

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA SZPITALNEGO LUX MED
DLA KLIENTÓW INDYWIDUALNYCH - OPIEKA ORTOPEDYCZNA. WARIANT ROZSZERZONY.
KOD OI/4NH2OPD**

SPIS TREŚCI:

§1 Z kim zawierasz Umowę?	3
§2 Definicje.....	3
§3 Co jest przedmiotem Umowy?	5
§4 Jak skorzystać z ubezpieczenia?.....	6
§5 Czego wymagamy do zawarcia Umowy?	7
§6 Na jak długo zawierasz Umowę, jakie są warunki jej przedłużenia i od kiedy objęty jesteś ubezpieczeniem?7	
§7 Kiedy możesz odstąpić od Umowy lub ją rozwiązać?.....	8
§8 Do kiedy obowiązuje Umowa?	8
§9 Jaka jest wysokość Składki i jak ją opłacić?	9
§10 Jakie mamy obowiązki wobec Ciebie?	9
§11 Jakie obowiązki masz Ty i Ubezpieczeni wobec nas?.....	9
§12 Co to jest okres karencji i jaka jest jego długość?.....	10
§13 Czego ubezpieczenie nie obejmuje?	10
§14 W jaki sposób możesz złożyć reklamację?	13
§15 W jakim celu przetwarzamy dane osobowe?.....	14
§16 Postanowienia końcowe.....	16

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO OWU

- Załącznik nr 1 Szczegółowy zakres Świadczeń w ramach ubezpieczenia szpitalnego LUX MED dla klientów indywidualnych – Opieka Ortopedyczna. Wariant Rozszerzony.
- Załącznik nr 2 Klauzula obowiązku informacyjnego LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce

LMG FÖRSÄKRINGS AB S.A.
ODDZIAŁ W POLSCE

GRUPA LUXMED

luxmed.pl

LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
KRS: 0000395438
NIP: 108 001 14 94, REGON: 145156729
Wysokość kapitału zakładowego: 5 800 000,00 euro

Informacje zawarte w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla klientów indywidualnych – Opieka Ortopedyczna. Wariant Rozszerzony.

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej w OWU
Przesłanki, które zobowiązują nas do wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§3; §4 ust. 1-2; §4 ust. 8 Załącznik nr 1: Część I §1 ust. 1 pkt. 1); §2 ust. 1-3; §3 ust. 1; §4 ust. 1-2; Część II ust. 2 – 3.
Ograniczenia oraz wyłączenia naszej odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§4 ust. 3-4; §5 ust. 3; §5 ust. pkt. 2); §12; §13; §16 ust. 1-2; Załącznik nr 1: Część I § 1 ust. 1 pkt. 2); §2 ust. 5; §3 ust 2; §4 ust. 3; §5 ust. 2-4.

LMG FÖRSÄKRINGS AB S.A.
ODDZIAŁ W POLSCE

GRUPA LUXMED

luxmed.pl

LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
KRS: 0000395438
NIP: 108 001 14 94, REGON: 145156729
Wysokość kapitału zakładowego: 5 800 000,00 euro

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA SZPITALNEGO LUX MED DLA KLIENTÓW INDYWIDUALNYCH - OPIEKA ORTOPEDYCZNA. WARIANT ROZSZERZONY.

KOD OI/3NH2OPD

§1 Z kim zawierasz Umowę?

Umowę ubezpieczenia zawierasz Ty (dalej **Ubezpieczający**) z nami: LMG Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Box 27093, Szwecja, działającą w Polsce poprzez oddział LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (nasze pełne dane jako **Ubezpieczyciela** znajdują się w §2 ust. 19).

§2 Definicje

Aby zapewnić większą czytelność dokumentu, w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla klientów indywidualnych – Opieka Ortopedyczna. Wariant Rozszerzony (dalej **OWU**) używamy rodzaju męskiego niezależnie od płci. Określenia użyte w niniejszych OWU oraz dokumentach stanowiących integralną część Umowy ubezpieczenia oznaczają:

1. **Choroba** – nieprawidłowy według ogólnie uznanej wiedzy medycznej stan fizyczny organizmu dotyczący układu ruchu za wyjątkiem struktur kręgosłupa i klatki piersiowej.
2. **Choroba rzadka** – stan chorobowy, która wg rozporządzenia (WE) nr 141/2000 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 1999 r. w sprawie sierocych produktów leczniczych, występuje z częstością niższą niż 5 na 10 000 osób w populacji. Jest najczęściej uwarunkowane genetycznie i ma przewlekły oraz często ciężki przebieg. Prowadzi przedwcześnie do zgonu lub powoduje niepełnosprawność. Zazwyczaj ujawnia się w wieku dziecięcym.
3. **Drobny uraz** – uraz, który wymaga pomocy ortopedycznej, ale nie wymaga Hospitalizacji, ani procedur medycznych w reżimie sali operacyjnej.
4. **Hospitalizacja** – pobyt na oddziale szpitalnym, mający na celu przeprowadzenie diagnostyki lub leczenie, w tym przeprowadzenie operacji spowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą. Hospitalizacja obejmuje:
 - 1) **Hospitalizację planową** – pobyt na oddziale szpitalnym, który:
 - a) odbywa się w wyznaczonym terminie;
 - b) może zostać odroczone 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) **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.
5. **Izba przyjęć** - dział Szpitala, który:
 - 1) kwalifikuje pacjentów do Hospitalizacji;
 - 2) udziela porady i pomocy doraźnej pacjentom niezakwalifikowanym do Hospitalizacji;
 - 3) przygotowuje dokumenty niezbędne do rejestracji Hospitalizacji;
 - 4) przekazuje pacjenta pod opiekę zespołu oddziału szpitalnego.
6. **Koordinator Opieki Szpitalnej** (dalej **KOS**) – przedstawiciel Operatora, którego zadaniem jest obsługa Ubezpieczonego przy realizacji Umowy w ramach Koordynacji Opieki Szpitalnej.
7. **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.

LMG FÖRSÄKRINGS AB S.A.
ODDZIAŁ W POLSCE

GRUPA LUXMED

luxmed.pl

LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
KRS: 0000395438
NIP: 108 001 14 94, REGON: 145156729
Wysokość kapitału zakładowego: 5 800 000,00 euro

8. **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 ruchu za wyjątkiem struktur kręgosłupa i klatki piersiowej. Nieszczęśliwym wypadkiem nie są Choroby ani stany chorobowe nawet takie, które występują nagle.
9. **Okres ochrony** – okres, w którym ponosimy odpowiedzialność w stosunku do Ubezpieczonego za zdarzenia objęte Umową.
10. **Operator** – podmiot koordynujący w naszym imieniu udzielanie Świadczeń.
11. **Opieka doraźna** – świadczenie medyczne polegające na udzieleniu Ubezpieczonemu niezbędnej pomocy ortopedycznej oraz wydaniu zaleceń dotyczących dalszego postępowania. Obejmuje również zaopatrzenie medyczne Drobnych urazów. Świadczenie realizowane jest w razie nagłego pogorszenia się stanu zdrowia, przy którym zaniechanie udzielenia niezwłocznej pomocy medycznej mogłoby doprowadzić do dalszego pogorszenia się stanu zdrowia Ubezpieczonego. Szczegółowe zasady i warunki udzielania Świadczenia znajdziesz w Załączniku nr 1 do OWU Część I §2 Opieka doraźna. Świadczenia realizowane są wyłącznie we wskazanych przez nas Szpitalach, z wykazem których należy zapoznać się przed zawarciem Umowy, wskazany przez Operatora.
12. **Przychodnia** – podmiot leczniczy udzielający świadczeń ambulatoryjnych w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, działający na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej, realizujący Świadczenia w oparciu o OWU.
13. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy.
14. **Rocznicą** – dzień roku odpowiadający dacie zawarcia Umowy, a jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma dnia miesiąca odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca.
15. **Składka** – kwota należna nam z tytułu Umowy. Jej wysokość i termin płatności są określone w 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 Rzeczypospolitej Polskiej, realizujący Świadczenia w oparciu o OWU. Definicja Szpitala w rozumieniu OWU obejmuje również przychodnie wchodzące w skład Szpitala. **Lista Szpitali** jest na bieżąco aktualizowana i dostępna jest pod adresem <https://www.luxmed.pl/placowki>.
17. **Świadczenie** – Umowa przewiduje następujące rodzaje Świadczeń:
 - 1) **Świadczenia szpitalne** – świadczenie medyczne związane z Hospitalizacją lub Opieką doraźną (w tym zaopatrzenie medyczne Drobnych urazów), udzielane przez Szpital, a w niektórych przypadkach również przez Przychodnię. Szczegółowy zakres Świadczenia szpitalnego jest opisany w Załączniku nr 1 do OWU Część I Świadczenia szpitalne;
 - 2) **Koordinacja opieki szpitalnej** – świadczenie, którego celem jest wsparcie Ubezpieczonego przez KOS w zakresie korzystania ze Świadczeń szpitalnych. Szczegółowe zasady oraz warunki udzielania tego świadczenia znajdziesz w Załączniku nr 1 do OWU Część II Koordinacja opieki szpitalnej.
18. **Ubezpieczony** – Główny Ubezpieczony lub Współubezpieczony. Jeżeli w OWU występuje termin Ubezpieczony oznacza to, że dotyczy on zarówno Głównego Ubezpieczonego, jak i Współubezpieczonego.
 - 1) **Główny ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rachunek której zawarto Umowę, zamieszkała na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, która w dniu rozpoczęcia ochrony miała ukończone 18 i nie miała ukończonych 70 lat.
 - 2) **Współubezpieczony** – osoba fizyczna, wskazana przez Ubezpieczającego we Wniosku ubezpieczeniowym, której zdrowie obejmujemy ochroną w ramach Umowy, a niebędąca Głównym ubezpieczonym, na rachunek, którego zawarto Umowę. Współubezpieczonym może być:
 - a) **Partner** – współmałżonek lub osoba prowadząca z Głównym ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe, niezłączona pokrewieństwem, przysposobieniem lub powinowactwem, która w dniu rozpoczęcia ochrony miała ukończone 18 i nie miała ukończonych 70 lat.

- b) **Dziecko Pełnoletnie** - dziecko własne lub przysposobione Głównego ubezpieczonego lub Partnera, które w dniu rozpoczęcia ochrony miało ukończone ukończyło 18 lat i nie miało ukończonych 70 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, działająca w Polsce poprzez oddział LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie wpisany do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy KRS pod nr KRS 0000395438, NIP: 1080011494 będąca dużym przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 8 marca 2013 r o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych.
20. **Umowa ubezpieczenia (dalej Umowa)** – Umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU. Treść Umowy ubezpieczenia wskazują niniejsze OWU wraz z załącznikami. W przypadku, gdy w wyniku przeprowadzonej oceny medycznej ryzyka zaproponowaliśmy warunki dodatkowe lub odmienne od OWU, które zostały zaakceptowane przez Ubezpieczającego przed zawarciem Umowy, treść Umowy wskazują niniejsze OWU wraz z załącznikami oraz te postanowienia odmienne od OWU.
21. **Uraz wielonarządowy** – 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.
22. **Wiek ubezpieczonego** – liczba ukończonych pełnych lat Ubezpieczonego w dniu rozpoczęcia Okresu ochrony, a następnie w dniu każdej Rocznicy.
23. **Wniosek ubezpieczeniowy (dalej Wniosek)** – Twoja propozycja zawarcia Umowy na warunkach OWU, którą nam składasz.
24. **Wysokospecjalistyczne metody leczenia i diagnostyki w zakresie ortopedii** – najbardziej zaawansowane technicznie lub o dużej rozległości metody lecznicze, chirurgia robotyczna, zabiegi wymagające użycia materiałów wszczepialnych, implantów lub endoprotez, oraz diagnostyka za pomocą skanerów PET-CT / PET-MRI, badania scyntygraficzne. Badania diagnostyczne, o których mowa w niniejszym ustępie, dotyczą przygotowania do planowanej Hospitalizacji lub opieki medycznej po Hospitalizacji. W uzasadnionych medycznie przypadkach badania diagnostyczne mogą być realizowane doraźnie w trakcie Hospitalizacji objętej ubezpieczeniem, z zastrzeżeniem, że diagnostyka i leczenie, których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych, są wyłączone zgodnie z zapisami Załącznika nr 1 do OWU Część I §1 ust. 1 pkt 2) lit. d).

§3 Co jest przedmiotem Umowy?

1. Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy jest zdrowie Ubezpieczonego. Jeżeli zawierasz Umowę i dotyczy ona Twojego zdrowia, jesteś zarówno Ubezpieczającym, jak również Ubezpieczonym.
2. Ubezpieczony może skorzystać z ubezpieczenia w razie Choroby lub zaistnienia Nieszczęśliwego wypadku. Zdarzeniami, które uprawniają Ubezpieczonego do skorzystania z ubezpieczenia, są:
 - 1) otrzymanie skierowania na leczenie szpitalne na oddziale ortopedycznym lub
 - 2) Drobny uraz lub
 - 3) pogorszenie stanu zdrowia dotyczące układu ruchu, za wyjątkiem struktur kręgosłupa i klatki piersiowej.
3. W przypadku wystąpienia zdarzenia, które uprawnia do skorzystania z ubezpieczenia, zapewnimy Świadczenie szpitalne wraz z Koordynacją opieki szpitalnej.
4. Odpowiadamy za zdarzenia, które mają miejsce w Okresie ochrony. Datą zajścia zdarzenia jest:
 - 1) data wystawienia skierowania na leczenie szpitalne – w przypadku otrzymania przez Ubezpieczonego skierowania lub
 - 2) dzień wystąpienia Drobnego urazu – w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Drobnego urazu lub

- 3) dzień pogorszenia się stanu zdrowia – w przypadku sytuacji, gdy Ubezpieczony doznał pogorszenia stanu zdrowia w zakresie układu ruchu, za wyjątkiem struktur kręgosłupa i klatki piersiowej.
5. Zawierając Umowę, możesz wybrać jeden z poniższych typów ochrony:
- 1) Indywidualny – tylko dla Głównego ubezpieczonego;
 - 2) Partnerski – dla Głównego ubezpieczonego i jednego Współubezpieczonego (jednego Partnera lub jednego Pełnoletniego dziecka);
 - 3) Rodzinny – dla Głównego ubezpieczonego i przynajmniej dwóch Współubezpieczonych (jednego Partnera oraz jednego lub więcej Pełnoletnich dzieci albo przynajmniej dwojga Pełnoletnich dzieci).
6. Świadczenia szpitalne w zakresie Hospitalizacji są realizowane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w lokalizacjach wskazanych przez nas, których pełna lista jest na bieżąco aktualizowana i jest dostępna pod adresem <https://www.luxmed.pl/placowki>.
7. Świadczenia szpitalne w zakresie Opieki doraźnej są realizowane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w lokalizacjach wskazanych przez nas, których lista jest na bieżąco aktualizowana i jest dostępna pod adresem: <https://www.luxmed.pl/dla-pacjenta/ubezpieczenia-dla-klientow-indywidualnych/indywidualne-ubezpieczenie-szpitalne-lux-med-opieka-ortopedyczna> sekcja Dokumenty do pobrania.

§4 Jak skorzystać z ubezpieczenia?

1. Aby skorzystać ze Świadczeń, Ubezpieczony powinien powiadomić Koordynatora Opieki Szpitalnej o zdarzeniu objętym Umową. Dane kontaktowe do KOS przekazujemy wraz z Polisą.
2. Do podjęcia decyzji o realizacji Świadczenia potrzebujemy następujących dokumentów:
 - 1) kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o realizację Świadczenia, a jeżeli zdarzenie zostało spowodowane Niestetyliwym wypadkiem prosimy o dołączenie opisu jego okoliczności do wniosku;
 - 2) kopii skierowania do szpitala oraz kopii posiadanej dokumentacji medycznej - w przypadku Hospitalizacji Planowej.
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 obowiązków określonych w zdaniu poprzedzającym możemy odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło nam ustalenie okoliczności i skutków wypadku. W przypadku Drobного urazu lub Opieki doraźnej traktujemy zgodę Ubezpieczonego na podjęcie leczenia, udzieloną i zarejestrowaną w trakcie rozmowy telefonicznej z Koordynatorem Opieki Szpitalnej, jako złożenie wniosku o realizację Świadczenia.
4. Jeżeli do określenia, czy Ubezpieczonemu przysługuje Świadczenie, potrzebne będą dodatkowe dokumenty, informacje, dodatkowe badania lub konsultacje lekarskie, poinformujemy o tym Ubezpieczonego składającego wniosek, w terminie nie dłuższym niż 7 dni od daty otrzymania wniosku o Świadczenie. Informację przekazemy pisemnie lub w inny sposób, na który ta osoba wyraziła zgodę.
5. Rozpoczniemy realizację Świadczenia nie później niż 30 dni od otrzymania wniosku o realizację Świadczenia, w uzgodnionym z Ubezpieczonym terminie. Ubezpieczony może wskazać inny, późniejszy termin.
6. Ustalenie, czy Ubezpieczonemu przysługuje Świadczenie, może być niemożliwe w terminie określonym w ust. 5. W takiej sytuacji rozpoczniemy Świadczenie w terminie 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, przy zachowaniu należytej staranności.
7. Weryfikując wniosek o realizację Świadczenia i załączoną dokumentację medyczną, możemy ustalić, że Świadczenie nie przysługuje Ubezpieczonemu. Poinformujemy o tym na piśmie Ubezpieczonego składającego wniosek i wskażemy okoliczności oraz podstawę prawną, które uzasadniają odmowę. Przekażemy też, że Ubezpieczony, który nie zgadza się z decyzją, może dochodzić roszczeń na drodze sądowej.
8. W przypadku Świadczenia szpitalnego w zakresie Opieki doraźnej weryfikujemy wniosek złożony w sposób, o którym mowa w ust. 3 powyżej, pod kątem zasadności zgłoszonego roszczenia niezwłocznie po jego otrzymaniu. Informację o uznaniu lub odmowie roszczenia przekazujemy osobie zgłaszającej zdarzenie.

Świadczenie szpitalne w zakresie Opieki doraźnej realizujemy niezwłocznie po uznaniu przez nas roszczenia.

§5 Czego wymagamy do zawarcia Umowy?

1. Jeśli zawierasz Umowę zdalnie, informacja o wysokości składki ubezpieczeniowej za ochronę ubezpieczeniową jest wiążąca:
 - 1) do końca jej prezentacji w aplikacji sprzedażowej lub
 - 2) do zakończenia przez Ciebie rozmowy telefonicznej w sprawie zawarcia Umowy.
2. Umowę możesz zawrzeć z nami po podaniu przez Ciebie i przez Ubezpieczonych wszystkich znanych Wam informacji i okoliczności, które są wymagane we Wniosku ubezpieczeniowym oraz innych informacji niezbędnych do zawarcia Umowy, o które zapytamy przed jej zawarciem. Przyjmujemy Wnioski, które są kompletne i poprawnie wypełnione.
3. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, które powstały z powodu niepoinformowania nas o istotnych kwestiach związanych ze stanem zdrowia Ubezpieczonego.
4. Wniosek ubezpieczeniowy składasz za pośrednictwem aplikacji elektronicznej.
5. Jeżeli Wniosek ubezpieczeniowy nie będzie zawierał wszystkich wymaganych informacji lub dokumentów, wtedy niezwłocznie zawiadomimy Cię o tym i poprosimy o ich uzupełnienie, wskazując 14-dniowy termin na uzupełnienie braków.
6. Jeżeli informacje lub dokumenty nie zostaną przez Ciebie uzupełnione we wskazanym przez nas terminie, uznamy to za rezygnację z ubiegania się o zawarcie Umowy. Złożony przez Ciebie Wniosek zostaje przez nas anulowany, w konsekwencji czego nie dojdzie do zawarcia Umowy na jego podstawie.
7. Na etapie weryfikacji stanu zdrowia Ubezpieczonego możemy poprosić Ubezpieczonych o dostarczenie dodatkowych dokumentów lub informacji.
8. Na podstawie przeprowadzonej oceny ryzyka możemy:
 - 1) zawrzeć Umowę zgodnie ze złożoną ofertą;
 - 2) zaproponować zmienione warunki Umowy, które wymagają akceptacji Ubezpieczającego w terminie 14 dni od daty ich przekazania Ubezpieczającemu;
 - 3) odmówić zawarcia Umowy zgodnie ze złożoną ofertą.
9. Umowa zostaje zawarta pod warunkiem łącznego spełnienia poniższych warunków:
 - 1) zaakceptowania przez nas Wniosku ubezpieczeniowego albo zaakceptowania przez Ubezpieczającego zaproponowanych przez nas zmienionych warunków Umowy zgodnie z ust. 8 pkt 2), jeżeli taką propozycję złożymy oraz
 - 2) opłacenia przez Ubezpieczającego Składki lub pierwszej raty Składki.Zawarcie Umowy ubezpieczenia potwierdzamy Polisą.
10. Korzystając z możliwości zawarcia Umowy na odległość, Ubezpieczający nie ponosi innych kosztów wynikających z korzystania ze środków porozumiewania się na odległość innych niż koszty:
 - 1) połączenia internetowego pozwalającego na skorzystanie z aplikacji elektronicznej oraz adresu poczty elektronicznej wskazanego przez Ubezpieczającego w trakcie zawierania Umowy, na który po jej zawarciu zostanie przesłana Polisa i inne dokumenty związane z Umową,
 - 2) połączenia telefonicznego pozwalającego na kontakt z nami, jeśli to klient kontaktuje się z nami telefonicznie w celu zawarcia Umowy.

§6 Na jak długo zawierasz Umowę, jakie są warunki jej przedłużenia i od kiedy objęty jesteś ubezpieczeniem?

1. Umowę zawieramy na okres 12 miesięcy, licząc od pierwszego dnia Okresu ochrony. Datę początku Okresu ochrony znajdziesz na Polisie.
2. Ubezpieczony jest objęty ubezpieczeniem od dnia, w którym zaczyna się Okres ochrony.

3. Umowa może zostać odnowiona (ochrona ubezpieczeniowa może zostać przedłużona) w Rocznicę na kolejny 12-miesięczny Okres ochrony, na warunkach określonych w ust. 4- 8 poniżej.
4. Przy przedłużeniu ochrony i odnowieniu Umowy mamy prawo zaproponować zmianę wysokości Składki w związku ze wzrostem ponoszonych przez nas kosztów świadczeń udzielanych na podstawie Umowy.
5. Propozycję zmiany Składki wyślemy Tobie na co najmniej 60 dni przed Rocznicą.
6. Jeśli akceptujesz naszą propozycję, o której mowa w ust. 5 powyżej, opłać Składkę lub jej pierwszą ratę w nowej wysokości najpóźniej we wskazanym w naszej propozycji terminie. Opłacenie Składki lub jej pierwszej raty w nowej wysokości stanowi potwierdzenie Twojej woli przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej na kolejny 12 miesięczny Okres ochrony, licząc od ostatniego dnia poprzedniego Okresu ochrony.
7. Jeśli nie opłacisz Składki lub jej pierwszej raty w nowej wysokości we wskazanym w naszej propozycji terminie płatności, uznajemy, że nie wyrażasz zgody na zmianę wysokości Składki i przedłużenie ochrony ubezpieczeniowej na kolejny 12 miesięczny Okres ochrony. W takim przypadku Umowa wygaśnie z końcem okresu, na który została zawarta.
8. Ochrona nie zostanie przedłużona, a Umowa nie zostanie odnowiona na kolejny 12-miesięczny Okres ochrony, jeśli najpóźniej na 10 dni przed Rocznicą przynajmniej jedna ze stron złoży drugiej stronie oświadczenie wyrażające brak zgody na przedłużenie ochrony.

§7 Kiedy możesz odstąpić od Umowy lub ją rozwiązać?

1. Masz prawo odstąpić od Umowy bez podania przyczyny w terminie 30 dni od dnia poinformowania Cię o zawarciu Umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w ustawie o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważamy za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.
2. W przypadku, gdy zawierasz Umowę za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, wyrażasz zgodę na rozpoczęcie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem terminu na odstąpienie od Umowy na zasadach określonych w ust. 1. Odstąpienie od Umowy nie zwalnia Cię z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.
3. Odstąpienia od Umowy dokonujesz, składając nam na piśmie oświadczenie o odstąpieniu od Umowy. Odstąpienie można wysłać na nasz adres e-mail: obsługaubezpieczenia_ind@luxmed.pl Do zachowania terminu wystarczy wysłanie oświadczenia przed upływem terminu na odstąpienie od Umowy.
4. Masz prawo wypowiedzieć Umowę w dowolnym momencie, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia, które rozpoczyna bieg od 1 dnia miesiąca przypadającego bezpośrednio po dacie złożenia przez Ciebie wypowiedzenia Umowy. Wypowiedzenie można wysłać na nasz adres e-mail: obsługaubezpieczenia_ind@luxmed.pl.
5. Możemy wypowiedzieć Umowę jedynie w przypadkach wskazanych w ustawie, a także z ważnych powodów określonych poniżej:
 - 1) popełnienia przez Ciebie lub Ubezpieczonego w związku z zawarciem lub realizacją Umowy czynu zabronionego w rozumieniu art. 115 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny;
 - 2) uporczywe naruszanie przez Ciebie lub Ubezpieczonego dóbr osobistych lub innych praw Ubezpieczyciela lub podmiotów lub osób, za pomocą których Ubezpieczyciel wykonuje Umowę, po uprzednim pisemnym wezwaniu Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego do zaniechania ww. naruszeń;
 - 3) powtarzające się nieprzestrzeganie przez Ciebie lub Ubezpieczonego zasad organizacji pracy w Przychodniach i Szpitalach lub niestosowanie się do poleceń personelu tychże, po uprzednim wezwaniu Ciebie lub Ubezpieczonego do zaniechania ww. działań;
 - 4) powtarzające się naruszanie przez Ciebie lub Ubezpieczonego regulaminów organizacyjnych Przychodni i Szpitali, po uprzednim wezwaniu Ciebie lub Ubezpieczonego do zaniechania ww. działań.

§8 Do kiedy obowiązuje Umowa?

Umowa ulega zakończeniu:

- 1) w dniu, w którym otrzymaliśmy oświadczenie Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy;
- 2) z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia,
- 3) z upływem ostatniego dnia dodatkowego 7-dniowego terminu na zapłatę kolejnej raty Składki, jeżeli rata ta nie została opłacona;
- 4) z upływem ostatniego dnia okresu obowiązywania Umowy, jeżeli ochrona nie zostanie przedłużona w Rocznicę;
- 5) z upływem ostatniego dnia Okresu ochrony, w którym którykolwiek z Ubezpieczonych ukończył 70 rok życia;
- 6) w dniu zgonu któregośkolwiek z Ubezpieczonych;
- 7) w dniu zgonu Ubezpieczającego.

§9 Jaka jest wysokość Składki i jak ją opłacić?

1. Składkę za ubezpieczenie możesz opłacać miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie.
2. Składka ustalana jest oddzielnie za każdego Ubezpieczonego, a jej wysokość uzależniona jest od Wzrostu ubezpieczonego. Zobowiązaniem do zapłaty Składki jest Ubezpieczający.
3. Szczegóły dotyczące wysokości Składki oraz sposobu zapłaty znajdziesz w Polisie.
4. Dniem zapłaty Składki lub jej raty jest dzień, w którym otrzymaliśmy Twoją wpłatę w pełnej należnej wysokości na rachunku bankowym wskazanym w Polisie.
5. Składka wyliczana jest z uwzględnieniem karencji wskazanych w § 12 OWU.
6. W przypadku nieopłacenia jakiegokolwiek raty Składki, gdy Składka opłacana jest w ratach, wezwiemy Cię na piśmie do jej zapłaty w dodatkowym terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania, informując Cię o skutku jej nieopłacenia. Jeżeli rata Składki nie zostanie opłacona w tym dodatkowym terminie, Umowa wygaśnie z upływem ostatniego dnia terminu dodatkowego ustalonego przez nas w wezwaniu do zapłaty Składki.
7. W przypadku rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy przed upływem okresu, na jaki została zawarta i za jaki została zapłacona Składka, przysługuje Ci zwrot Składki za niewykorzystany Okres ochrony.
8. Wcześniejsze rozwiązanie lub wygaśnięcie Umowy nie zwalnia Cię z obowiązku opłacenia Składki za okres (w tym okres wypowiedzenia Umowy), w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

§10 Jakie mamy obowiązki wobec Ciebie?

1. Zanim zawrzesz z nami Umowę, prześlemy Ci OWU wraz z załącznikami, a w przypadku, gdy w wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego zaproponujemy zawarcie Umowy na warunkach dodatkowych lub odmiennych od OWU – oprócz OWU i załączników otrzymasz od nas informacje o tych warunkach.
2. Poinformujemy Cię o ewentualnej zmianie naszych adresów korespondencyjnych, w tym zmianie numeru infolinii, w ramach której Ubezpieczony może uzyskać informacje na temat ubezpieczenia.
3. Będziemy prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania wynikające z Umowy.

§11 Jakie obowiązki masz Ty i Ubezpieczeni wobec nas?

1. Razem ze wszystkimi Ubezpieczonymi macie obowiązek podać do naszej wiadomości wszystkie znane okoliczności, o które zapytamy we Wniosku ubezpieczeniowym, a także niezwłoczne poinformowanie nas, jeżeli dane podane w którymkolwiek z tych dokumentów ulegną zmianie w czasie obowiązywania Umowy.
2. Twoje obowiązki obejmują:
 - 1) opłacanie Składki w wysokości i terminach określonych w Umowie;
 - 2) informowanie nas o zmianie swoich danych i danych wszystkich Ubezpieczonych, podanych we Wniosku ubezpieczeniowym;
 - 3) doręczenie wszystkim Ubezpieczonym warunków Umowy, w szczególności OWU wraz z załącznikami, a w przypadku, gdy w wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego zaproponujemy

zawarcie Umowy na warunkach dodatkowych lub odmiennych od OWU – także informacje o tychże warunkach, zanim wyrażą oni zgodę na udzielenie im ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli taka zgoda jest wymagana lub jeżeli Ubezpieczony zgadza się na finansowanie, choćby częściowe, kosztu Składki ubezpieczeniowej - przed wyrażeniem przez niego na to zgody. Obowiązek ten dotyczy również doręczenia dokumentów wprowadzających wszelkie zmiany do Umowy w trakcie jej trwania;

- 4) poinformowanie nas o śmierci któregokolwiek Ubezpieczonego;
 - 5) poinformowania wszystkich Ubezpieczonych o zmianie numeru infolinii, w ramach której Ubezpieczeni mogą uzyskać informacje na temat ubezpieczenia oraz zmian dotyczących Operatora.
3. Obowiązki każdego z Ubezpieczonych obejmują:
- 1) zapoznanie się z warunkami, na jakich zawarta jest Umowa (OWU wraz z załącznikami), a także ewentualnych ograniczeń ochrony ubezpieczeniowej oferowanej danemu Ubezpieczonemu w wyniku oceny ryzyka po wypełnieniu przez niego ankiety medycznej;
 - 2) przestrzeganie zaleceń Lekarzy;
 - 3) przestrzeganie zasad obowiązujących w Przychodniach i Szpitalach;
 - 4) stosowanie się do poleceń personelu Przychodni i Szpitali;
 - 5) przestrzeganie uzgodnionych z nami terminów wykonania Świadczeń;
 - 6) przybycie w uzgodnionym terminie do Szpitala lub Przychodni wskazanej przez nas lub poinformowanie Operatora o rezygnacji ze Świadczenia, nie później niż 12 godzin przed ustalonym terminem jego wykonania. Jeżeli okoliczności nie pozwalają zachować tego terminu, Ubezpieczony powinien poinformować Operatora o rezygnacji niezwłocznie po powstaniu jej przyczyny;
 - 7) powstrzymywanie się od wszelkich działań utrudniających lub uniemożliwiających udzielenie Świadczenia.

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

1. W Umowie stosujemy karencję. Jest to okres, który musi upłynąć od początku Okresu ochrony, zanim powstanie prawo do Świadczenia.
2. Okresy karencji stosowane w Umowie wynoszą:
 - 1) 3 miesiące - dla świadczeń z tytułu Hospitalizacji planowych;
 - 2) 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 świadczeń z tytułu: Nieszczęśliwego wypadku (z zastrzeżeniem ust. 2 pkt 2) powyżej), Koordynacji opieki szpitalnej, Hospitalizacji pilnej i Opieki doraźnej.
4. Karencji nie stosujemy w drugim i kolejnych Okresach ochrony w przypadku Umowy odnawianej w Rocznicę na kolejne Okresy ochrony.

§13 Czego ubezpieczenie nie obejmuje?

1. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje zdarzeń, które są skutkiem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, wojny domowej, rewolucji, stanu wyjątkowego, cywilnego zamachu stanu, aktów terroryzmu, służby wojskowej, udziału w misjach wojskowych lub stabilizacyjnych, czynnego uczestnictwa Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach lub strajkach;
 - 2) 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;

- 3) transplantacji organów lub tkanek, komórek, hodowli komórkowych (pochodzenia naturalnego lub sztucznego), w tym także z wykorzystaniem autoprzeszczepu, wszczepiania implantów i urządzeń;
 - 4) 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. Wyczynowym uprawianiem sportu nie jest:
 - a) rekreacyjne uprawianie dyscyplin sportowych w czasie wolnym, którego celem jest wyłącznie wypoczynek, regeneracja sił psychofizycznych lub utrzymanie dobrego stanu zdrowia;
 - b) 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;
 - 5) uprawiania przez Ubezpieczonego sportów podwyższonego ryzyka oznaczającego uprawianie dyscyplin, które wiążą się ze szczególnym ryzykiem dla zdrowia Ubezpieczonego. Do tej kategorii zaliczamy: sporty lotnicze, pilotowanie samolotów silnikowych, baloniarstwo, skoki spadochronowe, skoki na linie, kolarstwo górskie, sporty motorowe i motorowodne, jazda na skuterach wodnych, alpinizm, wspinaczka wysokogórska, skalna i skałkowa, speleologia, taternictwo jaskiniowe, skoki narciarskie, snowboard, a także narciarstwo, z wyjątkiem rekreacyjnego uprawiania na wyznaczonych trasach, bobsleje, rafting oraz inne sporty wodne na rzekach górskich, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, sporty walki, myślistwo oraz jazdę konną;
 - 6) stanów klęski żywiołowej, katastrof naturalnych, stanów pandemii oraz stanów epidemii ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej;
 - 7) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego oraz czynników biologicznych i chemicznych w zakresie szkodliwym dla człowieka;
 - 8) 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.
 - 9) usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia, świadomego spowodowania rozstroju zdrowia;
 - 10) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa lub wykroczenia;
 - 11) samodzielnego leczenia niezleconego przez Lekarza, niestosowania się do zaleceń medycznych dotyczących Świadczeń udzielanych w ramach Umowy, modyfikacji zaleconego leczenia lub rażącego niedbalstwa;
 - 12) 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;
 - 13) uczestnictwa w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nielicencjonowanych linii lotniczych.
2. Wyłączona z zakresu ochrony jest Hospitalizacja, która ze względów bezpieczeństwa medycznego, stwierdzonych w dniu przyjęcia do oddziału szpitalnego lub w trakcie pobytu, wymaga jednoczesnego leczenia wysoko i wielospecjalistycznego w placówce medycznej spoza Listy Szpitali, o której mowa §3 ust. 5 i 6 OWU lub jej zakres wykracza poza zakres ortopedii.
 3. Przychodnia lub Szpital ma prawo odmówić Ubezpieczonemu udzielania Świadczenia, jeśli narusza on swoim zachowaniem zasady współżycia społecznego lub regulaminu organizacyjnego Przychodni lub Szpitala, a także jeżeli utrudnia pracę lub funkcjonowanie tej placówki lub jej personelu.

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 świadczenia usług po naszej stronie.
5. Ponadto nasza odpowiedzialność nie obejmuje:
 - 1) natychmiastowego leczenia stanów nagłych stwierdzonych w dniu przyjęcia do oddziału szpitalnego (m.in. udaru mózgu, zawału m. sercowego, zapalenia trzustki, zatorowości płucnej): 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 nerkowej, zastępczej, dializy wątrobowej, ECMO, wentylacji mechanicznej, kontrapulsacji;
 - 2) rehabilitacji innej niż wymieniona w Załączniku nr 1 do OWU Część I §5;
 - 3) leczenia Urazów wielonarządowych oraz ich następstw;
 - 4) wszczepienia protez lub implantów innych niż wymienione w Załączniku nr 1 OWU Część I §1 ust. 1 pkt. 1),
 - 5) diagnozowania i leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z aberracjami chromosomalnymi oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność oraz ich następstw;
 - 6) diagnozowania i leczenia Chorób rzadkich oraz ich następstw;
 - 7) diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej wynikającej ze wskazań niemedycznych oraz kosmetycznej, a także leczenia ich niepożądanych następstw, o ile zakres Świadczenia szpitalnego nie stanowi inaczej;
 - 8) diagnozowania i leczenia niewykonywanego w Szpitalach lub Przychodniach wskazanych przez nas oraz ich następstw;
 - 9) wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń i wniosków nie związanych z koniecznością kontynuacji procesu diagnostycznego i terapeutycznego prowadzonego w Szpitalu lub Przychodni wskazanej przez nas (wyłączenie nie dotyczy świadczeń medycyny pracy o ile są objęte zakresem ubezpieczenia i zaświadczeń o niezdolności do pracy lub nauki);
 - 10) leczenia domowego jako kontynuacji terapii szpitalnej z wyłączeniem leczenia będącego następstwem procedur objętych i zrealizowanych w ramach ubezpieczenia;
 - 11) opieki medycznej po Hospitalizacji w zakresie opisanym w załączniku nr 1 do OWU Część I §4 wiązanej z Hospitalizacją wykonaną w innych placówkach niż wskazane przez nas;
 - 12) diagnozowania i leczenia bez wskazań medycznych;
 - 13) leczenia wynikającego ze wskazań natury psychologicznej;
 - 14) chorób lub następstw Nieszczęśliwych wypadków, które nie zostały podane do naszej wiadomości w dokumentach wymaganych przez nas do zawarcia Umowy, a które wystąpiły lub przyczyny ich wystąpienia były znane Tobie lub Ubezpieczonemu w ciągu 12 miesięcy przed zawarciem Umowy; także Chorób lub następstw Nieszczęśliwych wypadków, o których przy zachowaniu należytej staranności Ubezpieczony mógł się dowiedzieć w tym okresie;
 - 15) świadczeń uzyskanych za pomocą czynów zakazanych, prób wyłudzenia lub celowego wprowadzenia nas w błąd.
6. Nie zrealizujemy Świadczenia szpitalnego w okresie pierwszych 12 miesięcy od początku nieprzerwanie trwającego Okresu ochrony w stosunku do Ubezpieczonego, jeżeli jest ono:
 - 1) następstwem Chorób, które były obecne, lub zostały zdiagnozowane lub były leczone w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu ochrony;
 - 2) następstwem Nieszczęśliwych wypadków i urazów, które wystąpiły lub były leczone lub których skutki były obecne w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu ochrony;

- 3) następstwem objawów chorobowych, które były obecne, wystąpiły lub przyczyny ich wystąpienia były znane Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu ochrony;
- 4) następstwem objawów chorobowych o których, przy zachowaniu należytej staranności, Ubezpieczający lub Ubezpieczony mogli się dowiedzieć w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu ochrony;
- 5) 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.

§14 W jaki sposób możesz złożyć reklamację?

1. Reklamacje związane z oferowaniem, zawieraniem lub wykonywaniem Umowy mogą być zgłoszone przez Ciebie, Ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, spadkobiercę posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z Umowy.
2. Reklamację można złożyć:
 - 1) na piśmie:
 - a) w postaci elektronicznej:
 - i. Wysyłając e-mail na adres: reklamacje.ubezpieczenia@luxmed.pl,
 - ii. przez formularz online: <https://www.luxmed.pl/zgloszenie-reklamacji-ubezpieczenia>,
 - iii. na adres do doręczeń elektronicznych wpisany do bazy adresów elektronicznych AE:PL-71281-48855-GTFED-29, albo
 - b) w postaci papierowej:
 - i. przesyłką pocztową (w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe) na adres siedziby LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce, ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa albo nadając w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji w Unii Europejskiej,
 - ii. poprzez osobiste dostarczenie na adres siedziby LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce, ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa, albo
 - 2) ustnie:
 - a) telefonicznie pod numerem tel. 22 501 81 60,
 - b) podczas wizyty w naszej siedzibie LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce, ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa, gdzie reklamacja zostanie zapisana w protokole.
3. Reklamacja powinna być skierowana do nas i zawierać zwięzły opis nieprawidłowości, który pozwoli na zidentyfikowanie zdarzenia, którego reklamacja dotyczy i ustalenie wszystkich istotnych okoliczności.
4. Odpowiemy na reklamację złożoną zgodnie z ust. 1-3 bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni od jej otrzymania.
5. Odpowiedź prześlemy w takiej samej postaci, w jakiej została złożona (z wyjątkiem reklamacji złożonej ustnie (przeczytaj ramkę poniżej) oraz za wyjątkiem sytuacji opisanych w ust. 6. i 7. poniżej).
6. Jeśli reklamację złożono ustnie (telefonicznie lub podczas wizyty w siedzibie naszego oddziału w Polsce), odpowiedź prześlemy w postaci elektronicznej albo w postaci papierowej, zgodnie z preferencją osoby składającej reklamację.
7. Odpowiedź prześlemy z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej za pomocą którego Klient złożył reklamację, albo innego wskazanego przez klienta środka komunikacji elektronicznej – w przypadku, gdy reklamacja została złożona przez klienta z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej.
8. Osoba składająca reklamację może wnieść o udzielenie odpowiedzi na reklamację w innej postaci niż ją złożyła. W przypadku złożenia jej w postaci elektronicznej może wnieść o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej. Jeżeli reklamacja została złożona na piśmie w postaci papierowej osoba ją składająca może wnieść o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej.

9. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, możemy potrzebować więcej czasu. W takiej sytuacji przed upływem terminu na odpowiedź wskażemy:
 - a) przyczynę opóźnienia;
 - b) okoliczności, które muszą zostać ustalone do rozpatrzenia sprawy;
 - c) przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie będzie dłuższy niż 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
10. 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/>).
11. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich, właściwym dla Ubezpieczyciela, jest Rzecznik Finansowy (szczegóły na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: <https://rf.gov.pl/>).
12. Klientowi posiadającemu status konsumenta przysługuje uprawnienie do zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumentów.

§15 W jakim celu przetwarzamy dane osobowe?

1. Jesteśmy administratorem danych osobowych Twoich i Ubezpieczonych w rozumieniu art. 4 ust. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej: „Rozporządzenie”). Dane przetwarzane są na potrzeby zawarcia Umowy oraz objęcia opieką ubezpieczeniową. Jeżeli Ty lub Ubezpieczony wyraziliście zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych lub w celu otrzymywania komunikacji marketingowej, administratorami danych osobowych są podmioty z Grupy LUX MED – ich listę znajdziesz na stronie internetowej www.luxmed.pl. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem przez nas danych osobowych możesz skontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych dostępnym pod adresem e-mail: daneosobowe@luxmed.pl.
2. Twoje dane osobowe podajesz nam przy zawieraniu Umowy. Dane osobowe Ubezpieczonych przekazywane są nam przez złożenie Wniosku Ubezpieczeniowego (w przypadku Współubezpieczonych, ich dane osobowe przekazywane nam są przez Ubezpieczonego Głównego). Przetwarzamy dane osobowe Ubezpieczonych, które podane zostały we Wniosku, tj. imię, nazwisko, nr PESEL, płeć, datę urodzenia, główną miejscowość opieki, adres zamieszkania. Jeżeli Ubezpieczony jest obcokrajowcem, przetwarzamy także informację o obywatelstwie oraz nr paszportu. Możemy również otrzymać numer telefonu, ale informacja ta nie jest nam niezbędna do objęcia Ubezpieczonych opieką ubezpieczeniową. W związku z udostępnieniem Ci możliwości złożenia Wniosku poprzez platformę elektroniczną, jak i przystąpienia za jej pośrednictwem do opieki ubezpieczeniowej przez zgłaszanych przez Ciebie Ubezpieczonych, będziemy również przetwarzać Twój adres e-mail oraz adresy e-mail Ubezpieczonych. Celem oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w ramach wypełnianego przez Ubezpieczonego kwestionariusza medycznego, przetwarzamy także zawarte w nim dane osobowe Ubezpieczonego obejmujące wiek, wagę, wzrost, informacje o wykonywanym zawodzie lub stanowisku służbowym wraz z jego charakterystyką, informacje o pracodawcy Ubezpieczonego, jak również informacje o stanie zdrowia Ubezpieczonego w zakresie wynikającym z kwestionariusza medycznego. Możemy poprosić Ubezpieczonego o podanie dodatkowych informacji o jego stanie zdrowia lub na podstawie upoważnienia udzielonego przez Ubezpieczonego zwrócić się do podmiotów leczniczych, z których korzystał w celu uzyskania informacji koniecznych, do podjęcia decyzji o realizacji Świadczenia, prawidłowej jego koordynacji albo przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego w związku ze zgłoszonym roszczeniem. Jeżeli do realizacji celów, o których mowa w zdaniu poprzednim, konieczne będzie uzyskanie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, to poprosimy go o przekazanie nam kopii jego dokumentacji medycznej w niezbędnym zakresie bądź na podstawie udzielonej przez Ubezpieczonego zgody zwrócimy się do odpowiednich podmiotów leczniczych z wnioskiem o udostępnienie nam takiej dokumentacji.
3. Zgoda na przetwarzanie danych w celach marketingowych obejmuje wszelkie informacje jakie zostały nam udzielone przez Ciebie lub Ubezpieczonego. Mogą to być np. dane identyfikacyjne (imię, nazwisko, płeć, data

- urodzenia, wiek, miejscowość). Zapewniamy jednak, że w żadnym wypadku nie sięgamy do dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, którą nam przekazał lub którą pozyskujemy od podmiotów leczniczych na podstawie stosownego upoważnienia – dostęp do tych informacji mają jedynie upoważnione do tego osoby.
4. Przetwarzamy dane osobowe Twoje oraz Ubezpieczonych jako Ubezpieczyciel, a celem tego przetwarzania jest ocena ryzyka ubezpieczeniowego oraz realizacja Umowy. W pierwszej kolejności potrzebujemy przyjąć Wniosek. Pozwoli to później na ustalenie tożsamości Ubezpieczonego przed udzieleniem Świadczenia oraz umożliwi nam realizację Umowy i kontakt z Ubezpieczonym. Jako Ubezpieczyciel, jesteśmy zobowiązani przepisami prawa do wykonywania oceny ryzyka ubezpieczeniowego przed zawarciem Umowy oraz przetwarzania danych osobowych w ramach jej wykonywania w tym w celu koordynacji procesu korzystania przez Ubezpieczonego ze Świadczeń (art. 6 ust. 1 lit. b. Rozporządzenia w związku z art. 41 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej). W ramach prowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, będziemy przetwarzać dane osobowe Ubezpieczonego (w tym dane szczególnej kategorii w zakresie stanu zdrowia) i będzie się to odbywać w sposób zautomatyzowany, w tym poprzez profilowanie. Podstawą prawną takiego działania po stronie LMG są przepisy regulujące naszą działalność jako podmiotu ubezpieczeniowego. Informujemy jednak, że Ubezpieczony zawsze ma prawo nie podlegać decyzji opartej o zautomatyzowane przetwarzanie danych osobowych i domagać się interwencji człowieka, co oczywiście zapewniamy. Jako administrator danych będący przedsiębiorcą, mamy prawo do przetwarzania danych osobowych, aby dochodzić roszczeń z tytułu prowadzonej przez nas działalności gospodarczej (art. 6 ust. 1 lit. b. oraz f. Rozporządzenia, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, którym jest dochodzenie naszych roszczeń i obrona naszych praw). Jeżeli Ty lub Ubezpieczony podzieliłeś się z nami swoją opinią na temat Świadczeń lub złożyłeś reklamację, możemy przetwarzać dane osobowe, aby rozpatrzyć zgłoszenie oraz udzielić na nie odpowiedzi (art. 6 ust. 1 lit. f Rozporządzenia, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, jakim jest rozpatrzenie roszczeń reklamacyjnych oraz obrona interesów Ubezpieczyciela). Jako przedsiębiorca prowadzimy księgi rachunkowe oraz spoczywają na nas obowiązki podatkowe – wystawiamy np. rachunki za wykonane przez nas usługi, co może się wiązać z koniecznością przetwarzania danych osobowych. (art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości). Jeżeli Ty lub Ubezpieczony wyraziliście zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych, to możemy przetwarzać dane osobowe, aby kierować do Ciebie lub Ubezpieczonego komunikację marketingową dotyczącą działalności Grupy LUX MED. Komunikacją tą mogą być oferty, informacje o usługach, wydarzeniach organizowanych przez podmioty z Grupy LUX MED, promocjach oraz artykuły prozdrowotne. Na podstawie wyrażonej przez Ciebie lub Ubezpieczonego zgody, możemy przetwarzać dane osobowe pozyskane w trakcie współpracy z nami w celach marketingowych, na przykład poprzez ich analizę oraz wiązanie z innymi informacjami o Tobie, aby dostosować kierowane do Ciebie komunikaty do Twoich potrzeb (art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia).
5. Dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców w związku z prowadzoną przez nas działalnością:
- 1) 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);
 - 2) dostawcom usług prawnych i doradczych oraz wspierających nas w dochodzeniu należnych roszczeń (w szczególności kancelariom prawnym, firmom windykacyjnym);
 - 3) zakładom reasekuracji, które będą wykonywać działalność w zakresie reasekuracji ryzyka przyjętego przez nas z tytułu Umowy;
 - 4) Przychodniom lub Szpitalom;
 - 5) Operatorowi.
6. W ramach procesu realizacji Świadczeń szpitalnych, dokumentacja medyczna Ubezpieczonego, którą nam przekazał lub którą pozyskaliśmy na podstawie jego zgody od odpowiednich podmiotów leczniczych, może zostać udostępniona przez Ubezpieczyciela Przychodniom lub Szpitalom za pośrednictwem Koordynatora

Opieki Szpitalnej, który wspiera Ubezpieczonego w procesie: kwalifikacji do leczenia szpitalnego, przebiegu Hospitalizacji oraz leczenia po pobycie w szpitalu. Proces, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, dotyczy Świadczeń szpitalnych, o których mowa w Załączniku nr 1 do OWU.

7. Z uwagi na to, że korzystamy z usług innych dostawców, np. w zakresie struktury teleinformatycznej, dane osobowe Ubezpieczającego i Ubezpieczonych mogą być przekazywane poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego (na który składają się państwa Unii Europejskiej oraz Islandia, Norwegia i Liechtenstein). Zapewniamy, że w takim przypadku przekazywanie danych odbywać się będzie w oparciu o stosowną podstawę prawną, na przykład umowę zawartą a pomiędzy Ubezpieczycielem a tym podmiotem zawierającą standardowe klauzule ochrony danych osobowych przyjęte przez Komisję Europejską lub na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony danych osobowych. Ubezpieczyciel weryfikuje, czy dane osobowe są przetwarzane w sposób bezpieczny przez dostawcę usług, któremu są one przekazywane.
8. Jednym ze sposobów przetwarzania przez nas danych osobowych jest tzw. profilowanie. Polega ono na tym, że możemy tworzyć profile preferencji w oparciu o informacje o Tobie lub Ubezpieczonym, i tym samym w oparciu o nie, dostosowywać nasze usługi i treści jakie oni od nas otrzymujecie. Zapewniamy, że nie przetwarzamy danych osobowych w sposób w pełni automatyczny, bez ingerencji człowieka.
9. Przechowujemy dane osobowe przez okres trwania Umowy, a następnie 6 lat po wygaśnięciu lub rozwiązaniu Umowy. Jeżeli dane były przez nas przetwarzane w celu dochodzenia naszych roszczeń (np. w postępowaniach windykacyjnych) przetwarzamy dane przez okres przedawnienia roszczeń, wynikający z przepisów kodeksu cywilnego. Wszelkie dane podatkowe oraz przetwarzane na potrzeby rachunkowości przetwarzamy przez 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy. Jeżeli Ty lub Ubezpieczony wyraziliście zgodę na przetwarzanie danych w celach marketingowych, przetwarzamy dane od chwili wyrażenia zgody do czasu jej cofnięcia. Po upływie wyżej wymienionych okresów dane osobowe są usuwane lub poddawane anonimizacji.
10. Zawarcie z nami Umowy jest w pełni dobrowolne, jednakże jako Ubezpieczyciel jesteśmy zobowiązani do oznaczenia tożsamości Twojej oraz Ubezpieczonych i wykonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego z wykorzystaniem danych osobowych. Niepodanie danych może skutkować odmową zawarcia Umowy lub realizacji Świadczeń. Również ze względów rachunkowych i podatkowych, mamy obowiązek prawny przetwarzania danych. Brak ich podania może skutkować np. brakiem wystawienia faktury czy imiennego rachunku na Twoją rzecz. Jeżeli otrzymujemy numer telefonu Twój lub Ubezpieczonego, jest to dobrowolne. Brak tych danych nie ma wpływu na zawarcie Umowy, lecz znacznie utrudni nam to kontakt z osobą uprawnioną w procesie realizacji Umowy. Wyrażenie którejkolwiek ze zgód marketingowych również jest dobrowolne. Oznacza to, że odmowa ich udzielenia nie ma wpływu na skorzystanie z naszych Świadczeń. Ty i Ubezpieczony macie prawo odwołać wyrażoną zgodę w dowolnej chwili.
11. Jako administrator danych, zapewniamy Tobie i Ubezpieczonemu prawo dostępu do waszych danych. Możecie je również sprostować, żądać ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Możecie także złożyć sprzeciwu wobec przetwarzania waszych danych oraz przenoszenia danych do innego administratora. Aby skorzystać z tych uprawnień, powinniście skontaktować się z nami poprzez infolinię, stronę internetową lub z naszym Inspektorem Ochrony Danych. Informujemy także, że Ty i Ubezpieczony macie prawo wnieść skargę do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych.

§16 Postanowienia końcowe

1. Mając na uwadze standardy bezpieczeństwa medycznego, Przychodnia lub Szpital może udzielić Świadczenia określonego pacjentowi z pierwszeństwem przed innymi pacjentami.
2. Nie odpowiadamy za zdarzenia ubezpieczeniowe wynikłe z:
 - 1) błędów medycznych,
 - 2) błędów z nienależycie prowadzonej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.

Za błędy wymienione w pkt 1) i 2) odpowiada podmiot leczniczy udzielający świadczenia.

LMG FÖRSÄKRINGS AB S.A.
ODDZIAŁ W POLSCE

GRUPA LUXMED

luxmed.pl

LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
KRS: 0000395438
NIP: 108 001 14 94, REGON: 145156729
Wysokość kapitału zakładowego: 5 800 000,00 euro

3. Prawem właściwym stanowiącym podstawę stosunków między nami a Ubezpieczającym przed zawarciem Umowy oraz prawem właściwym do zawarcia i wykonywania tej Umowy oraz rozwiązywania ewentualnych sporów z nią związanych jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie przepisy prawa powszechnie obowiązującego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Tobą a nami jest język polski.
5. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla:
 - 1) Twojego miejsca zamieszkania albo
 - 2) miejsca zamieszkania Ubezpieczonego,
 - 3) miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego.
6. Kierowane do nas wnioski, oświadczenia i powiadomienia, które dotyczą realizacji Umowy zawartej na podstawie niniejszych OWU, mogą być składane:
 - 1) na adres naszej siedziby;
 - 2) elektronicznie na adres poczty elektronicznej: obslogaubezpieczenia_ind@luxmed.pl.
7. Wszelkie zmiany Umowy wymagają formy pisemnej, elektronicznej lub dokumentowej pod rygorem nieważności.
8. 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.
9. Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego w zakresie zgodności działalności z przepisami polskiego prawa. Wyłączny nadzór nad naszą gospodarką finansową sprawuje szwedzki organ nadzoru.
10. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla klientów indywidualnych – Opieka Ortopedyczna. Wariant Rozszerzony. (kod OI/4NH2OPD) zostały zatwierdzone uchwałą zarządu Ubezpieczyciela i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych z datą 12 maja 2026 roku lub późniejszą.

Załącznik Nr 1**Do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla klientów indywidualnych
- Opieka Ortopedyczna. Wariant Rozszerzony.**

KOD OI/4NH2OPD

**Szczegółowy zakres świadczeń w ramach ubezpieczenia szpitalnego LUX MED
dla klientów indywidualnych – Opieka Ortopedyczna. Wariant Rozszerzony.****CZĘŚĆ I: ŚWIADCZENIA SZPITALNE****§1 Hospitalizacja**

1. Zapewniamy Hospitalizację pilną oraz Hospitalizację planową w zakresie ortopedii, która:
 - 1) obejmuje zabiegi operacyjne ortopedyczne, w tym endoprotezy i ortopedyczne materiały zespalające;
 - 2) nie obejmuje:
 - a) wydłużania kończyn;
 - b) zabiegów osseointegracji;
 - c) zabiegów i operacji struktur kręgosłupa i klatki piersiowej;
 - d) zabiegów i operacji chirurgii robotycznej.

§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 przysługuje Ci realizacja następujących świadczeń dostępnych w przypadku wskazań medycznych-oraz od zakresu dostępnych usług w danej lokalizacji:
 - 1) interwencję zespołu ratownictwa medycznego;
 - 2) udzielenie Ci niezbędnej pomocy medycznej w Przychodni lub Szpitalu wskazanym przez nas;
 - 3) udzielenie Ci niezbędnej pomocy w zakresie Drobного urazu;
 - 4) wydanie Ci zaleceń odnośnie dalszego trybu postępowania zachowawczego;
 - 5) kołowy transport medyczny z miejsca Twojego pobytu do Szpitala.
3. Opieka doraźna realizowana jest w lokalizacjach wskazanych przez nas. Listę lokalizacji, w których możesz skorzystać z tego świadczenia znajdziesz w dokumentacji załączonej do Twojej Umowy ubezpieczenia, która znajduje się na Twoim koncie w aplikacji elektronicznej.
4. 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.
5. Nasza odpowiedzialność w Opiece 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:
 - 1) utraty przytomności;
 - 2) wstrząsu anafilaktycznego;
 - 3) zadławienia;
 - 4) stanu padaczkowego;
 - 5) ostrych i nasilonych reakcji uczuleniowych będących efektem ukąszenia czy użądlenia przez jadowite zwierzęta;
 - 6) zatrucia lekami, środkami chemicznymi lub gazami;
 - 7) porażenia prądem;

- 8) podtopienia;
 - 9) dokonanej próby samobójczej;
 - 10) upadku z dużej wysokości;
 - 11) rozległej rany będącej efektem urazu, w tym urazowe amputacje kończyn lub elementów kończyn;
 - 12) urazów wielonarządowych;
 - 13) nagłych zaburzeń narządu wzroku lub słuchu;
 - 14) urazów twarzowo-czaszkowych.
2. 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 z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

§3 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:
 - 1) określenia konieczności Hospitalizacji planowej, jej typu, metody i zakresu zabiegu;
 - 2) zakwalifikowania Ubezpieczonego do Hospitalizacji;
 - 3) określenia terminu przeprowadzenia operacji, zabiegu;
 - 4) opracowania planu leczenia.
2. Opieka medyczna przed Hospitalizacją nie jest tym samym co:
 - 1) postawienie diagnozy;
 - 2) monitorowanie leczenia;
 - 3) poradnictwo ogólnomedyczne;
 - 4) wydanie drugiej opinii medycznej.
3. Zakres nie obejmuje:
 - 1) prowadzenia ciąży;
 - 2) leczenia ambulatoryjnego w tym zabiegów, badań, jeżeli podczas kwalifikacji lekarz nie zdecyduje o konieczności Hospitalizacji.

§4 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 §5 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 ubezpieczenia.

§5 Rehabilitacja

1. Rehabilitacja po Hospitalizacji obejmuje:
 - 1) 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;
 - 2) badania obrazowe niezbędne do monitorowania przebiegu postępów rehabilitacji;

- 3) 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:
 - 1) zabiegów rehabilitacyjnych wynikających ze wskazań innych niż następstwa zabiegu operacyjnego zrealizowanego w ramach ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) terapii złamań za pomocą stymulatorów zrostu kostnego wykorzystujących oddziaływania fizyczne (np. falę ultradźwiękową).

CZĘŚĆ II: KOORDYNACJA OPIEKI SZPITALNEJ

1. Niezwłocznie po rozpoczęciu Okresu ochrony, przekazemy 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. Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego przekazania tych informacji Ubezpieczonemu.
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:
 - 1) przyjęcie od Ubezpieczonego wniosku o realizację Świadczenia oraz bieżący kontakt z Ubezpieczonym w trakcie weryfikacji wniosku, a także w trakcie trwania Umowy;
 - 2) koordynację opieki nad Ubezpieczonym w przypadku Opieki doraźnej:
 - a) weryfikację uprawnień do Świadczenia;
 - b) przekazanie Ubezpieczonemu wskazówek co do dalszego postępowania;
 - c) kontakt z Izbą Przyjęć lub Przychodnią;
 - d) pomoc w przyjęciu do Szpitala lub Przychodni i w bieżącej organizacji niezbędnych badań i konsultacji zgodnie z zaleceniami Lekarza;
 - e) pomoc w kompletowaniu dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
 - f) kontakt z osobą upoważnioną do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym;
 - 3) koordynację opieki nad Ubezpieczonym przed Hospitalizacją:
 - a) weryfikację uprawnień do Świadczenia, w tym uzyskanie decyzji Ubezpieczyciela w związku ze złożonym wnioskiem;
 - b) przedstawienie propozycji Hospitalizacji – przedstawienie do wyboru dostępnych Szpitali i Lekarzy;
 - c) umówienie pobytu i zgodnie z wyborem Ubezpieczonego;
 - d) pomoc w umówieniu na badania i konsultacje kwalifikujące do Hospitalizacji;
 - e) monitorowanie realizacji przez Ubezpieczonego badań i konsultacji;
 - f) przypomnienie Ubezpieczonemu o terminie przyjęcia do Szpitala i wymaganych dokumentach, a także potwierdzenie obecności Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - g) koordynację obiegu dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem;
 - h) przekazanie informacji dotyczących pobytu w Szpitalu,
 - 4) koordynację w trakcie Hospitalizacji:
 - a) przekazanie wszystkich dokumentów niezbędnych do Świadczenia 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 pobycie w Szpitalu, a także przedstawienie planu opieki po Świadczeniu;
 - e) organizację kołowego transportu medycznego:
 - z miejsca pobytu Ubezpieczonego do Szpitala, wynikający z potwierdzonych przez nas wskazań medycznych (niemożność samodzielnego poruszania się z przyczyn medycznych, konieczność ciągłej opieki i nadzoru medycznego);
 - transport międzyszpitalny wynikający ze wskazań medycznych w przypadku, gdy transport medyczny do innej jednostki jest konieczny do: kontynuacji leczenia objętego zakresem ubezpieczenia, a także do innego najbliższego Szpitala kontynuacji leczenia w sytuacji, gdy dalsza diagnostyka leczenie wykracza poza zakres naszej odpowiedzialności;
 - transport ze Szpitala do miejsca pobytu Ubezpieczonego, wynikający z potwierdzonych przez nas wskazań medycznych,
- 5) koordynację opieki po Hospitalizacji, zgodnie z zaleceniami Lekarza:
- a) umówienie zleconych Ubezpieczonemu badań lub rehabilitacji;
 - b) organizację kołowego transportu medycznego, jeżeli wynika on ze wskazań medycznych, w analogicznym zakresie jak w pkt. 4) lit. e) powyżej;
 - c) skompletowanie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.

Załącznik Nr 2

Do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla klientów indywidualnych
- Opieka Ortopedyczna. Wariant Rozszerzony.

KOD OI/4NH2OPD

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

<p>Kto jest administratorem Twoich danych?</p>	<p>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. Szturmowa 2 (dalej jako my lub „Ubezpieczyciel”).</p> <p>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.</p>
<p>Z kim możesz się skontaktować w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych?</p>	<p>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.</p>
<p>Jakie jest źródło danych – skąd są pozyskiwane?</p>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • imienia • nazwiska • numeru PESEL (w przypadku braku data urodzenia) • adresu e-mail <p>są przekazywane są nam przez Ubezpieczającego. Jeżeli jesteś współubezpieczonym, to powyższe dane są nam przekazywane przez Ubezpieczonego Głównego zgłaszającego Cię do opieki ubezpieczeniowej.</p> <p>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.</p>

<p>Jaki jest zakres danych osobowych, które przetwarzamy?</p>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • imię i nazwisko • płeć • adres zamieszkania • numer PESEL • datę urodzenia • główną miejscowość opieki <p>W przypadku jeśli jesteś obcokrajowcem dodatkowo poprosimy Cię o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • obywatelstwo • numer paszportu <p>Aby umożliwić Ci złożenie deklaracji przystąpienia do opieki ubezpieczeniowej za pośrednictwem platformy elektronicznej oraz usprawnić późniejszy proces świadczenia usług możemy również poprosić o Twój:</p> <ul style="list-style-type: none"> • numer telefonu • adres e-mail <p>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 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.</p>					
<p>Jakie jest źródło danych – skąd są pozyskiwane? CD</p>	<p>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.</p>					
<p>Jaki jest zakres danych osobowych, które przetwarzamy?</p>	<p>Przetwarzamy dane osobowe jako podmiot ubezpieczeniowy a celem tego przetwarzania jest ocena ryzyka ubezpieczeniowego oraz realizacja umowy ubezpieczeniowej, przez co rozumiemy:</p> <table border="1" data-bbox="419 1581 922 1942"> <thead> <tr> <th data-bbox="419 1581 922 1704">Cel przetwarzania</th> <th data-bbox="930 1581 1481 1704">Podstawa prawna (pełne nazwy aktów prawnych znajdziesz na końcu formularza)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="419 1715 922 1942"> <ul style="list-style-type: none"> • Ustalenie Twojej tożsamości przed udzieleniem Ci świadczenia oraz umożliwienie nam realizacji umowy i kontakt z Tobą. • Wykonanie oceny ryzyka ubezpieczeniowego przed zawarciem </td> <td data-bbox="930 1715 1481 1942"> art. 6 ust. 1 lit. b RODO w zw. z art. 41 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej. </td> </tr> </tbody> </table>	Cel przetwarzania	Podstawa prawna (pełne nazwy aktów prawnych znajdziesz na końcu formularza)	<ul style="list-style-type: none"> • Ustalenie Twojej tożsamości przed udzieleniem Ci świadczenia oraz umożliwienie nam realizacji umowy i kontakt z Tobą. • Wykonanie oceny ryzyka ubezpieczeniowego przed zawarciem 	art. 6 ust. 1 lit. b RODO w zw. z art. 41 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.	
Cel przetwarzania	Podstawa prawna (pełne nazwy aktów prawnych znajdziesz na końcu formularza)					
<ul style="list-style-type: none"> • Ustalenie Twojej tożsamości przed udzieleniem Ci świadczenia oraz umożliwienie nam realizacji umowy i kontakt z Tobą. • Wykonanie oceny ryzyka ubezpieczeniowego przed zawarciem 	art. 6 ust. 1 lit. b RODO w zw. z art. 41 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.					

<p>umowy oraz przetwarzanie danych osobowych w ramach jej wykonywania.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>art. 6 ust. 1 lit. f Rozporządzenia, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, jakim jest rozpatrzenie roszczeń reklamacyjnych oraz obrona interesów Ubezpieczyciela</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Jako administrator danych będący przedsiębiorcą mamy prawo do dochodzenia roszczeń z tytułu prowadzonej przez nas działalności gospodarczej i przetwarzania Twoich danych w tym celu. 	<p>art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, którym jest dochodzenie naszych roszczeń i obrona naszych praw.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia (dobrowolnie wyrażona zgoda)</p>

	<p>zgody możemy także dokonywać tzw. profilowania, które polega na automatycznej ocenie niektórych czynników osobowych, które Cię dotyczą. Celem profilowania jest dobranie odpowiednich treści materiałów, które Ci przekazujemy (marketingowych, promocyjnych).</p>	
<p>Czy Twoje dane są przetwarzane w sposób zautomatyzowany?</p>	<p>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.</p>	
<p>Komu przekazujemy Twoje dane osobowe?</p>	<p>Dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców w związku z prowadzoną przez nas działalnością:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dostawcom usług zaopatrujących nas w rozwiązania techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające świadczenie usług i zarządzanie naszą organizacją (w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, firmom kurierskim i pocztowym), • dostawcom usług prawnych i doradczych oraz wspierających nas w dochodzeniu należnych roszczeń (w szczególności kancelariom prawnym, firmom windykacyjnym), • zakładom reasekuracji, które będą wykonywać działalność w zakresie reasekuracji ryzyka przyjętego przez 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. <p>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 Opieki Szpitalnej wspierającego proces Twojej hospitalizacji i leczenia.</p>	
<p>Czy Twoje dane są przekazywane do państw trzecich?</p>	<p>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.</p>	

<p>W jaki sposób LMG może profilować Twoje dane?</p>	<p>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.</p>
<p>Przez jaki czas przetwarzane są Twoje dane osobowe?</p>	<p>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.</p>
<p>Czy podanie danych jest obowiązkiem?</p>	<p>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.</p>
<p>Jakie prawa Ci przysługują?</p>	<p>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 któregośkolwiek 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.</p>
<p>Definicje i skróty</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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.