Kod OWU IUS/4/2026

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED

Dla klientów indywidualnych – Pełna Opieka

LMG FÖRSÄKRINGS AB S.A.
ODDZIAŁ W POLSCE

GRUPA LUXMED

luxmed.pl

Spis treści

1. Wstęp ... 4

1.1. Najważniejsze pojęcia ... 4

1.2. Z kim zawierasz Umowę ... 5

1.3. Najważniejsze postanowienia umowy ... 5

1.4. Słownik terminów ubezpieczeniowych ... 6

2. Przedmiot umowy ... 13

2.1. Co obejmujemy ochroną ubezpieczeniową ... 13

2.2. Jakie zdarzenia uprawniają do świadczenia ... 13

2.3. Co świadczymy w ramach ochrony ... 14

2.4. Czego nie świadczymy w ramach ochrony ubezpieczeniowej ... 15

2.5. Karencja – co to jest i ile trwa ... 15

2.6. Kiedy nie stosujemy karencji ... 15

2.7. Wyłączenia – jakich zdarzeń nie obejmujemy ochroną ... 16

2.8. Kiedy Przychodnia lub Szpital może odmówić świadczenia ... 21

2.9. Od czego zależy wysokość składki / Na podstawie czego wyliczamy składkę ... 21

2.10. Kogo możesz ubezpieczyć ... 21

2.11. Gdzie realizujemy świadczenia ... 22

3. Obowiązki związane z umową ... 23

3.1. Jakie mamy obowiązki ... 23

3.2. Jakie obowiązki masz TY i Ubezpieczeni ... 23

4. Umowa – zawarcie, czas trwania, zmiany i rozwiązanie ... 25

4.1. Jak zawrzeć Umowę ... 25

4.2. Czego wymagamy do zawarcia Umowy ... 25

4.3. Kiedy dochodzi do zawarcia umowy ... 25

4.4. Jaka jest częstotliwość opłacania Składki ... 26

4.5. Czas trwania Umowy i Okresu ochrony ... 26

4.6. Rozwiązanie umowy ... 26

4.7. Jak odnowić Umowę, by przedłużyć Okres ochrony ... 27

4.8. Kiedy nie przedłużymy Okresu ochrony ... 27

4.9. Co możesz zmienić w Umowie ... 27

4.10. W jaki sposób wprowadzimy zmiany ... 27

4.11. Kiedy i jak możesz odstąpić od Umowy 27
4.12. Kiedy i jak możesz wypowiedzieć Umowę 28
4.13. Kiedy my możemy wypowiedzieć umowę 28
4.14. Indywidualna kontynuacja ubezpieczenia grupowego LUX MED 29

5. Skorzystaj z ubezpieczenia 30

5.1. Jak skorzystać z ubezpieczenia 30
5.2. Jakich dokumentów wymagamy do podjęcia decyzji 30
5.3. Jak dowiesz się o naszej decyzji 31
5.4. Kiedy zrealizujemy świadczenie 31

6. Informacje prawne 32

6.1. Kto i jak może złożyć reklamacje 32
6.2. Co powinna zawierać reklamacja 32
6.3. Jak rozpatrujemy reklamacje 32
6.4. Co zrobić po wyczerpaniu postępowania reklamacyjnego 33
6.5. Przetwarzanie danych osobowych 33
6.6. Jakie przepisy prawa stosujemy w umowie 36
6.7. Co robić, gdy nie akceptujesz naszej decyzji 37
6.8. Gdzie kierować wnioski, oświadczenia i powiadomienia 37
6.9. Od kiedy obowiązują OWU 37
6.10. Wykaz załączników 37

1. Wstęp

1.1. Najważniejsze pojęcia

Oto najważniejsze pojęcia ubezpieczeniowe, z którymi warto zapoznać się na początku lektury OWU. Wszystkie terminy o specjalnym znaczeniu znajdują się w rozdziale „Słownik terminów ubezpieczeniowych”.

Ubezpieczyciel

LMG Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie, wykonująca w Polsce działalność poprzez oddział: LMG Försäkrings AB Spółka Akcyjna Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (dalej: my).

Ubezpieczający

Osoba zawierająca umowę ubezpieczenia (dalej: Ty).

Ubezpieczony

Osoba, która na Twój wniosek może być objęta ochroną ubezpieczeniową; Ubezpieczonym możesz być także Ty.

Koordynator opieki szpitalnej

Osoba, która zajmuje się organizacją świadczenia (w skrócie: KOS).

Ogólne warunki ubezpieczenia

Ten dokument wraz z załącznikami; znajdują się w nim najważniejsze informacje o ubezpieczeniu (dalej: OWU).

Polisa

Dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia.

Wniosek ubezpieczeniowy

Dokument, który wypełniasz, jeśli chcesz zawrzeć umowę ubezpieczenia; na podstawie tego wniosku Ubezpieczyciel zdecyduje, kogo i na jakich warunkach obejmie ochroną ubezpieczeniową (dalej: Wniosek).

Karencja

Okres, który musi upłynąć, by Ubezpieczony mógł korzystać z określonych świadczeń.

Ograniczenia odpowiedzialności

Sytuacje w których Ubezpieczyciel nie zrealizuje świadczenia.

Okres ochrony

Okres, w którym Ubezpieczyciel świadczy ochronę ubezpieczeniową.

Składka

Opłata za ubezpieczenie; jej wysokość i częstotliwość opłacania znajdują się w Polisie.

Świadczenie ubezpieczeniowe

Usługa, którą spełni Ubezpieczyciel w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Okoliczność lub sytuacja, które powodują, że Ubezpieczyciel musi spełnić świadczenie.

1.2. Z kim zawierasz Umowę

Umowę ubezpieczenia zawierasz z nami, czyli LMG Försäkrings AB S.A. z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Box 27093, Szwecja, działającą w Polsce poprzez oddział LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (nasze pełne dane znajdziesz w Słowniku pojęć ubezpieczeniowych).

1.3. Najważniejsze postanowienia umowy

Informacje zawarte w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia IUS/4/2026

	Rodzaj informacji	Numer postanowienia OWU
1.	Przesłanki spełnienia przez nas świadczeń	pkt. 1.4 ust. 1, 4, 10, 26; pkt. 2.1, 2.2 ust. 3, 4, 5, pkt. 2.3 ust. 6, pkt. 5.1 ust. 1, 2, 3, pkt. 5.4 ust. 13, Załącznik nr 1 pkt. 1, 2, 3, Załącznik nr 2 pkt. 1, 2.
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia naszej odpowiedzialności uprawniające do odmowy spełnienia świadczeń lub ich obniżenia	pkt. 2.5 ust. 8, 9, pkt. 2.7, pkt. 2. 11, pkt. 4.2 ust. 4, pkt. 5.1, Załącznik nr 1 pkt. 1, 2, 3, pkt. 5.4 ust. 9, Załącznik nr 2 pkt. 1, 2.

1.4. Słownik terminów ubezpieczeniowych

Poniżej znajdziesz definicje terminów używanych przez nas w OWU. Wszystkie wyrazy w rodzaju męskim, takie jak Ubezpieczający, Ubezpieczony, Partner, Lekarz, oznaczają osobę dowolnej płci.

	Termin	Definicja
1.	**Choroba**	Nieprawidłowy według powszechnej wiedzy medycznej stan fizyczny lub psychiczny organizmu.
2.	**Choroba rzadka**	Schorzenie, które wg rozporządzenia (WE) nr 141/2000 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 1999 r. w sprawie sierocych produktów leczniczych, występuje z częstością niższą niż 5 na 10 000 osób w populacji. Jest najczęściej uwarunkowane genetycznie i ma przewlekły oraz często ciężki przebieg. Prowadzi przedwcześnie do zgonu lub powoduje niepełnosprawność. Zazwyczaj ujawnia się w wieku dziecięcym.
3.	**Ciąża wysokiego ryzyka**	Ciąża, w której występują czynniki ryzyka dotyczące matki lub płodu. Czynnikami ryzyka mogą: a. zwiększać częstotliwość powikłań przebiegu ciąży i porodu; b. zagrażać zdrowiu lub życiu matki lub płodu. Czynniki ryzyka powodują, że opieka nad osobą ciężarną albo poród konieczne są w ośrodku III poziomu opieki perinatalnej.
4.	**Drobny uraz**	Uraz, który wymaga pomocy chirurgicznej lub ortopedycznej, ale nie wymaga hospitalizacji ani procedur medycznych realizowanych w sali operacyjnej.
5.	**Hospitalizacja**	Pobyt na oddziale szpitalnym, w celu przeprowadzenia diagnostyki, przyjęcia porodu lub leczenia, w tym przeprowadzenie operacji spowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą. W skład hospitalizacji wchodzą:

	Termin	Definicja
		a. **Hospitalizacja planowa** – pobyt na oddziale szpitalnym, który: I. odbywa się w wyznaczonym terminie; II. może zostać odroczony o co najmniej 7 dni od momentu stwierdzenia jego konieczności; odroczenie nie może jednak przekroczyć terminu, po którym może nastąpić, możliwe do przewidzenia, ciężkie pogorszenie stanu zdrowia lub znaczące zmniejszenie szans na powrót do zdrowia. b. **Hospitalizację pilną** – pobyt na oddziale szpitalnym, który powinien nastąpić w czasie krótszym niż 7 dni od momentu potwierdzenia konieczności przez lekarza szpitala, który kwalifikuje do hospitalizacji; jednak czas rozpoczęcia hospitalizacji nie może przekroczyć terminu, po którym może nastąpić, możliwe do przewidzenia, ciężkie pogorszenie stanu zdrowia lub znaczące zmniejszenie szans na powrót do zdrowia.
6.	**Izba przyjęć**	Jednostka Szpitala, w której: a. odbywa się kwalifikacja pacjentów do Hospitalizacji; b. przygotowywane są dokumenty niezbędne do rejestracji Hospitalizacji; c. udzielane są porady i pomoc doraźna pacjentom niezakwalifikowanym do Hospitalizacji; d. pacjent przekazywany jest pod opiekę zespołu szpitalnego.
7.	**Koordynator opieki szpitalnej (KOS)**	Przedstawiciel Operatora, którego zadaniem jest pomoc i wsparcie Ubezpieczonego przy realizacji Świadczeń w ramach Koordynacji Opieki Szpitalnej.
8.	**Lekarz**	Osoba, która wykonuje zawód lekarza zgodnie z przepisami prawa polskiego.

	Termin	Definicja
9.	**Miesiąc ubezpieczeniowy**	Okres jednego miesiąca, który rozpoczyna się pierwszego dnia Okresu ochrony. Następne Miesiące ubezpieczeniowe rozpoczynają się tego samego dnia w kolejnych miesiącach kalendarzowych. **Przykład:** Okres ochrony rozpoczyna się 15 lipca. Każdy Miesiąc ubezpieczeniowy zaczyna się 15 dnia miesiąca. Jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie występuje dzień, w którym powinien rozpocząć się Miesiąc ubezpieczeniowy, to rozpoczyna się on ostatniego dnia danego miesiąca. **Przykład:** Okres ochrony rozpoczyna się 31 marca i kolejny Okres ochrony rozpoczyna się 30 kwietnia, ponieważ 31 kwietnia nie występuje.
10.	**Nieszczęśliwy wypadek (Wypadek)**	Nagłe zdarzenie wywołane przez przyczynę niezależną od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, w którym Ubezpieczony doznał obrażeń fizycznych ciała w tym naruszenia struktur anatomicznych układu mięśniowo – szkieletowego. Nieszczęśliwym wypadkiem nie są Choroby ani stany chorobowe nawet takie, które występują nagle.
11.	**Okres ochrony**	Okres, w którym ponosimy odpowiedzialność w stosunku do Ubezpieczonego za zdarzenia objęte ubezpieczeniem.
12.	**Operator**	Podmiot koordynujący w naszym imieniu udzielanie Świadczeń.
13.	**Opieka doraźna**	Świadczenie medyczne na rzecz osób, których stan zdrowia nagle się pogorszył, a brak udzielonej

	Termin	Definicja
		niezwłocznie pomocy medycznej mógłby skutkować jego dalszym pogorszeniem.
14.	**Przychodnia**	Podmiot leczniczy, który udziela świadczeń ambulatoryjnych, działa na terenie Polski i zgodnie z prawem polskim.
15.	**Polisa**	Dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia.
16.	**Składka**	Kwota należna nam z tytułu Umowy ubezpieczenia. Jej wysokość i termin płatności są określone w Polisie
17.	**Szpital**	Podmiot leczniczy, który udziela świadczeń szpitalnych, działa na terenie Polski i zgodnie z prawem polskim. Za Szpital uznajemy również Przychodnie, które wchodzą w skład Szpitala (tzw. przychodnie przyszpitalne).
18.	**Świadczenie**	Usługi, które wchodzą w zakres ochrony ubezpieczeniowej, tzn: a. Świadczenie szpitalne – świadczenie medyczne związane z Hospitalizacją lub Opieką doraźną, udzielane przez Szpital, a w niektórych sytuacjach również przez Przychodnie; b. Świadczenie położniczoneonatologiczne – zgodnie z zakresem ubezpieczenia wskazanym w *Załączniku nr 2*; c. Szpitalny przegląd zdrowia (w skrócie: Przegląd) – świadczenia z zakresu diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej i konsultacji specjalistycznych, udzielane przez Szpital. Celem takiego przeglądu jest profilaktyka zdrowotna; d. Koordynacja Opieki Szpitalnej – usługi polegające na pomocy w organizowaniu Świadczeń przez Koordynatora opieki szpitalnej (w skrócie: KOS).

	Termin	Definicja
19.	**Ubezpieczający**	Osoba, która zawiera umowę ubezpieczenia (dalej: Ty)
20.	**Ubezpieczony**	Osoba objęta ochroną ubezpieczeniową. Może to być: a. Główny ubezpieczony – osoba fizyczna, zamieszkała na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, która w dniu rozpoczęcia ochrony miała ukończone 18 i nie miała ukończonych 70 lat. b. Współubezpieczony – osoba fizyczna, wskazana przez Ubezpieczającego we Wniosku ubezpieczeniowym, którą obejmujemy ochroną ubezpieczeniową. Współubezpieczonym może być: I. **Partner** – współmałżonek lub osoba prowadząca z Głównym ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe, niezłączona pokrewieństwem, przysposobieniem lub powinowactwem, która w dniu rozpoczęcia ochrony miała ukończone 18 i nie miała ukończonych 70 lat. II. **Dziecko** – Dziecko pełnoletnie i Dziecko niepełnoletnie ○ **Dziecko niepełnoletnie** – dziecko własne lub przysposobione Głównego ubezpieczonego lub Partnera, które nie ukończyło 18 lat. Osobą uprawnioną do składania oświadczeń w imieniu Dziecka niepełnoletniego jest opiekun prawny. ○ **Dziecko pełnoletnie** – dziecko własne lub przysposobione Głównego ubezpieczonego lub Partnera, które ukończyło 18 lat.
21.	**Ubezpieczyciel**	LMG Försäkrings AB S.A. Siedziba: w Sztokholmie (102 51), Box 27093, Szwecja; zarejestrowana w Urzędzie Rejestracji

	Termin	Definicja
		Przedsiębiorstw pod numerem 516406-0831, kapitał akcyjny: 5 800 000 Euro opłacony w całości, działająca w Polsce poprzez oddział LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie 02-678, ul. Szturmowa 2, wpisany do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy KRS pod nr KRS 0000395438, NIP: 1080011494 będąca dużym przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 8 marca 2013 r o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych.
22.	**Umowa ubezpieczenia**	Umowa zawarta pomiędzy Tobą, a nami na podstawie Wniosku o ubezpieczenie oraz Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wraz z załącznikami.
23.	**Uraz wielonarządowy (politrauma)**	Uraz, który obejmuje 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 oraz pobytu w warunkach oddziału anestezjologii i intensywnej terapii.
24.	**Wniosek o ubezpieczenie**	Dokument, w którym wyrażasz chęć zawarcia Umowy ubezpieczenia. Składasz go elektronicznie lub podczas rozmowy telefonicznej. Na podstawie tego wniosku podejmiemy decyzję o zawarciu lub odmowie zawarcia Umowy ubezpieczenia.
25.	**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

	Termin	Definicja
		wszczepialnych, implantów lub endoprotez, zabiegi neurochirurgiczne dotyczące krążków międzykręgowych, zabiegi z użyciem kleju naczyniowego oraz diagnostyka za pomocą skanerów PET-CT / PET-MRI, badania scyntygraficzne, badania MRI serca. Badania diagnostyczne, o których mowa w 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, z zastrzeżeniem, że diagnostyka i leczenie, których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych, są wyłączone.
26.	**Zdarzenie ubezpieczeniowe**	Zdarzenie mające miejsce w trakcie trwania Okresu ochrony, którego konsekwencją jest zgłoszenie nam roszczenia.

2. Przedmiot umowy

2.1. Co obejmujemy ochroną ubezpieczeniową

1. Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej są:
   a. zdrowie Ubezpieczonego;
   b. następstwa Wypadków.
2. Jeżeli zawierasz Umowę i dotyczy ona Twojego zdrowia, jesteś zarówno Ubezpieczającym, jak i Ubezpieczonym.

2.2. Jakie zdarzenia uprawniają do świadczenia

3. Ubezpieczony może zgłosić zdarzenie ubezpieczeniowe w razie:
   a. Choroby;
   b. założenia karty ciąży;
   c. porodu;
   d. Wypadku;
   e. nieskorzystania z jakiegokolwiek świadczenia ubezpieczeniowego przez minimum 2 lata nieprzerwanie trwającej ochrony wynikającej z Umowy.
4. Zdarzeniami, które uprawniają Ubezpieczonego do skorzystania z ubezpieczenia, są zdarzenia wymienione w *Tabeli 1*.

Tabela 1. Zdarzenia ubezpieczeniowe i daty ich wystąpienia

	Rodzaje zdarzeń ubezpieczeniowych	Data wystąpienia zdarzenia
1.	Choroba lub Wypadek wraz z otrzymaniem skierowania na leczenie szpitalne (w konsekwencji Choroby lub Wypadku)	data wystawienia skierowania
2.	Założenie karty ciąży	Data założenia karty ciąży (zgłoszenie w celu skorzystania ze szkoły rodzenia)
3.	Poród	data planowego porodu wpisana w karcie ciąży, o ile przypada na Okres ochrony. Jeżeli data porodu wpisana w karcie ciąży przypada maksymalnie do 14 dni po zakończeniu Okresu ochrony, wówczas odpowiedzialność

	Rodzaje zdarzeń ubezpieczeniowych	Data wystąpienia zdarzenia
		ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka wygasa w dniu porodu
4.	Drobny uraz lub pogorszenie stanu zdrowia, które wymaga Opieki doraźnej	data wystąpienia Drobnego urazu lub pogorszenia stanu zdrowia
5.	Nieskorzystanie z jakiegokolwiek świadczenia ubezpieczeniowego przez minimum 2 lata nieprzerwanie trwającej ochrony wynikającej z Umowy	data zgłoszenia nam chęci skorzystania ze Szpitalnego przeglądu zdrowia (pod warunkiem, że upłynęły 2 lata nieprzerwanie trwającej ochrony wynikającej z Umowy, w których ubezpieczony nie skorzystał z jakiegokolwiek świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy)

5. Odpowiadamy za zdarzenia, które wystąpią w Okresie ochrony.

2.3. Co świadczymy w ramach ochrony

6. Szczegółowy zakres Świadczeń, które są dostępne w ramach ubezpieczenia, wskazujemy w załącznikach do OWU:
   a. *Załącznik nr 1* – zakres Świadczeń dla Głównego ubezpieczonego, Partnera i Dziecka pełnoletniego;
   b. *Załącznik nr 2* – zakres Świadczeń dla Dziecka niepełnoletniego.

Przykład: Jaka jest różnica między świadczeniem a zdarzeniem?

Pan Grzegorz szedł ulicą. Niefortunnie potknął się, przewrócił i uszkodził kolano. Lekarz zdecydował o leczeniu w szpitalu. Pan Grzegorz **dostał skierowanie na leczenie szpitalne** ← to było **zdarzenie ubezpieczeniowe**.

Pan Grzegorz zadzwonił do KOS-a i z jego pomocą umówił termin operacji w szpitalu ← pomoc KOS-a oraz zabieg w szpitalu to **świadczenia.**

2.4. Czego nie świadczymy w ramach ochrony ubezpieczeniowej

7. W ramach ubezpieczenia nie wypłacamy i nie zwracamy pieniędzy. W szczególności, nie zwrócimy poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów Świadczeń zorganizowanych i zrealizowanych we własnym zakresie:
   a. przed zgłoszeniem nam zdarzenia; lub
   b. w trakcie oczekiwania na naszą decyzję o realizacji Świadczenia lub jej odmowie; lub
   c. zorganizowanych przez Ubezpieczonego samodzielnie pomimo wydania przez nas decyzji pozytywnej o realizacji Świadczenia.

2.5. Karencja – co to jest i ile trwa

8. W ramach ochrony ubezpieczeniowej występuje karencja. Jest to okres, który musi upłynąć od początku Okresu ochrony danego Ubezpieczonego, zanim będzie mieć prawo do Świadczenia. Okresy karencji, które stosujemy w Umowie, wynoszą:
   a. 3 miesiące – dla Hospitalizacji planowych oraz szkoły rodzenia;
   b. 10 miesięcy – dla Wysokospecjalistycznych metod leczenia i diagnostyki oraz Świadczeń położniczo-neonatologicznych z wyłączeniem szkoły rodzenia dla której okres karencji wynosi 3 miesiące.
9. Skierowanie na leczenie szpitalne musi być wystawione po upływie okresu karencji.

Przykład: Pani Żaneta podpisała umowę ubezpieczenia 15 stycznia. Ochrona rozpoczęła się 1 lutego. W trakcie trwania ubezpieczenia pani Żaneta zaszła w ciążę, a lekarz wyznaczył planowany termin porodu na 5 grudnia. Okres karencji na udział w szkole rodzenia trwa 3 miesiące, a na pozostałe Świadczenia położniczo-neonatologiczne trwa 10 miesięcy. Oznacza to, że licząc od 1 lutego czas karencji mija 30 listopada. Od 1 grudnia pani Żanecie przysługują Świadczenia związane z porodem, np. poród w prywatnym szpitalu, opieka położnej i neonatologa po porodzie.

---

10. Okres karencji wyznaczamy indywidualnie dla każdego Współubezpieczonego. Okres ten liczymy dla każdego Współubezpieczonego od pierwszego dnia jego ochrony.

2.6. Kiedy nie stosujemy karencji

11. Nie stosujemy karencji wobec świadczeń:
    a. związanych ze zdarzeniami, które są wynikiem Wypadku w Okresie ochrony;
    b. Koordynacji opieki szpitalnej;
    c. Opieki doraźnej.

12. Karencji nie stosujemy, kiedy odnowisz umowę ubezpieczenia od razu po upływie 12-miesięcznego okresu jej obowiązywania (bez żadnych przerw w ochronie). Ma to zastosowanie tylko do tych Ubezpieczonych w ramach nowej (odnowionej) umowy, którzy byli objęci ochroną również w ramach poprzedniej (odnawianej) umowy.
13. Jeżeli Ubezpieczony miał wcześniej ubezpieczenie, w którym byliśmy Ubezpieczycielem i które obejmowało Hospitalizację, to czas trwania tego ubezpieczenia liczymy do okresu karencji dla:
    a. Hospitalizacji planowych, z wyjątkiem onkologii – o ile były one objęte poprzednim ubezpieczeniem,
    b. Świadczeń położniczo-neonatologicznych – o ile były one objęte poprzednim ubezpieczeniem.

    Ta zasada ma zastosowanie, jeśli wcześniejsza ochrona wobec Ubezpieczonego skończyła się nie wcześniej niż 3 miesiące przed początkiem Okresu ochrony Umowy ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczony był objęty kilkoma ubezpieczeniami, wtedy stosujemy tę zasadę tylko do umowy ubezpieczenia z najpóźniejszą datą zakończenia.

Przykład: Pan Stanisław był objęty grupowym Ubezpieczeniem Szpitalnym LUX MED – Pełna Opieka. 31 marca ze swoim pracodawcą rozwiązał umowę, ale chciał kontynuować ubezpieczenie. Zawarł z nami indywidualną umowę Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED – Pełna Opieka ze startem ochrony od 1 kwietnia. W związku z tym do okresów karencji zaliczyliśmy okres poprzedniego, grupowego ubezpieczenia.

2.7. Wyłączenia – jakich zdarzeń nie obejmujemy ochroną

14. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje zdarzeń ubezpieczeniowych, które są skutkiem wydarzeń wskazanych w *Tabelach 2* i *3* oraz świadczeń wskazanych w *Tabeli 4*.

Tabela 2. Wydarzenia zewnętrzne niezależne od Ubezpieczonego

	Wydarzenia zewnętrzne niezależne od Ubezpieczonego
1.	Działania wojenne, działania zbrojne, stan wojenny, wojna domowa, rewolucja, stan wyjątkowy, cywilny zamachu stanu, akty terroryzmu.
2.	Stany klęski żywiołowej, katastrofy naturalne, stany pandemii oraz stany epidemii ogłoszone i potwierdzone przez właściwe organy administracji państwowej.
3.	Działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego oraz czynników biologicznych i chemicznych w zakresie szkodliwym dla człowieka.

Tabela 3. Wydarzenia spowodowane działaniem Ubezpieczonego

	Wydarzenia spowodowane działaniem Ubezpieczonego
1.	Służba wojskowa, udział w misjach wojskowych lub stabilizacyjnych, czynne uczestnictwa w zamieszkach, rozruchach lub strajkach.
2.	Stosowanie naukowo nieuznanych metod leczenia oraz medycyny niekonwencjonalnej, stosowanie leków niedopuszczonych do użytku na terenie Unii Europejskiej, udział Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych, badaniach klinicznych lub podobnych badaniach związanych ze zdrowiem.
3.	Transplantacja organów lub tkanek, komórek, hodowli komórkowych (pochodzenia naturalnego lub sztucznego), w tym także z wykorzystaniem autoprzeszczepu, wszczepiania implantów i urządzeń.
4.	Wyczynowe uprawianie 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 **Ważne:** 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 pełnoletnich Ubezpieczonych 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; c. uprawianie dyscyplin sportowych przez dzieci do 18 roku życia w ramach klubu, klasy lub szkoły sportowej.
5.	Uprawianie następujących sportów wysokiego ryzyka: a. sporty lotnicze oraz pilotowanie jakichkolwiek samolotów silnikowych, b. baloniarstwo; c. skoki spadochronowe; d. skoki na linie; e. kolarstwo górskie;

Wydarzenia spowodowane działaniem Ubezpieczonego	
	f. sporty motorowe i motorowodne; g. kitesurfing; h. wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa; i. speleologia; j. skoki narciarskie; k. snowboard oraz narciarstwo z wyjątkiem uprawianych rekreacyjnie na wyznaczonych trasach; l. bobsleje; m. rafting i inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich; n. nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu; o. sporty walki; p. myślistwo; q. jazda konna.
6.	Prowadzenie pojazdu bez uprawnień lub bez aktualnego badania technicznego (zgodnie z obowiązującymi przepisami) lub prowadzenie pojazdu pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów prawa polskiego.
7.	Popełnienie lub usiłowanie popełniania samookaleczenia, świadomego spowodowania rozstroju zdrowia, samobójstwa.
8.	Popełnienie lub usiłowanie popełnienia przestępstwa lub wykroczenia.
9.	Samodzielne leczenie niezlecone przez Lekarza, niestosowanie się do zaleceń medycznych dotyczących Świadczeń udzielanych w ramach Umowy, modyfikacja zaleconego leczenia lub rażącego niedbalstwa.
10.	Pozostawanie pod wpływem, nadużycie lub zatrucie dobrowolnie spożywanymi: a. alkoholem, b. narkotykami, c. innymi substancjami odurzającymi lub psychotropowymi, d. lekami stosowanymi niezgodnie z zaleceniem Lekarza, e. tytoniem.

Tabela 4. Świadczenia nieobjęte zakresem ubezpieczenia

	Świadczenia nieobjęte zakresem ubezpieczenia
1.	natychmiastowe leczenie stanów nagłych stwierdzonych w dniu przyjęcia do oddziału szpitalnego (m.in. udar mózgu, zawał mięśnia sercowego, zapalenie trzustki, zatorowość płucna), zwłaszcza wymagających leczenia w warunkach oddziału intensywnej terapii (m.in. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Oddział Leczenia Udarów, Oddział Intensywnej Opieki Neurologicznej, Oddział Leczenia Stanów Astmatycznych) lub z zapewnieniem intensywnej terapii nerkozastępczej, dializy wątrobowej, ECMO, wentylacji mechanicznej, kontrapulsacji;
2.	rehabilitacja inna niż w zakresie ubezpieczenia oraz po Hospitalizacji w placówkach innych niż wskazanych przez nas;
3.	leczenie Urazów wielonarządowych oraz ich następstw;
4.	wszczepienia protez, implantów lub urządzeń zastępujących funkcjonalnie lub anatomicznie narządy zmysłów;
5.	zabiegi chirurgii robotycznej inne niż wymienione w zakresie ubezpieczenia;
6.	diagnozowanie i leczenie związane z korektą płci, zaburzeniami płodności oraz ich następstwami;
7.	diagnozowanie i leczenie wrodzonych wad genetycznych związanych z aberracjami chromosomalnymi oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność, Chorób rzadkich oraz ich następstwami;
8.	przeprowadzanie zabiegów aborcji i leczenia powikłań będących ich następstwami;
9.	diagnozowanie i leczenie protetyczne, ortodontyczne, periodontologiczne, implantologiczne oraz ich następstwa;
10.	diagnozowanie i leczenie w tym zabiegi lub operacje również ze wskazań medycznych z zakresu: medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej (w tym operacji o charakterze operacji korekcyjnych), kosmetologii, a także leczenia ich niepożądanych następstw (o ile zakres Świadczenia szpitalnego nie stanowi inaczej);
11.	usuwanie guzków, zmian skórnych lub podskórnych mniejszych niż 2 cm;

	Świadczenia nieobjęte zakresem ubezpieczenia
12.	Następstwa leczenia niewykonywanego w Szpitalach lub Placówkach wskazanych przez nas;
13.	opieki medycznej po Hospitalizacji związanej z leczeniem wykonywanym w innych placówkach niż wskazane przez nas;
14.	wystawianie orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń i wniosków niezwiązanych z koniecznością kontynuacji procesu leczenia objętego zakresem ubezpieczenia;
15.	leczenie sanatoryjne i uzdrowiskowe, pobyty rehabilitacyjne, w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgnacyjnej;
16.	leczenie zakażeń wirusami HIV, SARS-CoV-2, wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem tych zakażeń;
17.	leczenie domowe;
18.	opieka medyczna związana z Hospitalizacją wykonaną w innych placówkach niż wskazane przez nas;
19.	diagnozowanie i leczenie bez wskazań medycznych w tym z powodu braku wskazań do leczenia szpitalnego oraz diagnostyki i leczenia których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych;
20.	detoksykacja, zabiegi odwykowe oraz leczenie odwykowe oraz ich następstwa;
21.	leczenie chorób psychicznych, otępiennych, neurodegeneracyjnych (w tym choroba Alzheimera) oraz ich następstw;
22.	uzyskane za pomocą czynów zakazanych, prób wyłudzenia lub celowego wprowadzenia nas w błąd;
23.	leczenie, które ze względu na standardy bezpieczeństwa medycznego wymaga jednoczesnego leczenia wysoko i wielospecjalistycznego w Szpitalu lub Przychodni spoza listy dostępnych placówek medycznych w ramach Umowy;
24.	leczenie wykraczające poza zakres opisany w niniejszym OWU oraz załącznikach;
25.	leczenie Chorób lub następstw Wypadków, które nie zostały nam przedstawione w dokumentach wymaganych do zawarcia Umowy, a które były obecne, wystąpiły lub przyczyny ich wystąpienia były znane Ubezpieczającemu lub

	Świadczenia nieobjęte zakresem ubezpieczenia
	Ubezpieczonemu w ciągu 12 miesięcy przed przystąpieniem Ubezpieczonego do Umowy;
26.	leczenie w okresie pierwszych 12 miesięcy nieprzerwanie trwającego Okresu ochrony, 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.

2.8. Kiedy Przychodnia lub Szpital może odmówić świadczenia

15. Przychodnia lub Szpital może odmówić Ubezpieczonemu Świadczenia, jeśli:
    a. narusza on swoim zachowaniem zasady współżycia społecznego;
    b. narusza regulamin organizacyjny Przychodni lub Szpitala;
    c. utrudnia pracę lub funkcjonowanie tej placówki lub jej personelu.
    d. dojdzie do stanu klęski żywiołowej, katastrofy naturalnej, pandemii lub epidemii, stanu wojennego, stanu wyjątkowego ogłoszonych przez organy administracji państwowej, działań wojennych, działań zbrojnych, wojny domowej, rewolucji, cywilnego zamachu stanu, aktu terroryzmu.
16. Uwzględniając standardy bezpieczeństwa medycznego, Przychodnia lub Szpital może udzielić Świadczenia określonemu pacjentowi z pierwszeństwem przed innymi pacjentami.

2.9. Od czego zależy wysokość składki / Na podstawie czego wyliczamy składkę

17. Wysokość Składki uzależniona jest od wieku Ubezpieczonego oraz okresu karencji.

2.10. Kogo możesz ubezpieczyć

18. W zależności od tego, kogo chcesz ubezpieczyć, możesz wybrać jeden z typów ubezpieczenia opisanych w *Tabeli 5*.

Tabela 5. Typy ubezpieczenia

	Typ ubezpieczenia	Kto może przystąpić
1.	Indywidualny	Główny Ubezpieczony
2.	Partnerski	Główny Ubezpieczony i jeden Współubezpieczony

	Typ ubezpieczenia	Kto może przystąpić
3.	Rodzinny	Główny Ubezpieczony i więcej niż jeden Współubezpieczony

2.11. Gdzie realizujemy świadczenia

19. Świadczenia realizujemy w Polsce – we wskazanych przez nas lokalizacjach. Aktualną listę Szpitali w których realizujemy świadczenia publikujemy na stronie www.luxmed.pl. Przy każdej lokalizacji podajemy wykaz Świadczeń szpitalnych, które dana placówka może realizować.

3. Obowiązki związane z umową

3.1. Jakie mamy obowiązki

1. Nasze obowiązki przedstawia *Tabela 6*.

Tabela 6. Jakie mamy obowiązki przed zawarciem Umowy i po jej zawarciu

	Przed zawarciem Umowy	Po zawarciu Umowy
1.	Dostarczymy OWU	Potwierdzimy zawarcie Umowy poprzez doręczenie Ci Polisy.
2.	Dostarczymy informację o warunkach dodatkowych lub odmiennych od OWU, jeśli zaproponujemy je w wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego	Poinformujemy Cię, jeśli zmienimy nasze dane kontaktowe.

3.2. Jakie obowiązki masz TY i Ubezpieczeni

2. Poinformować nas o wszystkich znanych okolicznościach, o które zapytamy we Wniosku Ubezpieczeniowym i innych wymaganych dokumentach.
3. Powiadomić nas, jeżeli ulegną one zmianie w czasie trwania Umowy.
4. Ponadto obowiązki Twoje i Ubezpieczonego zostały wskazane w *Tabeli 7*.

Tabela 7. Obowiązki Ubezpieczonego i Ubezpieczającego

Obowiązki Ubezpieczającego (Twoje obowiązki)	Obowiązki Ubezpieczonego
a. opłacać Składkę w wysokości i terminach określonych w Umowie; b. informować nas o zmianie swoich danych i danych Ubezpieczonego, podanych we Wniosku o ubezpieczenie; c. doręczyć Ubezpieczonemu warunki Umowy, w szczególności OWU wraz z pozostałymi dokumentami określającymi warunki ubezpieczenia, zanim wyrazi zgodę na udzielenie mu	a. przestrzegać zaleceń Lekarzy; b. przestrzegać zasad obowiązujących w Przychodniach i Szpitalach; c. stosować się do poleceń personelu Przychodni i Szpitali; d. przestrzegać uzgodnionych z nami terminów wykonania Świadczeń; e. przybyć w uzgodnionym terminie do Szpitala lub Przychodni wskazanej przez nas lub poinformować Operatora o

Obowiązki Ubezpieczającego (Twoje obowiązki)	Obowiązki Ubezpieczonego
ochrony ubezpieczeniowej. Musisz doręczyć także dokumenty wprowadzające wszelkie zmiany do Umowy i OWU w trakcie obowiązywania niniejszej Umowy; d. poinformować nas o śmierci Ubezpieczonego; e. poinformować Ubezpieczonych o zmianie naszych danych kontaktowych.	rezygnacji ze Świadczenia, nie później niż 12 godzin przed ustalonym terminem jego wykonania. Jeżeli okoliczności nie pozwalają zachować tego terminu, powinieneś poinformować Operatora o rezygnacji niezwłocznie po powstaniu jej przyczyny; f. powstrzymywać się od wszelkich działań utrudniających lub uniemożliwiających udzielenie Świadczenia; g. udostępnić nam pełną informację na temat swojego stanu zdrowia w dokumentach wymaganych do zawarcia umowy; h. udostępnić nam pełną dokumentację medyczną wskazującą okoliczności pojawienia się dolegliwości oraz dotychczasowego leczenia w celu weryfikacji stanu zdrowia i ustalenia odpowiedzialności za zdarzenie; i. poddać się badaniom lekarskim zorganizowanym przez nas w celu weryfikacji stanu zdrowia i ustalenia odpowiedzialności za zdarzenie, jeśli nie pozwala na to dotychczas otrzymana dokumentacja medyczna.

4. Umowa – zawarcie, czas trwania, zmiany i rozwiązanie

4.1. Jak zawrzeć Umowę

1. Jeśli chcesz zawrzeć Umowę:
   a. kontaktujesz się z nami telefonicznie lub mailowo;
   b. składasz do nas Wniosek o ubezpieczenie;
   c. akceptujesz warunki ubezpieczenia, w tym wysokość składki.
2. Przedstawione Ci warunki ubezpieczenia są ważne:
   a. do końca ich prezentacji w udostępnionym Ci systemie elektronicznym; lub
   b. do zakończenia przez Ciebie rozmowy telefonicznej w sprawie zawarcia Umowy.

4.2. Czego wymagamy do zawarcia Umowy

3. Umowę możesz zawrzeć z nami po podaniu przez Ciebie i przez Ubezpieczonych wszystkich znanych Wam informacji i okoliczności niezbędnych do zawarcia Umowy, o które zapytamy przed jej zawarciem.
4. Przyjmujemy Wnioski, które są kompletne i poprawnie wypełnione. Jeśli nie poinformujesz nas o kwestiach, o które pytamy, w szczególności dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego, nie ponosimy odpowiedzialności za skutki tych okoliczności.
5. Jeżeli Wniosek o ubezpieczenie nie będzie zawierał wszystkich wymaganych informacji lub dokumentów, wtedy zawiadomimy Cię o tym i poprosimy o ich uzupełnienie. W szczególności możemy poprosić Cię o dostarczenie dodatkowych dokumentów lub informacji o stanie zdrowia. Na uzupełnienie braków będziesz mieć 14 dni. Jeżeli tego nie zrobisz to Twój Wniosek zostanie anulowany, a do zawarcia Umowy konieczne będzie złożenie nowego Wniosku.
6. Na podstawie oceny ryzyka możemy:
   a. zawrzeć z Tobą Umowę – zgodnie ze złożonym Wnioskiem;
   b. zaproponować Ci zmienione warunki Umowy – będzie to wymagać Twojej akceptacji w terminie 14 dni od daty ich przekazania;
   c. odmówić Ci zawarcia Umowy.

4.3. Kiedy dochodzi do zawarcia umowy

7. Będziemy mogli zawrzeć z Tobą umowę, jeśli zostaną spełnione łącznie następujące warunki:

a. my – zaakceptujemy Twój Wniosek o ubezpieczenie;
b. Ty – zaakceptujesz nasze warunki Umowy;
c. Ty – opłacisz wymaganą Składkę.

8. Zawarcie Umowy potwierdzamy Polisą.

4.4. Jaka jest częstotliwość opłacania Składki

9. Składkę za ubezpieczenie możesz opłacać:
   a. miesięcznie;
   b. kwartalnie;
   c. półrocznie;
   d. rocznie.
10. Dniem zapłaty Składki jest dzień, w którym otrzymaliśmy wpłatę Składki w pełnej wysokości na wskazanym przez nas rachunku.
11. Szczegóły dotyczące wysokości Składki oraz terminów i sposobu jej zapłaty znajdziesz we na Polisie.

4.5. Czas trwania Umowy i Okresu ochrony

12. Umowę zawieramy na 12 miesięcy.
13. Okres ochrony trwa do momentu rozwiązania lub wypowiedzenia umowy.
14. W przypadku Współubezpieczonego Okres ochrony kończy się:
   a. w dniu wyłączenia go z Umowy zgodnie z pkt. 4.9 ust. 5b
   b. w dniu jego śmierci.

4.6. Rozwiązanie umowy

15. Umowa rozwiązuje się:
   a. jeżeli odstąpisz od Umowy – następnego dnia po dniu, w którym otrzymaliśmy odstąpienie (pkt. 4.11);
   b. jeżeli wypowiesz Umowę – ostatniego dnia kolejnego miesiąca po wypowiedzeniu przez Ciebie Umowy (pkt. 4.12);
   c. jeżeli nie opłacisz kolejnej raty Składki – po upływie 7 dni od naszego wezwania do jej zapłaty;
   d. jeżeli nie odnowisz Umowy na kolejne 12 miesięcy ochrony – ostatniego dnia Okresu ochrony;
   e. jeżeli skończysz 70 lat – ostatniego dnia Okresu ochrony;
   f. w dniu Twojej śmierci.
16. Dzień rozwiązania Umowy jest jednocześnie datą końca Okresu ochrony.

4.7. Jak odnowić Umowę, by przedłużyć Okres ochrony

17. Po 12 miesiącach Umowa może zostać odnowiona z przedłużeniem ochrony ubezpieczeniowej na kolejne 12 miesięcy
18. Przy odnowieniu Umowy i przedłużeniu Okresu ochrony możemy zaproponować Ci zmianę wysokości Składki. Propozycję jej zmiany wraz z terminem płatności wyślemy Ci na co najmniej 60 dni przed końcem bieżącego Okresu ochrony.
19. Zapłata przez Ciebie Składki oznacza, że:
    a. akceptujesz propozycję zmiany jej wysokości;
    b. chcesz przedłużyć Okres ochrony na kolejne 12 miesięcy, licząc od ostatniego dnia poprzedniego Okresu ochrony.

4.8. Kiedy nie przedłużymy Okresu ochrony

20. Jeśli nie zaakceptujesz warunków ubezpieczenia ani nie opłacisz Składki lub jej pierwszej raty w nowej wysokości we wskazanym terminie, Umowa wygaśnie ostatniego dnia Okresu ochrony. Ochrona nie zostanie przedłużona na kolejne 12 miesięcy.
21. Jeśli najpóźniej na 10 dni przed końcem Okresu ochrony przynajmniej jedna ze stron (tzn. my lub Ty) złoży drugiej stronie oświadczenia o braku zgody na odnowienie Umowy, Okres ochrony nie zostanie przedłużony na kolejne 12 miesięcy.

4.9. Co możesz zmienić w Umowie

22. W Okresie ochrony możesz:
    a. dodać nowych Współubezpieczonych do Umowy;
    b. wyłączyć Współubezpieczonych z Umowy. Możesz to jednak zrobić tylko raz w każdym 12-miesięcznym okresie obowiązywania Umowy.

4.10. W jaki sposób wprowadzimy zmiany

23. Zmiana warunków Umowy:
    a. wprowadzana jest na Twój wniosek i wymaga naszej akceptacji;
    b. potwierdzana jest aneksem do Polisy, który wystawimy nie później niż 14 dni od daty otrzymania Twojego wniosku;
    c. obowiązuje od dnia wskazanego w aneksie do Polisy.

4.11. Kiedy i jak możesz odstąpić od Umowy

24. Możesz odstąpić od Umowy bez podawania przyczyny w ciągu 30 dni od dnia otrzymania potwierdzenia warunków ochrony ubezpieczeniowej i informacji wymaganych przepisami przy zawarciu umów na odległość.

25. Aby odstąpić od Umowy, musisz złożyć nam na piśmie oświadczenie o odstąpieniu od Umowy. Możesz je wysłać na nasz adres: obslugaubezpieczenia_ind@luxmed.pl.
26. Aby dochować wymaganego terminu, musisz wysłać oświadczenie przed upływem terminu na odstąpienie od Umowy.
27. Jeżeli odstąpisz od Umowy, musisz zapłacić Składkę za okres, w jakim udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.
28. Jeśli zawierasz Umowę za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, zgadzasz się na rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej przed upływem terminu na odstąpienie od Umowy na zasadach określonych w ust. 1.

4.12. Kiedy i jak możesz wypowiedzieć Umowę

29. Możesz wypowiedzieć Umowę w dowolnym momencie z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia. Wypowiedzenie rozpoczyna bieg od 1 dnia miesiąca przypadającego bezpośrednio po dacie złożenia przez Ubezpieczającego wypowiedzenia Umowy.

Przykład: Wypowiedzenie umowy otrzymujemy 10 września. Miesięczny okres wypowiedzenia rozpocznie się 1 października i umowa ulegnie wypowiedzeniu 31 października.

---

30. Wypowiedzenie możesz wysłać na nasz adres e-mail: obslugaubezpieczenia_ind@luxmed.pl.
31. Rozwiązanie Umowy nastąpi ostatniego dnia kolejnego miesiąca po wypowiedzeniu przez Ciebie Umowy lub w późniejszym wskazanym przez Ciebie terminie.
32. Ponowne zawarcie Umowy Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED – Pełna Opieka jest możliwe po upływie 12 miesięcy od dnia wystąpienia z dotychczasowego ubezpieczenia. Wyjątek stanowi zawarcie Umowy jako kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED.

4.13. Kiedy my możemy wypowiedzieć umowę

33. Umowę wypowiemy, jeśli:
    a. w związku z zawarciem lub realizacją Umowy zostanie popełniony przez Ciebie lub Ubezpieczonego czyn zabroniony w rozumieniu Kodeksu karnego;
    b. dojdzie do uporczywego naruszania przez Ciebie lub Ubezpieczonego dóbr osobistych lub innych praw naszych lub podmiotów lub osób, za pomocą których wykonujemy Umowę, po uprzednim pisemnym wezwaniu Ciebie lub Ubezpieczonego do zaniechania naruszeń;

c. nastąpi powtarzające się nieprzestrzeganie przez Ciebie lub Ubezpieczonego zasad organizacji pracy w Przychodniach i Szpitalach lub niestosowanie się do poleceń ich personelu, po uprzednim wezwaniu Ciebie lub Ubezpieczonego do zaniechania ww. działań;
d. dojdzie do powtarzającego się naruszenia przez Ciebie lub Ubezpieczonego regulaminów organizacyjnych Przychodni i Szpitali, po uprzednim wezwaniu Ciebie lub Ubezpieczonego do zaniechania ww. działań.

4.14. Indywidualna kontynuacja ubezpieczenia grupowego LUX MED

34. Jeśli chcesz kontynuować ochronę ubezpieczenia udzielonej w ramach Grupowego Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED, musisz:
    a. skontaktować się z nami telefonicznie: (22) 339 37 33;
    b. złożyć wniosek o zawarcie Umowy.
35. Wniosek powinniśmy od Ciebie otrzymać w ciągu 30 dni od zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielonej na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia LUX MED (kod OWU G/001/2022/C) i późniejszych.
36. Do zawarcia Umowy i przedłużenia ochrony Ubezpieczonych:
    a. bez zmiany warunków – nie wymagamy indywidualnej oceny ryzyka;
    b. ze zmianą warunków – możemy zastosować indywidualną ocenę ryzyka.

5. Skorzystaj z ubezpieczenia

5.1. Jak skorzystać z ubezpieczenia

1. Aby skorzystać ze Świadczeń, Ubezpieczony powiadamia Koordynatora opieki szpitalnej o zdarzeniu objętym Umową. Dane kontaktowe do KOS przekazujemy wraz z Polisą.
2. Jeżeli masz skierowanie na leczenie szpitalne, musisz powiadomić nas w terminie 60 dni od jego wystawienia. Jeżeli nie powiadomisz nas w tym terminie z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa, możemy odpowiednio zmniejszyć wartość Świadczenia, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło nam ustalenie okoliczności i skutków Wypadku.
3. Jeżeli skierowanie jest następstwem Wypadku, to musisz nas powiadomić o wystawieniu go w terminie 90 dni od Wypadku.
4. W określonych sytuacjach skorzystanie z ubezpieczenia nie będzie możliwe. Jest to związane:
   a. z okresem karencji (opisanym w pkt. 2.4)
   b. z wyjątkowymi sytuacjami ograniczenia naszej odpowiedzialności (opisanymi w pkt. 2.7).

5.2. Jakich dokumentów wymagamy do podjęcia decyzji

5. Do podjęcia decyzji o realizacji Świadczenia potrzebne są następujące dokumenty:
   a. kompletny i prawidłowo wypełnionego wniosku o realizację Świadczenia, a jeżeli zdarzenie zostało spowodowane Wypadkiem prosimy o dołączenie opisu jego okoliczności do wniosku. W przypadku Drobnego urazu lub Opieki doraźnej, traktujemy zgodę na podjęcie leczenia jako złożenie wniosku o realizację Świadczenia;
   b. kopia skierowania do szpitala oraz kopii posiadanej dokumentacji medycznej w przypadku Hospitalizacji planowej;
   c. kopia posiadanej dokumentacji medycznej dotyczącej ciąży oraz zaświadczenia wydanego nie wcześniej niż początek trzeciego trymestru od lekarza prowadzącego, że ciąża nie jest Ciążą wysokiego ryzyka, jeśli wniosek dotyczy Świadczenia położniczo-neonatologicznego. W przypadku chęci skorzystania ze szkoły rodzenia wymagana jest karta ciąży.
6. Jeżeli do określenia, czy Ubezpieczonemu przysługuje Świadczenie, potrzebne będą dodatkowe dokumenty, informacje, badania lub konsultacje lekarskie, poinformujemy o tym osobę składającą wniosek w terminie nie dłuższym niż 7 dni od daty otrzymania wniosku o Świadczenie. Informację przekażemy pisemnie lub w inny sposób, na który ta osoba wyraziła zgodę.

5.3. Jak dowiesz się o naszej decyzji

7. Analizując wniosek o realizację Świadczenia i dokumentację medyczną, możemy ustalić (lub stwierdzić), że Świadczenie Ubezpieczonemu nie przysługuje. W takiej sytuacji poinformujemy go o tym na piśmie, w którym:
   a. wskażemy okoliczności, podstawę prawną oraz uzasadnienie odmowy;
   b. przekażemy informację, że Ubezpieczony, może dochodzić roszczeń na drodze sądowej.
8. W przypadku Drobnego urazu lub Opieki doraźnej weryfikujemy wniosek pod kątem zasadności zgłoszonego roszczenia niezwłocznie po jego otrzymaniu. Informację o uznaniu lub odmowie roszczenia przekazujemy osobie zgłaszającej zdarzenie.

5.4. Kiedy zrealizujemy świadczenie

9. Zrealizujemy Świadczenie szpitalne, jeżeli Ubezpieczony złoży do nas wniosek o realizację Świadczenia w ciągu 60 dni po wystawieniu skierowania do szpitala. Jeżeli nie powiadomisz nas w tym terminie z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa, możemy odpowiednio zmniejszyć wartość Świadczenia lub odmówić jego realizacji.
10. Rozpoczniemy realizację Świadczenia nie później niż 30 dni od otrzymania wniosku o realizację Świadczenia, w uzgodnionym z Ubezpieczonym terminie. Ubezpieczony może wskazać inny, późniejszy termin.
11. Świadczenie szpitalne w zakresie Opieki doraźnej realizujemy niezwłocznie po uznaniu przez nas roszczenia.
12. Ustalenie, czy Ubezpieczonemu przysługuje Świadczenie, może być niemożliwe w terminie określonym w ust. 7. W takiej sytuacji rozpoczniemy Świadczenie w terminie 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, przy zachowaniu należytej staranności.
13. Jeżeli po potwierdzeniu naszej odpowiedzialności nie będziemy w stanie zrealizować Świadczenia z przyczyn leżących po naszej stronie, to zaproponujemy Ubezpieczonemu zwrot kosztów Świadczeń zrealizowanych w placówce innej niż wskazana przez nas. Leczenie i jego koszty w placówce innej niż wskazana przez nas Ubezpieczony powinien uzgodnić z nami za pośrednictwem KOS. Zwrócimy Ubezpieczonemu koszty na podstawie przedstawionej dokumentacji medycznej i imiennej faktury związanej z wykonanym Świadczeniem.

6. Informacje prawne

6.1. Kto i jak może złożyć reklamacje

1. Reklamacje związane z zawarciem lub wykonywaniem Umowy mogą być zgłoszone przez Ciebie, Ubezpieczonego lub spadkobiercę posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu Świadczenia z Umowy:

   W postaci elektronicznej:
   a. na adres mailowy: reklamacje.ubezpieczenia@luxmed.pl;
   b. za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej pod adresem: https://www.luxmed.pl/zgloszenie-reklamacji-ubezpieczenia;

   w formie pisemnej:
   c. poprzez przesłanie na adres naszej siedziby
   d. poprzez osobiste dostarczenie do naszej siedziby

   w formie ustnej do spisywanego protokołu:
   e. poprzez zgłoszenie telefoniczne na numer 22 501 81 60;
   f. poprzez osobistą wizytę w naszej siedzibie.

6.2. Co powinna zawierać reklamacja

2. Reklamacja powinna być skierowana do nas i zawierać zwięzły opis nieprawidłowości, który pozwoli zidentyfikować zdarzenia, których reklamacja dotyczy i ustalenie wszystkich istotnych okoliczności.

6.3. Jak rozpatrujemy reklamacje

3. Odpowiemy w formie pisemnej lub – jeżeli osoba składająca reklamację wyrazi taką zgodę – pocztą elektroniczną, maksymalnie w ciągu 30 dni od daty otrzymania reklamacji.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach możemy potrzebować więcej czasu na rozpatrzenie reklamacji. W takiej sytuacji przed upływem terminu na odpowiedź:
   a. wyjaśnimy przyczynę opóźnienia;
   b. wskażemy okoliczności, które muszą zostać dodatkowo ustalone do rozpatrzenia sprawy;
   c. określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie będzie dłuższy niż 60 dni od daty otrzymania reklamacji.

6.4. Co zrobić po wyczerpaniu postępowania reklamacyjnego

5. Po zakończeniu postępowania reklamacyjnego osoba, która złożyła reklamację, może złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do podmiotu uprawnionego do rozwiązywania pozasądowych sporów, którym jest Rzecznik Finansowy (szczegóły znajdziesz na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: https://rf.gov.pl/).

6.5. Przetwarzanie danych osobowych

6. Jesteśmy administratorem danych osobowych Twoich i Ubezpieczonych w rozumieniu art. 4 ust. 7 Rozporządzania 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.
7. 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 zawodzenie lub stanowisku służbowym wraz z jego charakterystyką, informacje o pracodawcy Ubezpieczonego, jak również informacje o stanie zdrowia Ubezpieczonego w zakresie wynikającym z kwestionariusza medycznego. Możemy poprosić Ubezpieczonego o podanie dodatkowych informacji o jego stanie zdrowia lub na podstawie upoważnienia udzielonego przez Ubezpieczonego zwrócić się do podmiotów leczniczych, z których korzystał w celu uzyskania informacji koniecznych, do podjęcia decyzji o realizacji Świadczenia, prawidłowej jego koordynacji albo przeprowadzenia postępowania

likwidacyjnego w związku ze zgłoszonym roszczeniem. Jeżeli do realizacji celów, o których mowa w zdaniu poprzednim, konieczne będzie uzyskanie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, to poprosimy go o przekazanie nam kopii jego dokumentacji medycznej w niezbędnym zakresie bądź na podstawie udzielonej przez Ubezpieczonego zgody zwrócimy się do odpowiednich podmiotów leczniczych z wnioskiem o udostępnienie nam takiej dokumentacji. Zgoda na przetwarzanie danych w celach marketingowych obejmuje wszelkie informacje jakie zostały nam udzielone przez Ciebie lub Ubezpieczonego. Mogą to być np. dane identyfikacyjne (imię, nazwisko, płeć, data urodzenia, wiek, miejscowość). Zapewniamy jednak, że w żadnym wypadku nie sięgamy do dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, którą nam przekazał lub którą pozyskujemy od podmiotów leczniczych na podstawie stosownego upoważnienia – dostęp do tych informacji mają jedynie upoważnione do tego osoby.

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

kierować do Ciebie lub Ubezpieczonego komunikację marketingową dotyczącej 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).

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

   W ramach procesu koordynacji udzielania świadczeń, dokumentacja medyczna Ubezpieczonego, którą nam przekazał lub którą pozyskaliśmy na podstawie jego zgody od odpowiednich podmiotów leczniczych, może zostać udostępniona przez LMG Przychodniom lub Szpitalom za pośrednictwem przydzielonego Ubezpieczonemu koordynatora wspierającego proces jego hospitalizacji i leczenia.
10. 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.
11. 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.
12. 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.

13. 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.
14. 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.

6.6. Jakie przepisy prawa stosujemy w umowie

15. Prawem właściwym stanowiącym podstawę stosunków między nami a Tobą 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 Rzeczpospolitej Polskiej.
16. 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.
17. Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego w zakresie zgodności działalności z przepisami polskiego prawa. Wyłączny nadzór nad naszą gospodarką finansową sprawuje szwedzki organ nadzoru.

18. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Tobą a nami jest język polski.
19. Wszelkie zmiany Umowy wymagają formy pisemnej, elektronicznej lub dokumentowej pod rygorem nieważności.

6.7. Co robić, gdy nie akceptujesz naszej decyzji

20. Jeżeli nie akceptujesz naszej decyzji, możesz wystąpić z powództwem do sądu właściwego dla:
    a. Twojego miejsca zamieszkania; albo
    b. miejsca zamieszkania Ubezpieczonego; albo
    c. miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego.

6.8. Gdzie kierować wnioski, oświadczenia i powiadomienia

21. Kierowane do nas wnioski, oświadczenia i powiadomienia, które dotyczą realizacji Umowy zawartej na podstawie niniejszych OWU, mogą być składane:
    a. na adres naszej siedziby;
    b. elektronicznie na adres poczty elektronicznej: obslugaubezpieczenia_ind@luxmed.pl.

6.9. Od kiedy obowiązują OWU

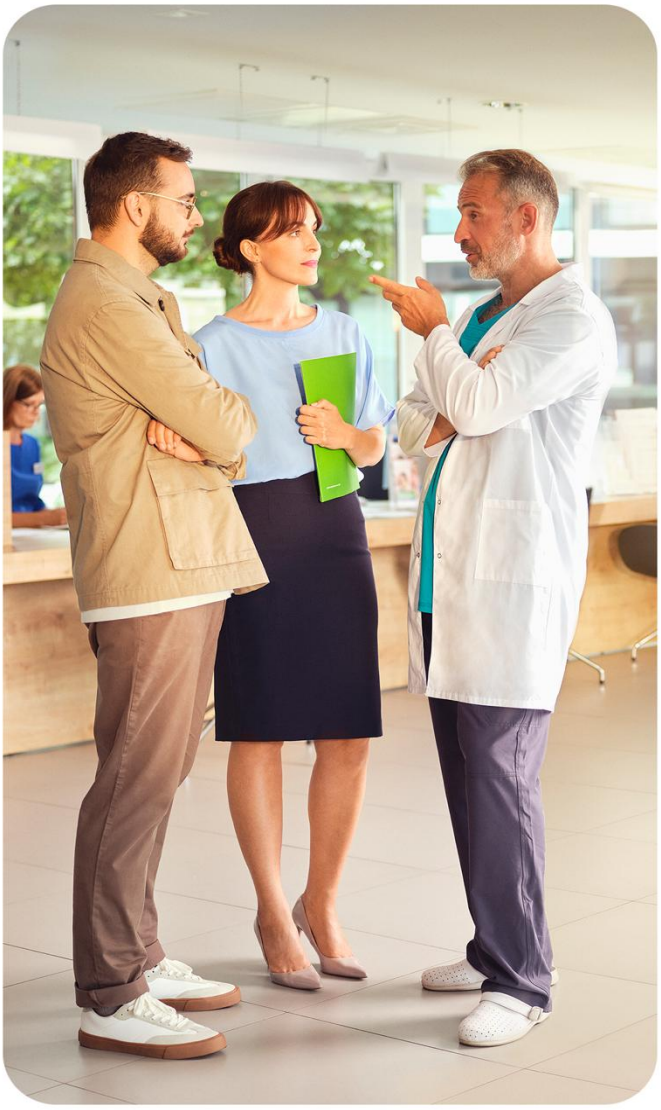
22. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED – Pełna Opieka (kod IUS/4/2026) zostały zatwierdzone uchwałą zarządu i mają zastosowanie do Umów zawieranych z datą 2 stycznia 2026 roku lub późniejszą.

6.10. Wykaz załączników

Integralną częścią umowy ubezpieczenia są dwa dokumenty:

- *Załącznik nr 1* – zakres Świadczeń dla Głównego ubezpieczonego, Partnera i Dziecka pełnoletniego
- *Załącznik nr 2* – zakres Świadczeń dla Dziecka niepełnoletniego

Kod OWU IUS/4/2026



Załącznik nr 1

Zakres Świadczeń dla Głównego ubezpieczonego, Partnera i Dziecka pełnoletniego

LMG FÖRSÄKRINGS AB S.A.
ODDZIAŁ W POLSCE

GRUPA LUXMED

luxmed.pl

Spis treści

1. Świadczenie szpitalne 3

1.1. Hospitalizacja 3

1.2. Konsultacje psychologiczne 6

1.3. Świadczenia położniczo-neonatologiczne 6

1.4. Opieka medyczna przed Hospitalizacją 6

1.5. Opieka medyczna po Hospitalizacji 7

1.6. Rehabilitacja 7

1.7. Opieka doraźna 8

2. Szpitalny przegląd zdrowia 10

3. Koordynacja opieki szpitalnej 13

1. Świadczenie szpitalne

1.1. Hospitalizacja

Zapewniamy Hospitalizację pilną oraz Hospitalizację planową w zakresie następujących obszarów medycznych:

1. **Diagnostyka i leczenie w ramach oddziału zachowawczego**
   a. obejmuje pobyt oraz przeprowadzenie kompleksowej diagnostyki i leczenia stanów chorobowych w oddziałach: chorób wewnętrznych, kardiologii, pulmonologii, alergologii, neurologii, diabetologii, gastroenterologii, dermatologii, reumatologii, endokrynologii, chorób zakaźnych oraz nefrologii
   b. nie obejmuje:
      I. programów lekowych wskazanych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia jako świadczenie gwarantowane, które odbywa się z zastosowaniem innowacyjnych, kosztownych substancji czynnych, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń gwarantowanych;
      II. usuwania znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków oraz kępek żółtych;
      III. Hospitalizacji w celu planowanego zastosowania terapii farmakologicznej chorób przewlekłych;
      IV. diagnostyki i leczenia następstw udarów;
      V. przewlekłego leczenia nerkozastępczego, realizowanego poza okresem niezbędnej Hospitalizacji mieszczącej się w zakresie Umowy.

2. **Ortopedia**
   a. obejmuje zabiegi operacyjne ortopedyczne, w tym endoprotezy i ortopedyczne materiały zespalające;
   b. nie obejmuje:
      I. wydłużania kończyn;
      II. zabiegów osseointegracji;
      III. operacji kręgosłupa

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

4. **Chirurgia naczyniowa**
   a. obejmuje zabiegi operacyjne na żyłach i tętnicach obwodowych;
   b. nie obejmuje:
      I. zabiegów operacyjnych wykonywanych w krążeniu pozaustrojowym;
      II. operacji tętniaków i malformacji naczyniowych;
      III. zabiegów embolizacji zmian patologicznych;
      IV. zabiegów na naczyniach wewnątrzczaszkowych.

5. **Ginekologia**
   a. obejmuje zabiegi operacyjne z zakresu ginekologii;
   b. nie obejmuje diagnostyki i leczenia zaburzeń płodności kobiecej oraz wspomaganego rozrodu;
   c. usuwania znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków.

6. **Laryngologia**
   a. obejmuje zabiegi laryngologiczne;
   b. nie obejmuje:
      I. zabiegów wszczepienia implantów narządu słuchu i innych zastępujących funkcje zmysłów;
      II. zabiegów wymagających asysty neurochirurgicznej;
      III. leczenia następstw urazów twarzowo-czaszkowych, w szczególności zabiegów rekonstrukcyjnych twarzoczaszki.

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

8. **Okulistyka**
   a. obejmuje zabiegi okulistyczne;
   b. nie obejmuje:
      I. korekty chirurgicznej wad wzroku (np. laserowa korekta wad wzroku lub wszczepienie soczewek fakijnych), za wyjątkiem wszczepienia soczewek korygujących podczas jednoczasowej operacji zaćmy;
      II. zabiegów przeszczepu rogówki;

III. leczenia operacyjnego stożka rogówki;
IV. zabiegów protezowania zmysłu wzroku
V. usuwania znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków oraz kępek żółtych

9. Neurochirurgia kręgosłupa

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

10. Chirurgia onkologiczna

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

Zapewniamy tylko Hospitalizację planową w odniesieniu do następującego obszaru medycznego:

11. Kardiologia inwazyjna

a. obejmuje planowe zabiegi z zakresu kardiologii inwazyjnej, w tym także niezbędne w okresie pozabiegowym pobyty w warunkach oddziału intensywnej terapii (Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego);
b. nie obejmuje:
   I. leczenia ostrych zespołów wieńcowych, według aktualnych kryteriów rozpoznania Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego;

II. operacji kardiochirurgicznych;
III. implantacji kardiostymulatorów, zastawek serca, kardiowerterów-defibrylatorów (ICD) i urządzeń o analogicznej lub zbliżonej funkcji.

1.2. Konsultacje psychologiczne

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

1.3. Świadczenia położniczo-neonatologiczne

13. Świadczenia położniczo-neonatologiczne obejmują:
    a. przyjęcie porodu drogami natury lub poprzez cięcie cesarskie;
    b. indywidualną opiekę położnej podczas porodu;
    c. udział w szkole rodzenia;
    d. opiekę neonatologiczną nad noworodkiem.
14. Nasza odpowiedzialność w zakresie Świadczeń położniczo-neonatologicznych nie obejmuje:
    a. prowadzenia Ciąży
    b. Hospitalizacji, wynikających z patologicznego przebiegu ciąży (zarówno patologie matki, jak i płodu), jeżeli ciąża wymaga opieki albo rozwiązania w ośrodku III poziomu opieki perinatalnej;
    c. porodów, w przypadku których względy bezpieczeństwa medycznego, w szczególności bliskość w sytuacji nagłej akcji porodowej. powodują konieczność skorzystania z usług Szpitala innego niż wymienione na liście lokalizacji o których mowa w pkt. 2.11 OWU;
    d. wykonywania testów genetycznych płodu, amniopunkcji i kordocentezy;
    e. opieki neonatologicznej nad noworodkiem wymagającym intensywnej terapii w warunkach ośrodka III poziomu opieki perinatalnej.

1.4. Opieka medyczna przed Hospitalizacją

15. Zakresem objęte są świadczenia diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej i konsultacji specjalistycznych niezbędne do przygotowania do Hospitalizacji. Zakres wszystkich badań oraz konsultacji określimy w trakcie przygotowania Ubezpieczonego do Hospitalizacji, po zaakceptowaniu wniosku o realizację Świadczenia. Nie zrealizujemy badań oraz konsultacji w zakresie opieki medycznej przed Hospitalizacją zleconych przez inną

placówkę medyczną niż wskazana przez nas. Opieka medyczna przed Hospitalizacją, jest niezbędna do:

a. określenia konieczności Hospitalizacji planowej, jej typu, metody i zakresu zabiegu;
b. zakwalifikowania Ubezpieczonego do Hospitalizacji;
c. określenia terminu przeprowadzenia operacji, zabiegu;
d. opracowania planu leczenia.

16. Opieka medyczna przed Hospitalizacją nie jest tym samym co:
    a. postawienie diagnozy;
    b. monitorowanie leczenia;
    c. poradnictwo ogólnomedyczne;
    d. wydanie drugiej opinii medycznej.
17. Zakres nie obejmuje:
    a. prowadzenia ciąży
    b. leczenia ambulatoryjnego w tym zabiegów, badań jeżeli podczas kwalifikacji lekarz nie zdecyduje o konieczności hospitalizacji.

1.5. Opieka medyczna po Hospitalizacji

18. Opieka po Hospitalizacji obejmuje 8 wizyt kontrolnych we wskazanej przez nas placówce medycznej. Służą one monitorowaniu efektów przeprowadzonego zabiegu i procesu powrotu do zdrowia realizowane w okresie do 60 dni od wypisu ze Szpitala lub do zakończenia okresu rehabilitacji wskazanego w pkt. 1.6 poniżej.
19. 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.
20. Opiekę medyczną po Hospitalizacji zapewniamy wyłącznie w odniesieniu do Świadczenia przeprowadzonego w ramach Umowy.

1.6. Rehabilitacja

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

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

22. Szczegółowy zakres rehabilitacji określimy przed końcem Hospitalizacji. Nie zrealizujemy rehabilitacji zleconej przez inną placówkę medyczną niż wskazana przez nas.
23. Nasza odpowiedzialność w zakresie rehabilitacji nie obejmuje:
    a. zabiegów rehabilitacyjnych wynikających ze wskazań innych niż następstwa zabiegu operacyjnego zrealizowanego w ramach ochrony ubezpieczeniowej;
    b. terapii złamań za pomocą stymulatorów zrostu kostnego wykorzystujących oddziaływania fizyczne (np. falę ultradźwiękową);
    c. rehabilitacji zleconej podczas kwalifikacji, ale koniecznej do wykonania przed przeprowadzeniem zabiegu.
24. Rehabilitację zapewniamy wyłącznie w odniesieniu do Świadczenia przeprowadzonego w ramach Umowy.

1.7. Opieka doraźna

25. Konsultacja Lekarza Opieki doraźnej, jest możliwa pod warunkiem, że Koordynator Opieki Szpitalnej potwierdzi, że konsultacja jest konieczna i właściwa z medycznego punktu widzenia.
26. W ramach Opieki Doraźnej zapewnimy, w zależności od wskazań medycznych oraz od zakresu dostępnych usług w danej lokalizacji:
    a. interwencję zespołu ratownictwa medycznego;
    b. udzielenie niezbędnej pomocy medycznej w Przychodni lub Szpitalu wskazanym przez nas;
    c. wydanie zaleceń odnośnie dalszego trybu postępowania zachowawczego;
    d. transport do szpitala;
    e. organizację do 3 wizyt lekarskich jako kontynuację procesu leczniczego w terminie do 30 dni liczonych od pierwszej wizyty w ramach Opieki doraźnej i mających bezpośredni związek z usługami zrealizowanymi w jej trakcie.

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

27. Opieka doraźna nie zastępuje pomocy udzielanej w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Operator ma prawo skierować Ubezpieczonego do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności, jeżeli stan zdrowia i bezpieczeństwo medyczne będzie tego wymagało. Nie stanowi to nieprawidłowego wykonania Umowy.
28. Nasza odpowiedzialność w zakresie Opieki doraźnej nie obejmuje wizyt domowych oraz sytuacji zdrowotnych, w których każde opóźnienie w udzieleniu pomocy medycznej,

dostępnej w najbliższym podmiocie leczniczym, niesie bezpośrednie zagrożenie dla życia Ubezpieczonego. W szczególności dotyczy to: utraty przytomności; wstrząsu anafilaktycznego; zadławienia; stanu padaczkowego; ostrych i nasilonych reakcji uczuleniowych będących efektem ukąszenia, czy użądlenia przez jadowite zwierzęta; zatrucia lekami, środkami chemicznymi lub gazami; porażenia prądem; podtopienia; dokonanej próby samobójczej; upadku z dużej wysokości; rozległej rany będącej efektem urazu, w tym urazowe amputacje kończyn lub elementów kończyn; urazów wielonarządowych; nagłych zaburzeń narządu wzroku lub słuchu; urazów twarzowo–czaszkowych.

29. Ust. 28 nie zwalnia Operatora z udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenia życia lub zdrowia, wynikającego z art. 15 Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. Nr 112, poz. 654) tj. z dnia 16 marca 2021 r. (Dz.U. z 2021 r. poz. 711) z późn. zm.

2. Szpitalny przegląd zdrowia

1. Szpitalny przegląd zdrowia jest przeprowadzany we wskazanym przez nas Szpitalu, w ciągu jednego dnia, w terminie uzgodnionym z Ubezpieczonym. Wydłużenie czasu jego realizacji powyżej jednego dnia może mieć miejsce w przypadkach uzasadnionych medycznie, jak np. konieczność powtórzenia badania w warunkach szpitalnych.
2. W zależności od oficjalnych wytycznych, w tym wytycznych wewnętrznych Szpitala związanych z sytuacją epidemiczną, wykonanie Szpitalnego przeglądu zdrowia, może być uwarunkowane uzyskaniem przez Ubezpieczonego negatywnego wyniku rekomendowanego testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 (wirus wywołujący COVID-19) ważnego w dniu realizacji Przeglądu. Test finansujemy i udostępnimy przed planowanym Przeglądem.
3. Szczegółowy zakres świadczeń, zależy od płci i wieku ubezpieczonego:

Szpitalny Przegląd Zdrowia dla kobiety do 40 roku życia	
a. Pomiar ciśnienia b. Pomiar wzrostu i wagi c. Mocz – badanie ogólne d. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny e. Badania laboratoryjne: OB./ESR, Transaminaza ALT, GGTP, Kreatynina, TSH, FT4, HCV Ab przeciwciała, HBS antygen, kwas moczowy, lipidogram, D-dimery, glukoza na czczo, Witamina D3 metabolit 25 (OH), Sód, Potas, Grupa krwi, Ferrytyna	f. Badanie EKG – spoczynkowe g. RTG klatki piersiowej h. USG serca, jamy brzusznej, piersi, tarczycy, ginekologiczne i. Cytologia szyjki macicy j. Konsultacja internisty i ginekologa
Raport stanu zdrowia i zalecenia	

Szpitalny Przegląd Zdrowia dla kobiety w wieku 40 lat i więcej	
a. Pomiar ciśnienia b. Pomiar wzrostu i wagi c. Mocz – badanie ogólne d. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny	f. Badanie EKG – spoczynkowe g. RTG klatki piersiowej h. USG serca, jamy brzusznej, piersi, tarczycy, ginekologiczne i. Mammografia

Szpitalny Przegląd Zdrowia dla kobiety w wieku 40 lat i więcej

e. Badania laboratoryjne: OB./ESR, Transaminaza ALT, GGTP, Kreatynina, TSH, FT4, HCV Ab przeciwciała, HBS antygen, kwas moczowy, lipidogram, Homocysteina, D-dimery, glukoza na czczo, HbA1C, Insulina/Insulina na czczo, Witamina D3 metabolit 25 (OH), Witamina B12, Wapń, Fosfor, Sód, Potas, Grupa krwi, FSH, Testosteron, Ferrytyna
j. Cytologia szyjki macicy
k. Konsultacja internisty, ginekologa i kardiologa

Raport stanu zdrowia i zalecenia

Szpitalny Przegląd Zdrowia dla mężczyzny do 40 roku życia

a. Pomiar ciśnienia
b. Pomiar wzrostu i wagi
c. Mocz – badanie ogólne
d. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
e. Badania laboratoryjne: OB./ESR, Transaminaza ALT, GGTP, Kreatynina, TSH, FT4, HCV Ab przeciwciała, HBS antygen, kwas moczowy, lipidogram, D-dimery, glukoza na czczo, Witamina D3 metabolit 25 (OH), Sód, Potas, Grupa krwi, Testosteron
f. PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA/PSA)
g. Badanie EKG – spoczynkowe
h. RTG klatki piersiowej
i. USG serca, jamy brzusznej, tarczycy, jąder, prostaty
j. Konsultacja internisty i urologa

Raport stanu zdrowia i zalecenia

Szpitalny Przegląd Zdrowia dla mężczyzny w wieku 40 lat i więcej

a. Pomiar ciśnienia
b. Pomiar wzrostu i wagi
c. Mocz – badanie ogólne
d. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
f. PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA/PSA)
g. Badanie EKG – spoczynkowe
h. RTG klatki piersiowej

Szpitalny Przegląd Zdrowia dla mężczyzny w wieku 40 lat i więcej	
e. Badania laboratoryjne: OB./ESR, Transaminaza ALT, GGTP, Kreatynina, TSH, FT4, HCV Ab przeciwciała, HBS antygen, kwas moczowy, lipidogram, Homocysteina, D-dimery, glukoza na czczo, HbA1C, Insulina/Insulina na czczo, Witamina D3 metabolit 25 (OH), Witamina B12, Wapń, Fosfor, Sód, Potas, Grupa krwi, Testosteron	i. USG serca, jamy brzusznej, tarczycy, jąder, prostaty j. Konsultacja internisty, urologa i kardiologa
Raport stanu zdrowia i zalecenia	

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

3. Koordynacja opieki szpitalnej

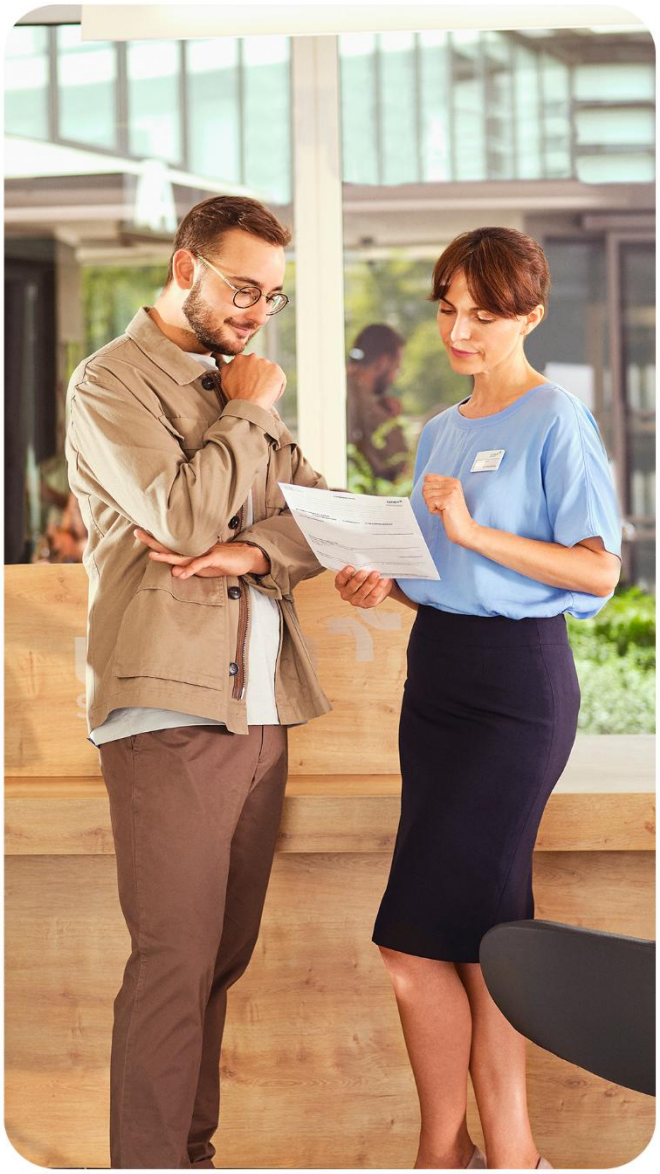
1. Niezwłocznie po rozpoczęciu Okresu ochrony, przekażemy Ubezpieczonemu dane kontaktowe do zespołu Koordynacji Opieki Szpitalnej. Dane zostaną przekazane wiadomością email, wiadomością sms lub listownie, w zależności od tego, jakie dane do kontaktu otrzymaliśmy.
2. Ubezpieczony korzysta z Koordynacji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

III. przekazywanie informacji o bieżącym statusie realizacji procedur medycznych osobie upoważnionej do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym;
IV. umówienie na wizytę kontrolną po Hospitalizacji, a także przedstawienie planu opieki po udzieleniu Świadczenia;
V. organizację transportu medycznego, jeżeli wynika on z potwierdzonych przez nas wskazań medycznych, który obejmuje transport kołowy:
   - międzyszpitalny w przypadku, gdy zlecimy transport medyczny do innej jednostki w ramach kontynuacji leczenia objętego zakresem ubezpieczenia, a także do innego najbliższego Szpitala w ramach kontynuacji leczenia w sytuacji, gdy dalsza diagnostyka i leczenie wykracza poza zakres naszej odpowiedzialności;
   - ze Szpitala do miejsca pobytu Ubezpieczonego.

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

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

Kod OWU IUS/4/2026



Załącznik nr 2

Zakres świadczeń dla Dziecka niepełnoletniego

LMG FÖRSÄKRINGS AB S.A.
ODDZIAŁ W POLSCE

GRUPA LUXMED

luxmed.pl

Spis treści

1. Świadczenie szpitalne 3

1.1. Hospitalizacja 3

1.2. Opieka medyczna przed Hospitalizacją 4

1.3. Opieka medyczna po Hospitalizacji 5

1.4. Rehabilitacja 5

1.5. Opieka doraźna 6

2. Koordynacja opieki szpitalnej 7

1. Świadczenie szpitalne

1.1. Hospitalizacja

Zapewniamy Hospitalizację pilną oraz Hospitalizację planową w zakresie następujących obszarów medycznych:

1. **Diagnostyka i leczenie w ramach oddziału zachowawczego**
   a. obejmuje pobyt oraz przeprowadzenie kompleksowej diagnostyki i leczenia stanów chorobowych w oddziałach: pediatrii, kardiologii, neurologii, diabetologii, gastroenterologii, dermatologii, reumatologii, chorób zakaźnych oraz nefrologii;
   b. nie obejmuje:
      I. programów lekowych wskazanych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia jako świadczenie gwarantowane, które odbywa się z zastosowaniem innowacyjnych, kosztownych substancji czynnych, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń gwarantowanych;
      II. usuwania znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków oraz kępek żółtych;
      III. Hospitalizacji w celu planowanego zastosowania terapii farmakologicznej chorób przewlekłych;
      IV. diagnostyki i leczenia następstw udarów;
      V. przewlekłego leczenia nerkozastępczego, realizowanego poza okresem niezbędnej Hospitalizacji mieszczącej się w zakresie Umowy.

2. **Ortopedia**
   a. obejmuje zabiegi operacyjne ortopedyczne, w tym endoprotezy i ortopedyczne materiały zespalające;
   b. nie obejmuje:
      I. wydłużania kończyn;
      II. zabiegów osseointegracji;
      III. operacji kręgosłupa.

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

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

5. **Urologia**
   a. obejmuje zabiegi operacyjne w ramach urologii dla dzieci w zakresie: żylaki powrózka nasiennego, stulejka, wodniak jądra i powrózka nasiennego, kamica nerki i moczowodu, kamica pęcherza moczowego i cewki moczowej.

6. **Laryngologia**
   a. obejmuje zabiegi laryngologiczne;
   b. nie obejmuje:
      I. zabiegów wszczepienia implantów narządu słuchu i innych zastępujących funkcje zmysłów;
      II. zabiegów wymagających asysty neurochirurgicznej;
      III. leczenia następstw urazów twarzowo-czaszkowych, w szczególności zabiegów rekonstrukcyjnych twarzoczaszki.

7. Świadczenia szpitalne obejmują również świadczenia położniczo-neonatologiczne w przypadkach, które takiego świadczenia wymagają. Zakres świadczenia położniczo-neonatologicznego jest zgodny z pkt. 1.3 Załącznika nr 1 do OWU – zakres Świadczeń dla Głównego Ubezpieczonego, Partnera i Pełnoletniego Dziecka.

1.2. Opieka medyczna przed Hospitalizacją

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

b. leczenia ambulatoryjnego w tym zabiegów, badań jeżeli podczas kwalifikacji lekarz nie zdecyduje o konieczności hospitalizacji.

1.3. Opieka medyczna po Hospitalizacji

11. Opieka po Hospitalizacji obejmuje 8 wizyt kontrolnych we wskazanej przez nas placówce medycznej. Służą one monitorowaniu efektów przeprowadzonego zabiegu i procesu powrotu do zdrowia w okresie do 60 dni od wypisu ze Szpitala lub do zakończenia okresu rehabilitacji wskazanego w pkt. 1.4 poniżej.
12. 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.
13. Opiekę medyczną po Hospitalizacji zapewniamy wyłącznie w odniesieniu do Świadczenia przeprowadzonego w ramach Umowy.

1.4. Rehabilitacja

14. Rehabilitacja po Hospitalizacji obejmuje:
    a. niezbędne zabiegi z zakresu fizykoterapii i kinezyterapii wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego po zabiegach ortopedycznych przez okres do 12 tygodni od daty wypisu ze szpitala;
    b. badania obrazowe niezbędne do monitorowania przebiegu postępów rehabilitacji;
    c. wizytę lekarską podsumowującą okres rehabilitacji
15. Szczegółowy zakres rehabilitacji określimy przed końcem Hospitalizacji. Nie zrealizujemy rehabilitacji zleconej przez inną placówkę medyczną niż wskazana przez nas.
16. Nasza odpowiedzialność w zakresie rehabilitacji nie obejmuje:
    a. zabiegów rehabilitacyjnych wynikających ze wskazań innych niż następstwa zabiegu operacyjnego zrealizowanego w ramach ochrony ubezpieczeniowej;
    b. terapii złamań za pomocą stymulatorów zrostu kostnego wykorzystujących oddziaływania fizyczne (np. falę ultradźwiękową);
    c. rehabilitacji zleconej podczas kwalifikacji, ale koniecznej do wykonania przed przeprowadzeniem zabiegu.
17. Rehabilitację zapewniamy wyłącznie w odniesieniu do Świadczenia przeprowadzonego w ramach Umowy.

1.5. Opieka doraźna

18. Konsultacja Lekarza Opieki doraźnej, jest możliwa pod warunkiem, że Koordynator Opieki Szpitalnej potwierdzi, że konsultacja jest konieczna i właściwa z medycznego punktu widzenia.
19. W ramach Opieki doraźnej zapewnimy, w zależności od wskazań medycznych oraz od zakresu dostępnych usług w danej lokalizacji:
    a. interwencję zespołu ratownictwa medycznego;
    b. udzielenie niezbędnej pomocy medycznej w Przychodni lub Szpitalu wskazanym przez nas;
    c. wydanie zaleceń odnośnie dalszego trybu postępowania zachowawczego;
    d. transport do szpitala;
    e. organizację 3 wizyt lekarskich jako kontynuację procesu leczniczego w terminie do 30 dni liczonych od pierwszej wizyty w ramach Opieki doraźnej i mających bezpośredni związek z usługami zrealizowanymi w jej trakcie.

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

20. Opieka doraźna nie zastępuje pomocy udzielanej w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Operator ma prawo skierować Ubezpieczonego do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności, jeżeli stan zdrowia i bezpieczeństwo medyczne będzie tego wymagało. Nie stanowi to nieprawidłowego wykonania Umowy.
21. Nasza odpowiedzialność w zakresie Opieki doraźnej nie obejmuje wizyt domowych oraz sytuacji zdrowotnych, w których każde opóźnienie w udzieleniu pomocy medycznej niesie bezpośrednie zagrożenie dla życia Ubezpieczonego. W szczególności dotyczy to: utraty przytomności; wstrząsu anafilaktycznego; zadławienia; stanu padaczkowego; ostrych i nasilonych reakcji uczuleniowych będących efektem ukąszenia, czy użądlenia przez jadowite zwierzęta; zatrucia lekami, środkami chemicznymi lub gazami; porażenia prądem; podtopienia; dokonanej próby samobójczej; upadku z dużej wysokości; rozległej rany będącej efektem urazu, w tym urazowe amputacje kończyn lub elementów kończyn; urazów wielonarządowych; nagłych zaburzeń narządu wzroku lub słuchu; urazów twarzowo–czaszkowych.
22. Ust. 21 nie zwalnia Operatora z udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie która potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenia życia lub zdrowia, wynikającego z art. 15 Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. Nr 112, poz. 654) tj. z dnia 16 marca 2021 r. (Dz.U. z 2021 r. poz. 711) z późn. zm.

2. Koordynacja opieki szpitalnej

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

III. przekazywanie informacji o bieżącym statusie realizacji procedur medycznych osobie upoważnionej do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym;
IV. umówienie na wizytę kontrolną po Hospitalizacji, a także przedstawienie planu opieki po udzieleniu Świadczenia;
V. organizację transportu medycznego. jeżeli wynika on z potwierdzonych przez nas wskazań medycznych, który obejmuje transport kołowy:
   - międzyszpitalny w przypadku, gdy zlecimy transport medyczny do innej jednostki w ramach kontynuacji leczenia objętego zakresem ubezpieczenia, a także do innego najbliższego Szpitala w ramach kontynuacji leczenia w sytuacji, gdy dalsza diagnostyka leczenie wykracza poza zakres naszej odpowiedzialności;
   - ze Szpitala do miejsca pobytu Ubezpieczonego.

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