

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla klientów indywidualnych – Opieka w Chorobie

SPIS TREŚCI:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA SZPITALNEGO LUX MED DLA KLIENTÓW INDYWIDUALNYCH – OPIEKA W CHOROBIE	3
§1 Z KIM ZAWIERASZ UMOWĘ?.....	3
§2 DEFINICJE.....	3
§3 CO JEST PRZEDMIOTEM UMOWY?	5
§4 JAK SKORZYSTAĆ Z UBEZPIECZENIA?	5
§5 CZEGO WYMAGAMY DO ZAWARCIA UMOWY?	6
§6 NA JAK DŁUGO ZAWIERASZ UMOWĘ, JAKIE SĄ WARUNKI PRZEDŁUŻENIA OCHRONY I OD KIEDY OBJĘTY JESTEŚ UBEZPIECZENIEM?	7
§7 KIEDY MOŻESZ ODSTĄPIĆ OD UMOWY LUB JĄ ROZWIĄZAĆ?	7
§8 DO KIEDY OBOWIĄZUJE UMOWA?.....	8
§9 JAKA JEST WYSOKOŚĆ SKŁADKI I JAK JĄ OPŁACIĆ?	8
§10 JAKIE MAMY OBOWIĄZKI WOBEC CIEBIE?	8
§11 JAKIE OBOWIĄZKI MASZ TY I UBEZPIECZENI WOBEC NAS?	9
§12 CO TO JEST OKRES KARENЦИИ I JAKA JEST JEGO DŁUGOŚĆ?	9
§13 CZEGO UBEZPIECZENIE NIE OBEJMUJE?.....	10
§14 W JAKI SPOSÓB MOŻESZ ZŁOŻYĆ REKLAMACJĘ?.....	12
§15 W JAKIM CELU PRZETWARZAMY DANE OSOBOWE?	12
§16 POSTANOWIENIA KOŃCOWE.....	16

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO OWU

Załącznik Nr 1	Szczegółowy zakres Świadczeń w ramach Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla klientów indywidualnych – Opieka w Chorobie przeznaczony dla Głównych ubezpieczonych, Partnerów i Dzieci pełnoletnich
Załącznik Nr 2	Szczegółowy zakres Świadczeń w ramach Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla klientów indywidualnych – Opieka w Chorobie przeznaczony dla Niepełnoletnich Dzieci
Załącznik Nr 3	Klauzula obowiązku informacyjnego LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce

Informacje zawarte w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla klientów indywidualnych – Opieka w Chorobie

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej w OWU
Przesłanki, które zobowiązują nas do wypłaty świadczeń	<p>§3; §4 ust. 1-2; §4 ust. 6</p> <p><u>Załącznik nr 1 do OWU:</u> Część I: §1; §2 ust. 1-3; §3 ust. 1-2; §4 ust. 1-2; Część II: ust. 1 – 2; Część III: Tabela nr 1, Kolumny I-III</p> <p><u>Załącznik nr 2 do OWU:</u> Część I: §1; §2 ust. 1-3; §3 ust. 1-2; §4 ust. 1-2; Część II: ust. 1 – 2; Część III: Tabela nr 1, Kolumny I-III</p>
Ograniczenia oraz wyłączenia naszej odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	<p>§2 ust. 3, 14 i 20; §4 ust. 3-4; §5 ust. 3; §5 ust. pkt. 2); §12; §13; §16 ust. 1-2;</p> <p><u>Załącznik nr 1 do OWU:</u> Część I: §2 ust. 4; §3 ust. 3; §4 ust. 3-4; Część III: Tabela nr 1, Kolumna IV</p> <p>Część I: §2 ust. 4; §3 ust. 3; §4 ust. 3-4; Część III: Tabela nr 1, Kolumna IV</p>

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 w Chorobie

KOD I/2/2026/OWCH

§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. 15).

§2 Definicje

Określenia użyte w niniejszych OWU oraz dokumentach stanowiących integralną część Umowy ubezpieczenia oznaczają:

1. **Choroba** - nieprawidłowy według ogólnie uznanej wiedzy medycznej stan fizyczny lub psychiczny organizmu wymagający leczenia szpitalnego; wykaz Chorób objętych zakresem ochrony ubezpieczeniowej znajduje się w Załączniku nr 1 lub Załączniku nr 2 do OWU Część III – Wykaz Chorób objętych ochroną ubezpieczeniową (do każdej z Chorób przypisany jest kod szczegółowy ICD-10).
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:
 - 1) odbywa się w wyznaczonym terminie;
 - 2) 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
3. **ICD-10** - 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. **Koordynator Opieki Szpitalnej** (dalej **KOS**) – koordynator, którego zadaniem jest wsparcie Ubezpieczonego przy korzystaniu ze Świadczeń szpitalnych.
5. **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 dentystry.
6. **Okres ochrony** – okres, w którym ponosimy odpowiedzialność w stosunku do Ubezpieczonego za zdarzenia objęte Umową.
7. **Operator** – podmiot koordynujący w naszym imieniu udzielanie Świadczeń.
8. **Przychodnia** – podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej udzielający świadczeń ambulatoryjnych, działający na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej, realizujący Świadczenia w oparciu o OWU.
9. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy.
10. **Rocznica** – dzień roku odpowiadający dacie zawarcia Umowy, a jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma dnia miesiąca odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca.
11. **Składka** – kwota należna nam z tytułu Umowy. Jej wysokość i termin płatności są określone w Polisie.

12. **Szpital** – podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej udzielający świadczeń szpitalnych, 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 www.opiekaszpitalna.luxmed.pl.
13. **Świadczenie** – Umowa przewiduje następujące rodzaje Świadczeń:
- 1) **Świadczenia szpitalne** – świadczenie medyczne związane z Hospitalizacją planową udzielane przez Szpital, a w niektórych przypadkach również przez Przychodnię. Szczegółowy zakres Świadczeń szpitalnych dla osób pełnoletnich znajduje się w Załączniku nr 1 oraz dla niepełnoletnich w Załączniku nr 2 do OWU Część I Świadczenia szpitalne.
 - 2) **Koordinacja opieki szpitalnej** – świadczenie, którego celem jest wsparcie Ubezpieczonego przez KOS w korzystaniu ze Świadczeń szpitalnych. Szczegółowe zasady oraz warunki udzielania tego świadczenia znajdują się dla osób pełnoletnich w Załączniku nr 1 oraz dla niepełnoletnich w Załączniku nr 2 do OWU Część II Koordinacja opieki szpitalnej.
14. **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, zamieszkała na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, 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 niepełnoletnie** – dziecko własne lub przysposobione Głównego Ubezpieczonego lub Partnera, które w dniu rozpoczęcia ochrony nie ukończyło 18 lat. Osobą uprawnioną do składania oświadczeń w imieniu Dziecka niepełnoletniego jest opiekun prawny.
 - c) **Dziecko pełnoletnie** – dziecko własne lub przysposobione Głównego Ubezpieczonego lub Partnera, które w dniu rozpoczęcia ochrony ukończyło 18 lat i nie miało ukończonych 70 lat.
15. **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 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, REGON 145156729.
16. **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.
17. **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
18. **Wiek ubezpieczonego** – liczba ukończonych pełnych lat Ubezpieczonego w dniu rozpoczęcia Okresu ochrony, a następnie w dniu każdej Rocznicy.
19. **Wniosek ubezpieczeniowy** (dalej **Wniosek**) – Twoja propozycja zawarcia Umowy na warunkach OWU, którą nam składasz.

20. **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

§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, o ile jej szczegółowy kod ICD-10 znajduje się w Załączniku nr 1 lub Załączniku nr 2 do OWU Część III – Wykaz Chorób objętych ochroną ubezpieczeniową.
3. Zdarzeniem, które uprawnia Ubezpieczonego do skorzystania ze Świadczeń w ramach ubezpieczenia, jest otrzymanie skierowania na leczenie szpitalne, na którym jednoznacznie wskazany jest szczegółowy kod ICD-10 danej Choroby.
4. W przypadku wystąpienia zdarzenia, które uprawnia do skorzystania z ubezpieczenia, Ubezpieczony może skorzystać ze Świadczenia szpitalnego wraz z Koordynacją opieki szpitalnej.
5. Odpowiadamy za zdarzenia, które mają miejsce w Okresie ochrony. Datą zajścia zdarzenia jest data wystawienia skierowania na leczenie szpitalne.
6. 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 Dziecka);
 - 3) Rodzinny – dla Głównego ubezpieczonego i przynajmniej dwóch Współubezpieczonych (jednego Partnera oraz jednego lub więcej Dzieci niepełnoletnich / Dzieci pełnoletnich albo przynajmniej dwojga Dzieci niepełnoletnich / Dzieci pełnoletnich).
7. Świadczenia są realizowane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w lokalizacjach wskazanych przez nas, których pełna lista jest na bieżąco aktualizowana i jest dostępna pod adresem www.opiekaszpitalna.luxmed.pl.

§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;
 - 2) kopii skierowania do szpitala (wymagane jest, aby Choroba będąca przyczyną Hospitalizacji planowej była jednoznacznie określona kodem ICD-10 na skierowaniu do szpitala);
 - 3) kopii dokumentacji medycznej z konsultacji, podczas której wystawiono skierowanie do szpitala;
 - 4) 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. Jeżeli do określenia, czy Ubezpieczonemu przysługuje Świadczenie, potrzebne będą dodatkowe dokumenty, informacje, dodatkowe badania lub konsultacje lekarskie, poinformujemy o tym osobę składającą wniosek, w terminie nie dłuższym niż 7 dni od daty otrzymania wniosku o Świadczenie. Informację prześlemy pisemnie lub w inny sposób, na który ta osoba wyraziła zgodę.
5. Rozpocznemy 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 osobę składającą wniosek i wskażemy okoliczności oraz podstawę prawną, które uzasadniają odmowę. Prześlemy też informację o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

§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 nie zostały nam podane do wiadomości, dotyczących istotnych kwestii związanych ze stanem zdrowia Ubezpieczonego, o które zapytaliśmy.
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 Ubezpieczonego 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.
10. Korzystając z możliwości zawarcia Umowy na odległość, Ubezpieczający nie ponosi dodatkowych 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 przedłużenia ochrony 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 Umowy (Ty lub my) 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 art. 39 ust. 3 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. 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, który rozpoczyna bieg od 1 dnia miesiąca kalendarzowego przypadającego bezpośrednio po dacie złożenia przez Ciebie wypowiedzenia Umowy. Wypowiedzenie można wysłać na nasz adres e-mail: obsługaubezpieczenia_ind@luxmed.pl.
5. My możemy wypowiedzieć Umowę z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia, który rozpoczyna bieg od 1 dnia miesiąca kalendarzowego przypadającego bezpośrednio po dacie złożenia Tobie wypowiedzenia

Umowy. 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, zgodnie z § 9 ust. 6;
- 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 (w przypadku Głównego Ubezpieczonego, Partnera, Dziecka pełnoletniego) albo 18 rok życia (w przypadku Dziecka niepełnoletniego);
- 6) w dniu zgonu któregokolwiek 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 obliczana jest oddzielnie za każdego Ubezpieczonego, a jej wysokość uzależniona jest od Wzrostu Ubezpieczonych. Zobowiązaniem do zapłaty łącznej kwoty Składki za wszystkich Ubezpieczonych w ramach Umowy jest Ubezpieczający.
3. Szczegóły dotyczące wysokości Składki oraz sposobu zapłaty znajdziesz w Polisie.
4. Dniem zapłaty Składki lub jej raty jest dzień, w którym Twoja wpłata w pełnej należnej wysokości wpłynęła na rachunek bankowy wskazany 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 proponujemy 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 i innych dokumentach wymaganych do zawarcia Umowy, a także niezwłocznego poinformowania 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 i innych dokumentach wymaganych do zawarcia Umowy;
 - 3) doręczenie wszystkim Ubezpieczonym warunków Umowy, w szczególności OWU wraz z załącznikami, a w przypadku, gdy w wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego proponujemy zawarcie Umowy na warunkach dodatkowych lub odmiennych od OWU – także informacji o tych warunkach, zanim wyrażą oni zgodę na udzielenie im ochrony ubezpieczeniowej, 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) poinformowanie 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) powstrzymanie się od wszelkich działań utrudniających lub uniemożliwiających udzielenie Świadczeń;
 - 8) 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;
 - 9) niezwłoczne poinformowanie 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.

§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.

3. Nie stosujemy karencji wobec świadczeń z tytułu Koordynacji opieki szpitalnej.
4. Karencji nie stosujemy w drugim i kolejnych Okresach ochrony w przypadku Umowy odnawianej w Rocznicę na kolejne Okresy ochrony.
5. Jeżeli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia grupowego, w której ubezpieczycielem byliśmy my lub inna spółka z Grupy LUX MED i która obejmowała świadczenia w ramach Hospitalizacji planowej w zakresie odpowiadającym zakresowi niniejszego ubezpieczenia, wówczas okres trwania poprzedniej ochrony ubezpieczeniowej jest zaliczany na poczet okresów karencji. Aby skorzystać z tej zasady, wcześniejsza ochrona musi być zakończona i nie mogła skończyć się wcześniej niż 3 miesiące przed początkiem ochrony w zakresie niniejszego ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczony był objęty kilkoma umowami ubezpieczenia spełniającymi wyżej wymienione warunki, wówczas ta zasada ma zastosowanie tylko do ochrony ubezpieczeniowej z najpóźniejszą datą zakończenia.

§13 Czego ubezpieczenie nie obejmuje?

1. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje zdarzeń, które są skutkiem:
 - 1) 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;
 - 2) stosowania naukowo nieuznanych metod leczenia oraz medycyny niekonwencjonalnej, ludowej i orientalnej, stosowania leków niedopuszczonych do użytku w Polsce oraz ich następstw, jak również udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych, badaniach klinicznych lub podobnych badaniach związanych ze zdrowiem, oraz ich następstw;
 - 3) transplantacji organów lub tkanek, komórek, hodowli komórkowych (pochodzenia naturalnego lub sztucznego), w tym także z wykorzystaniem autoprzeszczepu, wszczepianie 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 sportów wysokiego ryzyka, czyli takich których uprawianie wiąże się ze szczególnym ryzykiem dla zdrowia. W ramach OWU za takie sporty uznajemy:
 - a) sporty lotnicze oraz pilotowanie jakichkolwiek samolotów silnikowych,
 - b) baloniarstwo,
 - c) skoki spadochronowe,
 - d) skoki na linie,
 - e) kolarstwo górskie,
 - f) sporty motorowe i motorowodne,
 - g) jazda na skuterach wodnych,
 - h) kitesurfing,
 - i) alpinizm,
 - j) wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa,
 - k) speleologia,
 - l) taternictwo jaskiniowe,
 - m) skoki narciarskie,
 - n) snowboard oraz narciarstwo z wyjątkiem uprawianych rekreacyjnie na wyznaczonych trasach,
 - o) bobsleje,
 - p) rafting i inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich,
 - q) nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu,
 - r) sporty walki,
 - s) myślistwo,
 - t) jazda konna.

- 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, 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;
 - 9) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia, świadomego spowodowania rozstroju zdrowia,
 - 10) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa lub wykroczenia;
 - 11) działania umyślnego, samodzielnego diagnozowania, leczenia, modyfikacji zaleconego leczenia lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego;
 - 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) detoksykacji, zabiegów odwykowych, leczenia odwykowego oraz ich następstw;
 - 14) uzyskania świadczeń medycznych za pomocą czynów zakazanych, prób wyłudzenia lub celowego wprowadzenia Ubezpieczyciela w błąd.
2. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje ponadto:
- 1) leczenia oraz następstw chorób, schorzeń, urazów innych niż wymienione w Załączniku nr 1 i 2 do OWU;
 - 2) leczenia: chorób, schorzeń, urazów w trybie pilnym w tym stanów nagłych i ostrych;
 - 3) 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.
 - 4) rehabilitacji innej niż w placówce wskazanej przez nas i wymienionej w Załączniku nr 1 lub 2 do OWU;
 - 5) leczenia Urazów wielonarządowych oraz ich następstw;
 - 6) wszczepienia protez i implantów; zastępujących funkcjonalność i kształt operowanych narządów;
 - 7) leczenia w oddziałach psychiatrycznych;
 - 8) leczenia chorób psychicznych, otępiennych, neurodegeneracyjnych (w tym choroby Alzheimera) oraz ich następstw;
 - 9) leczenia wynikającego ze wskazań natury psychologicznej;
 - 10) diagnozowania i leczenia zaburzeń płodności oraz ich następstw;
 - 11) diagnozowania i leczenia związanego z korektą płci oraz ich następstw;
 - 12) diagnozowania i leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z aberracjami chromosomalnymi oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność oraz ich następstw;
 - 13) diagnozowania i leczenia bez wskazań medycznych oraz diagnostyki i leczenia, których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych;
 - 14) diagnozowania i leczenia Chorób rzadkich oraz ich następstw;
 - 15) zabiegów chirurgii robotycznej;
 - 16) przeprowadzania zabiegów aborcji i leczenia powikłań będących jej następstwami;
 - 17) 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;
 - 18) diagnozowania i leczenia niewykonywanego w Szpitalach lub Przychodniach wskazanych przez nas oraz ich następstw;
 - 19) świadczeń szpitalnych, które zostały zorganizowane lub zrealizowane u Ubezpieczonego przed zgłoszeniem zdarzenia Ubezpieczycielowi lub w trakcie oczekiwania na decyzję dotyczącą realizacji Świadczenia;

- 20) 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);
 - 21) leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz pobyków rehabilitacyjnych, w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgniacyjnej, w której Ubezpieczony przebywa;
 - 22) leczenia zakażenia wirusami HIV, SARS-CoV-2, wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem tych zakażeń;
 - 23) leczenia domowego jako kontynuacji terapii szpitalnej z wyłączeniem leczenia będącego następstwem procedur objętych i zrealizowanych w ramach ubezpieczenia;
 - 24) 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;
 - 25) diagnozowania i leczenia Chorób, objawów chorobowych, 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.
3. Mając na uwadze standardy bezpieczeństwa medycznego, Przychodnia lub Szpital może udzielić Świadczenia określonego pacjentowi z pierwszeństwem przed innym pacjentami.
 4. 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.
 5. Wyłączona z zakresu ochrony jest Hospitalizacja, która ze względów bezpieczeństwa medycznego, stwierdzonych w dniu przyjęcia do oddziału szpitalnego lub w trakcie pobytu, wymaga jednoczesowego leczenia wysoko i wielospecjalistycznego w placówce medycznej spoza listy, o której mowa §3 ust. 7 lub jej zakres wykracza poza zakres opisany w Załączniku nr 1 lub 2 do OWU.
 6. 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.
 7. 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.
 8. 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.

§14 W jaki sposób możesz złożyć reklamację?

1. Reklamacje związane z oferowaniem, zawieraniem lub wykonywaniem Umowy ubezpieczenia mogą być zgłoszone przez m.in. Ubezpieczającego, 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:
 - Wysyłając e-mail na adres: reklamacje.ubezpieczenia@luxmed.pl,
 - przez formularz online: <https://www.luxmed.pl/zgloszenie-reklamacji-ubezpieczenia>,
 - na adres do doręczeń elektronicznych wpisany do bazy adresów elektronicznych AE:PL-71281-48855-GTFED-29, albo
 - b) w postaci papierowej:

- 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,
 - 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 Ubezpieczyciela 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. 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.
 6. Odpowiedź prześlemy z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej za pomocą którego osoba złożyła reklamację, albo innego wskazanego przez nią środka komunikacji elektronicznej – w przypadku, gdy reklamacja została złożona z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej.
 7. 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.
 8. 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:
 - 1) przyczynę opóźnienia;
 - 2) okoliczności, które muszą zostać ustalone do rozpatrzenia sprawy;
 - 3) przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie będzie dłuższy niż 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
 9. Po wyczerpaniu postępowania reklamacyjnego osoba, która złożyła reklamację, może złożyć m.in. wniosek o rozpatrzenie sprawy przez podmiot uprawniony do rozwiązywania pozasądowych sporów, wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego (szczegóły na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: <https://rf.gov.pl/>).

§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 podzieliliś 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 oraz Załączniku nr 2 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. 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.
3. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Tobą a nami jest język polski.
4. 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.
5. 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.
6. Wszelkie zmiany Umowy wymagają formy pisemnej, elektronicznej lub dokumentowej pod rygorem nieważności.
7. 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.
8. Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego w zakresie zgodności działalności z przepisami polskiego prawa. Wyłączny nadzór nad naszą gospodarką finansową sprawuje szwedzki organ nadzoru.
9. Instytucją, która udzieliła nam zezwolenia na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej, jest Finansinspektionen z siedzibą w Sztokholmie (Szwecja).
10. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla klientów indywidualnych – Opieka w Chorobie (kod: I/2/2026/OWCH) 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 w Chorobie KOD I/2/2026/OWCH

Szczegółowy zakres Świadczeń w ramach Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla klientów indywidualnych – Opieka w Chorobie przeznaczony dla Głównych ubezpieczonych, Partnerów i Dzieci pełnoletnich.

CZĘŚĆ I: ŚWIADCZENIA SZPITALNE

§1 Hospitalizacja planowa

Zapewniamy Ubezpieczonym Hospitalizację planową w zakresie leczenia Chorób wskazanych w Część III Tabela: Choroby objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dla: Głównego ubezpieczonego, Partnera oraz Dziecka pełnoletniego.

§2 Opieka medyczna przed Hospitalizacją planową

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

§3 Opieka medyczna po Hospitalizacji planowej

1. Opieka po Hospitalizacji planowej 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 podanego w §4.
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 planowej zapewniamy wyłącznie w odniesieniu do Świadczenia przeprowadzonego w ramach Umowy ubezpieczenia.

§4 Rehabilitacja

1. Rehabilitacja po Hospitalizacji planowej obejmuje:

- 1) 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,
 - 2) niezbędne zabiegi z zakresu drenażu limfatycznego po zabiegach chirurgicznych wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego do 12 tygodni od daty wypisu ze szpitala ;
 - 3) badania obrazowe niezbędne do monitorowania postępów rehabilitacji;
 - 4) 1 konsultację podsumowującą po zakończeniu ww. leczenia rehabilitacyjnego.
2. Szczegółowy zakres rehabilitacji określimy przed końcem Hospitalizacji planowej.
 3. Nie zrealizujemy rehabilitacji zleconej przez inną placówkę medyczną niż wskazana przez nas.
 4. Nasza odpowiedzialność w zakresie rehabilitacji nie obejmuje zabiegów rehabilitacyjnych wynikających ze wskazań innych niż następstwa zabiegu operacyjnego zrealizowanego w ramach ochrony ubezpieczeniowej.

CZĘŚĆ II: KOORDYNACJA OPIEKI SZPITALNEJ

1. Niezwłocznie po rozpoczęciu Okresu ochrony prześlemy Tobie dane kontaktowe do zespołu Koordynacji Opieki Szpitalnej. Dane wyślemy wiadomością email, wiadomością sms lub listownie, w zależności od tego, jakie dane do kontaktu otrzymaliśmy. Jesteś zobowiązany 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 przed Hospitalizacją planową:
 - a) weryfikację uprawnień do Świadczenia, w tym uzyskanie decyzji Ubezpieczyciela w związku ze złożonym wnioskiem;
 - b) przedstawienie propozycji Hospitalizacji planowej – 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 planowej;
 - 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,
 - 3) koordynację w trakcie Hospitalizacji planowej:
 - 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 leczenia wykracza poza zakres naszej odpowiedzialności;

- transport ze Szpitala do miejsca pobytu Ubezpieczonego, wynikający z potwierdzonych przez nas wskazań medycznych,
- 4) koordynację opieki po Hospitalizacji planowej, 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. 3) lit. e) powyżej;
 - c) skompletowanie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.

CZĘŚĆ III: WYKAZ CHOROÓB OBJĘTYCH OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

Tabela nr 1: Choroby objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dla: Głównego ubezpieczonego, Partnera oraz Dziecka pełnoletniego.

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

	E04.8	pojedynczego, wola wieloguzkowego tarczycy oraz innego 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 zaburzają gospodarkę wapniową. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie nadczynności pierwotnej, wtórnej, innej oraz innych określonych chorób przytarczyc obejmujące leczenie operacyjne 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 zapalenia jelita

	K51.2 K51.3 K51.8 K51.9	cienkiego i grubego, krętego i grubego, prośnicy, prośnicy 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 złoży 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 kamicy żółciową. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przewlekłego zapalenia pęcherzyka żółciowego bez objawów ostrego zapalenia obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia naczyniowa	I83.9	Żyłaki kończyn dolnych to wydłużenie i poszerzenie żyły, które prowadzi do jej krętego przebiegu. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie żyłaków kończyn dolnych bez owrzodzenia i zapalenia obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym. Dodatkowo nie obejmuje pajęczek żylnych tzw. teleangiektazji i żyłaków 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, wiktającej, 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 postaci 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/rozpierzanie, 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	Żyłaki powrózka nasiennego to poszerzenie naczyń żylnych w górnym biegunie jądra. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie żyłaków 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

		dem 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, zapalnego, 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 rodniego i nieokreślonych obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Ginekologia	N81.1 N81.2 N81.3	Wypadanie żeńskiego narządu rodniego 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, surowicznych i nieokreślonych obejmujące leczenie operacyjne 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 operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Ginekologia	N80.0 N80.1 N80.2 N80.3 N80.4	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 nieokreślonej obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.

	N80.5 N80.6 N80.8 N80.9	
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 ciała 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 wyłącznie 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 nieutralizowany rytm serca o częstotliwości >100/min. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie częstoskurczu napadowego nadkomorowego i komorowego obejmujące leczenie zabiegowe (abłacja) 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 (abłacja) i odbywające się w trybie planowym.
Neurochirurgia	M51.1 M51.2 M51.3 M51.4	Dyskopatia to zmiany zwyrodnieniowe rozwijające się w obrębie krążka międzykręgowego z wypukleniem 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.

	M51.8	
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 wypukleniem jądra miazdystego. 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 wywołany przez ucisk wywierany na nerw kulszowy lub tworzące go nerwy rdzeniowe. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie operacyjne krążków międzykręgowych lędźwiowo-krzyżowych w tym termoleżę nerwów rdzeniowych okolicy lędźwiowej, bez ingerencji w ośrodkowy układ nerwowy i odbywające się w trybie planowym.

Załącznik Nr 2

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla klientów indywidualnych - Opieka w Chorobie KOD I/2/2026/OWCH

Szczegółowy zakres Świadczeń w ramach Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla klientów indywidualnych – Opieka w Chorobie przeznaczony dla Dzieci niepełnoletnich.

CZĘŚĆ I: ŚWIADCZENIA SZPITALNE

§1 Hospitalizacja planowa

Zapewniamy Ubezpieczonym Hospitalizację planową w zakresie leczenia Chorób wskazanych w Część III Tabela: Choroby objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dla: Dzieci niepełnoletnich.

§2 Opieka medyczna przed Hospitalizacją planową

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.
2. Nie zrealizujemy badań oraz konsultacji w zakresie opieki medycznej przed Hospitalizacją planową zleconych przez inną placówkę medyczną niż wskazana przez nas.
3. Opieka medyczna przed Hospitalizacją planową, jest niezbędna do:
 - 1) określenia konieczności Hospitalizacji planowej, jej typu, metody i zakresu operacji (zabiegu);
 - 2) zakwalifikowania Ubezpieczonego do Hospitalizacji planowej;
 - 3) określenia terminu przeprowadzenia operacji (zabiegu);
 - 4) opracowania planu leczenia.
4. Opieka medyczna przed Hospitalizacją planową nie jest tym samym co:
 - 1) postawienie diagnozy;
 - 2) monitorowanie leczenia;
 - 3) poradnictwo ogólnomedyczne;
 - 4) wydanie drugiej opinii medycznej.

§3 Opieka medyczna po Hospitalizacji

1. Opieka po Hospitalizacji planowej obejmuje 8 wizyt kontrolnych we wskazanej przez nas placówce medycznej. Służą one monitorowaniu efektów przeprowadzonego zabiegu i procesu powrotu do zdrowia realizowane w okresie w okresie do 60 dni od wypisu ze Szpitala lub do zakończenia okresu rehabilitacji podanego w §4.
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 planowej zapewniamy wyłącznie w odniesieniu do Świadczenia przeprowadzonego w ramach Umowy ubezpieczenia.

§4 Rehabilitacja

1. Rehabilitacja po Hospitalizacji planowej obejmuje:
 - 1) niezbędne zabiegi z zakresu drenażu limfatycznego po zabiegach chirurgicznych wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego do 12 tygodni od daty wypisu ze szpitala ;

- 2) badania obrazowe niezbędne do monitorowania postępów rehabilitacji;
- 3) 1 konsultację podsumowującą po zakończeniu ww. leczenia rehabilitacyjnego.
2. Szczegółowy zakres rehabilitacji określimy przed końcem Hospitalizacji planowej.
3. Nie zrealizujemy rehabilitacji zleconej przez inną placówkę medyczną niż wskazana przez nas.
4. Nasza odpowiedzialność w zakresie rehabilitacji nie obejmuje zabiegów rehabilitacyjnych wynikających ze wskazań innych niż następstwa zabiegu operacyjnego zrealizowanego w ramach ochrony ubezpieczeniowej.

CZĘŚĆ II: KOORDYNACJA OPIEKI SZPITALNEJ

1. Niezwłocznie po rozpoczęciu Okresu ochrony, prześlemy Tobie dane kontaktowe do zespołu Koordynacji Opieki Szpitalnej. Dane wyślemy wiadomością email, wiadomością sms lub listownie, w zależności od tego, jakie dane do kontaktu otrzymaliśmy. Jesteś zobowiązany do niezwłocznego przekazania tych informacji Ubezpieczonym.
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 przed Hospitalizacją planową:
 - a) weryfikację uprawnień do Świadczenia, w tym uzyskanie decyzji Ubezpieczyciela w związku ze złożonym wnioskiem;
 - b) przedstawienie propozycji Hospitalizacji planowej – 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 planowej;
 - 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,
 - 3) koordynację w trakcie Hospitalizacji planowej:
 - 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,
- 4) koordynację opieki po Hospitalizacji planowej, 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. 3) lit. e) powyżej;
- c) skompletowanie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.

CZĘŚĆ III: WYKAZ CHOROBY OBJĘTYCH OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

Tabela nr 1: Choroby objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dla Dzieci niepełnoletnich

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 zaburzają gospodarkę wapniową. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie nadczynności pierwotnej, wtórnej, innej oraz innych określonych chorób przytarczyc 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	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 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	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	Wrzodzące 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 złoży 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 kamicy żółciową. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przewlekłego zapalenia 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 J32.4 J32.8	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.

	J32.9	
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	Żyłaki powrózka nasiennego to poszerzenie naczyń żylnych w górnym biegunie jądra. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie żyłaków obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Urologia	N47	Stulejka to bliznowate zwężenie ujścia napletka uniemożliwiające jego odprowadzenie poza rowek założony 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 operacyjne 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.

Załącznik Nr 3

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla klientów indywidualnych - Opieka w Chorobie
KOD I/2/2026/OWCH

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. 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 • numer PESEL • płeć • datę urodzenia • adres zamieszkania • 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</p>

	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.	
Jakie jest źródło danych – skąd są pozyskiwane? CD	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.	
Jaki jest zakres danych osobowych, które przetwarzamy?	Przetwarzamy dane osobowe jako podmiot ubezpieczeniowy a celem tego przetwarzania jest ocena ryzyka ubezpieczeniowego oraz realizacja umowy ubezpieczeniowej, przez co rozumiemy:	
	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 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. 	art. 6 ust. 1 lit. b RODO w zw. z art. 41 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
	<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. 	art. 6 ust. 1 lit. f Rozporządzenia, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, jakim jest rozpatrzenie roszczeń reklamacyjnych oraz obrona interesów Ubezpieczyciela
	<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. 	art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, którym jest dochodzenie naszych roszczeń i obrona naszych praw.
	<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. 	art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.
<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 	art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia (dobrowolnie wyrażona zgoda)	

	<p>również Twoje dane osobowe pozyskane w trakcie współpracy z nami w celach marketingowych. W ramach tej 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 przekażesz 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.</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</p>

	<p>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 uprawnień do złożenia wobec nas sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych oraz prawa do przenoszenia danych do innego administratora danych. Celem skorzystania z którejkolwiek 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.