartości cTn (> 5 × 99. centyla URL) u pacjentów z prawidłowymi wartościami wyjściowymi (< 99. centyla URL) lub wzrost wartości cTn > 20%, jeśli wartości początkowe były podwyższone i stabilne lub spadały. Dodatkowo wymagane są:
         – objawy wskazujące na niedokrwienie mięśnia sercowego lub
         – nowe zmiany niedokrwienne w EKG, lub
         – obraz angiograficzny zgodny z powikłaniami zabiegu, lub
         – uwidocznienie za pomocą badań obrazowych nowego ubytku żywotnego mięśnia sercowego lub nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości;
      III. Wykrycie (związany z zakrzepicą w stencie) zakrzepicy za pomocą koronarografii lub autopsji w przypadku niedokrwienia mięśnia sercowego ze wzrostem i/lub spadkiem wartości biomarkerów sercowych, gdy co najmniej jedna wartość przekracza 99. centyl URL.
      IV. Wzrost (związany z pomostowaniem tętnic wieńcowych - CABG) wartości cTn (> 10 × 99. Centyla URL) u pacjentów z prawidłowymi wartościami wyjściowymi cTn (< 99. centyla URL). Dodatkowo konieczne jest stwierdzenie:
         – nowych patologicznych załamków Q lub nowego LBBB lub
         – udokumentowanie w badaniu angiograficznym nowego zamknięcia pomostu lub natywnej tętnicy wieńcowej pacjenta, lub
         – uwidocznienie nowego ubytku żywotnego mięśnia sercowego lub nowych
         – odcinkowych zaburzeń kurczliwości.

      Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) i wszelkie inne postacie ostrych incydentów wieńcowych.

c. **Udar mózgu -** Nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmózgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 3 miesięcy od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać postawione przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: neurologa lub neurochirurga i być potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR). Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:
   I. epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
   II. uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem;
   III. patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia błędnika lub zaburzenia widzenia takie jak zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki;
   IV. przebytego bezobjawowo udaru mózgu, rozpoznanego na podstawie badań obrazowych.

d. **Przeszczep głównych organów -** Przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub szpiku kostnego. Leczenie przeszczepem musiało być skutkiem nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu, zaś jego wykonanie musiało być jedynym sposobem leczenia Choroby, potwierdzonym przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: transplantologia kliniczna lub kardiologia lub chirurgia ogólna lub chirurgia klatki piersiowej lub onkologia kliniczna lub hematologia. Zakresem ubezpieczenia nie są objęte inne przeszczepy niż wymienione powyżej, w tym w szczególności wykorzystujące komórki macierzyste i przeszczepy wysp trzustkowych.

e. **Łagodny guz mózgu -** Zagrażający życiu guz mózgu, powodujący wystąpienie trwałych ubytków neurologicznych z ewidentnymi zaburzeniami ruchowymi lub czuciowymi, utrzymującymi się stale przez okres 6 miesięcy. Istnienie guza musi być potwierdzone przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności; neurologia lub neurochirurgia oraz badaniami wizualizacyjnymi, takimi jak CT lub MRI. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są torbiele, ziarniniaki, patologie tętniczych i żylnych naczyń mózgowych, krwiaki, ropnie, nerwiaki nerwu słuchowego, guzy (w tym gruczolaki) przysadki mózgowej, zmiany w obrębie opon mózgowo-rdzeniowych i rdzenia kręgowego.

f. **Utrata kończyn -** Amputacja co najmniej dwóch kończyn będąca skutkiem Choroby lub wypadku, na poziomie stawu skokowego lub powyżej w przypadku kończyny dolnej lub na poziomie nadgarstków lub powyżej w przypadku kończyny górnej. Konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: chirurgia ogólna lub ortopedia i traumatologia narządu ruchu.

g. **Operacja zastawki serca -** Przeprowadzona na otwartym sercu z otwarciem klatki piersiowej, wymiana lub naprawa chorobowo zmienionej jednej lub więcej zastawek serca. Konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: kardiologia lub kardiochirurgia i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych. Operacje wykonane przy użyciu technik śródnaczyniowych są wykluczone z zakresu ubezpieczenia.

h. **Śpiączka -** Stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby naturalne, utrzymujący się przez okres co najmniej 96 godzin, wymagający intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia w warunkach szpitalnych. Skutkiem tego stanu, musi być dodatkowo zaistnienie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni od momentu wystąpienia utraty przytomności i nierokującego możliwości poprawy. Rozpoznanie i zakres zmian musi być potwierdzone przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: neurologia lub neurochirurgia lub anestezjologii ii intensywnej terapii. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje śpiączki farmakologicznej lub pozostającej w związku z nadużyciem alkoholu lub narkotyków lub będących skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej.

i. **Stwardnienie rozsiane** - Choroba, u której podłoża leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie Choroby, postawione w sposób jednoznaczny (wykluczające inne przyczyny w tym naczyniowe), przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: neurologia, musi być potwierdzone:
   I. istnieniem trwałych deficytów neurologicznych z ewidentnymi zaburzeniami ruchowymi lub czuciowymi, utrzymującymi się stale przez okres 6 miesięcy;
   II. charakterystycznym dla stwardnienia wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego, nieprawidłowym wynikiem badania wzrokowych i słuchowych potencjałów wywołanych oraz badaniem rezonansu magnetycznego (MRI), potwierdzającym istnienie rozsianych ognisk demielinizacji w ośrodkowych układu nerwowym.

j. **Operacyjne leczenie choroby wieńcowej (by-pass)** - Operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona badaniem wykazującym istnienie zwężenie tętnicy wieńcowej, zaś jej wykonanie musiało być jednym sposobem leczenia Choroby i być potwierdzone opinią prowadzącego leczenie lekarza o specjalności: kardiochirurgia. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki wieńcowej (PTCA) ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.

k. **Oparzenia trzeciego stopnia** - Poparzenie trzeciego stopnia co najmniej 20% powierzchni ciała. Rozpoznanie musi być postawione przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: chirurgia ogólna lub chirurgia klatki piersiowej lub chirurgia plastyczna i stwierdzać stopień i zakres oparzenia, zgodnie z obowiązującymi standardami klinicznymi ich określania.

l. **Utrata wzroku** - Całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach, spowodowana Chorobą lub wypadkiem. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez prowadzącego Leczenie lekarza o specjalności: okulistyka. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym.

m. **Utrata słuchu** - Całkowita, stała, obustronna i nieodwracalna utrata słuchu w zakresie wszystkich dźwięków spowodowana Chorobą lub wypadkiem. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności; otolaryngologia oraz dodatkowo wynikiem badania audiometrycznego tonalnego i audiometrii impedancyjnej. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym aparatem słuchowym i leczeniem operacyjnym.

n. **Niewydolność nerek -** Schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitym, nieodwracalnym i nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, stanowiące bezwzględne wskazanie do rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii. Fakt rozpoczęcia dializoterapii oraz konieczność jej stosowania musi być potwierdzony przez prowadzącego leczenie lekarza o specjalności: nefrologia. Ostra niewydolność nerek wymagająca okresowej dializoterapii nie jest objęta zakresem ubezpieczenia.

o. **Operacja aorty -** Operacja chirurgiczna tętniaka, koartacji lub rozwarstwienia aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii, polegająca na usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej graftem. Konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: chirurgia naczyniowa lub kardiochirurgia i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych. W rozumieniu niniejszej definicji za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszną, z wykluczeniem jej odgałęzień. Metody chirurgiczne stosujące mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym przezskórne operacje naprawcze nie są objęte zakresem ubezpieczenia.

p. **Niedowład (paraliż)** - Całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana urazem lub Chorobą i uniemożliwiającą Ubezpieczonemu samodzielne wykonywanie co najmniej 3 z 5 niżej wymienionych codziennych czynności:

I. kąpiel – zdolność umycia się w wannie lub pod prysznicem (w tym wejście i wyjście z wanny lub prysznica);
II. ubieranie się – zdolność zakładania i zdejmowania odzieży;
III. przemieszczanie się – zdolność do przemieszczania się (w tym wejścia na schody);
IV. toaleta – zdolność do korzystania z ubikacji;
V. odżywianie się – zdolność do spożycia przygotowanego i podanego posiłku.

Niedowład musi mieć charakter nierokujący poprawy i występować przez okres minimum 3 miesięcy. Rozpoznanie i zakres zmian musi być potwierdzone przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: neurologia lub neurochirurgia. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub psychiatrycznymi lub będących skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej.

q. **Utrata mowy** - Całkowita, trwała i nieodwracalna utrata funkcji mowy spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krtani lub uszkodzeniem ośrodka mowy w mózgu w wyniku urazu, rozrostu guza lub Choroby. Całkowita utrata mowy musi występować przez minimum 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: otolaryngologia lub audiologia i foniatria. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków utraty mowy spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub psychiatrycznymi.

§2 Co jest przedmiotem Modułu?

1. Zakres Modułu Ubezpieczenie na wypadek Poważnego Zachorowania obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego, po raz pierwszy w jego życiu, Poważnego zachorowania. Zakres Poważnych zachorowań objętych ochroną zależy od wariantu wybranego przez Ubezpieczającego.

Wariant 1	Wariant 2
• Nowotwór złośliwy (Rak); • Ostry zawał serca (MI); • Udar mózgu; • Przeszczep głównych organów; • Łagodny guz mózgu; • Utrata kończyn; • Operacja zastawki serca; • Śpiączka.	• Nowotwór złośliwy (Rak); • Ostry zawał serca (MI); • Udar mózgu; • Przeszczep głównych organów; • Łagodny guz mózgu; • Utrata kończyn; • Operacja zastawki serca; • Śpiączka; • Stwardnienie rozsiane; • Operacyjne leczenie choroby wieńcowej (by-pass); • Oparzenia trzeciego stopnia; • Utrata wzroku; • Utrata słuchu;

	• Niewydolność nerek; • Operacja aorty; • Niedowład (paraliż); • Utrata mowy.

2. Datą Zdarzenia objętego ubezpieczeniem, tj. datą wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania jest:
   a. dzień postawienia przez Lekarza ostatecznej diagnozy potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z opisem Poważnego zachorowania.
   b. dzień zabiegu operacyjnego w przypadku zabiegów operacyjnych w związku z wystąpieniem Poważnego zachorowania.
3. W razie wystąpienia Poważnego zachorowania wypłacimy Świadczenie pieniężne w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia określonej poniżej:

Wariant 1	Wariant 2
30.000 zł	50.000 zł

4. Z tytułu ubezpieczenia w ramach Modułu jednemu Ubezpieczonemu przysługuje jedno Świadczenie, niezależnie od liczby Poważnych zachorowań w Okresie ochrony.
5. Udostępniamy następujące typy Modułu: Ubezpieczenie na wypadek Poważnego Zachorowania:
   a. Indywidualny,
   b. Partnerski,
   c. Rodzinny,
   d. Rodzic.
   Ubezpieczający może wybrać wszystkie lub wybrane typy Modułu, które będą dostępne do wyboru przez Ubezpieczonych w ramach Umowy.
6. W ramach Modułu zapewniamy ochronę ubezpieczeniową na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

§3 Jak skorzystać z Ubezpieczenia na wypadek Poważnego Zachorowania?

1. Aby skorzystać z ubezpieczenia, Ubezpieczony może powiadomić nas o wystąpieniu Poważnego zachorowania, w formie:
   a. elektronicznej – na adres mailowy: roszczenia.ubezpieczenia@luxmed.pl;
   b. pisemnej – wysyłając dokumenty na adres: LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce, 02-678 Warszawa, ul. Szturmowa 2, z dopiskiem: Refundacja LMG.
2. Do podjęcia decyzji o wypłacie Świadczenia potrzebujemy następujących dokumentów:
   a. kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o realizację Świadczenia;
   b. kopii posiadanej dokumentacji medycznej potwierdzającej ostateczną diagnozę Poważnego zachorowania lub przeprowadzenie zabiegu operacyjnego;
3. W określonych sytuacjach skorzystanie z ubezpieczenia nie będzie możliwe. Jest to związane z okresem karencji (opisanym w §4 niniejszego Modułu) oraz wyjątkowymi sytuacjami ograniczenia naszej odpowiedzialności (opisanymi w §14 Części Ogólnej OWU i §5 niniejszego Modułu).
4. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu postępujemy zgodnie z krokami opisanymi w §4 ust 2-5 Części Ogólnej OWU.

§4 Jaka jest długość karencji?

1. W Module stosujemy karencję. Jest to okres, który musi upłynąć od początku Okresu ochrony, zanim Ubezpieczony będzie uprawniony do Świadczenia.
2. W przypadku dodania nowych Współubezpieczonych do Umowy, zostaną oni objęci karencją liczoną od początku ich Okresu ochrony.
3. Karencja w odniesieniu do Poważnych zachorowań wynosi 3 miesiące.
4. Nie stosujemy karencji wobec Zdarzeń będących wynikiem Nieszczęśliwego wypadku.
5. Jeżeli Ubezpieczony był objęty ubezpieczeniem, w którym byliśmy Ubezpieczycielem i które obejmowało zakresem Poważne zachorowanie, wówczas okres trwania poprzedniego ubezpieczenia jest zaliczany do okresu karencji w zakresie odpowiadającym wcześniej posiadanemu wariantowi Modułu. Aby skorzystać z tej zasady, wcześniejsze ubezpieczenie musi być zakończone i nie mogło skończyć się wcześniej niż 3 miesiące przed początkiem ochrony w zakresie niniejszego Modułu.

Jeżeli Ubezpieczony był objęty kilkoma ubezpieczeniami, wówczas ta zasada ma zastosowanie tylko do umowy ubezpieczenia z najpóźniejszą datą zakończenia.

§5 Jakie są dodatkowe wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu?

Oprócz wyłączeń określonych w §1 ust. 1 niniejszego Modułu oraz §14 Części Ogólnej OWU nasza odpowiedzialność w Module: Ubezpieczenie na wypadek Poważnego Zachorowania, nie obejmuje Zdarzeń będących następstwem:

a. Zakażenia wirusami HIV, SARS-CoV-2, wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem tych zakażeń;
b. Uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nielicencjonowanych linii lotniczych.

Moduł: Ubezpieczenie Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku

Postanowienia niniejszego Modułu mają zastosowanie w Umowach, zawartych na podstawie OWU, w których zakres wchodzi Moduł Ubezpieczenie Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku. O włączeniu Modułu do Umowy decyduje Ubezpieczający.

§1 Co jest przedmiotem Modułu?

1. Zakres Modułu obejmuje śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od daty Nieszczęśliwego wypadku.
2. Udostępniamy następujące typy Modułu – Ubezpieczenie Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku:
   a. Indywidualny,
   b. Partnerski,
   c. Rodzinny.
   Ubezpieczający może wybrać wszystkie lub wybrane typy Modułu, które będą dostępne do wyboru przez Ubezpieczonych w ramach Umowy.
3. Z tytułu Zdarzenia wypłacimy Świadczenie pieniężne w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia.
4. Suma ubezpieczenia z tytułu zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wynosi 50.000 zł
5. W ramach Modułu zapewniamy ochronę ubezpieczeniową na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

§2 Jak wskazać Uprawnionych do otrzymania Świadczenia?

1. Ubezpieczony może wskazać Uprawnionego do otrzymania Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego zarówno przed przystąpieniem do Umowy obejmującej Moduł, jak i w każdym momencie trwania ochrony ubezpieczeniowej w ramach Modułu na podstawie Umowy. W każdym momencie trwania ochrony ubezpieczeniowej w ramach Modułu Ubezpieczony ma prawo zmienić lub odwołać wskazanie Uprawnionego oraz zmienić przysługujący Uprawnionemu procent Świadczenia.
2. Ubezpieczony może wskazać nam jedną lub kilka osób Uprawnionych do otrzymania Świadczenia wynikającego z Modułu oraz wskazać procent ich udziału w Świadczeniu.
3. Ubezpieczony wskazuje Uprawnionego, składając nam wniosek o wskazanie lub zmianę Uprawnionego. Zmiana dotycząca wskazania Uprawnionego obowiązuje od następnego dnia po złożeniu wniosku.
4. W przypadku śmierci Uprawnionego lub utraty przez niego prawa do Świadczenia, jego prawo do Świadczenia przejmują pozostałe osoby wskazane jako Uprawnione (jeżeli było wskazanych więcej osób, niż jedna), proporcjonalnie do przyznanego im procentowego udziału w Świadczeniu.
5. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uprawnionych lub wszyscy Uprawnieni zmarli przed datą śmierci Ubezpieczonego lub utracili prawo do Świadczenia, wówczas Uprawnionymi stają się:
   a. małżonek, a w przypadku jego braku;
   b. dzieci (w częściach równych), a w przypadku ich braku;
   c. rodzice (w częściach równych), a w przypadku ich braku;
   d. rodzeństwo (w częściach równych), a w przypadku ich braku;
   e. inni spadkobiercy wynikający z przepisów prawa, z wyłączeniem gminy i Skarbu Państwa.

§3 Jak skorzystać z Ubezpieczenia Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku?

1. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wypłacimy Uprawnionemu.
2. Świadczenie wynikające z niniejszego Modułu wypłacimy Uprawnionemu po dostarczeniu nam:
   a. kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o realizację Świadczenia;
   b. kopii aktu zgonu Ubezpieczonego;
   c. kopii protokołu policji/prokuratury lub postanowienie sądu opisujące przebieg Nieszczęśliwego wypadku będących w posiadaniu Ubezpieczonego.
3. Dokumenty wymienione w ust. 2 mogą być nam przekazane w formie
   a. pisemnej – poprzez osobiste dostarczenie lub wysyłkę na adres: LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce, 02-678 Warszawa, ul. Szturmowa 2, z dopiskiem: Refundacja LMG
   b. elektronicznej – poprzez wysyłkę czytelnego skanu dokumentów na adres: roszczenia.ubezpieczenia@luxmed.pl
4. W określonych sytuacjach skorzystanie z ubezpieczenia w ramach Modułu nie będzie możliwe. Jest to związane wyjątkowymi sytuacjami ograniczenia naszej odpowiedzialności (opisanymi w §14 Części Ogólnej OWU i §4 niniejszego Modułu).
5. Po otrzymaniu zawiadomienia o Zdarzeniu postępujemy zgodnie z krokami opisanymi w §4 ust 2-5 Części Ogólnej OWU.

§4 Jakie są dodatkowe wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu?

Oprócz wyłączeń określonych w §14 Części Ogólnej OWU nasza odpowiedzialność w zakresie Modułu Ubezpieczenie Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku nie obejmuje lotniczych Nieszczęśliwych wypadków, w których Ubezpieczony uczestniczył w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nielicencjonowanych linii lotniczych.

Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia LUX MED - kod OWU G/006/2026/C

Spis treści

CZĘŚĆ I: ŚWIADCZENIE SZPITALNE 2
Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka Ortopedyczna 2
§1 Hospitalizacja 2
Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka Ortopedyczna Plus 2
§1 Hospitalizacja 2
§2 Opieka Doraźna 2
Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka w Chorobie 3
§1 Hospitalizacja 3
Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Pełna Opieka 9
§1 Hospitalizacja 9
§2 Opieka doraźna 11
§3 Konsultacje psychologiczne 11
§4 Świadczenia położniczo-neonatologiczne 12
CZĘŚĆ II: DODATKOWE ŚWIADCZENIA SZPITALNE DOSTĘPNE WE WSZYSTKICH WARIANTACH 12
§1 Opieka medyczna przed Hospitalizacją 12
§2 Opieka medyczna po Hospitalizacji 12
§3 Rehabilitacja 12
CZĘŚĆ III: SZPITALNY PRZEGLĄD ZDROWIA 13
CZĘŚĆ IV: KOORDYNACJA OPIEKI SZPITALNEJ 14

ZAKRES ŚWIADCZEŃ W RAMACH UBEZPIECZENIA SZPITALNEGO LUX MED, DLA GŁÓWNEGO UBEZPIECZONEGO, PARTNERA ORAZ PEŁNOLETNIEGO DZIECKA.

CZĘŚĆ I: ŚWIADCZENIE SZPITALNE

Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka Ortopedyczna

§1 Hospitalizacja

Hospitalizacja spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem (potwierdzona skierowaniem na zabieg lub operację będącymi konsekwencją urazu. Skierowanie powinno być wystawione w okresie do 90 dni od wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku)**.**
W zakres wchodzi:

1. **Ortopedia**
   a. obejmuje zabiegi operacyjne ortopedyczne, ortopedyczne materiały zespalające;
   b. nie obejmuje:
      I. endoprotez
      II. wydłużania kończyn;
      III. zabiegów osseointegracji;
      IV. operacji kręgosłupa;

Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka Ortopedyczna Plus

§1 Hospitalizacja

1. Zapewniamy Hospitalizację pilną oraz Hospitalizację planową w zakresie ortopedii:
   a. obejmuje zabiegi operacyjne ortopedyczne, w tym endoprotezy i ortopedyczne materiały zespalające;
   b. nie obejmuje:
      I. wydłużania kończyn;
      II. zabiegów osseointegracji;
      III. operacji kręgosłupa;

§2 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 (nie obejmuje lekarskich wizyt domowych);
   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 wizyt domowych oraz 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.

Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka w Chorobie

§1 Hospitalizacja

1. Zapewniamy Hospitalizację planową w zakresie Chorób wymienionych w Tabeli nr. 1.
2. Świadczenia nie obejmują leczenia w trybie pilnym w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.

Tabela nr. 1: Wykaz Chorób objętych ochroną ubezpieczeniową:

Obszar	Szczegółowy kod ICD-10	Definicja
Chirurgia ogólna	K44.9	**Przepuklina przeponowa** to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej w worku przepuklinowym do klatki piersiowej przez otwór w przeponie. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przepukliny przeponowej bez niedrożności lub zgorzeli obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K42.9	**Przepuklina pępkowa** to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej przez otwarty pierścień pępkowy. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przepukliny pępkowej bez niedrożności lub zgorzeli obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K43.9	**Przepuklina brzuszna** to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej w worku przepuklinowym poza jej ścianę. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przepukliny brzusznej bez niedrożności lub zgorzeli obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K40.9	**Przepuklina pachwinowa jednostronna** to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej w worku przepuklinowym poza jej ścianę w okolicę pachwiny i kanału pachwinowego jednostronnie. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie jednostronnej przepukliny pachwinowej, bez niedrożności lub zgorzeli obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K40.2	**Przepuklina pachwinowa obustronna** to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej w worku przepuklinowym poza jej ścianę w okolicę pachwiny i kanału pachwinowego obustronnie. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie obustronnej przepukliny pachwinowej, bez niedrożności lub zgorzeli obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K41.2	**Przepuklina udowa obustronna** to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej w worku przepuklinowym poza jej ścianę przez kanał udowy obustronnie. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie obustronnej przepukliny udowej, bez niedrożności lub zgorzeli obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K41.9	**Przepuklina udowa jednostronna** to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej w worku przepuklinowym poza jej ścianę przez kanał udowy jednostronnie. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie jednostronnej lub nieokreślonej przepukliny udowej bez niedrożności lub zgorzeli obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	E 04.0 E04.1 E04.2	**Wole tarczycy** to objaw choroby tarczycy, w którym najczęściej dochodzi do jej powiększenia lub obecności guzków. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie wola nietoksycznego rozlanego, guzka tarczycy pojedynczego, wola wieloguzkowego tarczycy oraz innego

	E04.8	określonego wola obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	E21.0 E21.1 E21.2 E21.4	**Nadczynność przytarczyc** polega na nadmiernym wydzielaniu parathormonu (PTH) przez komórki przytarczyc, które zaburza gospodarkę wapniową. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie nadczynności pierwotnej, wtórnej, innej oraz innych określonych chorób przytarczyc obejmujące leczenie operacyjnie odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	I84.0 I84.2 I84.3 I84.5 I84.6 I84.9	**Guzy krwawnicze odbytu (żylaki odbytu, choroba hemoroidalna)** to powiększenie jamistych, tętniczo-żylnych struktur w kanale odbytu zwanych guzkami krwawniczymi. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie żylaków odbytu wewnętrznych oraz zewnętrznych zarówno zakrzepowych jak i bez innych powikłań obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K25.7	**Wrzód żołądka** to powtarzające się trawienne wrzody (ograniczone ubytki błony śluzowej z naciekiem zapalnym i martwicą) występujące w żołądku. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie wrzodów żołądka obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K28.7	**Wrzód żołądka i jelita czczego** to powtarzające się trawienne wrzody (ograniczone ubytki błony śluzowej z naciekiem zapalnym i martwicą) występujące w żołądku i jelicie czczym. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie wrzodów obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K26.7	**Wrzód dwunastnicy** to powtarzające się trawienne wrzody (ograniczone ubytki błony śluzowej z naciekiem zapalnym i martwicą) występujące w dwunastnicy. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie wrzodów dwunastnicy obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K57.1 K57.3 K57.5 K57.9	**Choroba uchyłkowa (uchyłki) jelit** to uwypuklenia błony śluzowej jelit na zewnątrz ich ściany. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie choroby uchyłkowej jelita cienkiego lub jelita grubego bez objawów ostrego zapalenia, przedziurawienia lub ropnia obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K63.5	**Polip jelita grubego** to rozrost łagodny błony śluzowej w kształcie uwypuklenia do światła jelita. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie polipów uszypułowanych lub nieuszypułowanych okrężnicy obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K50.0 K50.1 K50.8	**Choroba Leśniowskiego i Crohna (ChLC)** jest pełnościennym zapaleniem przewodu pokarmowego z charakterystycznymi zapalnymi zmianami odcinkowymi. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie zapalenia dotyczącego jelita cienkiego i grubego obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K51.0 K51.1	**Wrzodziejące zapalenie jelita** to zapalenie błony śluzowej przewodu pokarmowego pod postacią nadżerek lub owrzodzeń w cięższych przypadkach. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie

	K51.2 K51.3 K51.8 K51.9	zapalenia jelita cienkiego i grubego, krętego i grubego, prostnicy, prostnicy i esicy, innego i nieokreślonego zapalenia jelita grubego obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K80.2 K80.5	**Kamica żółciowa** to stan, w którym w pęcherzyku żółciowym i/lub drogach żółciowych występują nierozpuszczalne złogi zbudowane z substancji chemicznych, które znajdują się w żółci. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie kamicy żółciowej bez objawów ostrego zapalenia obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K81.1	**Zapalenie pęcherzyka żółciowego** to stan zapalny pęcherzyka żółciowego spowodowany przede wszystkim kamicą żółciową. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przewlekłego zapalenie pęcherzyka żółciowego bez objawów ostrego zapalenia obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia naczyniowa	I83.9	**Żylaki kończyn dolnych** to wydłużenie i poszerzenie żyły, które prowadzi do jej krętego przebiegu. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie żylaków kończyn dolnych bez owrzodzenia i zapalenia obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym. Dodatkowo nie obejmuje pajączków żylnych tzw. teleangiektazji i żylaków siatkowatych.
Okulistyka	H26.0 H26.1 H26.2 H26.3 H26.4 H26.8 H26.9	**Zaćma** to zmętnienie soczewki, powodujące pogorszenie ostrości widzenia. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie zaćmy dziecięcej, młodzieńczej i przedstarczej, urazowej, wikłającej, polekowej oraz stanów po zaćmie i innych określonych i nieokreślonych postaci zaćmy obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Okulistyka	H40.1 H40.2 H40.3 H40.4 H40.5 H40.6 H40.8 H40.9	**Jaskra** to postępujące uszkodzenie nerwu wzrokowego w wyniku wysokiego ciśnienia wewnątrzgałkowego, które prowadzi do ubytków w polu widzenia lub utraty wzroku. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie jaskry pierwotnej z otwartym i zamkniętym kątem przesączania, wtórnej oraz innych i nieokreślonych postacie jaskry obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Okulistyka	H00.0	**Jęczmień** to zapalenie bakteryjne (gronkowcowe) mieszka włosowego rzęsy. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie ropni powiek i czyraków powiek obejmujące leczenie zabiegowe odbywające się w trybie planowym.

Okulistyka	H00.1	**Gradówka** to jałowe zapalenie brzegu powiek. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie gradówki obejmujące leczenie zabiegowego odbywające się w trybie planowym.
Laryngologia	J35.0 J35.1 J35.2 J35.3	**Przerost migdałków** to przewlekłe powiększenie się migdałków. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przerostu migdałków podniebiennych, gardłowego, przewlekłego zapalenia migdałków, innych przewlekłych chorób migdałków obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Laryngologia	J34.2	**Skrzywienie przegrody nosowej** to zniekształcenie w obrębie jej sztywnego obramowania kostnego. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie skrzywienia obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Laryngologia	J34.3	**Przerost małżowin nosowych** to stan, w którym dochodzi do ich przewlekłego powiększenia. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przerostu małżowin, obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Laryngologia	J32.0 J32.1 J32.2 J32.3 J32.4 J32.8 J32.9	**Przewlekłe zapalenie zatok** to stan zapalny zatok trwający ponad 12 tygodni przy miernym nasileniu objawów takich jak: niedrożność/zatkanie/przekrwienie nosa, wydzielina z nosa, ból twarzy/rozpieranie, osłabienie lub utrata węchu. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przewlekłego zapalenia zatok szczękowych, czołowych, klinowych, komórek sitowych lub innych i nieokreślonych obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Laryngologia	J33.0 J33.1 J33.8 J33.9	**Polipy nosa i zatok** to rozrost łagodny błony śluzowej przewodów nosowych oraz zatok przynosowych, w kształcie uwypuklenia. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie polipów jamy nosowej, zatok oraz nieokreślonych polipów nosa obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Urologia	I86.1	**Żylaki powrózka nasiennego** to poszerzenie naczyń żylnych w górnym biegunie jądra. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie żylaków obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Urologia	N20.0 N20.1 N20.2	**Kamica nerki i moczowodu** to obecność złogów, które powstały w wyniku wytrącania się substancji chemicznych zawartych w moczu. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie kamicy nerki i moczowodu obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Urologia	N21.0 N21.1	**Kamica pęcherza moczowego i kamień w cewce moczowej** to obecność złogów, które powstały w wyniku wytrącania się substancji chemicznych zawartych w moczu. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie kamicy pęcherza moczowego i kamienia w cewce moczowej obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.

Urologia	N28.1	**Torbiele nerek** to przestrzenie w obrębie miąższu nerki wypełnione płynem, powstałe w wyniku poszerzenia cewek nerkowych, swoim wyglądem przypominające pęcherzyki. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie torbieli obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Urologia	N28.8	**Torbiele ujścia moczowodu** to poszerzenie odcinka moczowodu pod postacią rozdęcia tuż powyżej zwężenia moczowodu przy ujściu do pęcherza. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie torbieli obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Urologia	N35.0 N35.1 N35.8 N35.9	**Zwężenie cewki moczowej** to stan, w którym dochodzi do zmniejszenia światła cewki w wyniku stanów chorobowych lub urazów. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie zwężenia pourazowego, pozapalnego, innego i nieokreślonego obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Urologia	N40.1 N40.3 N40.6	**Przerost gruczołu krokowego** to powiększenie stercza o charakterze łagodnym. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie rozrostu, przerostu, powiększenia gruczołu obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Ginekologia	N84.0 N84.1 N84.2 N84.3 N84.8 N84.9	**Polipy żeńskich narządów rodnych** to rozrost łagodny ich błony śluzowej w kształcie uwypuklenia powyżej jej poziomu. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie polipów trzonu macicy, szyjki macicy, pochwy, sromu oraz innych części żeńskiego narządu rodnego i nieokreślonych obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Ginekologia	N81.1 N81.2 N81.3	**Wypadanie żeńskiego narządu rodnego** to zmiana położenia narządów miednicy, poniżej ich prawidłowego umiejscowienia, które skutkuje wypadaniem pochwy lub szyjki macicy lub macicy. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie wypadania macicy, pochwy zarówno częściowe jak i całkowite oraz dodatkowo obniżenie pęcherza moczowego obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym.
Ginekologia	D25.0 D25.1 D25.2 D25.9	**Mięśniaki** to nowotwory niezłośliwe macicy pochodzące z tkanki mięśniowej gładkiej, która buduje mięsień macicy. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie mięśniaków podśluzówkowych, śródściennych, surowiczych i nieokreślonych obejmujące leczenie operacyjnie odbywające się w trybie planowym.
Ginekologia	N75.0 N75.1	**Torbiel lub ropień gruczołu Bartholina** to zmiany powstałe w przebiegu jego stanu zapalnego wywołanego przez bakterie. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie torbieli oraz ropnia gruczołu obejmujące leczenie operacyjnie lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Ginekologia	N80.0 N80.1 N80.2	**Endometrioza (Gruczolistość)** to nieprawidłowe występowanie komórek błony śluzowej trzonu macicy (endometrium) poza właściwą strukturą jaką jest jamą macicy. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie endometriozy macicy, jajnika, jajowodu, miednicy mniejszej, przegrody odbytniczo-pochwowej, pochwy, jelita, blizny skórnej, innych lokalizacji i

	N80.3 N80.4 N80.5 N80.6 N80.8 N80.9	nieokreślonej obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Ginekologia	N82.0 N82.1 N82.2 N82.3 N82.4 N82.5 N82.8 N82.9	**Przetoki żeńskich narządów rodnych** to nieprawidłowe połączenie narządu rodnego z innym narządem, które powstało na skutek procesów chorobowych, również urazów. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przetoki pęcherzowo-pochwowej, między pochwą a jelitem cienkim, między pochwą a jelitem grubym, między żeńskim układem rozrodczym a skórą oraz innej przetoki między żeńskim układem rozrodczym a układem moczowym, jelitami obejmujące leczenie operacyjnie odbywające się w trybie planowym.
Ginekologia	N83.0 N83.1 N83.2 N83.6 N83.8	**Torbiel jajnika lub torbiel jajowodu** to występowanie w obrębie jajnika lub jajowodu nieprawidłowej przestrzeni z płynną treścią, otoczonej ścianą. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie pęcherzykowej torbieli jajnika, torbieli ciałka żółtego, innej i nieokreślonej torbieli jajnikowej oraz krwiaka jajowodu i innej i nieokreślonej torbieli jajowodu obejmujących leczenie operacyjnie odbywające się w trybie planowym.
Ginekologia	N39.3 N39.4	**Nietrzymanie moczu** to niekontrolowane, niezależne od woli/świadomej decyzji danej osoby, oddawanie moczu z pęcherza moczowego. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie nietrzymania moczu wysiłkowego oraz innego określonego nietrzymania moczu obejmujące leczenie operacyjnie odbywające się w trybie planowym.
Kardiologia inwazyjna	I25.0	**Przewlekła choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa)** rozumiana w ramach umowy jako przewlekłe stany niedokrwienia mięśnia sercowego na tle przewężenia tętnic wieńcowych. W zakresie umowy zrealizujemy wyłączenie leczenie stanów niedokrwienia mięśnia sercowego obejmujące leczenie zabiegowe (angioplastyka, koronarografia) odbywające się w trybie planowym.
Kardiologia inwazyjna	I47.1 I47.2	**Częstoskurcz napadowy** to każdy nieutrwalony rytm serca o częstotliwości >100/min. W zakresie umowy zrealizujemy wyłączenie leczenie częstoskurczu napadowego nadkomorowego i komorowego obejmujące leczenie zabiegowe (ablacja) odbywające się w trybie planowym.
Kardiologia inwazyjna	I48.0 I48.1 I48.3	**Migotanie przedsionków** to nieskoordynowane pobudzenie przedsionków serca objawiające się szybką, niemiarową czynnością serca, często powodującą uczucie kołatania w klatce piersiowej. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie migotania napadowego, przetrwałego, utrwalonego, typowego, atypowego oraz nieokreślonego obejmujące leczenie zabiegowe (ablacja) i odbywające się w trybie planowym.

Neurochirurgia	M51.1 M51.2 M51.3 M51.4 M51.8	**Dyskopatia** to zmiany zwyrodnieniowe rozwijające się w obrębie krążka międzykręgowego z uwypukleniem jądra miażdżystego. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie zabiegowe krążków międzykręgowych piersiowych, lędźwiowo-krzyżowych i oraz termolezję nerwów rdzeniowych okolicy lędźwiowej, bez ingerencji w ośrodkowy układ nerwowy i odbywające się w trybie planowym.
Neurochirurgia	M47.8	**Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa** to zużycie i zniekształcenie kręgów i stawów międzykręgowych. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie operacyjne krążków międzykręgowych szyjnych, piersiowych, lędźwiowo-krzyżowych bez ingerencji w ośrodkowy układ nerwowy i odbywające się w trybie planowym.
Neurochirurgia	M50.2 M50.3 M50.8	**Dyskopatia** to zmiany zwyrodnieniowe rozwijające się w obrębie krążka międzykręgowego z uwypukleniem jądra miażdżystego. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie operacyjne krążków międzykręgowych szyjnych, bez ingerencji w ośrodkowy układ nerwowy i odbywające się w trybie planowym.
Neurochirurgia	M48.0	**Zespół wąskiego kanału kręgowego** to zespół objawów neurologicznych, powstających wskutek uszkodzenia włókien korzeni nerwowych biegnących w kanale kręgowym tworzących ogon koński wskutek dyskopatii. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie operacyjne krążków międzykręgowych lędźwiowo-krzyżowych, bez ingerencji w ośrodkowy układ nerwowy i odbywające się w trybie planowym.
Neurochirurgia	M54.3	**Rwa kulszowa** to zespół bólowy wywodzący się najczęściej z dolnej części kręgosłupa wywoływany przez ucisk wywierany na nerw kulszowy lub tworzące go nerwy rdzeniowe. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie operacyjne krążków międzykręgowych lędźwiowo-krzyżowych w tym termolezję nerwów rdzeniowych okolicy lędźwiowej, bez ingerencji w ośrodkowy układ nerwowy i odbywające się w trybie planowym.

Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Pełna Opieka

§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. 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;
      II. usuwania znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków oraz kępek żółtych;
      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;
III. operacji kręgosłupa

3. **Chirurgia ogólna**
   a. obejmuje zabiegi operacyjne z zakresu chirurgii ogólnej;
   b. nie obejmuje:
      I. chirurgicznego leczenia otyłości;
      II. zabiegów chirurgicznych klatki piersiowej (tj. torakochirurgiczych);
      III. usuwania znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków oraz kępek żółtych.

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;
   c. usuwania znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków.

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
      V. usuwania znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków oraz kępek żółtych

9. **Neurochirurgia kręgosłupa**
   a. obejmuje zabiegi neurochirurgiczne krążków kręgosłupa oraz termolezję;
   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. **Chirurgia onkologiczna**
    a. obejmuje:
       I. leczenie chirurgiczne zmian nowotworowych, w tym: plastyczną rekonstrukcję piersi po mastektomii;

II. zabiegi profilaktyczne ze wskazań onkologicznych obejmujące owariektomię i mastektomię 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 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 Przychodni lub Szpitalu wskazanym przez nas;
   c. wydanie zaleceń odnośnie dalszego trybu postępowania zachowawczego;
   d. transport do szpitala;
   e. organizację do 3 wizyt lekarskich jako kontynuację procesu leczniczego w terminie do 30 dni liczonych od pierwszej wizyty w ramach Opieki doraźnej i mających bezpośredni związek z usługami zrealizowanymi w jej trakcie.

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 wizyt domowych oraz 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.

§3 Konsultacje psychologiczne

Dla Ubezpieczonych ze zdiagnozowanym nowotworem złośliwym, korzystających ze Świadczenia Hospitalizacji w obszarze Chirurgii onkologicznej, 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.

§4 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 Ciąży
   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.

CZĘŚĆ II: DODATKOWE ŚWIADCZENIA SZPITALNE DOSTĘPNE WE WSZYSTKICH WARIANTACH

§1 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:
   a. prowadzenia ciąży
   b. leczenia ambulatoryjnego w tym zabiegów, badań jeżeli podczas kwalifikacji lekarz nie zdecyduje o konieczności hospitalizacji.

§2 Opieka medyczna po Hospitalizacji

1. Opieka po Hospitalizacji obejmuje 8 wizyt kontrolnych we wskazanej przez nas placówce medycznej. Służą one monitorowaniu efektów przeprowadzonego zabiegu i procesu powrotu do zdrowia realizowane w okresie do 60 dni od wypisu ze Szpitala lub do zakończenia okresu rehabilitacji wskazanego w §3 poniżej.

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.

§3 Rehabilitacja

1. Rehabilitacja po Hospitalizacji obejmuje:
   a. niezbędne zabiegi z zakresu fizykoterapii i kinezyterapii wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego po zabiegach ortopedycznych, przez okres do 12 tygodni od daty wypisu ze szpitala;

b. niezbędne zabiegi z zakresu fizykoterapii i kinezyterapii wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego po zabiegach neurochirurgicznych przez okres do 12 tygodni od daty wypisu ze szpitala;
c. niezbędne zabiegi z zakresu drenażu limfatycznego po zabiegach chirurgicznych (np. mastektomii) wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego do 12 tygodni od daty wypisu ze szpitala;
d. badania obrazowe niezbędne do monitorowania przebiegu postępów rehabilitacji;
e. wizytę lekarską podsumowującą okres rehabilitacji.

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. falę ultradźwiękową);
c. rehabilitacji zleconej podczas kwalifikacji, ale koniecznej do wykonania przed przeprowadzeniem zabiegu.

4. Rehabilitację zapewniamy wyłącznie w odniesieniu do Świadczenia przeprowadzonego w ramach Umowy.

CZĘŚĆ III: SZPITALNY PRZEGLĄD ZDROWIA
(dostępny w wariancie Opieka Ortopedyczna Plus oraz Pełna Opieka)

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

2. W zależności od oficjalnych wytycznych, w tym wytycznych wewnętrznych Szpitala związanych z sytuacją epidemiczną, wykonanie Szpitalnego przeglądu 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 Przeglądu. Test finansujemy i udostępnimy przed planowanym Przeglądem.

3. Szczegółowy zakres świadczeń, zależy od płci i wieku ubezpieczonego:

Szpitalny Przegląd Zdrowia dla kobiety do 40 roku życia	
• Pomiar ciśnienia • Pomiar wzrostu i wagi • Mocz – badanie ogólne • Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny • Badania laboratoryjne: OB./ESR, Transaminaza ALT, GGTP, Kreatynina, TSH, FT4, HCV Ab przeciwciała, HBS antygen, kwas moczowy, lipidogram, D-dimery, glukoza na czczo, Witamina D3 metabolit 25 (OH), Sód, Potas, Grupa krwi, Ferrytyna	• 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 Przegląd Zdrowia dla kobiety w wieku 40 lat i więcej	
• Pomiar ciśnienia • Pomiar wzrostu i wagi • Mocz – badanie ogólne • Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny • Badania laboratoryjne: OB./ESR, Transaminaza ALT, GGTP, Kreatynina, TSH, FT4, HCV Ab przeciwciała, HBS antygen, kwas moczowy, lipidogram, Homocysteina, D-dimery, glukoza na czczo, HbA1C, Insulina/Insulina na czczo, Witamina D3 metabolit 25 (OH), Witamina B12, Wapń, Fosfor, Sód, Potas, Grupa krwi, FSH, Testosteron, Ferrytyna	• Badanie EKG – spoczynkowe • 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 Przegląd Zdrowia dla mężczyzny do 40 roku życia	
• Pomiar ciśnienia • Pomiar wzrostu i wagi • Mocz – badanie ogólne • Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny • Badania laboratoryjne: OB./ESR, Transaminaza ALT, GGTP, Kreatynina, TSH, FT4, HCV Ab przeciwciała, HBS antygen, kwas moczowy, lipidogram, D-dimery, glukoza na czczo, Witamina D3 metabolit 25 (OH), Sód, Potas, Grupa krwi, Testosteron	• PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA/PSA) • Badanie EKG – spoczynkowe • RTG klatki piersiowej • USG serca, jamy brzusznej, tarczycy, jąder, prostaty • Konsultacja internisty i urologa
Raport stanu zdrowia i zalecenia	

Szpitalny Przegląd Zdrowia dla mężczyzny w wieku 40 lat i więcej	
• Pomiar ciśnienia • Pomiar wzrostu i wagi • Mocz – badanie ogólne • Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny • Badania laboratoryjne: OB./ESR, Transaminaza ALT, GGTP, Kreatynina, TSH, FT4, HCV Ab przeciwciała, HBS antygen, kwas moczowy, lipidogram, Homocysteina, D-dimery, glukoza na czczo, HbA1C, Insulina/Insulina na czczo, Witamina D3 metabolit 25 (OH), Witamina B12, Wapń, Fosfor, Sód, Potas, Grupa krwi, Testosteron	• PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA/PSA) • Badanie EKG – spoczynkowe • RTG klatki piersiowej • USG serca, jamy brzusznej, tarczycy, jąder, prostaty • Konsultacja internisty, urologa i kardiologa
Raport stanu zdrowia i zalecenia	

4. Nie przeprowadzimy Szpitalnego przeglądu zdrowia, jeżeli Ubezpieczony ma stwierdzoną infekcję, jej podejrzenie lub inny rozstrój zdrowia, który może zaburzyć wyniki Świadczenia.
5. W przypadku wskazań medycznych, na wniosek Lekarza prowadzącego Szpitalny przegląd zdrowia możemy rozszerzyć zakres usług zrealizowanych podczas Przeglądu o dodatkowe badania, których łączny koszt nie przekroczy kwoty 1000 zł brutto.
6. W przypadku niestawienia się na Szpitalny przegląd zdrowia w uzgodnionym przez Ubezpieczonego z KOS terminie, mamy prawo do odmowy roszczenia
7. Możemy odstąpić od wykonania lub ograniczyć zakres Szpitalnego Przeglądu Zdrowia, w razie przeciwwskazań medycznych do wykonania określonych badań.

CZĘŚĆ IV: KOORDYNACJA OPIEKI SZPITALNEJ

1. Niezwłocznie po rozpoczęciu Okresu ochrony, przekażemy 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 Hospitalizacji:
   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 Hospitalizacji, a także przedstawienie planu opieki po udzieleniu Świadczenia;
   V. organizację transportu medycznego, jeżeli wynika on z potwierdzonych przez nas wskazań medycznych, który obejmuje transport kołowy:
      i. 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 i leczenie wykracza poza zakres naszej odpowiedzialności;
      ii. ze Szpitala do miejsca pobytu Ubezpieczonego.

e. koordynację opieki po Hospitalizacji, zgodnie z zaleceniami Lekarza:
   I. umówienie zleconych Ubezpieczonemu badań lub rehabilitacji;
   II. organizację transportu medycznego kołowego, jeżeli wynika on z potwierdzonych przez nas wskazań medycznych, który obejmuje transport kołowy:
      i. z miejsca pobytu Ubezpieczonego do Szpitala;
      ii. ze Szpitala do miejsca pobytu Ubezpieczonego.
   III. skompletowanie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.

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

Załącznik nr 2 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia LUX MED - kod OWU G/006/2026/C

Spis treści

CZĘŚĆ I: ŚWIADCZENIE SZPITALNE 2
Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka Ortopedyczna 2
§1 Hospitalizacja 2
Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka Ortopedyczna Plus 2
§1 Hospitalizacja 2
§2 Opieka Doraźna 2
Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka w Chorobie 3
§1 Hospitalizacja 3
Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Pełna Opieka 6
§1 Hospitalizacja 6
§2 Opieka Doraźna 7
CZĘŚĆ II: DODATKOWE ŚWIADCZENIA SZPITALNE DOSTĘPNE WE WSZYSTKICH WARIANTACH 8
§1 Opieka medyczna przed Hospitalizacją 8
§2 Opieka medyczna po Hospitalizacji 8
§3 Rehabilitacja 8
CZĘŚĆ III: KOORDYNACJA OPIEKI SZPITALNEJ 9

CZĘŚĆ I: ŚWIADCZENIE SZPITALNE

Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka Ortopedyczna

§1 Hospitalizacja

Hospitalizacja spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem (potwierdzona skierowaniem na zabieg lub operację będącymi konsekwencją urazu. Skierowanie powinno być wystawione w okresie do 90 dni od wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku). W zakres wchodzi:

1. **Ortopedia**
   a. obejmuje zabiegi operacyjne ortopedyczne i ortopedyczne materiały zespalające;
   b. nie obejmuje:
      I. endoprotez;
      II. wydłużania kończyn;
      III. zabiegów osseointegracji;
      IV. operacji kręgosłupa.

Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka Ortopedyczna Plus

§1 Hospitalizacja

1. Zapewniamy Hospitalizację pilną oraz Hospitalizację planową w zakresie ortopedii:
   a. obejmuje zabiegi operacyjne ortopedyczne, w tym endoprotezy i ortopedyczne materiały zespalające;
   b. nie obejmuje:
      I. wydłużania kończyn;
      II. zabiegów osseointegracji;
      III. operacji kręgosłupa.

§2 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 (nie obejmuje lekarskich wizyt domowych);
   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 wizyt domowych oraz 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.

Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka w Chorobie

§1 Hospitalizacja

1. Zapewniamy Hospitalizację planową: w zakresie Chorób wymienionych w Tabeli nr. 1.
2. Świadczenia nie obejmują leczenia w trybie pilnym w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.

Tabela nr. 1: Wykaz Chorób objętych ochroną ubezpieczeniową:

Obszar	Szczegółowy kod ICD-10	Definicja
Chirurgia ogólna	K44.9	**Przepuklina przeponowa** to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej w worku przepuklinowym do klatki piersiowej przez otwór w przeponie. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przepukliny przeponowej bez niedrożności lub zgorzeli obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym. Świadczenie nie obejmuje leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z aberracjami chromosomalnymi oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność oraz ich następstw.
Chirurgia ogólna	K42.9	**Przepuklina pępkowa** to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej przez otwarty pierścień pępkowy. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przepukliny pępkowej bez niedrożności lub zgorzeli obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym. Świadczenie nie obejmuje leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z aberracjami chromosomalnymi oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność oraz ich następstw.
Chirurgia ogólna	K43.9	**Przepuklina brzuszna** to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej w worku przepuklinowym poza jej ścianę. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przepukliny brzusznej bez niedrożności lub zgorzeli obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym. Świadczenie nie obejmuje leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z aberracjami chromosomalnymi oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność oraz ich następstw.
Chirurgia ogólna	K40.9	**Przepuklina pachwinowa jednostronna** to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej w worku przepuklinowym poza jej ścianę w okolicę pachwiny i kanału pachwinowego jednostronnie. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie jednostronnej przepukliny pachwinowej, bez niedrożności lub zgorzeli obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym. Świadczenie nie obejmuje leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z aberracjami chromosomalnymi oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność oraz ich następstw.
Chirurgia ogólna	K40.2	**Przepuklina pachwinowa obustronna** to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej w worku przepuklinowym poza jej ścianę w okolicę pachwiny i kanału pachwinowego obustronnie. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie obustronnej przepukliny pachwinowej, bez niedrożności lub zgorzeli obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym. Świadczenie nie obejmuje leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z aberracjami chromosomalnymi oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność oraz ich następstw.
Chirurgia ogólna	K41.2	**Przepuklina udowa obustronna** to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej w worku przepuklinowym poza jej ścianę przez kanał udowy obustronnie. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie obustronnej przepukliny udowej, bez niedrożności lub zgorzeli obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym. Świadczenie nie obejmuje leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z

		aberracjami chromosomalnymi oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność oraz ich następstw.
Chirurgia ogólna	K41.9	**Przepuklina udowa jednostronna** to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej w worku przepuklinowym poza jej ścianę przez kanał udowy jednostronnie. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie jednostronnej lub nieokreślonej przepukliny udowej bez niedrożności lub zgorzeli obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym. Świadczenie nie obejmuje leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z aberracjami chromosomalnymi oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność oraz ich następstw.
Chirurgia ogólna	E 04.0 E04.1 E04.2 E04.8	**Wole tarczycy** to objaw choroby tarczycy, w którym najczęściej dochodzi do jej powiększenia lub obecności guzków. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie wola nietoksycznego rozlanego, guzka tarczycy pojedynczego, wola wieloguzkowego tarczycy oraz innego określonego wola obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym. Świadczenie nie obejmuje leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z aberracjami chromosomalnymi oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność oraz ich następstw.
Chirurgia ogólna	E21.0 E21.1 E21.2 E21.4	**Nadczynność przytarczyc** polega na nadmiernym wydzielaniu parathormonu (PTH) przez komórki przytarczyc, które zaburza gospodarkę wapniową. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie nadczynności pierwotnej, wtórnej, innej oraz innych określonych chorób przytarczyc obejmujące leczenie operacyjnie odbywające się w trybie planowym. Świadczenie nie obejmuje leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z aberracjami chromosomalnymi oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność oraz ich następstw
Chirurgia ogólna	I84.0 I84.2 I84.3 I84.5 I84.6 I84.9	**Guzki krwawnicze odbytu (żylaki odbytu, choroba hemoroidalna)** to powiększenie jamistych, tętniczo-żylnych struktur w kanale odbytu zwanych guzkami krwawniczymi. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie żylaków odbytu wewnętrznych oraz zewnętrznych zarówno zakrzepowych jak i bez innych powikłań obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K25.7	**Wrzód żołądka** to powtarzające się trawienne wrzody (ograniczone ubytki błony śluzowej z naciekiem zapalnym i martwicą) występujące w żołądku. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie wrzodów żołądka obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K28.7	**Wrzód żoładka i jelita czczego** to powtarzające się trawienne wrzody (ograniczone ubytki błony śluzowej z naciekiem zapalnym i martwicą) występujące w żołądku i jelicie czczym. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie wrzodów obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K26.7	**Wrzód dwunastnicy** to powtarzające się trawienne wrzody (ograniczone ubytki błony śluzowej z naciekiem zapalnym i martwicą) występujące w dwunastnicy. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie wrzodów dwunastnicy obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.

Chirurgia ogólna	K63.5	**Polip jelita grubego** to rozrost łagodny błony śluzowej w kształcie uwypuklenia do światła jelita. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie polipów uszypułowanych lub nieuszypułowanych okrężnicy obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K50.0 K50.1 K50.8	**Choroba Leśniowskiego i Crohna (ChLC)** jest pełnościennym zapaleniem przewodu pokarmowego z charakterystycznymi zapalnymi zmianami odcinkowymi. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie zapalenia dotyczącego jelita cienkiego i grubego obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K51.0 K51.1 K51.2 K51.3 K51.8 K51.9	**Wrzodziejące zapalenie jelita** to zapalenie błony śluzowej przewodu pokarmowego pod postacią nadżerek lub owrzodzeń w cięższych przypadkach. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie zapalenia jelita cienkiego i grubego, krętego i grubego, prostnicy, prostnicy i esicy, innego i nieokreślonego zapalenia jelita grubego obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K80.2 K80.5	**Kamica żółciowa** to stan, w którym w pęcherzyku żółciowym i/lub drogach żółciowych występują nierozpuszczalne złogi zbudowane z substancji chemicznych, które znajdują się w żółci. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie kamicy żółciowej bez objawów ostrego zapalenia obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K81.1	**Zapalenie pęcherzyka żółciowego** to stan zapalny pęcherzyka żółciowego spowodowany przede wszystkim kamicą żółciową. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przewlekłego zapalenie pęcherzyka żółciowego bez objawów ostrego zapalenia obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym.
Laryngologia	J35.0 J35.1 J35.2 J35.3	**Przerost migdałków** to przewlekłe powiększenie się migdałków. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przerostu migdałków podniebiennych, gardłowego, przewlekłego zapalenia migdałków, innych przewlekłych chorób migdałków obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Laryngologia	J34.2	**Skrzywienie przegrody nosowej** to zniekształcenie w obrębie jej sztywnego obramowania kostnego. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie skrzywienia obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Laryngologia	J34.3	**Przerost małżowin nosowych** to stan, w którym dochodzi do ich przewlekłego powiększenia. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przerostu małżowin, obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Laryngologia	J32.0 J32.1 J32.2 J32.3	**Przewlekłe zapalenie zatok** to stan zapalny zatok trwający ponad 12 tygodni przy miernym nasileniu objawów takich jak: niedrożność/zatkanie/przekrwienie nosa, wydzielina z nosa, ból twarzy/rozpieranie, osłabienie lub utrata węchu. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przewlekłego zapalenia zatok szczękowych, czołowych, klinowych, komórek sitowych lub innych i

	J32.4 J32.8 J32.9	nieokreślonych obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Laryngologia	J33.0 J33.1 J33.8 J33.9	**Polipy nosa i zatok** to rozrost łagodny błony śluzowej przewodów nosowych oraz zatok przynosowych, w kształcie uwypuklenia. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie polipów jamy nosowej, zatok oraz nieokreślonych polipów nosa obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Urologia	I86.1	**Żylaki powrózka nasiennego** to poszerzenie naczyń żylnych w górnym biegunie jądra. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie żylaków obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Urologia	N47	**Stulejka** to bliznowate zwężenie ujścia napletka uniemożliwiające jego odprowadzenie poza rowek zażołędny prącia. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie nadmiaru napletka, stulejki i załupka obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Urologia	N43.0 N43.2 N43.4	**Wodniakiem jądra i powrózka nasiennego** nazywamy nagromadzenie się płynu w niezarośniętym wyrostku pochwowym otrzewnej lub pomiędzy osłonkami własnymi jądra. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie otorbionego wodniaka jądra, wodniaka powrózka nasiennego oraz innego wodniaka jądra obejmujące leczenie operacyjnie odbywające się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia wodniaków wrodzonych jąder i powrózków nasiennych.
Urologia	N20.0 N20.1 N20.2	**Kamica nerki i moczowodu** to obecność złogów, które powstały w wyniku wytrącania się substancji chemicznych zawartych w moczu. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie kamicy nerki i moczowodu obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Urologia	N21.0 N21.1	**Kamica pęcherza moczowego i kamień w cewce moczowej** to obecność złogów, które powstały w wyniku wytrącania się substancji chemicznych zawartych w moczu. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie kamicy pęcherza moczowego i kamienia w cewce moczowej obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.

Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Pełna Opieka

§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. 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;

II. usuwania znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków oraz kępek żółtych;
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;
      III. operacji kręgosłupa.

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);
      III. usuwania znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków oraz kępek żółtych

4. **Ginekologia**
   a. obejmuje zabiegi operacyjne z zakresu ginekologii dla Dzieci powyżej 16 roku życia;
   b. nie obejmuje:
      I. diagnostyki i leczenia zaburzeń płodności kobiecej oraz wspomaganego rozrodu;
      II. usuwania znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków.

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 § 4 Załącznika nr 1 do OWU - zakres Świadczeń dla Głównego Ubezpieczonego, Partnera i Pełnoletniego Dziecka.

§2 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 Przychodni lub Szpitalu wskazanym przez nas;
   c. wydanie zaleceń odnośnie dalszego trybu postępowania zachowawczego;
   d. transport do szpitala;
   e. organizację 3 wizyt lekarskich jako kontynuację procesu leczniczego w terminie do 30 dni liczonych od pierwszej wizyty w ramach Opieki doraźnej i mających bezpośredni związek z usługami zrealizowanymi w jej trakcie.

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 wizyt domowych oraz 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: DODATKOWE ŚWIADCZENIA SZPITALNE DOSTĘPNE WE WSZYSTKICH WARIANTACH

§1 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 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:
   a. prowadzenia ciąży;
   b. leczenia ambulatoryjnego w tym zabiegów, badań jeżeli podczas kwalifikacji lekarz nie zdecyduje o konieczności hospitalizacji.

§2 Opieka medyczna po Hospitalizacji

1. Opieka po Hospitalizacji obejmuje 8 wizyt kontrolnych we wskazanej przez nas placówce medycznej. Służą one monitorowaniu efektów przeprowadzonego zabiegu i procesu powrotu do zdrowia w okresie do 60 dni od wypisu ze Szpitala lub do zakończenia okresu rehabilitacji wskazanego w §3 poniżej.
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.

§3 Rehabilitacja

1. Rehabilitacja po Hospitalizacji obejmuje:
   a. niezbędne zabiegi z zakresu fizykoterapii i kinezyterapii wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego po zabiegach ortopedycznych przez okres do 12 tygodni od daty wypisu ze szpitala;
   b. badania obrazowe niezbędne do monitorowania przebiegu postępów rehabilitacji;
   c. wizytę lekarską podsumowującą okres rehabilitacji
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. falę ultradźwiękową);
   c. rehabilitacji zleconej podczas kwalifikacji, ale koniecznej do wykonania przed przeprowadzeniem zabiegu.
4. Rehabilitację zapewniamy wyłącznie w odniesieniu do Świadczenia przeprowadzonego w ramach Umowy.

CZĘŚĆ III: KOORDYNACJA OPIEKI SZPITALNEJ

1. Niezwłocznie po rozpoczęciu Okresu ochrony przekażemy 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 Hospitalizacji:
      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 Hospitalizacji, a także przedstawienie planu opieki po udzieleniu Świadczenia;
      V. organizację transportu medycznego. jeżeli wynika on z potwierdzonych przez nas wskazań medycznych, który obejmuje transport kołowy:
         i. 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 leczenie wykracza poza zakres naszej odpowiedzialności;
         ii. ze Szpitala do miejsca pobytu Ubezpieczonego.
   e. koordynację opieki po Hospitalizacji, zgodnie z zaleceniami Lekarza:
      I. umówienie zleconych Ubezpieczonemu badań lub rehabilitacji;
      II. organizację transportu medycznego, jeżeli wynika on z potwierdzonych przez nas wskazań medycznych, który obejmuje transport kołowy:
         i. z miejsca pobytu Ubezpieczonego do Szpitala;
         ii. ze Szpitala do miejsca pobytu Ubezpieczonego.
      III. skompletowanie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.

Załącznik nr 3 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia LUX MED - kod OWU G/006/2026/C

KLAUZULA OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO LMG FÖRSÄKRINGS AB S.A. ODDZIAŁ W POLSCE

Poniżej znajdziesz wszelkie niezbędne informacje dotyczące przetwarzania Twoich danych w ramach relacji biznesowych, w szczególności na potrzeby umożliwienia zawarcia umowy oraz zapewnienia kontaktów służbowych.

Kto jest administratorem moich danych?	Administratorem Twoich danych osobowych jest LMG Försäkrings AB S.A. z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Szwecja, Box 27093, działająca przez Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-678) przy ul. Szturmowej 2 (dalej jako „LMG").	
Z kim mogę się skontaktować w kwestiach związanych z przetwarzaniem moich danych osobowych?	We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem Twoich danych osobowych przez LMG możesz skontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych, Panią Katarzyną Pisarzewską pisząc na adres e-mail: daneosobowe@luxmed.pl.	
Jakie jest źródło moich danych – skąd są pozyskiwane?	Twoje dane osobowe są udostępniane bezpośrednio przez Ciebie lub przez Twojego pracodawcę bądź reprezentowany przez Ciebie podmiot. Twoje dane mogą być również niekiedy pozyskiwane ze źródeł publicznie dostępnych takich jak np. rejestr KRS czy CEIDG.	
Jaki jest zakres przetwarzanych przez LMG moich danych osobowych?	Przetwarzamy Twoje dane osobowe w zakresie imienia, nazwiska, numeru telefonu, adresu e-mail, stanowiska, nazwy reprezentowanego podmiotu oraz siedziby tego podmiotu. Jeżeli występujesz w roli pełnomocnika czy organu kontrahenta LMG albo jesteś wspólnikiem spółki cywilnej czy też osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, to LMG może przetwarzać Twoje dane osobowe w szerszym zakresie obejmującym także numer PESEL oraz wszelkie inne dane osobowe zawarte w publicznych rejestrach oraz w ramach przedstawionego pełnomocnictwa.	
Jaki jest cel i podstawa prawna przetwarzania moich danych osobowych?	Cel przetwarzania	Podstawa prawna (pełne nazwy aktów prawnych znajdziesz na końcu formularza)
	Kontaktujemy się z Tobą w bieżących sprawach lub udzielamy odpowiedzi na kierowane przez Ciebie do nas pytania lub sprawy. Zazwyczaj wykonujemy te czynności w ramach realizacji umowy pomiędzy LMG a Twoim pracodawcą lub reprezentowanym przez Ciebie podmiotem.	Art. 6 ust. 1 lit. f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, którym jest zapewnienie kontaktu w bieżących sprawach wynikających z prowadzonej przez LMG działalności.
	Jeżeli jesteś osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą albo wspólnikiem spółki cywilnej, to przetwarzamy Twoje dane w celu zawarcia i realizacji umowy, w tym także w ramach rozliczeń i zapewnienia bieżącej korespondencji służbowej.	Art. 6 ust. 1 lit. b RODO, tj. wykonanie umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub podjęcie działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy
	Jako administrator danych będący przedsiębiorcą mamy prawo do dochodzenia roszczeń z tytułu prowadzonej przez nas działalności gospodarczej, obrony przed tymi roszczeniami i tym samym przetwarzania Twoich danych w tym celu.	Art. 6 ust. 1 lit. 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 Twoich danych osobowych.	Art. 6 ust. 1 lit. c RODO, tj. wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (np. w ramach przepisów prawa podatkowego)

	Z racji tego, że pozostajemy ze sobą w stałych stosunkach gospodarczych, możemy w ramach łączącej nas współpracy przesyłać Ci informacje o naszej działalności, oferty czy inne treści informujące Ciebie o możliwości współpracy z LMG.	Art. 6 ust. 1 lit. f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, którym jest budowanie i utrzymywanie relacji z naszymi kontrahentami.
Komu przekazywane są moje dane osobowe?	Z uwagi na konieczność zapewnienia nam odpowiedniej organizacji np. w zakresie infrastruktury informatycznej czy bieżących sprawach dotyczących naszej działalności jako przedsiębiorcy, Twoje dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców: 1. dostawcom usług zaopatrujących LMG w rozwiązania techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające realizację naszych obowiązków oraz zarządzanie naszą organizacją (w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, firmom kurierskim i pocztowym), 2. dostawcom usług prawnych i doradczych oraz wspierających LMG w dochodzeniu należnych roszczeń (w szczególności kancelariom prawnym, firmom windykacyjnym).	
Czy moje dane są przekazywane poza Unię Europejską?	Z uwagi na to, że korzystamy z usług innych dostawców, np. w zakresie poczty elektronicznej, Twoje dane osobowe mogą być przekazywane poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego (na który składają się państwa członkowskie Unii Europejskiej oraz Norwegia, Islandia i Lichtenstein). Zapewniamy, że w takim przypadku przekazywanie danych odbywać się będzie w oparciu o stosowną umowę pomiędzy LMG a tym podmiotem, zawierającą standardowe klauzule ochrony danych przyjęte przez Komisję Europejską albo na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony danych osobowych.	
Przez jaki czas przetwarzane są moje dane osobowe?	Przetwarzamy Twoje dane osobowe przez okres łączącej nas współpracy czy też współpracy pomiędzy LMG a Twoim pracodawcą lub reprezentowanym przez Ciebie podmiotem a kolejno po jej zakończeniu przez okres przedawnienia roszczeń. Jeżeli Twoje dane osobowe były przetwarzane w ramach wypełnienia przez LMG obowiązków prawnych – przez okres wskazany w przepisach prawa. Po upływie wyżej wymienionych okresów Twoje dane są trwale usuwane lub poddawane anonimizacji.	
Czy podanie danych jest moim obowiązkiem?	Jeżeli podajesz nam swoje dane, odbywa się to na zasadzie dobrowolności. Niepodanie danych może jednak skutkować niemożnością udzielenia odpowiedzi na Twoje zapytanie lub przekazania Ci innych treści, o które nas prosisz, a niekiedy również brakiem możliwości zawarcia umowy z kontrahentem.	
Jakie mam prawa?	Jako administrator Twoich danych, zapewniamy Ci prawo dostępu do Twoich danych, możesz je również sprostować, żądać ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Możesz także skorzystać z uprawnienia do złożenia wobec LMG sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych oraz prawa do przenoszenia danych do innego administratora danych. Jeżeli chcesz skorzystać z któregokolwiek z tych uprawnień - skontaktuj się z nami pisząc na adres siedziby lub mailowo: daneosobowe@luxmed.pl. Informujemy także, że przysługuje Ci prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów o ochronie 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.	

Załącznik nr 4 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia LUX MED - kod OWU G/006/2026/C

KLAUZULA OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO LMG FÖRSÄKRINGS AB S.A. ODDZIAŁ W POLSCE

Poniżej znajdziesz wszelkie niezbędne informacje dotyczące przetwarzania Twoich danych osobowych w związku z objęciem Cię opieką ubezpieczeniową

Kto jest administratorem Twoich danych?	Administratorem Twoich danych osobowych przetwarzanych na potrzeby objęcia Cię 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 (02-678) przy ul. Szturmowej 2 (dalej jako my lub „Ubezpieczyciel"). W przypadku wyrażenia dodatkowej zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych lub w ramach otrzymywania od nas komunikacji marketingowej z wykorzystaniem adresu e-mail/i lub numeru telefonu, administratorem Twoich danych osobowych są podmioty z Grupy LUX MED, których lista znajduje się na stronie internetowej www.luxmed.pl w zakładce dane osobowe.
Z kim możesz się skontaktować w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych?	We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem Twoich danych osobowych przez nas możesz skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, Panią Katarzyną Pisarzewską pisząc na adres e-mail: daneosobowe@luxmed.pl.
Jakie jest źródło danych – skąd są pozyskiwane?	Objęcie opieką ubezpieczeniową odbywa się na podstawie umowy zawartej pomiędzy nami a Ubezpieczającym, który zgłasza Cię do opieki ubezpieczeniowej. W przypadku jeśli składasz deklarację poprzez platformę elektroniczną, Twoje dane osobowe w zakresie: • imienia • nazwiska • numeru PESEL (w przypadku braku data urodzenia) • adresu e-mail są przekazywane są nam przez Ubezpieczającego. Jeżeli jesteś współubezpieczonym, to powyższe dane są nam przekazywane przez Ubezpieczonego Głównego zgłaszającego Cię do opieki ubezpieczeniowej. W przypadku jeśli przystępujesz do opieki ubezpieczeniowej poprzez wypełnienie papierowej deklaracji, to deklaracja wraz z Twoimi pełnymi danymi osobowymi, które uzupełniasz w zakresie wskazanym w poniższym punkcie jest nam przekazywana za pośrednictwem podmiotu zgłaszającego Cię do opieki ubezpieczeniowej (nie dotyczy to kwestionariusza medycznego, który – o ile jest wymagany – jest nam dostarczany bezpośrednio przez Ciebie). Pozostałe dane niezbędne do zapewnienia Ci możliwości realizacji objętych ubezpieczeniem świadczeń podajesz nam sam korzystając z opieki ubezpieczeniowej.
Jaki jest zakres danych osobowych, które przetwarzamy?	Przetwarzamy dane osobowe w zakresie niezbędnym do weryfikacji Twojej tożsamości, przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz realizacji świadczeń objętych ubezpieczeniem. Zakres przetwarzanych przez nas danych obejmuje: • imię i nazwisko • numer PESEL • płeć • datę urodzenia • adres zamieszkania • główną miejscowość opieki W przypadku jeśli jesteś obcokrajowcem dodatkowo poprosimy Cię o: • obywatelstwo • numer paszportu Aby umożliwić Ci złożenie deklaracji przystąpienia do opieki ubezpieczeniowej za pośrednictwem platformy elektronicznej oraz usprawnić późniejszy proces świadczenia usług możemy również poprosić o Twój: • numer telefonu • adres e-mail W zależności od treści Umowy Ubezpieczenia, którą zawarł z nami Ubezpieczający możemy Cię poprosić o wypełnienie kwestionariusza medycznego, który jest elementem oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Znajdą się w nim pytania dotyczące Twojego: wieku, wagi, wzrostu, stanu zdrowia, informacji o wykonywanym zawodzie lub stanowisku służbowym wraz z jego charakterystyką oraz o Twoim pracodawcy. Będziemy mogli zwrócić się do Ciebie lub jeżeli udzielisz nam stosownego upoważnienia, to będziemy mogli się zwrócić do podmiotów leczniczych z których korzystałeś lub korzystasz w celu uzyskania Twojej dokumentacji medycznej, informacji o stanie Twojego zdrowia lub innych informacji koniecznych do podjęcia decyzji o realizacji świadczenia, prawidłowej jego koordynacji albo przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego w związku ze

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">zgłoszonym roszczeniem. Jeżeli do realizacji celów, o których mowa w zdaniu poprzednim, konieczne będzie uzyskanie Twojej dokumentacji medycznej, to poprosimy Cię o przekazanie nam jej kopii w niezbędnym zakresie bądź na podstawie udzielonej przez Ciebie zgody zwrócimy się do odpowiednich podmiotów leczniczych z wnioskiem o udostępnienie wskazanej dokumentacji.

Zgoda na przetwarzanie danych w celach marketingowych obejmuje wszelkie informacje dotyczące Ciebie, jakich nam udzieliłeś podczas współpracy z nami, w tym mogą być to dane identyfikacyjne takie jak: imię, nazwisko, płeć, data urodzenia, wiek, miejscowość, zakres ubezpieczenia. Zapewniamy jednak, że w ramach wykonywanych działań marketingowych w żadnym wypadku nie sięgamy do Twojej dokumentacji medycznej, którą nam przekazałeś lub którą pozyskujemy od podmiotów leczniczych na podstawie Twojego stosownego upoważnienia – dostęp do tych informacji mają jedynie upoważnione do tego osoby. W ramach wysyłki komunikacji marketingowej, na podstawie odrębnej zgody możemy wykorzystywać Twój adres e-mail/i lub numer telefonu.</td></tr>
<tr><td rowspan="6">Jaki jest cel przetwarzania Twoich danych osobowych?</td><td colspan="2">Przetwarzamy dane osobowe jako podmiot ubezpieczeniowy a celem tego przetwarzania jest ocena ryzyka ubezpieczeniowego oraz realizacja umowy ubezpieczeniowej, przez co rozumiemy:</td></tr>
<tr><td>Cel przetwarzania</td><td>Podstawa prawna
(pełne nazwy aktów prawnych znajdziesz na końcu formularza)</td></tr>
<tr><td>• Ustalenie Twojej tożsamości przed udzieleniem Ci świadczenia oraz umożliwienie nam realizacji umowy i kontakt z Tobą.
• Wykonanie oceny ryzyka ubezpieczeniowego przed zawarciem umowy oraz przetwarzanie danych osobowych w ramach jej wykonywania.
• Na podstawie odrębnie udzielonych przez Ciebie zgód na pozyskiwanie
• od podmiotów leczniczych, z których usług korzystałeś lub korzystasz Twojej dokumentacji medycznej oraz udostępnianie jej podmiotom leczniczym, które w ramach opieki ubezpieczeniowej mają świadczyć usługi medyczne.. LMG przetwarza także informacje o stanie Twojego zdrowia zawarte w przedmiotowej dokumentacji.</td><td>art. 6 ust. 1 lit. b RODO w zw. z art. 41 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.</td></tr>
<tr><td>• Jeżeli podzieliłeś się z nami swoją opinią na temat świadczeń lub złożyłeś reklamację, możemy przetwarzać Twoje dane osobowe w celu rozpatrzenia zgłoszenia oraz udzielenia na nie odpowiedzi.</td><td>art. 6 ust. 1 lit. f Rozporządzenia, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, jakim jest rozpatrzenie roszczeń reklamacyjnych obraz obrona interesów Ubezpieczyciela</td></tr>
<tr><td>• Jako administrator danych będący przedsiębiorcą mamy prawo do dochodzenia roszczeń z tytułu prowadzonej przez nas działalności gospodarczej i przetwarzania Twoich danych w tym celu.</td><td>art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, którym jest dochodzenie naszych roszczeń i obrona naszych praw.</td></tr>
<tr><td>• 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.</td><td>art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.</td></tr>
<tr><td>• Jeżeli wyraziłeś zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych, to możemy przetwarzać Twoje dane osobowe w celu kierowania do Ciebie komunikacji marketingowej dotyczącej działalności Grupy LUX MED, takiej 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 również Twoje dane osobowe pozyskane w trakcie współpracy z nami w celach marketingowych. W ramach tej zgody</td><td>art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia (dobrowolnie wyrażona zgoda)</td></tr>
</table>

	możemy także dokonywać tzw. profilowania, które polega na automatycznej ocenie niektórych czynników osobowych, które Cię dotyczą. Celem profilowania prowadzonego przez LUX MED jest dobranie odpowiednich treści materiałów, które Ci przekazujemy (marketingowych, promocyjnych).	
Czy Twoje dane są przetwarzane w sposób zautomatyzowany?	W ramach prowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, możemy przetwarzać Twoje dane osobowe (w tym dane szczególnej kategorii w zakresie stanu zdrowia) zawarte w uzupełnionej przez Ciebie deklaracji, jak również kwestionariuszu medycznym i będzie się to odbywać w sposób zautomatyzowany, w tym poprzez profilowanie. Oznacza to, że Twoje dane osobowe będą przetwarzane przez system informatyczny bez udziału człowieka, a proces ten skutkować będzie decyzją w zakresie przyjęcia Twojej deklaracji czy też przyporządkowania Cię do konkretnego planu ubezpieczeniowego. Podstawą prawną takiego działania po stronie LMG są przepisy regulujące naszą działalność jako podmiotu ubezpieczeniowego. Informujemy jednak, że masz prawo nie podlegać decyzji opartej o zautomatyzowane przetwarzanie danych osobowych.	
Komu przekazujemy Twoje dane osobowe?	Dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców w związku z prowadzoną przez nas działalnością: • 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 nas z tytułu umowy, • podmiotom leczniczym wykonującym opiekę zdrowotną w ramach Umowy Ubezpieczenia oraz innym podmiotom leczniczym, z których usług korzystasz, • podmiotom koordynującym w naszym imieniu udzielanie świadczeń zdrowotnych i świadczenie usług objętych Umową Ubezpieczenia. • jeżeli posiadany przez Ciebie pakiet opieki zdrowotnej uprawnia Cię do skorzystania z modułu „Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą", to Twoje dane osobowe zostaną przekazane odpowiednim specjalistom realizującym konsultacje w tym zakresie. W ramach procesu koordynacji udzielania świadczeń, Twoja dokumentacja medyczna, którą nam przekazałeś lub którą pozyskaliśmy na podstawie Twojej zgody, może zostać udostępniona przez LMG podmiotom leczniczym z których usług korzystasz, za pośrednictwem przydzielonego Tobie koordynatora wspierającego proces Twojej hospitalizacji i leczenia.	
Czy Twoje dane są przekazywane do państw trzecich?	Z uwagi na to, że korzystamy z usług innych dostawców, np. w zakresie struktury teleinformatycznej, Twoje dane osobowe 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 LMG a tym podmiotem, zawierającej standardowe klauzule ochrony danych przyjęte przez Komisję Europejską lub na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony danych. LMG każdorazowo gwarantuje, że przeprowadza odpowiednią weryfikację zapewnienia zgodności i bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych przez dostawcę usług, któremu przekazywane są dane osobowe.	
W jaki sposób LMG może profilować Twoje dane?	Profilowanie polega na tym, że możemy tworzyć profile preferencji w oparciu o informacje o Tobie, i tym samym w oparciu o nie, dostosowywać nasze usługi i treści jakie oni od nas otrzymujesz – przetwarzanie danych osobowych w ramach tego procesu odbywa się na podstawie wyrażonej przez Ciebie zgody marketingowej. Zapewniamy, że w ramach tego procesu nie przetwarzamy danych osobowych w sposób w pełni automatyczny, bez ingerencji człowieka.	
Przez jaki czas przetwarzane są Twoje dane osobowe?	Przechowujemy dane osobowe przez okres trwania umowy, a następnie przez okres przedawnienia roszczeń wynikający z przepisów prawa cywilnego. Wszelkie dane przetwarzane na potrzeby rachunkowości oraz podatkowe przetwarzamy przez 5 lat liczonych od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy. Jeżeli wyraziłeś zgodę na przetwarzanie danych w celach marketingowych, przetwarzamy Twoje dane od chwili wyrażenia zgody do czasu jej cofnięcia. Po upływie wyżej wymienionych okresów dane osobowe są usuwane lub poddawane anonimizacji.	
Czy podanie danych jest obowiązkiem?	Przystąpienie do ubezpieczenia jest w pełni dobrowolne, jednakże jako ubezpieczyciel jesteśmy zobowiązani do oznaczenia Twojej tożsamości 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. Numer telefonu przekazywany jest na zasadzie dobrowolności – brak tej informacji nie ma wpływu na możliwość korzystania z naszych usług, lecz znacznie utrudni nam to kontakt z osobą uprawnioną w procesie realizacji umowy. 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.
Jakie prawa Ci przysługują?	Jako administrator danych, zapewniamy Ci prawo dostępu do Twoich danych, jak również prawo do ich sprostowania, żądania ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Możesz również skorzystać z uprawnienia do złożenia wobec nas sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych oraz prawa do przenoszenia danych do innego administratora danych. Celem skorzystania z któregokolwiek z tych uprawnień, skontaktuj się z nami poprzez infolinię, za pośrednictwem formularza zawartego na stronie internetowej lub pisząc bezpośrednio do naszego Inspektora Ochrony Danych. Informujemy także, że przysługuje Ci 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.

Załącznik nr 5 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia LUX MED - Kod OWU G/006/2026/C

STANDARDOWE KLAUZULE OBOWIĄZUJĄCE W UMOWACH UBEZPIECZENIA ZAWIERANYCH PRZEZ LMG FÖRSÄKRINGS AB SPÓŁKA AKCYJNA ODDZIAŁ W POLSCE

§1 Postanowienia ogólne

1. Poniższe klauzule stanowią integralną część grupowej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia LUX MED – kod OWU nr G/006/2026/C (zwanej dalej „**Umową**") zawartej przez **Ubezpieczającego** z LMG Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie, w Szwecji, działającą w Polsce poprzez oddział: LMG Försäkrings AB Spółka Akcyjna Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, KRS 395438 (zwaną dalej „**Ubezpieczycielem**"). Ubezpieczający i Ubezpieczyciel zwani dalej łącznie „**Stronami**" lub każdy z osobna „**Stroną**".
2. Każda ze Stron oświadcza, że jej zobowiązania i oświadczenia, w tym m.in. gwarancje lub zapewnienia zawarte w niniejszym załączniku, pozostaną odpowiednio w mocy i będą aktualne przez cały okres obowiązywania Umowy.
3. Naruszenie przez Stronę którejkolwiek z klauzul niniejszego załącznika przez niewykonanie (w całości lub części) zobowiązania lub złożenie oświadczenia, które okazałoby się w jakimkolwiek stopniu niezgodne ze stanem faktycznym, oznaczać będzie (i) utratę zaufania do Strony, która naruszyła takie zobowiązanie lub złożyła takie niezgodne ze stanem faktycznym oświadczenie („**Strona naruszająca**"), (ii) rażące naruszenie postanowień Umowy oraz (iii) ważny powód uzasadniający wypowiedzenie umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela niebędącego Stroną naruszającą; w takim przypadku druga Strona („**Strona uprawniona**") będzie uprawniona do rozwiązania Umowy ze skutkiem natychmiastowym, z winy Strony naruszającej albo wypowiedzenia Umowy z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, a także dochodzenia odszkodowania za szkody poniesione wskutek niezgodnego z prawem lub dobrymi obyczajami działania lub zaniechania Strony naruszającej.
4. Wybór uprawnienia, o którym mowa w ust. 3 powyżej, jak również decyzja odnośnie do jego zastosowania do Umowy należy do wyłącznej decyzji Strony uprawnionej.
5. W przypadku wykonania przez Stronę uprawnioną któregokolwiek z uprawnień, o których mowa powyżej, Stronie naruszającej nie przysługują żadne roszczenia w stosunku do Strony uprawnionej (z wyłączeniem roszczeń odpowiednio o zwrot nadpłaconej składki za okres, w którym nie udzielono ochrony ubezpieczeniowej albo zapłaty składki za okres, przez który Ubezpieczyciel ponosił odpowiedzialność zgodnie z Umową).

§2 Klauzula antykorupcyjna

1. Każda Strona oświadcza, że jest jej wiadomym, iż druga Strona oraz spółki należące do Grupy kapitałowej drugiej Strony kierują się w swej działalności zasadami etycznego biznesu przewidującymi zero tolerancji dla zachowań korupcyjnych oraz wymagającymi od kontrahentów oraz podmiotów współpracujących ze spółkami należącymi do Grupy kapitałowej drugiej Strony obowiązku przestrzegania najlepszych praktyk, w tym przepisów prawa i dobrych obyczajów. „**Grupa kapitałowa LUX MED**", do której należy Ubezpieczyciel, oznacza LUX MED sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie posiadającą nr KRS 265353 (dalej „**LUX MED**") oraz spółki zależne LUX MED, przez co rozumie się: (i) podmioty, wobec których LUX MED jest spółką dominującą albo które są spółką dominującą wobec LUX MED w rozumieniu art. 4 § 1 pkt 4 ustawy z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych (dalej: „**KSH**") oraz (ii) podmioty powiązane z LUX MED w rozumieniu art. 4 § 1 pkt 5 KSH, oraz (iii) podmioty stanowiące wraz z LUX MED grupę kapitałową w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 44 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, oraz (iv) podmioty stanowiące wraz z LUX MED podatkową grupę kapitałową w rozumieniu art. 1a ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych. „**Grupa kapitałowa Ubezpieczającego**" oznacza Ubezpieczającego oraz spółki zależne Ubezpieczającego w rozumieniu wskazanych w niniejszym ustępie przepisów.
2. Każda Strona oświadcza, że w związku ze świadczeniem usług będących przedmiotem Umowy zobowiązuje się działać wyłącznie w zgodzie z prawem oraz dobrymi obyczajami. Każda Strona zobowiązuje się nie oferować ani nie dawać żadnych korzyści osobistych lub majątkowych w celu wpłynięcia na decyzję jakiekolwiek osoby fizycznej lub prawnej oraz nie brać udziału w jakichkolwiek porozumieniach lub ustaleniach, które miałyby na celu wpłynięcie na decyzję jakiekolwiek osoby fizycznej lub prawnej w sposób sprzeczny z prawem lub dobrymi obyczajami. Każda Strona zobowiązana jest przestrzegać wszelkich obowiązujących przepisów prawa, w tym przepisów antykorupcyjnych i jest zobowiązana powstrzymać się od jakichkolwiek działań, które mogłyby spowodować naruszenie przez drugą Stronę obowiązujących przepisów prawa lub utratę dobrego wizerunku drugiej Strony.
3. Nie ograniczając zobowiązań żadnej Strony określonych w niniejszym paragrafie, każda Strona niniejszym oświadcza i gwarantuje, że podczas realizacji Umowy na rzecz drugiej Strony:
   a. żadne płatności dokonane lub należne do zapłaty na jej rzecz nie zostały - i zobowiązuje się, że nie zostaną - zapłacone na rzecz jakiejkolwiek innej osoby, chyba że obowiązek zapłaty wynikał lub będzie wynikał z przepisów prawa lub istniejących, udokumentowanych zobowiązań podjętych przez nią w dobrej wierze,

b. nie zapłaciła, nie zaoferowała, nie podarowała ani nie obiecała zapłacić lub podarować, jak też nie upoważniła żadnej osoby do zapłaty lub podarowania, bezpośrednio lub pośrednio, jakichkolwiek pieniędzy lub wartości majątkowych w zamian za korzyści majątkowe lub wpłynięcie na decyzję o zakupie od niej towarów lub usług (w szczególności na decyzję o zawarciu Umowy).

4. W przypadku uzasadnionego podejrzenia, że druga Strona narusza postanowienia niniejszej klauzuli, Strona podejrzewająca będzie uprawniona do zweryfikowania dokumentacji związanej z realizacją Umowy, w tym dokumentacji księgowej, Strony podejrzewanej. Na żądanie Strony korzystającej z prawa do weryfikacji, która wraz z żądaniem przedłożyła listę dokumentów do weryfikacji, druga Strona ma obowiązek niezwłocznie, tj. nie później niż w ciągu 7 (siedmiu) dni roboczych, licząc od przedłożenia listy żądanych dokumentów, udostępnić Stronie żądającej ww. dokumentację w celu weryfikacji. Uzasadnienie podejrzenia o naruszeniu zobowiązań określonych w niniejszej klauzuli powinno być sporządzone na piśmie lub w formie dokumentowej w postaci e-mail, pod rygorem nieważności i przedłożone wraz z żądaniem weryfikacji i listą żądanych dokumentów.

§3 Klauzula społeczna

1. Każda Strona bezwzględnie wymaga od drugiej Strony poszanowania praw człowieka i traktowania pracowników z godnością i szacunkiem.
2. Każda Strona oświadcza, iż w żadnej ze swoich działalności nie korzysta i zobowiązuje się nie korzystać z pracy przymusowej bądź niewolniczej, pracy wynikającej z konieczności spłaty długu wobec pracodawcy ani pracy niedobrowolnej wykonywanej przez więźniów, a od pracowników rozpoczynających u niej zatrudnienie nigdy nie żądała i zobowiązuje się nie żądać złożenia w depozycie żadnych dokumentów ani wartości pieniężnych.
3. Każda Strona oświadcza, że w żadnej ze swoich działalności nie korzysta i zobowiązuje się nie korzystać z pracy wykonywanej przez dzieci. Każda Strona oświadcza, że są jej znane zasady, iż zatrudnienie osób młodocianych (poniżej 18 roku życia) jest możliwe wyłącznie w warunkach niezagrażających ich zdrowiu, a także wyłącznie w przypadku, gdy wiek młodocianego pracownika przekracza obowiązującą w danym kraju dolną granicę wieku zatrudnianych osób lub wiek zakończenia obowiązkowej edukacji, i zobowiązuje się przestrzegać tych zasad.
4. Każda Strona oświadcza, iż we wszystkich prowadzonych przez siebie działalnościach zapewnia i zobowiązuje się nadal zapewniać swoim pracownikom miejsce pracy, w którym zakazane są wszelkie formy prześladowania i dyskryminacji, takie jak dyskryminacja ze względu na przynależność rasową, kolor skóry, wiek, płeć, orientację seksualną, przynależność etniczną, niepełnosprawność, wyznanie, przynależność do organizacji politycznych, członkostwo w związku zawodowym czy stan cywilny. Każda Strona oświadcza, iż nie stosuje i zobowiązuje się nie stosować kar cielesnych ani okrutnych lub w inny sposób bezprawnych środków dyscyplinujących.
5. Każda Strona oświadcza, iż we wszystkich prowadzonych przez siebie działalnościach wynagradza i zobowiązuje się wynagradzać pracowników zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi wynagrodzeń.

§4 Klauzula dot. sankcji gospodarczych

1. Każda Strona oświadcza, że Umowa nie zobowiązuje i nie może zobowiązać drugiej Strony do wykonania jakiejkolwiek czynności, w tym między innymi do zapłaty za jakąkolwiek dostawę towarów lub usług w zakresie, w jakim miałaby ona naruszać sankcje handlowe lub gospodarcze nałożone na podstawie rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub przepisów ustawowych lub wykonawczych jakiejkolwiek jurysdykcji, której podlega druga Strona, w tym między innymi sankcje nałożone przez:
   a) Unię Europejską,
   b) Wielką Brytanię,
   c) USA,
   d) Polskę,
   w szczególności wszelkie sankcje wymienione lub możliwe do ustalenia na poniższych stronach:
   https://www.un.org/sc/suborg/en/sanctions/information
   https://sanctionssearchapp.ofsi.hmtreasury.gov.uk/
   https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/
   https://www.sanctionsmap.eu/#/main
   https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami
   (dalej „**Sankcje**" lub odpowiednio „**Sankcja**").
2. Jeżeli zajdzie potrzeba zapewnienia zgodności Umowy z przepisami nakładającymi Sankcje, każda Strona zastrzega sobie prawo do podjęcia wszelkich uzasadnionych działań, które - w jej ocenie - będą konieczne w celu zapewnienia zgodności z przepisami. Druga Strona przyjmuje do wiadomości, że może to ograniczyć, opóźnić lub uniemożliwić realizację wynikających z Umowy zobowiązań Strony podejmującej takie działania, i oświadcza, że wyraża na to zgodę.
3. Każda Strona oświadcza, że:

1) żaden z udziałów w jej kapitale zakładowym nie jest własnością (bezpośrednio lub pośrednio), ani nie jest nad nim sprawowana kontrola w jakikolwiek sposób, jak również nie został na nim ustanowiony zastaw ani użytkowanie na rzecz:
   a) według najlepszej wiedzy Strony - jakichkolwiek podmiotów sankcjonowanych (oznacza każdą osobę fizyczną lub każdy podmiot, w tym osobę prawną lub jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, objętą przez Sankcje lub której Sankcje dotyczą) oraz podmiotów z nimi powiązanych kapitałowo lub osobowo,
   b) według najlepszej wiedzy Strony - jakiegokolwiek podmiotu lub osoby, która korzysta z kapitału lub finansowania zapewnionego przez podmiot sankcjonowany,
2) nie jest podmiotem objętym Sankcjami, ani żaden z członków jej organów i pracowników i współpracowników szczebla kierowniczego nie jest również objęty Sankcjami,
3) nie łączą jej relacje handlowe z podmiotami, na które zostały nałożone Sankcje (w szczególności nie eksportuje, nie importuje technologii czy usług z krajów i do krajów objętych Sankcjami, w szczególności w związku z konfliktem na Ukrainie), a w przypadku ich nałożenia w przyszłości niezwłocznie wypowie lub odstąpi od umów zawartych z podmiotami, na które nałożono Sankcje,
4) swoimi środkami finansowymi, funduszami oraz zasobami gospodarczymi nie wspiera bezpośrednio ani pośrednio (i) agresji Federacji Rosyjskiej na Ukrainę, ani (ii) naruszeń praw człowieka lub represji wobec społeczeństwa obywatelskiego i opozycji demokratycznej, ani (iii) podmiotów, których działalność stanowi inne poważne zagrożenie dla demokracji lub praworządności w Federacji Rosyjskiej i na Białorusi,
5) jej beneficjent rzeczywisty nie jest osobą wymienioną na listach sankcyjnych określonych w ustępie 1 niniejszego paragrafu.

§5 Klauzula przeciwdziałania praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu

1. Strona będąca instytucją obowiązaną w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (dalej „**Ustawa**") oświadcza, że posiada i utrzymuje w mocy wszelkie polityki, procedury i systemy kontroli niezbędne do zapobiegania naruszeniom przepisów Ustawy, a Strona niebędąca instytucją obowiązaną – oświadcza, że w zakresie prowadzonej działalności z należytą starannością podejmuje działania mające na celu zapobieganie naruszeniom przepisów tej Ustawy.

2. Strona oświadcza, że nie nawiązała i nie zamierza nawiązać stosunków gospodarczych z państwem lub państwami trzecimi wysokiego ryzyka, przez które należy rozumieć państwo identyfikowane na podstawie informacji pochodzących z wiarygodnych źródeł (w tym raportów z ewaluacji krajowych systemów przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu przeprowadzanych przez Grupę Specjalną do spraw Przeciwdziałania Praniu Pieniędzy (FATF) oraz organy lub organizacje z nią powiązane), jako: (i) nieposiadające skutecznego systemu przeciwdziałania praniu pieniędzy lub finansowaniu terroryzmu lub (ii) posiadające znaczące braki w systemie przeciwdziałania praniu pieniędzy lub finansowaniu terroryzmu, w szczególności państwo trzecie zidentyfikowane przez Komisję Europejską w akcie delegowanym przyjętym na podstawie art. 9 dyrektywy 2015/849 lub innych odpowiednich aktów prawnych.

§6 Klauzula podatkowa

1. Każda Strona zobowiązuje się, w związku z negocjacjami, zawarciem i wykonaniem Umowy lub jej jakiejkolwiek części:
   1) nie angażować w żadne działania, praktyki ani zachowania, które stanowiłyby:
      a) oszustwo podatkowe,
      b) unikanie opodatkowania,
      c) ułatwianie innym podmiotom unikania opodatkowania; oraz
   2) posiadać i stosować przez cały okres obowiązywania Umowy środki kontrolne, wytyczne lub takie polityki i procedury, które mają na celu (i) zapobieganie: oszustwom podatkowym, unikaniu opodatkowania, ułatwianiu innym podmiotom unikania opodatkowania (w tym m.in. pracownikom i współpracownikom Strony) oraz (ii) zapewnienie zgodności (*Compliance*) z niniejszym ustępem; oraz
   3) niezwłocznie powiadomić drugą Stronę, w formie co najmniej dokumentowej w postaci e-mail pod rygorem nieważności, o jakimkolwiek swoim naruszeniu postanowień niniejszego ustępu lub powzięciu wiedzy o popełnieniu oszustwa podatkowego lub unikaniu opodatkowania lub ułatwianiu innym podmiotom unikania opodatkowania przez inny podmiot, w tym przez swoich pracowników lub współpracowników, w związku z negocjacjami, zawarciem lub wykonaniem Umowy lub jej jakiejkolwiek części.

§7 Klauzula dotycząca oszustw

1. Każda Strona oświadcza, że podejmuje wszelkie uzasadnione kroki zgodne z dobrymi praktykami branżowymi w celu zapobieżenia oszustwom, które mogłyby być popełnione przez Stronę (w tym m.in. przez jej pracowników, współpracowników, członków organów) lub jej podwykonawców i niezwłocznie powiadomi drugą Stronę, jeśli poweźmie wiedzę, że doszło do popełnienia oszustwa w związku z zawarciem Umowy lub jej realizacją.

2. Każda Strona ma prawo, w uzasadnionych przypadkach, weryfikować wszelkie dane dotyczące Umowy (w tym faktury, oświadczenia i inne dokumenty) otrzymane od drugiej Strony z odpowiednimi organami (w tym organami ścigania) w celu zapobiegania lub wykrywania fałszywych lub niezgodnych z prawdą informacji lub oszukańczej działalności.

§8 Klauzula rzeczywistego właściciela

1. Każda Strona oświadcza, że jest rzeczywistym właścicielem wszystkich należności przysługujących jej z tytułu Umowy w rozumieniu przepisów dotyczących podatku dochodowego, tj. spełnia łącznie następujące warunki:
   1) otrzymuje należności dla własnej korzyści, w tym decyduje samodzielnie o ich przeznaczeniu i ponosi ryzyko ekonomiczne związane z utratą tych należności lub ich części,
   2) nie jest pośrednikiem, przedstawicielem, powiernikiem lub innym podmiotem zobowiązanym do przekazania całości lub części należności innemu podmiotowi,
   3) prowadzi rzeczywistą działalność gospodarczą w kraju siedziby (miejsca zamieszkania), jeżeli należności są uzyskiwane w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą.
2. Niniejsze oświadczenie każdej ze Stron jest ważne do odwołania. Strona zobowiązuje się niezwłocznie zawiadomić drugą Stronę o wszelkich zmianach w zakresie złożonego przez siebie powyżej oświadczenia. Zawiadomienie powinno nastąpić w formie co najmniej dokumentowej w postaci e-mail, pod rygorem nieważności.

***