



Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego LUX MED Panaceus
Kod OWU: PL/G/003/2016

Informacje, o których mowa w art. 17. ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015 r. poz. 1844 z późn.zm.):

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	<ol style="list-style-type: none">1) § 2 (Definicje);2) § 3 (Przedmiot i zakres ubezpieczenia);3) § 5 (Zawarcie umowy ubezpieczenia, przystąpienie do umowy ubezpieczenia i czas jej trwania) ust.1 - 2, ust.4 - 7;4) § 8 (Sumy ubezpieczenia);5) § 9 (Świadczenie z tytułu nieszczęśliwego wypadku) ust.1-6;6) § 10 (Świadczenie z tytułu realizacji Recepty związanej z wystąpieniem Choroby) ust.1-5;7) § 11 (Indywidualna Karta Ubezpieczonego) ust. 1-4;8) § 13 (Prawa i obowiązki Stron) ust. 2.
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	<ol style="list-style-type: none">1) § 2 (Definicje);2) § 4 (Ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela) ust.1-3;3) § 5 (Zawarcie umowy ubezpieczenia, przystąpienie do umowy ubezpieczenia i czas jej trwania) ust.3, ust.7, ust.9-11;4) § 7 (Rozwiązanie umowy ubezpieczenia) ust.1-3;5) § 8 (Sumy ubezpieczenia) ust. 1-2;6) § 9 (Świadczenie z tytułu nieszczęśliwego wypadku) ust.2-6;7) § 10.(Świadczenie z tytułu realizacji Recepty związanej z wystąpieniem Choroby) ust.1-5;8) § 12 (Składka ubezpieczeniowa) ust.5;9) § 13 (Prawa i obowiązki stron) ust.2.



§ 1. Postanowienia ogólne

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego LUX MED Panaceus (dalej w skrócie „OWU”) LMG Försäkrings AB SA z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Box 27093, 102 51 Szwecja, zarejestrowana w Urzędzie Rejestracji Przedsiębiorstw pod numerem 516406-0831, kapitał akcyjny: 4 800 000 Euro opłacony w całości, działająca w Polsce poprzez oddział LMG Försäkrings AB Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie wpisany do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy KRS pod nr KRS 0000395438, NIP: 1080011494 (zwana dalej „Ubezpieczycielem”) zawiera umowy grupowego ubezpieczenia z Ubezpieczającymi.
2. Potwierdzeniem zawarcia umowy ubezpieczenia jest Polisa wystawiona przez Ubezpieczyciela.
3. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz Ubezpieczonego, postanowienia dotyczące Ubezpieczającego stosuje się odpowiednio również do Ubezpieczonego w zakresie ustalonym w odrębnych przepisach, z tym że na Ubezpieczonym nie ciąży obowiązek zapłaty Składki, lecz Ubezpieczyciel ma prawo podnosić zarzuty, mające wpływ na jego odpowiedzialność, również przeciwko Ubezpieczonemu.
4. Za zgodą stron, do umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone warunki szczególne, odbiegające od postanowień niniejszych OWU, które mają pierwszeństwo przed zapisami OWU. W takim przypadku, przed zawarciem umowy, Ubezpieczyciel przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie różnice pomiędzy postanowieniami OWU, a umową ubezpieczenia.
5. Wszelkie regulacje odbiegające od postanowień niniejszych OWU wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
6. W sprawach nieuregulowanych w OWU lub warunkach szczególnych mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. Definicje

Przez użyte w niniejszych OWU pojęcia rozumie się:

1. **Apteka** – apteka ogólnodostępna lub punkt apteczny w rozumieniu zapisów ustawy Prawo farmaceutyczne, realizująca świadczenia w formie bezgotówkowej lub gotówkowej.
2. **Bezgotówkowa realizacja świadczenia ubezpieczeniowego** – realizacja świadczenia ubezpieczeniowego przy użyciu Indywidualnej Karty Ubezpieczonego w Aptece, w granicach dostępnej sumy ubezpieczenia.
3. **Choroba** – nieprawidłowy według ogólnie uznanej wiedzy medycznej stan fizyczny lub psychiczny organizmu oraz uszkodzenie ciała.
4. **Deklaracja przystąpienia** – formularz Ubezpieczyciela, zawierający zgodę Ubezpieczonego na objęcie go ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia i umowie ubezpieczenia oraz zgodę na przetwarzanie danych osobowych, w tym numeru PESEL, oraz danych medycznych w celu wykonywania umowy ubezpieczenia.
5. **Formularz zgłoszenia roszczenia (Formularz)** – dokument elektroniczny, wykorzystywany przy zgłoszeniu roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia dla świadczenia zrealizowanego w Aptece bez Indywidualnej Karty Ubezpieczeniowej, dostępny na stronie internetowej www.luxmed.pl/ubezpieczenia.
6. **Gotówkowa realizacja świadczenia ubezpieczeniowego** – realizacja świadczenia ubezpieczeniowego w formie zwrotu środków pieniężnych na podstawie zgłoszenia Ubezpieczonego, w tym w szczególności z użyciem Formularza, w sytuacji po zakupie Leków w Aptece z własnych środków finansowych Ubezpieczonego, bez użycia Indywidualnej Karty Ubezpieczonego.
7. **Infolinia** – centrum telefoniczne Ubezpieczyciela, w którym można uzyskać informacje dotyczące listy Aptek, Listy Leków oraz wysokości Sumy ubezpieczenia.
8. **Indywidualna Karta Ubezpieczonego** – spersonalizowana karta wydawana przez Ubezpieczyciela będąca potwierdzeniem uprawnienia Ubezpieczonego do otrzymania w Aptekach Leków na zasadach przewidzianych w umowie ubezpieczenia.
9. **Kwota współpłaty** – kwota, którą Ubezpieczony zobowiązany jest zapłacić za jedno opakowanie Leku w związku z realizacją Recepty, która to kwota zależy od dokonanego wyboru wariantu ochrony i wskazana jest w Polisie.
10. **Lek** – gotowy produkt leczniczy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. z 2008 r. nr 45, poz. 271 z późn.zm.), którego zakup można zrealizować wyłącznie na podstawie recepty, posiadający ważne pozwolenie na dopuszczenie do obrotu wydane przez Ministra Zdrowia, Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską.
11. **Lista Leków** – wykaz Leków, dla danego wybranego przez Ubezpieczającego wariantu ochrony, utworzony w oparciu o międzynarodową klasyfikację leków WHO (ATC), dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Zawiera Leki nier refundowane i refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Lista Leków stanowi załącznik do oferowanych wariantów ochrony ubezpieczeniowej. Lista Leków w formie wyszukiwarki dostępna jest na stronie www.luxmed.pl/ubezpieczenia oraz za pośrednictwem Infolinii. Ubezpieczyciel uprawniony jest do dokonywania zmian w Liście Leków, gdy Lek zostanie wycofany z obrotu lub przekwalifikowany na dostępny wyłącznie bez recepty w Rejestrze Produktów Leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
12. **Nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie będące następstwem ekspozycji na fizyczne czynniki zewnętrzne niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, skutkujące śmiercią. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Chorób występujących w sposób nagły.
13. **Okres ochrony** – 12-miesięczny okres, w którym udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego, z tym, że okres ochrony dla Ubezpieczonych przystępujących w trakcie trwania umowy, zawsze kończy się z dniem rozwiązania umowy lub wygaśnięcia ochrony.



14. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia.
15. **Recepta** – dowód potwierdzający wystąpienie u Ubezpieczonego Choroby, wystawiony przez uprawnionego lekarza, spełniający wymogi powszechnie obowiązujących przepisów w sprawie recept lekarskich oraz wystawiony w Okresie ochrony.
16. **Rocznica** – dzień w każdym roku obowiązywania umowy, odpowiadający dacie jej początku.
17. **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi od Ubezpieczającego z tytułu umowy ubezpieczenia, której wysokość i termin płatności określony jest w Polisie.
18. **Suma ubezpieczenia** – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela, której wysokość zależna jest od dokonanego wyboru wariantu ochrony i wskazana jest w Polisie.
19. **Ubezpieczający** – osoba zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacenia Składki zgodnie z terminami i na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia.
20. **Ubezpieczyciel** – LMG Försäkrings AB Spółka Akcyjna działająca przez Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie.
21. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, która w chwili objęcia jej ochroną ubezpieczeniową ukończyła 18 lat, zaś nie przekroczyła 65 roku życia, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia.
22. **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, jako uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
23. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – realizacja Recepty związana z wystąpieniem Choroby w trakcie trwania Okresu ochrony ubezpieczeniowej, w zakresie następstw Nieszczęśliwego wypadku jest to śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w trakcie trwania Okresu ochrony.

§ 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia objęte jest wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na:
 - a. realizacji Recepty związanej z wystąpieniem u Ubezpieczonego Choroby
 - b. śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku

§ 4. Ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu niezrealizowania świadczenia przewidzianego niniejszą umową ubezpieczenia z powodu: wadliwie wystawionej Recepty lekarskiej, niemożności realizacji Recepty spowodowanej błędami po stronie Apteki, brakiem Leku w hurtowniach współpracujących z Aptekami, nieprawidłowej realizacji Recepty, błędów medycznych oraz błędów wynikających z nienależycie prowadzonej przez placówki medyczne dokumentacji medycznej.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, kiedy Lek refundowany jest ze środków publicznych przez

Narodowy Fundusz Zdrowia, ale nabywany jest przez Ubezpieczonego z pełną odpłatnością (bez refundacji Narodowego Funduszu Zdrowia).

3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe, dotyczące Ubezpieczonego było wynikiem lub było spowodowane:
 - a) prowadzeniem leczenia uznanego z medycznego punktu widzenia za eksperymentalne lub o nieudowodnionej skuteczności, stosowaniem leków niedopuszczonych do obrotu i użytku w Polsce, oraz ich następstw,
 - b) zamierzonym samookaleczeniem, próbą samobójczą lub narażaniem się na niepotrzebne niebezpieczeństwo poza próbą ratowania życia drugiego człowieka,
 - c) pozostawaniem pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających,
 - d) pozostawaniem pod wpływem leków ograniczających zdolność do prowadzenia pojazdu mechanicznego lub obsługi maszyn i urządzeń, o ile zgodnie z informacją podaną przez producenta leku jego zażycie wpływa na zdolność prowadzenia pojazdów mechanicznych lub obsługi maszyn i urządzeń,
 - e) prowadzeniem pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał uprawnień do jego prowadzenia lub jeżeli Ubezpieczonemu zatrzymano czasowo lub na stałe dokumenty potwierdzające te uprawnienia, zgodnie z obowiązującymi przepisami, a także jeśli pojazd nie spełniał wynikających z odrębnych przepisów wymogów dotyczących jego użytkowania, tj. jeśli pojazd nie był dopuszczony do ruchu, a w przypadku pojazdów podlegających rejestracji – jeśli nie posiadał ważnego badania technicznego,
 - f) wypadkiem lub chorobą powstałą w związku ze służbą wojskową i/lub w jednostkach paramilitarnych, działaniami wojennymi, udziałem w misjach pokojowych lub stabilizacyjnych, aktem terroru lub czynnym udziałem Ubezpieczonego w strajkach, zamieszkach, rozruchach lub aktach przemocy, lub w czasie stanu wojennego, wyjątkowego, epidemii lub stanu klęski żywiołowej, ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej,
 - g) detoksykacją po użyciu narkotyków lub innych środków odurzających, tytoniu lub alkoholu,
 - h) w przypadku, gdy Nieszczęśliwy wypadek był wynikiem uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nielicencjonowanych linii lotniczych,
 - i) wyczynowego uprawiania sportów lub uprawiania sportów o wysokim stopniu ryzyka.

§ 5. Zawarcie umowy ubezpieczenia, przystąpienie do umowy ubezpieczenia i czas jej trwania

1. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na okres 12 miesięcy. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie wniosku ubezpieczeniowego, wraz z dołączonymi do niego wymaganymi dokumentami, w tym Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.
2. Jeżeli wniosek ubezpieczeniowy nie zawiera wszystkich wymaganych danych lub nie zostały do wniosku dołączone



wszystkie wymagane dokumenty, Ubezpieczający uzupełni wniosek w zakresie i terminie wskazanym przez Ubezpieczyciela.

3. Jeżeli Ubezpieczający nie uzupełni braków we wskazanym terminie, nie dochodzi do zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. Warunkiem objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia jest dostarczenie przez Ubezpieczającego prawidłowo wypełnionych i kompletnych Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.
5. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu określonym w Polisie jako data rozpoczęcia ochrony.
6. Ochroną ubezpieczeniową – w ramach przedmiotowej umowy ubezpieczenia – może zostać objęta osoba fizyczna (Ubezpieczony) związana z Ubezpieczającym umową o pracę lub innym stosunkiem prawnym o podobnym charakterze, która w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia ukończyła 18 lat, lecz nie ukończyła 65 lat, posiada pełne uprawnienia do korzystania z refundacji Narodowego Funduszu Zdrowia, nie przebywa w szpitalu czy też na zwolnieniu lekarskim oraz nie posiada skierowania do szpitala celem odbycia hospitalizacji.
7. W stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się, w przypadku Ubezpieczonych zgłoszonych do 10 dnia danego miesiąca, począwszy od pierwszego dnia kolejnego miesiąca kalendarzowego, zaś w przypadku Ubezpieczonych zgłoszonych od 11 dnia danego miesiąca, począwszy od pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego przypadającego po dniu zgłoszenia do ubezpieczenia.
8. Zmiana wariantu ubezpieczenia przez Ubezpieczonego możliwa jest w Rocznicę umowy.
9. Rezygnacja z ubezpieczenia przez Ubezpieczonego powoduje brak możliwości ponownego przystąpienia do ubezpieczenia w terminie wcześniejszym niż 12 miesięcy od dnia zakończenia ostatniego Okresu ochrony dla tegoż Ubezpieczonego.
10. Ochrona ubezpieczeniowa względem wszystkich Ubezpieczonych wygasa – najpóźniej – wraz z upływem okresu na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta, o którym mowa w ustępie 1 powyżej, za wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ustępie 11 niniejszego paragrafu.
11. Jeżeli żadna ze stron nie później niż na 30 dni przed Rocznicą nie złoży drugiej stronie pisemnego oświadczenia o rezygnacji z przedłużenia umowy ubezpieczenia, wówczas zostaje ona automatycznie przedłużona na kolejny roczny okres ubezpieczenia, bez konieczności składania nowego wniosku ubezpieczeniowego przez Ubezpieczającego oraz nowych Deklaracji przystąpienia przez Ubezpieczonych.

§ 6. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia. W takim wypadku ochrona jest udzielana do dnia, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczającego pisemne oświadczenie woli o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu w terminie 30 dni

kwotę wpłaconą na poczet pierwszej Składki, w sposób ustalony z Ubezpieczającym. Ubezpieczyciel ma prawo potrącić część Składki za okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

§ 7. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia wygasa:
 - a) w ostatnim dniu trwania umowy ubezpieczenia,
 - b) jeśli umowa ubezpieczenia została rozwiązana,
 - c) jeśli Składka nie została opłacona, zgodnie z zasadami określonymi w § 12, ust. 5,
 - d) w odniesieniu do konkretnego Ubezpieczonego: w dniu śmierci Ubezpieczonego lub w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia następującym po dniu, kiedy Ubezpieczony ukończył 65 rok życia,
 - e) w odniesieniu do konkretnego Ubezpieczonego w ostatnim dniu miesiąca następującego po dacie wypłynięcia do Ubezpieczyciela, w formie pisemnej, oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z ubezpieczenia.
2. Jeśli odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa przed upływem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta, Ubezpieczający ma prawo do zwrotu Składki za okres, w którym ochrona ubezpieczeniowa nie będzie udzielana.
3. Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana na piśmie przez Ubezpieczającego z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

§ 8. Sumy ubezpieczenia

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Choroby, potwierdzonej wystawieniem Recepty na Lek zależna jest od dokonanego wyboru wariantu ochrony i wskazana jest w Polisie. Wskazane w zdaniu poprzedzającym Sumy ubezpieczenia stanowią górną granicę wartości świadczeń zdrowotnych realizowanych w czasie trwania umowy ubezpieczenia.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku wynosi 10% Sumy ubezpieczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Choroby.

§ 9. Świadczenie z tytułu Nieszczęśliwego wypadku

1. Ubezpieczony jest uprawniony do wyznaczenia jednego lub kilku Uposażonych uprawnionych do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Ubezpieczony może dokonać wskazania Uposażonego w Deklaracji przystąpienia, jak również w trakcie trwania umowy pisemnie.
2. W razie śmierci Uposażonego przed śmiercią Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku prawo do wypłaty części świadczenia przypadającej temu Uposażonemu przejmują pozostali Uposażeni, z zachowaniem wzajemnych proporcji wskazanych w Deklaracji przystąpienia albo dyspozycji zmiany.



3. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub wskazani przez niego Uposażeni zmarli przed datą śmierci Ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, uprawnionymi do wypłaty świadczenia stają się:
 - a) małżonek, a w przypadku jego braku,
 - b) dzieci (w równych częściach), a w przypadku ich braku,
 - c) rodzice (w równych częściach), a w przypadku ich braku,
 - d) rodzeństwo (w równych częściach), a w przypadku ich braku,
 - e) inni spadkobiercy ustawowi w kolejności wynikającej z przepisów prawa, z wyłączeniem gminy i Skarbu Państwa.
4. Po otrzymaniu zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego, jeżeli nie jest on osobą występującą z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia i zasadności zgłoszonych roszczeń i informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie, jakie dokumenty są niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
5. Podstawą do dokonania wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia na piśmie oraz przekazanie odpisu aktu zgonu wraz z kopią dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.
6. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego następuje w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu. W przypadku gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

§ 10. Świadczenie z tytułu realizacji Recepty związanej z wystąpieniem Choroby

1. Ubezpieczony ma możliwość skorzystania z:
 - a) Bezgotówkowej realizacji świadczenia zgodnie z zakresem świadczeń wynikającym z umowy ubezpieczenia okazując w Aptece Receptę oraz Indywidualną Kartę Ubezpieczonego bądź
 - b) Gotówkowej realizacji świadczenia wypełniając drogą elektroniczną Formularz, w którym wnioskuje o zwrot poniesionych kosztów zgodnie z zakresem świadczeń wynikającym z umowy ubezpieczenia w związku z realizacją Recepty w Aptece, załączając kopię paragonu albo faktury oraz kopię Recepty
2. Realizacja świadczenia polega na pokryciu przez Ubezpieczyciela odpłatności za Lek w części ponad kwotę współpłaty Ubezpieczonego wynikającą z wybranego wariantu ochrony ubezpieczeniowej, za jedno opakowanie Leku do kwoty odpowiadającej odpłatności za Lek w Aptece z uwzględnieniem refundacji ze środków publicznych prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia i zaznaczonego na Receptie poziomu odpłatności za Lek.

3. Maksymalna odpowiedzialność Ubezpieczyciela stanowi wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Zdarzenia ubezpieczeniowego, uzależniona jest od wariantu ubezpieczenia i potwierdzona wystawieniem Recepty.
4. W przypadku, gdy Ubezpieczony chciał skorzystać z Bezgotówkowej realizacji świadczenia a z przyczyn technicznych, niezależnych od Ubezpieczonego zakup Leku w Aptece w trakcie kolejnych 48 godzin od pierwszej próby jego zakupu okazałby się niemożliwy Ubezpieczony uprawniony jest do dokonania zakupu Leku w Aptece za własne środki.
5. W przypadku wystąpienia zdarzenia, o którym mowa w ustępie 1 b) oraz 4 powyżej Ubezpieczony uprawniony jest do otrzymania od Ubezpieczyciela świadczenia pieniężnego odpowiadającego kwocie, którą Ubezpieczony zobowiązany był uiścić z tytułu realizacji Recepty pomniejszonej o Kwotę współpłaty wynikającą z wybranego wariantu ochrony ubezpieczeniowej.

§ 11. Indywidualna Karta Ubezpieczonego

1. Indywidualna Karta Ubezpieczonego jest potwierdzeniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego LUX MED Panaceus. Indywidualna Karta Ubezpieczonego zawiera imię, nazwisko, numer Ubezpieczonego, numer karty, oraz kod kreskowy identyfikujący uprawnienia Ubezpieczonego w Aptece.
2. Aktywacja Indywidualnej Karty Ubezpieczonego następuje w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
3. Dezaktywacja Indywidualnej Karty Ubezpieczonego następuje w pierwszym dniu po dniu wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku zagubienia, uszkodzenia lub zniszczenia Indywidualnej Karty Ubezpieczonego, Ubezpieczony w celu uzyskania duplikatu Indywidualnej Karty Ubezpieczonego powinien powiadomić pisemnie Ubezpieczyciela za pośrednictwem Ubezpieczającego.
5. Duplikat Indywidualnej Karty Ubezpieczonego jest bezzwłocznie przesyłany do Ubezpieczającego.
6. Informację o aktualnie dostępnych środkach w ramach Sumy ubezpieczenia z tytułu Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego LUX MED Panaceus, Ubezpieczony może otrzymać za pośrednictwem Infolinii i w Aptece.

§ 12. Składka ubezpieczeniowa

1. Składkę oblicza się – za cały okres ubezpieczenia – na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, przy uwzględnieniu wybranych wariantów ubezpieczenia.
2. Składka i jej raty jest opłacana przez Ubezpieczającego w sposób i w terminach -potwierdzonych w Polisie.
3. Składka jest opłacana w ratach miesięcznych i płatna jest w formie przelewu.
4. Składkę uważa się za zapłaconą w dniu uznania na rachunku bankowym Ubezpieczyciela pełnej wymaganej kwoty.
5. Jeżeli rata Składki nie została opłacona w terminie określonym w Polisie mimo wezwania do zapłaty w dodatkowym terminie



7 dni, umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego. W wezwaniu do zapłaty Ubezpieczyciel podaje do wiadomości Ubezpieczającego skutki niezapłacenia Składki.

6. Składka może zostać podwyższona w Rocznicę umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego o podwyższeniu Składki, na co najmniej 60 dni przed Rocznicą ubezpieczenia. W przypadku braku akceptacji przez Ubezpieczającego wysokości Składki ubezpieczeniowej ustalonej na kolejny roczny okres obowiązywania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający o fakcie tym - w formie pisemnej - zobowiązany jest powiadomić Ubezpieczyciela w terminie 14 dni liczonych od dnia uzyskania informacji o wysokości podwyższonej Składki. W takim przypadku zapis § 5 ust. 11 OWU nie znajduje zastosowania.

§ 13. Prawa i obowiązki stron

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany:
 - a) doręczyć Ubezpieczającemu tekst OWU,
 - b) wydać Ubezpieczającemu Polise,
 - c) przedstawić Ubezpieczającemu różnice między postanowieniami umowy ubezpieczenia a OWU, jeśli wprowadzono warunki szczególne,
 - d) wydać Indywidualne Karty Ubezpieczonego dla każdego Ubezpieczonego oraz w razie potrzeby duplikaty Indywidualnych Kart Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji okoliczności Nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Ubezpieczonego. W takiej sytuacji Ubezpieczyciel jest upoważniony do uzyskania dokumentów i informacji dotyczących Nieszczęśliwego wypadku, oraz jest upoważniony do uzyskania dokumentacji medycznej od podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu. Podobnie Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji Zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na realizacji Recepty.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do:
 - a) doręczenia Ubezpieczonemu warunków Umowy, w tym w szczególności OWU przed wyrażeniem przez Ubezpieczonych zgody na udzielenie im ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli taka zgoda jest wymagana Umową lub jeżeli ubezpieczony zgadza się na finansowanie kosztu Składki ubezpieczeniowej - przed wyrażeniem przez niego na to zgody, oraz do doręczania Ubezpieczonemu dokumentów statuujących wszelkie zmiany Umowy i OWU w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia;
 - b) opłacania Składki w wysokości i terminach określonych w Polisie,
 - c) powiadamiania Ubezpieczyciela niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni o każdej zmianie swojego adresu korespondencyjnego,
 - d) informowania Ubezpieczyciela o wszelkich zmianach danych osobowych Ubezpieczonych,
 - e) informowania Ubezpieczonych o zmianach umowy ubezpieczenia, w szczególności zakresu ubezpieczenia, oraz wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej,
 - f) przekazania Ubezpieczonemu Indywidualnej Karty

Ubezpieczonego oraz w razie potrzeby jej duplikatów.

4. Ubezpieczający ponosi pełną odpowiedzialność za działania i zaniechania w ramach Umowy, w tym w szczególności za naruszenie postanowień ust. 3 powyżej.

§ 14. Postępowanie w sprawach skarg i zażaleń

1. Od decyzji Ubezpieczyciela w sprawach związanych z zawarciem, wykonaniem i rozwiązaniem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczającemu i/lub Ubezpieczonemu przysługuje prawo wniesienia odwołania do Ubezpieczyciela pisemnie, za pomocą poczty elektronicznej, poprzez formularz znajdujący się na stronie internetowej oraz telefonicznie na numer Infolinii. Odwołanie może być złożone osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela
2. Odwołania są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania. Decyzja Ubezpieczyciela podjęta w wyniku odwołania jest ostateczna.
3. Skargi i zażalenia są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania, a o sposobie ich rozpatrzenia osoba, która je złożyła, jest informowana niezwłocznie po ich rozpatrzeniu.
4. O zakwalifikowaniu otrzymanego pisma jako odwołania bądź skargi lub zażalenia decyduje treść otrzymanego pisma.
5. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego, lub uprawnionego w przypadku braku Uposażonego.

§ 15. Reklamacje

1. Reklamacje związane z zawarciem lub wykonaniem Umowy mogą być kierowane przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy do Ubezpieczyciela pisemnie, za pomocą adresu poczty elektronicznej reklamacje.ubezpieczenia@luxmed.pl bądź poprzez formularz znajdujący się na stronie internetowej Ubezpieczyciela. Reklamacja może być również złożona osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub za pośrednictwem poczty lub postańca.
2. Reklamacja powinna być kierowana do Ubezpieczyciela i zawierać zwięzły opis nieprawidłowości, pozwalający na jednoznaczną identyfikację zdarzenia będącego podstawą reklamacji i wszystkich istotnych jego okoliczności.
3. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi na reklamację w formie papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, ewentualnie w formie elektronicznej, gdy osoba składająca reklamację wyrazi zgodę na jej zastosowanie.
4. Odpowiedź na reklamację udzielana jest bez zbędnej zwłoki jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa ust. 4, Ubezpieczyciel:
 - a) wyjaśni przyczynę opóźnienia;



- b) wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - c) określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
6. Reklamacja może być złożona również przez pełnomocnika.
7. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego (<https://www.knf.gov.pl>).
8. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub Uposażonemu z tytułu Umowy po wyczerpaniu postępowania reklamacyjnego, w ramach Umowy ubezpieczenia, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie jego sprawy do podmiotu uprawnionego do pozasądowego rozwiązywania sporów, którym jest Rzecznik Finansowy (szczegółowe informacje dostępne na stronie internetowej Rzecznika Finansowego <https://rf.gov.pl>).

§ 16. Postanowienia końcowe

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane do Ubezpieczyciela powinny być składane na piśmie, chyba że co innego wynika z umowy ubezpieczenia.
2. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony zmienił adres wskazany we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia jako korespondencyjny i nie zawiadomił o tym Ubezpieczyciela, przyjmuje się, że Ubezpieczyciel dopełnił swojego obowiązku zawiadomienia lub oświadczenia, jeżeli pismo zostało wysłane pod ostatni znany Ubezpieczycielowi adres zamieszkania lub adres korespondencyjny Ubezpieczającego lub Ubezpiezonego.
3. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia nie mogą być przedmiotem cesji w rozumieniu przepisów art. 509 i następnych Kodeksu cywilnego ani zastawu w rozumieniu art. 327 i następnych Kodeksu cywilnego.

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone przez Dyrektora Generalnego Oddziału w Polsce LMG Försäkrings AB Spółka Akcyjna i mają zastosowanie do umów zawieranych od dnia 09 stycznia 2017 r.

Anna Rulkiewicz



Dyrektor Generalny