



Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego LUX MED dla firm KOD OWU G/002/2017

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

CZĘŚĆ OGÓLNA UMOWY

1. Postanowienia wspólne
 - 1) § 2 (Definicje);
 - 2) § 4 (Zawarcie Umowy ubezpieczenia) ust. 3, ust. 5-7, ust. 10, ust. 13-14;
 - 3) § 4 (Przystąpienie i wystąpienie Ubezpieczonych z Umowy) ust. 1-11;
 - 4) § 9 (Realizacja świadczeń z tytułu Umowy) ust.1, ust. 2;
 - 5) § 11 (Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego) ust. 1, ust. 3;

CZĘŚĆ SZCZEGÓLNA UMOWY

2. Moduł Ambulatoryjny
 - 1) § 1 (Zasady ogólne) ust. 1-2, ust. 4-5;
 - 2) § 3 (Realizacja świadczeń) ust.1-7;
3. Moduł Szpitalny
 - 1) § 1 (Zasady ogólne) ust. 1-2, ust. 4, ust.5;
 - 2) § 4 (Zgłoszenie roszczenia) ust. 1-7;
4. Moduł Poważne Zachorowania
 - 1) § 1 (Zasady ogólne) ust. 1-4, ust. 6;
 - 2) § 4 (Realizacja świadczeń);



5. Moduł Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą –
BEST HELP

- 1) § 1 (Zasady ogólne);
- 2) § 2 (Zakres ubezpieczenia w ramach modułu), ust 1-2;
- 3) § 3 (Świadczenia należne z tytułu Umowy w ramach modułu);
- 4) § 4 (Realizacja świadczeń);
- 5) § 5 (Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela);

6. Moduł NNW

- 1) § 1 (Zasady ogólne) ust. 1-5;
- 2) § 2 (Prawo Ubezpieczonego do wyznaczenia Uposażonego w module NNW) ust. 1-2, ust. 4;
- 3) § 4 (Realizacja świadczeń).

7. Moduł Medycyna Pracy

- 1) § 1 (Zasady ogólne)

Ograniczenia
oraz wyłączenia
odpowiedzialności
zakładu ubezpieczeń
uprawniającego do odmowy
wypłaty odszkodowania
i innych świadczeń
lub ich obniżenia

CZĘŚĆ OGÓLNA UMOWY

1. Postanowienia wspólne

- 1) § 2 (Definicje);
- 2) § 4 (Zawarcie Umowy ubezpieczenia) ust. 4, ust. 8-11;
- 3) § 4 (Przystąpienie i wystąpienie Ubezpieczonych z Umowy) ust. 9-11;
- 4) § 5 (Składka) ust. 9-11;
- 5) § 7 (Wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela) ust.1;
- 6) § 8 (Ograniczenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela);

CZĘŚĆ SZCZEGÓLNA UMOWY

2. Moduł Ambulatoryjny

- 1) § 1 (Zasady ogólne) ust. 4-6;
- 2) § 2 (Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela)



- ust. 1-3;
3) § 3 (Realizacja świadczeń) ust.1, ust. 5-6;
3. Moduł Szpitalny
- 1) § 1 (Zasady ogólne) ust. 3-7;
 - 2) § 2 (Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela) ust. 1-3;
 - 3) § 3 (Okres karencji) ust. 1-2;
 - 4) § 4 (Zgłoszenie roszczenia) ust. 2-4;
4. Moduł Poważne Zachorowania
- 1) § 1 (Zasady ogólne) ust. 4-5;
 - 2) § 2 (Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela) ust. 1-3;
 - 3) § 3 (Okres karencji) ust. 1-2;
5. Moduł Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP
- 1) § 1 (Zasady ogólne);
 - 2) § 2 (Zakres ubezpieczenia w ramach modułu);
 - 3) § 3 (Świadczenia należne z tytułu Umowy w ramach modułu);
 - 4) § 5 (Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela);
6. Moduł NNW
- 1) § 1 (Zasady ogólne) ust. 2, ust. 5;
 - 2) § 2 (Prawo Ubezpieczonego do wyznaczenia Uposażonego w module NNW) ust. 3;
 - 3) § 3 (Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela).
7. Moduł Medycyna Pracy
- 1) § 1 (Zasady ogólne)
 - 2) Załącznik do Umowy Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego LUX MED dla Firm Wykaz Świadczeń zdrowotnych Medycyny Pracy



CZĘŚĆ OGÓLNA

§ 1 Postanowienia ogólne

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego („OWU”), LMG Försäkrings AB S.A. z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Box 27093, 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 („Ubezpieczyciel”), zawiera Umowy ubezpieczenia z osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nieposiadającymi osobowości prawnej, którym ustawa przyznaje zdolność prawną („Ubezpieczajcami”).
2. Ubezpieczający może zawrzeć Umowę ubezpieczenia grupowego („Umowa”) na cudzy rachunek, z tym, że Ubezpieczony będący osobą fizyczną jest wskazany imiennie w Umowie.
3. Strony mogą wprowadzić do Umowy postanowienia dodatkowe lub odmienne od zawartych w OWU, z tym, że różnice pomiędzy OWU a Umową zostaną przedstawione Ubezpieczającemu w formie pisemnej przed zawarciem rzeczowej Umowy.
4. W przypadku rozbieżności między postanowieniami zawartymi w OWU i w Umowie, pierwszeństwo mają postanowienia Umowy.

§ 2 Definicje

Określenia użyte w niniejszych OWU, w tym w Modułach Ubezpieczenia, Wniosku ubezpieczeniowym, Polisie oraz innych dokumentach stanowiących integralną część Umowy, oznaczają:

1. **Badania kontrolne** - badania lekarskie przeprowadzane dla wszystkich Pracowników po powrocie do pracy po przerwie spowodowanej niezdolnością do pracy w wyniku choroby trwającej dłużej niż 30 dni;
2. **Badania okresowe** - badania lekarskie przeprowadzane dla wszystkich Pracowników wykonujących pracę na danym stanowisku pracy, dla których kończy się ważność zaświadczenia lekarskiego wydanego w ramach poprzedniego badania z zakresu medycyny pracy;
3. **Badania wstępne** – badania lekarskie przeprowadzane dla:
 - a) osób przyjmowanych do pracy,
 - b) Pracowników przenoszonych na stanowisko pracy, na którym występują czynniki szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe;
 - c) młodocianych przenoszonych na inne stanowisko.
4. **Badania specjalistyczne i diagnostyczne** – konsultacje u lekarzy oraz dodatkowe badania diagnostyczne wykonywane na zlecenie lekarza medycyny pracy, ściśle związane z warunkami pracy i zagrożeniami występującymi na określonym stanowisku pracy;
5. **Badania profilaktyczne** - badania lekarskie z zakresu medycyny pracy obejmujące badania wstępne, okresowe i kontrolne wraz z badaniami specjalistycznymi i diagnostycznymi. Badania profilaktyczne przeprowadzane są na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę;
6. **Centrum Obsługi Klienta** – infolinia, w ramach której Ubezpieczony może uzyskać informacje na temat ubezpieczenia;
7. **Choroba** – nieprawidłowy według ogólnie uznanej wiedzy medycznej stan fizyczny lub psychiczny organizmu;
8. **Ciąża o przebiegu fizjologicznym** – ciąża o przebiegu prawidłowym, niewymagająca podczas swojego przebiegu objęcia opieką perinatalną w ośrodku referencyjnym, hospitalizacji będącej w bezpośrednim związku z ciążą, w szczególności na oddziale patologii ciąży z przyczyn leżących po stronie zarówno matki jak i płodu;
9. **Ciąża wysokiego ryzyka** – ciąża charakteryzująca się zagrożeniem dla zdrowia lub życia matki lub płodu, związanym z występowaniem czynników ryzyka statystycznie zwiększających częstość powikłań ciąży i porodu, które mogą mieć związek ze schorzeniami występującymi przed ciążą, schorzeniami występującymi w trakcie ciąży, natłogami, przeszłością położniczą i ginekologiczną, schorzeniami występującymi w rodzinie;
10. **Data początku ochrony** – data, w której rozpoczyna się odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy wobec Ubezpieczonego w danym Module Ubezpieczenia;
11. **Deklaracja przystąpienia** – formularz udostępniany przez Ubezpieczyciela, na podstawie którego Ubezpieczeni przystępują do Umowy;
12. **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego Głównego, Współmałżonka lub Partnera a także dziecko przez nich przysposobione, od pierwszego dnia jego życia, a które w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie ukończyło 18 roku życia, a w przypadku uczęszczania przez Dziecko do szkoły [w rozumieniu art. 2 pkt. 2 ustawy z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty (Dz.U.2004.256.2572 ze zm. tekst jednolity z dnia 4 grudnia 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 2156) z późn.zm.), oraz do szkoły wyższej w rozumieniu ustawy z dnia 27 lipca 2005 roku Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U.2005.164.1365, tekst jednolity z dnia 26 marca 2012 r. (Dz.U. z 2012 r. poz. 572) z późn. zm.), nie ukończyło 26 lat;
13. **Grupa** – wskazana grupa albo podgrupa Pracowników Ubezpieczającego, która ma zostać objęta ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy; Grupa może być Grupą fakultatywną albo Grupą obligatoryjną;
14. **Grupa fakultatywna** – grupa jest Grupą fakultatywną, jeżeli decyzja przystąpienia do Umowy lub wybór zakresu ubezpieczenia jest autonomiczną decyzją każdego członka tej grupy (każdego Ubezpieczonego Głównego), przy czym Ubezpieczyciel wskazuje Ubezpieczającemu minimalną liczbę członków (Ubezpieczonych Głównych) niezbędnych do utworzenia Grupy fakultatywnej;
15. **Grupa obligatoryjna** – grupa (lub wskazana część Grupy – Podgrupa) jest Grupą obligatoryjną, jeżeli przystąpienie do Umowy lub wybór zakresu ubezpieczenia jest decyzją Ubezpieczającego. W takim przypadku Ubezpieczeni zostają



- objęci ochroną ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia wybranym przez Ubezpieczającego. W przypadku Grupy obowiązkowej, nie przeprowadza się indywidualnej oceny ryzyka osób mających przystąpić do ubezpieczenia (Ubezpieczonych), pod warunkiem, że zakres ubezpieczenia zawiera jedynie Moduł Ambulatoryjny;
16. **Jednostki służby medycyny pracy** – jednostki, o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy o służbie medycyny pracy z dnia 27.06.1997 roku (Dz. U. 2004 r. nr 125, poz. 1317 j. t. z późn. zm.), współpracujące z Ubezpieczycielem w zakresie udzielania Świadczeń Medycyny Pracy, zwane także Placówkami medycznymi;
 17. **Kodeks Pracy** – ustawa Kodeks Pracy z dnia 26 czerwca 1974 roku (Dz. U. z 1998 roku, Nr 21, poz. 94 t.j. z późn. zm.) oraz akty wykonawcze wydane na jej podstawie;
 18. **Lekarz** – osoba posiadająca odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami polskiego prawa, w tym w szczególności ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tj. z dnia 10 marca 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 464 z późn.zm.);
 19. **Lista Ubezpieczonych** – wykaz osób zgłaszanych do ubezpieczenia lub Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową wraz z zakresem ubezpieczenia, sporządzony według wzoru wskazanego przez Ubezpieczyciela;
 20. **Nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie będące następstwem ekspozycji na fizyczne czynniki zewnętrzne, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Chorób występujących w sposób nagły;
 21. **Medycyna Pracy** – ochrona zdrowia Pracowników przed wpływem niekorzystnych warunków związanych ze środowiskiem pracy i sposobem jej wykonania, a także w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad Pracownikami;
 22. **Miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu początku Okresu ubezpieczenia, a następnie każdy kolejny miesiąc rozpoczynający się w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca;
 23. **Moduły Ubezpieczenia („MU”)** – stanowiące załącznik do OWU i jego integralną część postanowienia dodatkowe w stosunku do OWU, definiujące zakres ubezpieczenia; warunki ochrony ubezpieczeniowej określone w MU mogą być odmienne od tych określonych w OWU, przy czym w przypadku braku odmiennej regulacji w MU zastosowanie mają postanowienia OWU;
 24. **Okres karencji** – określony w Umowie okres od początku Okresu ochrony, w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego, w którym odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest ograniczona;
 25. **Okres ochrony** – okres, w którym udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego, tj. okres w którym Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy za Zdarzenia ubezpieczeniowe. Okres ochrony kończy się zawsze z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy;
 26. **Okres ubezpieczenia** – 12 miesięczny okres obowiązywania Umowy;
 27. **Operacja planowa** – zabieg medyczny, połączony z przecięciem tkanek lub polegający na oddziaływaniu na tkanki czynnikami fizycznymi (np. temperatura) celem zniszczenia zmiany chorobowej, wykonany w wyznaczonym terminie, którego odroczenie nie stwarza dającego się przewidzieć zagrożenia ciężkim pogorszeniem stanu zdrowia, uzasadniony Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą, przeprowadzony przez Lekarza w Szpitalu wskazanym przez Ubezpieczyciela. Zakres operacji planowych określa załącznik do Umowy „Wykaz Świadczeń szpitalnych – Operacji planowych”;
 28. **Operacja planowa NW** – zabieg medyczny, połączony z przecięciem tkanek lub polegający na oddziaływaniu na tkanki czynnikami fizycznymi (np. temperatura) celem zniszczenia zmiany chorobowej, wykonany w wyznaczonym terminie, którego odroczenie nie stwarza dającego się przewidzieć zagrożenia ciężkim pogorszeniem stanu zdrowia, uzasadniony Nieszczęśliwym wypadkiem, przeprowadzony przez Lekarza w Szpitalu wskazanym przez Ubezpieczyciela. Zakres operacji planowych NW określa załącznik do Umowy – „Wykaz Świadczeń szpitalnych – Operacji planowych NW”;
 29. **Operator** – podmiot koordynujący w imieniu Ubezpieczyciela udzielanie Świadczeń ambulatoryjnych, Świadczeń szpitalnych;
 30. **Partner życiowy** – osoba prowadząca z Ubezpieczonym Głównym wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, niezłączona pokrewieństwem ani stosunkiem prawnym takim, jak przysposobienie lub powinowactwo;
 31. **Placówka medyczna** – jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnych, działająca na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej;
 32. **Placówka medyczna wskazana przez Ubezpieczyciela** – jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnych, działająca na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej, wskazana przez Operatora, jako właściwa do realizacji Świadczeń medycznych;
 33. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy;
 34. **Poważne zachorowania** – Choroby lub stany chorobowe określone w załączniku do Umowy „Wykaz Poważnych zachorowań”;
 35. **Pracownik** – osoba fizyczna pozostająca w stosunku prawnym z Ubezpieczającym, na podstawie umowy cywilnoprawnej, umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania albo innej umowy, której przedmiotem jest świadczenie pracy albo usług, albo osoba fizyczna będąca członkiem organu jednostki organizacyjnej będącej Ubezpieczającym;
 36. **Profilaktyczna opieka zdrowotna** – działania zapobiegające powstawaniu i szerzeniu się niekorzystnych skutków zdrowotnych, które mają związek z warunkami lub charakterem wykonywanej pracy;
 37. **Rabat** – wskazana w Umowie, określona w odniesieniu do Modułu Ubezpieczenia zniżka procentowa lub kwotowa od ustalonej w Placówce medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela aktualnej ceny Świadczenia ambulatoryjnego lub Świadczenia szpitalnego;
 38. **Rocznica** – dzień w każdym roku obowiązywania Umowy, odpowiadający dacie początku Okresu ubezpieczenia;



39. **Rodziniec** – rodzic Ubezpieczonego Głównego, Współmałżonka albo Partnera życiowego, który w dniu przystąpienia do ubezpieczenia (Umowy) nie ukończył 80 roku życia;
40. **RP** - Rzeczpospolita Polska;
41. **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu Umowy;
42. **Sporty wysokiego ryzyka** – wszelkie sporty lotnicze, motolotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo oraz pilotowanie jakichkolwiek samolotów silnikowych, baloniarstwo, wszelkie odmiany skoków spadochronowych, skoki na linie, kolarstwo górskie, sporty motorowe i motorowodne, jazda na skuterach wodnych, kitesurfing, alpinizm, wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, speleologia, taternictwo jaskiniowe, skoki narciarskie, snowboard oraz narciarstwo z wyjątkiem uprawianych rekreacyjnie na wyznaczonych trasach, bobsleje, rafting i inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, sporty walki, myślistwo oraz jazda konna;
43. **Suma Ubezpieczenia** – określona w Umowie kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy w stosunku do Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia;
44. **Szpital** – szpital działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w rozumieniu Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011/112/654 z późn. zm.), wskazany przez Operatora;
45. **Świadczenia towarzyszące** – świadczenia związane z pobytem i wyżywieniem Ubezpieczonego w Szpitalu podczas realizacji Świadczeń szpitalnych określonych w Umowie, oraz transportem medycznym związanym ze Świadczeniami medycznymi w zakresie określonym Umową;
46. **Świadczenie ambulatoryjne** – Świadczenie medycznie niezbędne, udzielane przez Placówkę medyczną wskazaną przez Ubezpieczyciela, które zwyczajowo wykonywane są w ramach lecznictwa otwartego i są możliwe do wykonania w sposób zgodny z wiedzą i sztuką medyczną w warunkach ambulatoryjnych;
47. **Świadczenia medycyny pracy** – świadczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej, a także inne świadczenia z zakresu medycyny pracy na rzecz Pracowników, do których pracodawca jest zobowiązany na podstawie przepisów Kodeksu Pracy;
48. **Świadczenie medyczne** – świadczenie zdrowotne, objęte zakresem ubezpieczenia, pozostające w bezpośrednim związku z Chorobą, zaburzeniem lub uszkodzeniem ciała, wykonywane przez Placówkę medyczną na rzecz Ubezpieczonego;
49. **Świadczenie medycznie niezbędne** – Świadczenie medyczne realizowane dla Ubezpieczonego, którego realizacja wynika ze wskazań medycznych i którego odroczenie w czasie może spowodować zagrożenie trwałym pogorszeniem stanu zdrowia lub spowodować znaczący wzrost ryzyka powikłań przy późniejszym wykonaniu Świadczenia medycznego;
50. **Świadczenie opieki okołoporodowej** – świadczenie związane z hospitalizacją z powodu porodu siłami natury lub przez cięcie cesarskie. Zakres świadczeń związanych z porodem określa załącznik do Umowy „Wykaz Świadczeń Szpitalnych – hospitalizacja porodowa”;
51. **Świadczenie szpitalne** – Świadczenie medycznie niezbędne, dla którego prawidłowego wykonania niezbędna jest hospitalizacja Ubezpieczonego udzielana przez Szpital;
52. **Świadczeniodawca** – Placówka medyczna lub Szpital, współpracujące z Ubezpieczycielem lub Operatorem w zakresie udzielania Świadczeń ambulatoryjnych lub Świadczeń szpitalnych;
53. **Typ ubezpieczenia** – ubezpieczenie zdrowotne w ramach Umowy dostępne jest w Typach: Typ Indywidualny, Typ Rodzinny, Typ Partnerski oraz Typ Rodziniec;
54. **Typ Indywidualny** – Typ ubezpieczenia, w ramach którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony Główny;
55. **Typ Partnerski** – Typ ubezpieczenia, w ramach którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony Główny i jeden Współubezpieczony;
56. **Typ Rodziniec** – Typ ubezpieczenia, w ramach którego ochroną ubezpieczeniową objęci są Rodzice, w liczbie nie wyższej niż 4 na jednego Ubezpieczonego Głównego;
57. **Typ Rodzinny** – Typ ubezpieczenia, w ramach którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony Główny, Współmałżonek albo Partner życiowy oraz Dzieci;
58. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną, zawierająca Umowę i zobowiązana z tytułu Umowy w szczególności do opłacania Składki zgodnie z terminami i na warunkach przewidzianych w Umowie;
59. **Ubezpieczony** – Ubezpieczony Główny, Współubezpieczony lub Rodziniec. Jeżeli OWU postępują się terminem Ubezpieczony oznacza to, że dane postanowienie OWU stosuje się zarówno do Ubezpieczonego Głównego, Współubezpieczonego, Rodzica;
60. **Ubezpieczony Główny** – osoba fizyczna, będąca Pracownikiem Ubezpieczającego, na rachunek której zawarto Umowę, zamieszkała na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, która w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ukończyła 18 lat i nie ukończyła 70 lat;
61. **Udział własny („Dopłata”)** – kwotowy lub procentowy udział Ubezpieczonego w koszcie udzielanego mu z tytułu Umowy świadczenia ubezpieczeniowego;
62. **Umowa ubezpieczenia (Umowa)** – Umowa ubezpieczenia grupowego zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU;
63. **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
64. **Uprawniony** – osoba uprawniona zgodnie z Umową do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego;
65. **Wiek Ubezpieczonego** – liczba ukończonych pełnych lat Ubezpieczonego w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a następnie w dniu każdej Roczniczy;
66. **Wniosek ubezpieczeniowy** – formularz Ubezpieczyciela, na którym Ubezpieczający wnioskuje o zawarcie Umowy;



67. **Współubezpieczony** – osoba fizyczna (Partner życiowy, Współmałżonek, lub Dziecko) wskazana przez Ubezpieczonego Głównego, zamieszkała na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, która w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie ukończyła 70 lat a w przypadku Dziecka nie ukończyła 26 lat;
68. **Wyczynowe uprawianie sportu** – za wyczynowe uprawianie sportu uważa się: uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych, polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach lub zawodach sportowych, jak również uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych oraz uczestniczenie w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi;
69. **Wykaz Poważnych zachorowań** – wykaz Chorób i stanów chorobowych, których wystąpienie u Ubezpieczonego objęte jest ochroną ubezpieczeniową zgodnie z zakresem ubezpieczenia wynikającym z Umowy;
70. **Wykaz Świadczeń ambulatoryjnych** – wykaz Świadczeń ambulatoryjnych, objętych zakresem ubezpieczenia zgodnie z Umową;
71. **Wykaz Świadczeń szpitalnych** – wykaz Świadczeń szpitalnych, objętych zakresem ubezpieczenia zgodnie z Umową;
72. **Zakres ubezpieczenia** – zakres świadczeń przysługujący Ubezpieczonemu z tytułu Umowy;
73. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – przewidziane w Umowie zdarzenie, którego wystąpienie powoduje powstanie obowiązku spełnienia świadczenia przez Ubezpieczyciela;

§ 3 Przedmiot i Zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego, a w przypadku Nieszczęśliwego wypadku, jego określone w Umowie następstwa.
2. W ramach Umowy dostępne są Moduły ubezpieczenia określone w Części szczególnej Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
3. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wyłączenia szczególne, sposób ustalenia wysokości i warunki realizacji świadczeń z tytułu Umowy, Sumy ubezpieczenia bądź limity odpowiedzialności określone są w Umowie.

§ 4 Umowa ubezpieczenia

Zawarcie Umowy ubezpieczenia

1. Umowa zawierana jest na okres 1 roku (Okres ubezpieczenia).
2. Umowa zawierana jest na podstawie Wniosku ubezpieczeniowego, wraz z dołączonymi do niego wymaganymi dokumentami.
3. Jeżeli Wniosek ubezpieczeniowy nie zawiera wszystkich wymaganych informacji lub nie zostały do Wniosku dołączone wszystkie wymagane dokumenty, Ubezpieczający zobowiązany jest do uzupełnienia Wniosku ubezpieczeniowego w zakresie i terminie wskazanym przez Ubezpieczyciela.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie uzupełni braków, o których mowa w ust. 3 powyżej, we wskazanym terminie, Wniosek

ubezpieczeniowy nie wywołuje skutków prawnych i nie dochodzi do zawarcia Umowy ubezpieczenia.

5. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie informacje i okoliczności, które są wymagane we Wniosku ubezpieczeniowym oraz te, o które Ubezpieczyciel zapytywał przed zawarciem Umowy ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
6. W Okresie ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest zawiadomić Ubezpieczyciela o zmianie okoliczności, o których mowa w ust. 5, niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
7. Zawierając umowę na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 5 i 6 spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu Umowy ubezpieczenia na jego rachunek.
8. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności na podstawie Umowy za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 5–7, nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 5–7 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany Umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu pierwszym.
9. Do zawarcia Umowy dochodzi z chwilą akceptacji Wniosku ubezpieczeniowego przez Ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie Umowy lub objęcie poszczególnych osób ochroną ubezpieczeniową od uzyskania dodatkowych informacji mających wpływ na ocenę ryzyka, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
10. Ubezpieczyciel może skierować osoby zgłaszane do ubezpieczenia na dodatkowe badania medyczne w celu dokonania oceny ryzyka. Koszty tych badań ponosi Ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczyciel na podstawie dokonanej oceny ryzyka ubezpieczeniowego może odmówić zawarcia Umowy albo uzależnić jej zawarcie od wprowadzenia do Umowy postanowień odmiennych lub dodatkowych w stosunku do niniejszych OWU.
12. Ubezpieczyciel potwierdza zawarcie Umowy Polisą.
13. Treść Umowy stanowią OWU, informacje zawarte we Wniosku ubezpieczeniowym oraz w każdym innym dokumencie dołączonym Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, który został zaakceptowany przez Ubezpieczyciela, jako część Umowy, w tym w szczególności wszystkie oświadczenia dotyczące stanu zdrowia składane przez Ubezpieczonego, inne dokumenty stworzone przez Strony Umowy lub Ubezpieczyciela, które zostały dołączone do Umowy, a także informacje zawarte w Polisie.
14. Jeżeli w odpowiedzi na złożony przez Ubezpieczającego Wniosek ubezpieczeniowy, Ubezpieczyciel doręczy Ubezpieczającemu Polisę zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego Wniosku ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel będzie obowiązany zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu Polisy, wyznaczając mu, co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku przez Ubezpieczyciela, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne a Umowa jest



zawarta zgodnie z warunkami określonymi we Wniosku ubezpieczeniowym.

15. W przypadku opisanym w ust. 14, przy braku sprzeciwu, Umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią Polisy następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
16. Postanowień ust. 14 nie stosuje się, jeżeli Umowa zostanie zawarta w drodze negocjacji.

Przystąpienie i wystąpienie Ubezpieczonych z Umowy

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmowani są wszyscy Pracownicy Ubezpieczającego albo wskazana przez niego Grupa, o ile Strony nie umówią się inaczej.
2. Warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową jest przekazanie przez Ubezpieczającego:
 - 1) wykazu osób przystępujących do ubezpieczenia, w formie trybie określonym przez Ubezpieczyciela (Lista Ubezpieczonych);
 - 2) kompletnych, poprawnie wypełnionych Deklaracji przystąpienia;
 - 3) innych dokumentów, jeżeli były one wskazane, jako niezbędne do zawarcia Umowy przez Ubezpieczyciela;
 - 4) pierwszej raty Składki.
3. Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczycielowi Listę Ubezpieczonych wraz z wszystkimi wymaganymi dokumentami nie później niż 10 dni roboczych przed datą początku Okresu ubezpieczenia lub w przypadkach szczególnych w innym terminie wskazanym przez Ubezpieczyciela.
4. W Okresie ubezpieczenia Ubezpieczający może zgłaszać osoby przystępujące do, a także osoby występujące z Umowy, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5-7 poniżej.
5. Ubezpieczający może zgłosić do Umowy nowych Ubezpieczonych z datą początku Okresu ochrony przypadającą na Rocznicę, chyba że zgłoszenie dotyczy:
 - 1) nowego Pracownika Ubezpieczającego, którego Ubezpieczający może zgłosić do Umowy wraz ze Współubezpieczonymi w terminie 30 dni od dnia, w którym osoba stała się Pracownikiem,
 - 2) nowego Współubezpieczonego, w przypadku odpowiednio zawarcia przez Głównego Ubezpieczonego związku małżeńskiego lub urodzenia mu się dziecka albo powstania relacji z Głównym Ubezpieczonym, jako Partner Życiowy w Okresie ubezpieczenia,
 - 3) Rodzica – w przypadku zmiany stanu cywilnego przez Głównego Ubezpieczonego,przy czym objęcie Ochroną ubezpieczeniową ww. Ubezpieczonych następuje od pierwszego dnia Miesiąca polisy po miesiącu, w którym zostaną spełnione warunki określone w ust.2.
6. W przypadku Grupy fakultatywnej zmiana zakresu ubezpieczenia jest możliwa jedynie w Rocznicę.
7. W przypadku Grupy obligatoryjnej zmiana zakresu ubezpieczenia wynika z zasad określonych przez Ubezpieczającego, definiujących Grupę obligatoryjną i określonych na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia.
8. Ubezpieczający zobowiązuje się do informowania Ubezpieczyciela o wszelkich zmianach dotyczących

Ubezpieczonych na Liście Ubezpieczonych przynajmniej na 10 dni przed kolejnym Miesiącem polisy, od którego mają nastąpić zmiany (w szczególności o osobach przystępujących do Umowy ubezpieczenia i Ubezpieczonych występujących z Umowy ubezpieczenia).

9. Wystąpienie z Umowy poszczególnych Ubezpieczonych jest możliwe z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, zaś wystąpienie Ubezpieczonych, którzy przestali spełniać definicję Pracownika (i odpowiednio wskazanych przez niego Współubezpieczonych), Współubezpieczonego lub Rodzica jest możliwe z upływem ostatniego dnia Miesiąca polisy – pod warunkiem przekazania przez Ubezpieczającego wykazu Ubezpieczonych występujących z Umowy w formacie i terminie określonym przez Ubezpieczyciela.
10. Wystąpienie z Umowy Ubezpieczonego Głównego jest równoznaczne z wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do zgłoszonych przez niego Współubezpieczonych i Rodziców (z wystąpieniem przez nich z Umowy).
11. Wystąpienie z Umowy przez Ubezpieczonego powoduje brak możliwości ponownego przystąpienia tego Ubezpieczonego do Umowy przez okres 12 miesięcy od dnia zakończenia okresu Ochrony ubezpieczeniowej.

§ 5 Składka

1. Składka obliczana jest za czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy na podstawie oceny ryzyka.
2. Wysokość należnej Składki, częstotliwość oraz terminy jej płatności potwierdzone są w Polisie.
3. W przypadku wygaśnięcia albo rozwiązania Umowy ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta i za jaki została zapłacona Składka, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej.
4. Wysokość Składki należnej ustalana będzie jako iloczyn Składki za jednego Ubezpieczonego albo za określony zakres ubezpieczenia w Typie Indywidualnym, Typie Partnerskim, Rodzinnym lub Rodzic oraz liczby Ubezpieczonych albo odpowiednio liczby zakresów ubezpieczenia z uwzględnieniem zakresu ochrony ubezpieczeniowej według aktualnej, w danym okresie Listy Ubezpieczonych.
5. Płatność Składki następuje przelewem na wskazany w Polisie rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
6. Za dzień opłacenia Składki uznaje się dzień uznania rachunku Ubezpieczyciela całą należną kwotą Składki; ta sama zasada dotyczy poszczególnych rat Składki.
7. W przypadku, gdy wpłacona kwota jest niższa od należnej Składki, Składkę uważa się za niezapłaconą.
8. W przypadku powstania zaległości w opłacaniu rat Składki, dokonane wpłaty w pierwszej kolejności są przekazywane na pokrycie wcześniej nieuregulowanych rat.
9. Jeżeli Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem Składki lub jej pierwszej raty a Składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty Składki za okres przez który ponosił



odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia Umowy wygasa ona z końcem okresu za który przypadła niezapłacona Składka lub jej pierwsza rata.

10. W razie opłacania Składki w ratach i nieopłaceniu kolejnej raty Składki, Ubezpieczyciel może wezwać Ubezpieczającego do zapłaty raty Składki w dodatkowym terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania, pod rygorem wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w przypadku braku zapłaty raty Składki w dodatkowym terminie albo pod rygorem ograniczenia zakresu Ochrony ubezpieczeniowej do czasu uregulowania należności.
11. W wezwaniu Ubezpieczyciel podaje do wiadomości Ubezpieczającego skutki niezapłacenia Składki lub jej raty.
12. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłacenia Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy.

§ 6 Zmiany w Umowie ubezpieczenia

Zmiany Umowy Strony mogą dokonać w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Ubezpieczyciel potwierdza uzgodnioną i dokonaną zmianę Umowy aneksem do Polisy albo nową Polisą.

§ 7 Wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się:
 - 1) w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych z:
 - a) dniem odstąpienia od Umowy przez Ubezpieczającego;
 - b) upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia Umowy, z powodu wypowiedzenia jej przez Ubezpieczyciela w przypadku niezapłacenia przez Ubezpieczającego Składki lub pierwszej raty Składki;
 - c) upływem ostatniego dnia 7-dniowego terminu na zapłatę kolejnej raty Składki, jeżeli Ubezpieczyciel uprzednio wezwał Ubezpieczającego do zapłaty raty Składki, liczonego od dnia doręczenia wezwania Ubezpieczającemu;
 - d) upływem Okresu ubezpieczenia.
 - 2) w stosunku do danego Ubezpieczonego z:
 - a) dniem jego śmierci;
 - b) upływem ostatniego dnia okresu, za który została zapłacona Składka lub rata Składki za danego Ubezpieczonego;
 - c) upływem ostatniego dnia Miesiąca polisy, w którym złożony został wniosek przez Ubezpieczającego o wyłączenie Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej;
 - d) upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończył 71 lat, w przypadku Współubezpieczonego będącego Dzieckiem odpowiednio 18 lub 26 lat, a Rodzica 81 lat;
 - e) z dniem wykorzystania sumy ubezpieczenia z tytułu Opieki medycznej za granicą (FindBestCare) w odniesieniu do Ubezpieczonych objętych ochroną w Module Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP.

§ 8 Ograniczenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela

Ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, mające zastosowanie do wszystkich Modułów Ubezpieczenia

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń ubezpieczeniowych, będących bezpośrednim lub pośrednim następstwem:

1. działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, wojny domowej, rewolucji, stanu wyjątkowego, cywilnego zamachu stanu, aktów terroryzmu, służby wojskowej, udziału w misjach wojskowych lub stabilizacyjnych, czynnego uczestnictwa Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach lub strajkach;
2. stosowania naukowo nieuznanych metod leczenia oraz medycyny niekonwencjonalnej, ludowej i orientalnej, stosowania leków niedopuszczonych do użytku w Polsce (lub poza terytorium RP lecz wyłącznie w związku z Modułem Leczenia Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP) oraz ich następstw, jak również udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych, badaniach klinicznych lub podobnych badaniach związanych ze zdrowiem, oraz ich następstw;
3. transplantacji organów lub tkanek, komórek, hodowli komórkowych (pochodzenia naturalnego lub sztucznego), w tym także z wykorzystaniem autoprzeszczepu, wszczepianie implantów i urządzeń, przy czym wyłączenie to nie dotyczy Modułu Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą - BEST HELP;
4. wyczynowego uprawiania sportów lub uprawiania sportów wysokiego ryzyka, przy czym wyłączenie to nie dotyczy Modułu Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą - BEST HELP;
5. epidemii, stanów kłęski żywiołowej lub katastrof naturalnych ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej;
6. działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego oraz czynników biologicznych i chemicznych w zakresie szkodliwym dla człowieka;
7. prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego bez uprawnień lub prowadzenia pojazdu bez aktualnego badania technicznego, zgodnych z obowiązującymi przepisami lub prowadzenia pojazdu pod wpływem alkoholu, narkotyków albo innych środków odurzających, psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jednolity z dnia 10 stycznia 2012 r. Dz. U. z 2012 r. poz. 124 z późn. zm.);
8. usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia, świadomego spowodowania rozstroju zdrowia,
9. popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa lub wykroczenia;
10. działania umyślnego, samodzielnego diagnozowania, leczenia, modyfikacji zaleconego leczenia lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego;
11. pozostawania pod wpływem, nadużycia lub zatrucia dobrowolnie spożywanymi: alkoholem, narkotykami, innymi substancjami odurzającymi lub psychotropowymi, tytoniem, lekami stosowanymi niezgodnie z zaleceniem Lekarza;



12. detoksykacji, zabiegów odwykowych oraz leczenia odwykowego;
13. leczenia chorób psychicznych, zaburzeń lub innych zakłóceń czynności psychicznych, w tym choroby Alzheimera, i ich następstw;
14. uzyskania świadczeń medycznych za pomocą czynów zakazanych, prób wyłudzenia lub celowego wprowadzenia Ubezpieczyciela w błąd;
15. Chorób, następstw Nieszczęśliwych wypadków, objawów chorobowych i dolegliwości, które wystąpiły, lub przyczyny ich wystąpienia były znane Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu przed zawarciem Umowy ubezpieczenia lub o których, przy zachowaniu należytej staranności Ubezpieczający lub Ubezpieczony mógł się dowiedzieć.

§ 9 Realizacja świadczeń z tytułu Umowy

1. Ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić swoje zobowiązania z tytułu Umowy w terminie do 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w terminie 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia z tytułu Umowy Ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w ust. 1 powyżej.

§ 10 Roszczenia regresowe

1. Z dniem realizacji świadczenia (odszkodowania) przez Ubezpieczyciela roszczenie Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na Ubezpieczyciela do wysokości zrealizowanego świadczenia lub zapłaconego odszkodowania. Jeżeli Ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje, co do pozostałej części, pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem Ubezpieczyciela.
2. Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. W przypadku, gdy Ubezpieczony bez zgody Ubezpieczyciela zrzekł się roszczenia przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę lub je ograniczył Ubezpieczyciel może odmówić realizacji świadczenia lub wypłaty odszkodowania albo je zmniejszyć. Jeżeli zrzeczenie się lub ograniczenie roszczenia zostanie ujawnione po realizacji świadczenia lub wypłacie odszkodowania, Ubezpieczyciel może żądać od Ubezpieczonego zwrotu całości lub części wartości zrealizowanego świadczenia lub wypłaconego odszkodowania.
4. Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest udzielić Ubezpieczycielowi wszelkiej pomocy przy dochodzeniu roszczeń regresowych, w tym dostarczyć odpowiednie dokumenty oraz udzielić wymaganych informacji i pełnomocnictw.

§ 11 Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał we Wniosku ubezpieczeniowym lub przed zawarciem Umowy w innych okolicznościach. Jeżeli Ubezpieczyciel zawarł Umowę mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do:
 - 1) opłacania Składki w wysokości i terminach określonych w Umowie;
 - 2) dostarczenia Ubezpieczycielowi List Ubezpieczonych wraz ze wszystkimi wymaganymi dokumentami;
 - 3) powiadamiania Ubezpieczyciela niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni o każdej zmianie swojej siedziby lub adresu korespondencyjnego;
 - 4) informowania Ubezpieczyciela o zmianie wszelkich danych dotyczących Ubezpieczonych i Ubezpieczającego mających wpływ na Umowę ubezpieczenia;
 - 5) doręczenia Ubezpieczonym warunków Umowy, w tym w szczególności OWU przed wyrażeniem przez Ubezpieczonych zgody na udzielenie im ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli taka zgoda jest wymagana Umową lub jeżeli ubezpieczony zgadza się na finansowanie kosztu Składki ubezpieczeniowej - przed wyrażeniem przez niego na to zgody, oraz do doręczania Ubezpieczonym dokumentów statuujących wszelkie zmiany Umowy i OWU w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia;
 - 6) poinformowania Ubezpieczonych o zmianie numeru Centrum Obsługi Klienta oraz zmian dotyczących Operatora.
3. Ubezpieczający ponosi pełną odpowiedzialność za działania i zaniechania w ramach Umowy, w tym w szczególności za naruszenie postanowień ust. 2 powyżej.
4. Ubezpieczony jest zobowiązany do:
 - 1) ścisłego przestrzegania zaleceń lekarskich wydawanych przez Lekarzy;
 - 2) przestrzegania zasad organizacji pracy w Placówkach medycznych w części dotyczącej pacjentów;
 - 3) informowania Ubezpieczyciela o wszelkich zmianach danych osobowych i adresowych; w przypadku kiedy Współubebezpieczony nie jest pełnoletni obowiązek ten spoczywa na Ubezpieczonym Głównym lub Ubezpieczającym;
 - 4) przestrzegania terminów wykonania Świadczeń medycznych uzgodnionych ze Świadczeniodawcą;
 - 5) przybycia w uzgodnionym terminie do Placówki medycznej lub poinformowania Operatora o rezygnacji ze Świadczenia ambulatoryjnego, Świadczenia szpitalnego niezwłocznie, nie później niż 12 godzin przed ustalonym terminem jego wykonania;
 - 6) powstrzymania się od wszelkich działań utrudniających lub uniemożliwiających udzielenie świadczenia przez Świadczeniodawcę.

§ 12 Prawa i obowiązki Ubezpieczyciela

Ubezpieczyciel zobowiązany jest do:

1. wystawienia Polisy i przekazania jej Ubezpieczającemu;
2. prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową;



3. poinformowania Ubezpieczającego o zmianie siedziby lub adresu korespondencyjnego;
4. poinformowania Ubezpieczającego o zmianie numeru infolinii Centrum Obsługi Klienta oraz zmian dotyczących Operatora.

§ 13 Odstąpienie od Umowy

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy.
2. Odstąpienie od Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

§ 14 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:
 - 1) wyjaśni przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) 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/>).

§ 15 Właściwość sądu

1. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo

- przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego (Uposażonego) z Umowy ubezpieczenia.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego (Uposażonego) z Umowy ubezpieczenia.

§ 16 Cesja praw z umowy ubezpieczenia

Roszczenia z tytułu świadczeń ubezpieczeniowych wynikających z Umowy nie mogą być przedmiotem cesji w rozumieniu przepisów art. 509 Kodeksu Cywilnego, ani zastawu w rozumieniu art. 327 Kodeksu Cywilnego.

§ 17 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym OWU mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
2. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez Strony w związku z Umową powinny być dokonywane na piśmie, chyba że co innego wynika z Umowy.
3. OWU zostały zatwierdzone przez Dyrektora Generalnego i mają zastosowanie do Umów zawieranych od dnia 01 sierpnia 2017 r.

Anna Rulkiewicz

Dyrektor Generalny

CZĘŚĆ SZCZEGÓLNA OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

Moduły Ubezpieczenia

Tytuł I. Moduł Ambulatoryjny

§ 1 Zasady ogólne

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym w Module Ambulatoryjnym jest wystąpienie Choroby u Ubezpieczonego w Okresie ochrony.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pokrycie kosztów Świadczeń ambulatoryjnych, określonych w załączniku do Umowy „Wykaz Świadczeń ambulatoryjnych”, udzielonych w Okresie ochrony z zastrzeżeniem poniższych postanowień.
3. Moduł Ambulatoryjny jest oferowany w Typie Indywidualnym, Partnerskim, Rodzinnym oraz Typie Rodzic.



4. Zakres Świadczeń ambulatoryjnych jest uzależniony od wybranego zakresu ubezpieczenia.
 5. Świadczenia ambulatoryjne udzielane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w Placówkach medycznych wg. wyboru Ubezpieczonego spośród Placówek medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela. Lista Placówek medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela znajduje się na właściwej podstronie internetowej www.luxmed.pl/ubezpieczenia oraz jest dostępna w Centrum Obsługi Klienta.
 6. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje świadczeń zdrowotnych udzielanych w celu ratowania życia zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity z dnia 19 kwietnia 2013 r. (Dz.U. z 2013 r. poz. 757 z późn. zm.).
2. Jeśli Świadczenia ambulatoryjne, jakie mają być udzielone Ubezpieczonemu wykraczają ponad zakres Świadczeń medycznie niezbędnych, Ubezpieczyciel może odpowiednio zredukować świadczenia medyczne do Świadczenia medycznie niezbędnego albo wykonać świadczenie odpłatnie po uzyskaniu na to zgody Ubezpieczonego.
 3. Ubezpieczyciel nie odpowiada za Zdarzenia ubezpieczeniowe wynikłe z:
 - 1) błędów medycznych;
 - 2) błędów wynikających z nienależyście prowadzonej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.Za błędy wymienione w ust. 3 pkt 1) i 2) odpowiada Świadczeniodawca.

§ 2 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Jeżeli Umowa nie stanowi inaczej, oprócz wyłączeń określonych w § 8 OWU Część Ogólna, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w Module Ambulatoryjnym nie obejmuje udzielania świadczeń zdrowotnych będących następstwem lub w zakresie:
 - 1) diagnozowania i leczenia zaburzeń płodności, w tym ciąży będącej wynikiem ww. postępowania, o ile jest to ciąża wysokiego ryzyka;
 - 2) diagnozowania i leczenia związanego ze zmianą płci;
 - 3) przeprowadzania zabiegów aborcji oraz leczenia ich następstw;
 - 4) prowadzenia ciąży wysokiego ryzyka;
 - 5) diagnozowania i leczenia protetycznego, ortodontycznego, periodontologicznego, implantologicznego;
 - 6) diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetyki a także leczenia niepożądanych następstw wymienionych w zdaniu poprzednim procedur;
 - 7) diagnozowania i leczenia nie zleconego lub nie wykonanego w Placówkach wskazanych przez Ubezpieczyciela;
 - 8) wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń, wniosków niezwiązanych z koniecznością kontynuacji procesu diagnostycznego i terapeutycznego prowadzonego w Placówce wskazanej przez Ubezpieczyciela (wyłączenie nie dotyczy świadczeń medycyny pracy – o ile jest objęte zakresem Ubezpieczenia, druków ZUS ZLA);
 - 9) leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz pobytów rehabilitacyjnych, w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgniacyjnej, w której Ubezpieczony przebywa z przyczyn medycznych, rodzinnych lub społecznych;
 - 10) leczenia zakażenia wirusami HIV (AIDS), wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem w/w zakażeń;
 - 11) będących wynikiem uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie licencjonowanych linii lotniczych;
 - 12) badań diagnostycznych niezbędnych do planowego leczenia szpitalnego, realizowanego w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 3 Realizacja świadczeń

1. Świadczenia ambulatoryjne udzielane są przez Placówki medyczne wskazane przez Ubezpieczyciela, zgodnie z godzinami i zakresem pracy danej Placówki medycznej, chyba że warunki Umowy ubezpieczenia stanowią inaczej.
2. W celu uzyskania Świadczenia ambulatoryjnego w Placówce medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczony obowiązany jest:
 - 1) skontaktować się z infolinią Operatora lub Placówką medyczną osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem innych kanałów udostępnionych przez Operatora;
 - 2) uzgodnić termin i miejsce wykonania Świadczenia ambulatoryjnego;
 - 3) okazać w Placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem, potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego;
 - 4) zastosować się do regulaminów lub poleceń i wskazówek otrzymanych od Pracownika Placówki medycznej, obowiązujących w danej Placówce medycznej;
 - 5) udzielić Placówce medycznej wszelkich informacji dotyczących podstawy udzielenia Świadczenia ambulatoryjnego (tj. Choroba, Nieszczęśliwy wypadek).
3. Ubezpieczony obowiązany jest do odwołania zarezerwowanego terminu wykonania Świadczenia ambulatoryjnego, jeśli nie może stawić się w terminie, przy użyciu kanałów kontaktu wskazanych przez Operatora.
4. Świadczenia ambulatoryjne są udzielane przez Placówki medyczne zgodnie obowiązującymi przepisami prawa i standardami obsługi obowiązującymi w danej placówce.
5. Jeżeli Świadczenia ambulatoryjne udzielane są osobom poniżej 18 roku życia, Placówka medyczna może żądać przed udzieleniem świadczenia przedstawiania dokumentów wskazanych w standardach obsługi pacjenta małoletniego stosowanych przez taką placówkę.
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za udzielenie przez Placówkę medyczną Świadczeń ambulatoryjnych nieobjętych zakresem Umowy oraz świadczeń zleconych lub wykonanych przez Placówkę medyczną inną niż wskazaną przez Ubezpieczyciela, o ile Umowa nie stanowi inaczej.
7. Ubezpieczyciel zapewnia, że udzielenie Świadczenia ambulatoryjnego przez Placówkę medyczną nastąpi bez zbędnej zwłoki w możliwie najszybszym terminie.



Tytuł II. Moduł Szpitalny

§ 1 Zasady ogólne

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym w Module Szpitalnym jest wystąpienie w Okresie ochrony uzasadnionej medycznie konieczności wykonania Świadczenia szpitalnego objętego zakresem ubezpieczenia, potwierdzonego skierowaniem wystawionym przez Lekarza z wyłączeniem Świadczenia opieki okołoporodowej, które nie wymaga potwierdzenia skierowaniem. Realizacja Operacji planowej lub Operacji planowej NW lub pobytu w Szpitalu związanego z porodem ma miejsce w Okresie ochrony.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pokrycie kosztów lub części kosztów Świadczeń szpitalnych udzielonych Ubezpieczonemu, określonych w załączniku do Umowy „Wykaz Świadczeń szpitalnych”.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w Module Szpitalnym jest ograniczona do wysokości Sumy Ubezpieczenia określonej w „Wykazie Świadczeń szpitalnych” dla poszczególnych Świadczeń szpitalnych.
4. Suma Ubezpieczenia stanowi maksymalną kwotę, do której Ubezpieczyciel pokryje Świadczenia szpitalne z zastrzeżeniem, że wysokość świadczenia z tytułu Świadczeń towarzyszących związanych z jednorazowym pobytom w Szpitalu nie może przekroczyć kosztów pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu przez okres dłuższy niż 30 dni.
5. Świadczenia szpitalne udzielane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
6. Świadczenia szpitalne nie obejmują świadczeń zdrowotnych udzielanych w celu ratowania życia zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity z dnia 19 kwietnia 2013 r. (Dz.U. z 2013 r. poz. 757 z późn. zm.).
7. Zakres Świadczeń szpitalnych jest uzależniony od wybranego zakresu ubezpieczenia. Kontynuacja leczenia w nowym Okresie ochrony nie jest traktowana jako nowe Zdarzenie ubezpieczeniowe.

§ 2 Wyłączenia odpowiedzialności

1. Oprócz wyłączeń określonych w § 8 OWU Część Ogólna, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w Module Szpitalnym nie obejmuje Świadczeń szpitalnych, lub pokrycia ich kosztów, będących następstwem lub w zakresie:
 - 1) diagnozowania i leczenia zaburzeń płodności, w tym ciąży będącej wynikiem ww. postępowania o ile jest to ciążą wysokiego ryzyka;
 - 2) diagnozowania i leczenia związanego ze zmianą płci;
 - 3) przeprowadzania zabiegów aborcji i leczenia powikłań będących jego następstwami;
 - 4) prowadzenia ciąży wysokiego ryzyka;
 - 5) diagnozowania i leczenia protetycznego, ortodontycznego, periodontologicznego, implantologicznego;
 - 6) diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetycznej; a także leczenia niepożądanych następstw procedur wymienionych w zdaniu poprzednim;

- 7) diagnozowania i leczenia nie zleconego lub niewykonanego w Placówkach wskazanych przez Ubezpieczyciela;
 - 8) wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń, wniosków nie związanych z koniecznością kontynuacji procesu diagnostycznego i terapeutycznego prowadzonego w Placówce wskazanej przez Ubezpieczyciela (wyłączenie nie dotyczy świadczeń medycyny pracy – o ile jest objęte zakresem Ubezpieczenia, druków ZUS ZLA);
 - 9) leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz pobytów rehabilitacyjnych, w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgniacyjnej, w której Ubezpieczony przebywa z przyczyn medycznych, rodzinnych lub społecznych;
 - 10) leczenia zakażenia wirusami HIV (AIDS), wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem ww. zakażeń;
 - 11) będących wynikiem uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie licencjonowanych linii lotniczych;
 - 12) badań diagnostycznych niezbędnych do planowego leczenia szpitalnego, realizowanego w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Jeśli Świadczenia szpitalne, jakie mają być udzielone Ubezpieczonemu wykraczają ponad zakres Świadczeń medycznie niezbędnych, Ubezpieczyciel może odpowiednio zredukować świadczenia medyczne do Świadczenia medycznie niezbędnego albo wykonać świadczenie odpłatnie po uzyskaniu na to zgody Ubezpieczonego.
 3. Ubezpieczyciel nie odpowiada za Zdarzenia ubezpieczeniowe wynikłe z:
 - 1) błędów medycznych;
 - 2) błędów z nienależyście prowadzonej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.Za błędy wymienione w ust. 3 pkt 1) i 2) odpowiada Świadczeniodawca.

§ 3 Okres karencji

1. W Module szpitalnym odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie Okresu karencji, wynoszącego:
 - 1) dla Operacji planowych – 3 miesiące,
 - 2) dla Świadczeń opieki okołoporodowej – 10 miesięcy,z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Okres karencji dla Operacji planowych NW i zdarzeń wymienionych w ust.1 pkt 1) nie obowiązuje, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest wynikiem Niez szczęśliwego wypadku, który zaistniał w Okresie ochrony.

§ 4 Zgłoszenie roszczenia

1. Świadczenia szpitalne realizowane są w Szpitalach wskazanych przez Operatora.
2. Operacje planowe, Operacje planowe NW i Świadczenia towarzyszące realizowane są wyłącznie na podstawie



skierowania od Lekarza Placówki medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela.

3. Skierowanie nie może być wystawione wcześniej niż 30 dni przed datą zgłoszenia roszczenia przez Ubezpieczonego do Ubezpieczyciela.
4. Zamiar skorzystania ze Świadczeń opieki okołoporodowej musi być zgłoszony na co najmniej 3 miesiące przed planowaną datą porodu.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Świadczenia szpitalnego realizowane jest po zgłoszeniu Ubezpieczycielowi roszczenia, najlepiej w formie pisemnej na formularzu Ubezpieczyciela wraz z wymienionymi w nim załącznikami.

Tytuł III. Moduł Poważne zachorowania

§ 1 Zasady ogólne

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym w Module Poważne zachorowania jest wystąpienie Poważnego zachorowania w Okresie ochrony.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w Okresie ochrony pierwszego i jednego Poważnego zachorowania wskazanego w „Wykazie Poważnych zachorowań”.
3. Moduł Poważne zachorowania zapewnia ochronę ubezpieczeniową na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.
4. Zakres ochrony jest uzależniony od wybranego zakresu ubezpieczenia. Ubezpieczenie jest oferowane wyłącznie osobom, które ukończyły 18 rok życia i nie ukończyły 64 lat.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe stanowi Suma Ubezpieczenia aktualna na dzień wystąpienia Poważnego zachorowania.
6. Za dzień wystąpienia Poważnego zachorowania uznaje się:
 - 1) dzień postawienia przez Lekarza ostatecznej diagnozy potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z warunkami wskazanymi w opisie Choroby, znajdującym się w „Wykazie Poważnych zachorowań” – w przypadku raka, ostrego zawału serca, udaru, łagodnego guza mózgu, utraty kończyn, śpiączki, stwardnienia rozsianego, oparzenia trzeciego stopnia, ślepoty, utraty słuchu, niewydolności nerek, paraliżu, utraty mowy;
 - 2) dzień zabiegu operacyjnego – w przypadku zabiegu chirurgicznego polegającego na operacyjnym leczeniu choroby wieńcowej (by-pass), operacji zastawki serca, operacji aorty, przeszczepu głównych organów.

§ 2 Wyłączenia odpowiedzialności

Oprócz wyłączeń określonych w § 8 OWU Część Ogólna, odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje Poważnych zachorowań, które są następstwem:

1. zakażenia wirusami HIV (AIDS), wirusami zapalenia wątroby oraz schorzeń będących następstwem tych zakażeń;
2. uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nielicencjonowanych linii lotniczych;
3. usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa w okresie 2 lat od rozpoczęcia Okresu ochrony.

§ 3 Okres karencji

1. W Module Poważne zachorowania odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie Okresu karencji, wynoszącego 3 miesiące.
2. Okres karencji nie obowiązuje, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest wynikiem Nieszczęśliwego wypadku, który zaistniał w Okresie ochrony.

§ 4 Realizacja świadczeń

Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Poważnego zachorowania wypłacane jest po zgłoszeniu Ubezpieczycielowi roszczenia, najlepiej w formie pisemnej na formularzu Ubezpieczyciela wraz z wymienionymi w nim załącznikami.

Tytuł IV. Moduł Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP

§ 1 Zasady ogólne

1. Ochroną ubezpieczeniową objęte jest zdrowie Ubezpieczonego. Zdarzeniem ubezpieczeniowym w Module Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP jest wystąpienie u Ubezpieczonego Krytycznego stanu chorobowego w Okresie ochrony.
2. Określenia użyte poniżej przyjmują w Umowie następujące znaczenie:
 - 1) **Krytyczny stan chorobowy** – oznacza następujące Choroby, zabiegi lub operacje:
 - a) Nowotwór rozumiany, jako:
 - I. każdy nowotwór złośliwy, w tym białaczka, mięsak i chłoniak (z wyjątkiem chłoniaka skórno), charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz naciekaniem tkanek,
 - II. każdy rak in situ – nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka i nienaciekający tkanek otaczających;
 - III. wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które w oparciu o badanie cytologiczne lub histopatologiczne zostały sklasyfikowane jako ciężka dysplazja lub dysplazja dużego stopnia.
 - b) Choroba będąca podstawą do przeprowadzenia następujących zabiegów lub operacji:
 - I. pomostowanie naczyń wieńcowych (by-pass), rewaskularyzacja mięśnia sercowego – zabieg operacyjny wykonany ze wskazań kardiologicznych celem leczenia zwężenia lub niedrożności co najmniej jednego naczynia wieńcowego serca, polegający na wykonaniu omijającego przeszczepu naczyniowego; wykluczone choroby i procedury medyczne: wszelkie zabiegi na tętnicach wieńcowych z zastosowaniem innych technik niż pomostowanie wieńcowe (by-pass);
 - II. operacja naprawcza zastawki serca – zabieg operacyjny wykonany ze wskazań kardiologicznych, polegający na wymianie lub plastyce jednej lub więcej zastawek serca;



- III. zabieg neurochirurgiczny – dowolna operacja chirurgiczna mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych; leczenie operacyjne nowotworów łagodnych rdzenia kręgowego;
 - IV. przeszczep od żywego dawcy narządów – przeszczep Ubezpieczonemu jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: nerki, segmentu płata wątroby, płata płuc lub fragmentu trzustki z innego kompatybilnego żywego dawcy;
 - V. przeszczep szpiku kostnego – przeszczep komórek szpiku kostnego lub komórek macierzystych krwi obwodowej autologiczny lub allogeniczny od dawcy żywego.
- 2) **Best Doctors** – Best Doctors Services S.L.U., z siedzibą przy C / Almagro 36, 28010, Madryt, Hiszpania, zarejestrowanej w Rejestrze Handlowym w Madrycie pod nr Strona m-554734, Tom 30823, karta 126 oraz numer identyfikacji podatkowej (CIF) B 86661857, spółka realizująca w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela wskazane w Umowie świadczenia w zakresie Modułu Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP, w tym prowadząca obsługę procesu organizacji ww. świadczeń;
 - 3) **Druga opinia medyczna (InterConsultation)** – świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Krytycznego stanu chorobowego realizowane przez Ubezpieczyciela za pośrednictwem Best Doctors, polegające na przygotowaniu dla Ubezpieczonego raportu odnośnie stanu zdrowia Ubezpieczonego i wskazań medycznych, sporządzonego przez Eksperta medycznego, na podstawie analizy dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego;
 - 4) **Opieka medyczna za granicą (FindBestCare)** – świadczenie ubezpieczeniowe, którego zakres określa Umowa, realizowane za pośrednictwem Best Doctors, polegające na organizacji i pokryciu kosztów leczenia za granicą RP Krytycznego stanu chorobowego Ubezpieczonego, pod warunkiem że raport przygotowany przez Eksperta medycznego w ramach Drugiej opinii medycznej (InterConsultation) potwierdzi wystąpienie objętego Umową Krytycznego stanu chorobowego oraz wskaże możliwość dalszego leczenia;
 - 5) **Ekspert medyczny** – praktykujący poza granicami RP lekarz, wyznaczony przez Best Doctors do sporządzenia raportu odnośnie stanu zdrowia Ubezpieczonego i wskazań medycznych, którego specjalność oraz doświadczenie odpowiadają potrzebom w zakresie stanu zdrowia Ubezpieczonego;
 - 6) **Hospitalizacja** – leczenie w Szpitalu znajdującym się za granicą RP, trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny;
 - 7) **Leki** – każda substancja lub połączenie substancji, które mogą być stosowane lub podawane Ubezpieczonemu w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych lub funkcji organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne, lub w celu postawienia diagnozy; możliwe do uzyskania wyłącznie na receptę wystawioną przez lekarza i wydawane przez licencjonowanego farmaceutę; lekiem jest również zamiennik wskazanego w receptce leku, jeżeli zawiera te same składniki aktywne, siłę i dawkowanie;
 - 8) **Proteza** – urządzenie, które zastępuje całość lub część narządu lub zastępuje całość lub część upośledzonej jego funkcjonalności;
 - 9) **Szpital** – szpital działający, jako podmiot leczniczy, poza terytorium RP, zgodnie z przepisami prawa państwa, w którym ma swoją siedzibę, jako zakład lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest leczenie chorych i całodobowa opieka nad nimi w warunkach specjalnie do tych celów przystosowanych, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, będący pod stałym kierownictwem medycznym, zatrudniający wykwalifikowaną kadrę lekarską i pielęgniarską;
 - 10) **Usługi niezbędne z medycznego punktu widzenia** – usługi medyczne i materiały użyte w leczeniu, wskazanym przez Eksperta medycznego w raporcie Drugiej opinii medycznej (InterConsultation), stosowane zgodnie z przyjętą praktyką medyczną w leczeniu Krytycznego stanu chorobowego;
 - 11) **Promesa leczenia** – pisemna zgoda wydana przez Best Doctors w imieniu Ubezpieczyciela, na pokrycie kosztów leczenia Krytycznego stanu chorobowego we wskazanej, zaakceptowanej przez Ubezpieczonego, placówce medycznej znajdującej się za granicą RP.
- ## § 2 Zakres ubezpieczenia w ramach modułu
1. Zakres Umowy obejmuje następujące świadczenia:
 - 1) Druga opinia medyczna (InterConsultation),
 - 2) Opieka medyczna za granicą (FindBestCare),realizowane w Okresie ochrony, w przypadku zdiagnozowania w Okresie ubezpieczenia Krytycznego stanu chorobowego.
 - 3) koszty leczenia powstałe poza terytorium RP,
 - 4) koszty leczenia powstałe na terytorium RP, o których mowa w § 3 ust. 2 pkt. 6.
 2. Ubezpieczyciel pokrywa wyłącznie koszty usług niezbędnych z medycznego punktu widzenia.
 3. Sumy ubezpieczenia oraz limity odpowiedzialności Ubezpieczyciela określone są w polisie lub innym dokumencie Umowy ubezpieczenia.
- ## § 3 Świadczenia należne z tytułu Umowy w ramach modułu
- ### Druga opinia medyczna (InterConsultation)
1. W ramach świadczenia Druga opinia medyczna (InterConsultation) Ubezpieczyciel organizuje za pośrednictwem Best Doctors i pokrywa koszty poniżej wymienionych czynności:
 - 1) udzielenia Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej do przygotowania raportu Eksperta medycznego;
 - 2) w przypadkach uzasadnionych medycznie, ponownej oceny histopatologicznej tkanek Ubezpieczonego uprzednio pobranych na koszt Ubezpieczonego, w celu postawienia diagnozy;



- 3) tłumaczenia dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia Ubezpieczonego, niezbędnej do przygotowania raportu Eksperta medycznego;
- 4) przekazania przetłumaczonej dokumentacji medycznej Ekspertowi medycznemu;
- 5) sporządzenia raportu Eksperta medycznego, zawierającego:
 - a) opinię Eksperta medycznego na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego leczenia,
 - b) propozycję dotyczącą dalszego postępowania i leczenia zalecanego przez Eksperta medycznego,
 - c) odpowiedzi na pytania Ubezpieczonego dotyczące jego przypadku medycznego.
- 6) wydania raportu przez Eksperta medycznego;
- 7) przetłumaczenia raportu Eksperta medycznego na język polski;
- 8) doręczenia raportu Eksperta medycznego Ubezpieczonemu.

Opieka medyczna za granicą (FindBestCare)

1. W ramach świadczenia Opieka medyczna za granicą (FindBestCare) Ubezpieczyciel organizuje za pośrednictwem Best Doctors i pokrywa poniżej wymienione koszty, powstałe w związku z Krytycznym stanem chorobowym, którego leczenie wymaga Usług niezbędnych z medycznego punktu widzenia, na zasadach określonych w Umowie i do wysokości sumy ubezpieczenia lub limitów określonych w Umowie.
2. Zakres świadczeń Opieki medycznej za granicą (FindBestCare) obejmuje organizację oraz:
 - 1) pokrycie kosztów leczenia za granicą RP:
 - a) pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, w tym koszty:
 - I. zakwaterowania, wyżywienia i usług opiekuńczych świadczonych w okresie Hospitalizacji Ubezpieczonego, koszty pobytu Ubezpieczonego w pokoju, na oddziale lub na oddziale intensywnej terapii, a także na oddziale obserwacyjnym,
 - II. usług szpitalnych, w tym usług świadczonych przez przychodnię przyszpitalną,
 - III. dodatkowego łóżka związanego z pobytem w Szpitalu osoby towarzyszącej Ubezpieczonego, w przypadku jeżeli Szpital udostępni taką usługę;
 - IV. wykonania operacji na sali operacyjnej, w tym koszty opieki anestezjologicznej.
 - b) pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu ambulatoryjnym lub ośrodka pomocy, pod warunkiem że poniesione tam koszty byłyby objęte ubezpieczeniem w związku z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu,
 - c) opieki lekarskiej, w odniesieniu do badania, leczenia lub operacji,
 - d) wizyt lekarskich podczas Hospitalizacji,
 - e) znieczulenia i podania środków znieczulających, pod warunkiem że są wykonywane przez wykwalifikowanego anestezjologa,
 - f) badań laboratoryjnych i diagnostycznych uzasadnionych z medycznego punktu widzenia, zleconych przez lekarza,
 - g) radioterapii, chemioterapii, izotopów promieniotwórczych,
 - h) transfuzji krwi, osocza i podawania surowicy,

- i) związanych z terapiami z wykorzystaniem tlenu, stosowaniem rozwiązań dożylnych, jak również iniekcji,
 - j) leków przepisanych przez lekarza po Hospitalizacji związanej z leczeniem Krytycznego stanu chorobowego, poniesionych przez Ubezpieczonego za granicą RP w ciągu 30 dni od dnia zakończenia procesu leczenia za granicą RP, pod warunkiem że leki te zostały zakupione przed powrotem na terytorium RP,
 - k) transferu i transportu medycznego ambulansem naziemnym lub powietrznym, pod warunkiem że został on zalecony przez lekarza i zaakceptowany i zorganizowany przez Best Doctors,
 - l) związanych z Hospitalizacją dawcy w przypadku przeszczepu od tego dawcy, w szczególności kosztów postępowania wyjaśniającego, w celu potwierdzenia zgodności tkankowej (możliwości pobrania narządu od potencjalnego dawcy), w tym koszty ponoszone na rzecz dawcy:
 - I. zakwaterowania w pokoju lub na oddziale i wyżywienia podczas Hospitalizacji,
 - II. opieki lekarskiej oraz pielęgniarstwa podczas Hospitalizacji,
 - III. badań laboratoryjnych i diagnostycznych zleconych przez lekarza,
 - IV. operacji i opieki medycznej związanej z pobraniem narządu lub tkanki do przeszczepu dla Ubezpieczonego,
 - m) świadczeń medycznych i materiałów wykorzystanych w związku z przeszczepem szpiku kostnego dla Ubezpieczonego, które zostały jednoznacznie wskazane w Promesie leczenia;
- 2) pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego Ubezpieczonego wraz z osobą towarzyszącą lub dawcą w zakresie:
 - a) Ubezpieczyciel organizuje za pośrednictwem Best Doctors i pokrywa koszty podróży Ubezpieczonego i osoby towarzyszącej oraz dawcy w przypadku przeszczepów za granicę RP, w związku z leczeniem Ubezpieczonego w zagranicznej placówce medycznej potwierdzonej w Promesie leczenia;
 - b) na podstawie uzgodnionego planu leczenia Ubezpieczyciel jest odpowiedzialny za ustalenie daty podróży, przy czym w przypadku gdy Ubezpieczony, bez uzasadnienia medycznego oraz bez uzgodnienia, zmieni uzgodnioną datę podróży, będzie on zobowiązany do zwrotu Ubezpieczycielowi poniesionych kosztów związanych z organizacją i zapewnieniem Ubezpieczonemu odpowiednich warunków podróży;
 - c) kosztów podróży lub transportu medycznego, które obejmują:
 - I. transport Ubezpieczonego z jego miejsca pobytu do międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego, z którego zgodnie z planem podróży będzie zorganizowany transport do miasta docelowego leczenia,
 - II. bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej do miasta docelowego leczenia i transport do wskazanego hotelu,



- III. transport z wyznaczonego hotelu lub Szpitala do lotniska lub międzynarodowego dworca kolejowego,
- IV. bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej oraz transport z miasta docelowego do miejsca pobytu Ubezpieczonego;
- d) w przypadkach uzasadnionych medycznie Ubezpieczyciel organizuje za pośrednictwem Best Doctors i pokrywa koszty transferu i transportu medycznego ambulansem naziemnym lub powietrznym, pod warunkiem że został on zalecony przez lekarza i zaakceptowany i zorganizowany przez Ubezpieczyciela;
- 3) pokrycie kosztów zakwaterowania Ubezpieczonego oraz osoby towarzyszącej lub dawcy w zakresie opisanym poniżej lit. a – f poniżej
- a) Ubezpieczyciel organizuje za pośrednictwem Best Doctors i pokrywa koszty zakwaterowania Ubezpieczonego i osoby towarzyszącej Ubezpieczonemu oraz dawcy, w przypadku przeszczepów w związku z ich pobytem w miejscu wykonywania operacji;
- b) Ubezpieczyciel jest odpowiedzialny za organizację zakwaterowania, co zrealizuje za pośrednictwem Best Doctors, przy czym Umowa ubezpieczenia nie obejmuje kosztów zakwaterowania organizowanego przez Ubezpieczonego lub osobę towarzyszącą Ubezpieczonemu lub dawcę we własnym zakresie;
- c) Ubezpieczyciel za pośrednictwem Best Doctors ustala okres zakwaterowania osób określonych w lit. a powyżej na podstawie uzgodnionego planu leczenia Ubezpieczonego, przy czym w przypadku gdy Ubezpieczony, bez uzasadnienia medycznego oraz bez uzgodnienia z Ubezpieczycielem zmieni datę zakwaterowania, będzie zobowiązany do zwrotu Ubezpieczycielowi wszelkich kosztów związanych z wprowadzonymi zmianami warunków zakwaterowania, o ile takie wystąpią;
- przy czym,
- d) postanowienia Umowy dotyczące zakwaterowania obejmują zakwaterowanie w pokoju dwuosobowym w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym (o wyborze hotelu będzie decydowała odległość od Szpitala lub lekarza prowadzącego, która powinna być nie większa niż 10 km);
- e) wszystkie posiłki i związane z tym koszty nie są objęte ubezpieczeniem;
- f) podwyższenie standardu hotelu nie jest możliwe i nie może być sfinansowane przez Ubezpieczonego;
- 4) pokrycie kosztów repatriacji zwłok Ubezpieczonego lub dawcy w zakresie określonym w lit. a-b poniżej:
- a) Ubezpieczyciel za pośrednictwem Best Doctors organizuje i pokrywa koszty repatriacji zwłok Ubezpieczonego lub dawcy do miejsca pochówku na terytorium RP, jeżeli nastąpi śmierć Ubezpieczonego lub dawcy podczas organizowanego przez Ubezpieczyciela procesu leczenia za granicą RP;
- b) koszty repatriacji zwłok obejmują koszty zakupu trumny przewozowej i balsamowania zwłok oraz koszty transportu do wyznaczonego miejsca pochówku na terytorium RP;
- 5) wypłatę świadczenia pieniężnego za każdy dzień pobytu w Szpitalu w zakresie określonym w lit. a-b poniżej:
- a) Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie, za każdy pełną dobę Hospitalizacji podczas leczenia szpitalnego Ubezpieczonego za granicą RP w ramach Opieki medycznej za granicą (FindBestCare), w kwocie określonej w polisie lub ubezpieczenia;
- b) Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie za każdą dobę pobytu w Szpitalu za okres nieprzekraczający 60 dni, który jest liczony osobno w stosunku do każdego zasadnego roszczenia z tytułu Krytycznego stanu chorobowego;
- 6) zwrot kosztów poniesionych na zakup leków, po powrocie na terytorium RP w zakresie określonym w lit. a-e poniżej:
- a) w przypadku gdy Ubezpieczony był Hospitalizowany poza granicą RP, w ramach procesu leczenia organizowanego przez Ubezpieczyciela przez okres dłuższy niż 3 dni, Ubezpieczyciel dokona refundacji Ubezpieczonemu kosztów poniesionych na zakup leków, po powrocie na terytorium RP w kwocie określonej w polisie;
- b) koszty, o których mowa w lit. a) powyżej, dotyczą leków niezbędnych do leczenia Krytycznego stanu chorobowego oraz spełniają wszystkie poniższe przesłanki:
- I. zostały zalecone przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą RP w celu kontynuacji leczenia Krytycznego stanu chorobowego, oraz
 - II. zostały dopuszczone do obrotu na terytorium RP i są dostępne wyłącznie na receptę, oraz
 - III. zostały przepisane przez lekarza pracującego na terytorium RP, oraz
 - IV. zostały zakupione na terytorium RP, oraz
 - V. zostały przepisane na jednej receptce w dawce pozwalającej na przyjmowanie leku przez okres nie dłuższy niż dwa miesiące,
- przy czym
- c) Umową nie są objęte koszty Leków w części refundowanej w ramach dostępnych świadczeń finansowanych z wydatków publicznych RP;
- d) Umową nie są objęte koszty Leków w części, w której koszty te zostaną zwrócone Ubezpieczonemu w ramach odszkodowania przysługującego na podstawie umowy ubezpieczenia innej niż niniejsza Umowa;
- e) Umową nie są objęte koszty świadczeń zdrowotnych związanych z podawaniem Leków.

§ 4 Realizacja świadczeń

1. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Krytycznych stanów chorobowych realizowane jest po zgłoszeniu Ubezpieczycielowi roszczenia, w formie pisemnej, najlepiej na formularzu Ubezpieczyciela wraz z wymienionymi w nim załącznikami.
2. Koordynację realizacji świadczeń w zakresie Drugiej opinii medycznej lub Opieki medycznej za granicą będzie realizować w imieniu Ubezpieczyciela Best Doctors.



- Warunkiem skorzystania z usługi Opieki medycznej za granicą jest potwierdzenie wystąpienia Krytycznego stanu chorobowego w raporcie Eksperta medycznego przygotowanym w ramach świadczeń z tytułu Drugiej opinii medycznej.
- Refundacja kosztów poniesionych na leki, o których mowa w § 3 ust. 3 pkt 6, odbywa się na podstawie złożonego przez Ubezpieczonego wniosku o refundację kosztów wraz z kopia recepty oraz oryginałem faktury.

Procedura realizacji świadczeń

Zgłoszenie roszczenia

- Po zgłoszeniu roszczenia odpowiednio zgodnie z ust. 1 powyżej, Ubezpieczyciel, za pośrednictwem Best Doctors, skontaktuje się niezwłocznie z Ubezpieczonym oraz poinformuje go o niezbędnych działaniach wymaganych dla celów uzyskania Drugiej opinii medycznej (InterConsultation), włączając w to złożenie przez Ubezpieczonego niezbędnych dokumentów i oświadczenia, w tym podpisanie upoważnienia przez Ubezpieczonego, umożliwiającego Best Doctors wnioskowanie w imieniu Ubezpieczonego w sprawie uzyskania wyników badań diagnostycznych oraz informacji medycznych, jeżeli przepisy prawa nie przewidują innej formy dostępu do tych informacji i dokumentów.

Potwierdzenie zasadności roszczenia i wykaz zalecanych Szpitali

- Po uzyskaniu Drugiej opinii medycznej (InterConsultation), Ubezpieczony otrzyma informację czy zgłoszone roszczenie jest zasadne i zgodnie z warunkami Umowy.
- W przypadku gdy Ubezpieczony wyrazi wole leczenia za granicą, Best Doctors przedstawi wykaz zalecanych Szpitali.

Promesa leczenia

- Po otrzymaniu od Ubezpieczonego potwierdzenia decyzji o leczeniu za granicą w Szpitalu wybranym z wykazu zalecanych Szpitali Ubezpieczyciel za pośrednictwem Best Doctors skoordynuje niezbędne formalności logistyczne oraz medyczne w celu właściwego przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala oraz wystawi Promesę leczenia, ważną wyłącznie dla danego Szpitala.
- Wykaz zalecanych Szpitali oraz Promesa leczenia wystawiane są na podstawie stanu zdrowia Ubezpieczonego w chwili wystawienia Promesy leczenia. W związku z możliwą zmianą stanu zdrowia Ubezpieczonego po wystawieniu Promesy leczenia, obydwa dokumenty, tj. wykaz zalecanych Szpitali oraz Promesa leczenia zachowują ważność przez okres trzech miesięcy od daty ich wystawienia.
- W przypadku niewybrania przez Ubezpieczonego Szpitala z wykazu zalecanych Szpitali lub nierozpoczęcia leczenia w zatwierdzonym Szpitalu, o którym mowa w Promesie leczenia w terminie trzech miesięcy od wystawienia dokumentu, Best Doctors wystawi ponownie wyżej wymienione dokumenty

w oparciu o aktualny w tym czasie stan zdrowia Ubezpieczonego.

Wydatki

- Z zastrzeżeniem spełnienia warunków, o których mowa w Umowie, a zostaną potwierdzone w Promesie leczenia, wydatki poniesione przez Ubezpieczonego zgodnie z zakresem i warunkami wynikającymi z Umowy pokrywa Ubezpieczyciel.

§ 5 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

- Oprócz wyłączeń określonych w § 8 OWU Część Ogólna, odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje Krytycznych stanów chorobowych powstałych w związku z:
 - Chorobami, które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono, lub których objawy zostały stwierdzone po raz pierwszy w ciągu 3 miesięcy od dnia przystąpienia do Umowy w zakresie Modułu Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP;
 - Chorobami, które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono lub których objawy zostały stwierdzone stosownymi dokumentami medycznymi w okresie 10 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy w zakresie Modułu Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP;
 - Procedurami medycznymi wymaganymi w związku z AIDS, HIV lub w związku z Chorobami związanymi z tymi Chorobami (w tym mięsak Kaposiego), lub leczenia AIDS lub HIV;
 - Leczeniem lub czynnościami, które nie zostały powszechnie uznane przez wiodące organizacje w Stanach Zjednoczonych Ameryki oraz Europie uznane przez międzynarodowe środowisko medyczne, za bezpieczne, skuteczne lub właściwe dla celów leczenia danego Krytycznego stanu chorobowego, lub leczeniem będącym, na etapie badania, testowania lub na dowolnym etapie eksperymentów medycznych lub badań klinicznych;
 - Organizacją i leczeniem chorób objętych ubezpieczeniem, lecz w zakresie innym niż rekomendowany w raporcie Eksperta medycznego;
 - Wszelkimi Chorobami powstałymi wskutek przeszczepu organu, z wyłączeniem przypadków, w których przedmiotowa Choroba jest objęta zakresem Modułu Leczenie Poważnych Zachorowań za granicą – BEST HELP, przy czym powikłania bezpośrednio powiązane z Operacją przeszczepu organu, objęte zakresem Ubezpieczenia, występujące podczas operacji lub w okresie rekonwalescencji pooperacyjnej poza terytorium RP, zostaną objęte zakresem Ubezpieczenia jako, że zostaną uznane za kontynuację procedury przeszczepu.

Wydatki nieobjęte ubezpieczeniem

- Oprócz wyłączeń określonych w § 8 OWU Część Ogólna oraz wskazanych w ust. 1 powyżej, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności na podstawie Umowy w zakresie wskazanym poniżej w pkt. 1-12, nawet jeżeli takie świadczenia są uzasadnione lub niezbędne w wyniku wystąpienia Krytycznego stanu chorobowego, tj. w zakresie:



- 1) wydatków na organizację i pokrycie kosztów leczenia, poniesionych na terytorium RP za wyjątkiem leków wystawionych na receptę, o których mowa § 3 ust. 6.
 - 2) kosztów poniesionych przed datą wystawienia Promesy leczenia;
 - 3) opłat za leczenie, usługi dodatkowe, środki zaopatrzenia medycznego lub recepty w przypadku Chorób, dla których najlepszą i zalecaną metodą leczenia jest przeszczep organu;
 - 4) kosztów poniesionych w innym Szpitalu poza terytorium RP niż ten, do którego został skierowany Ubezpieczony w Promesie leczenia;
 - 5) kosztów poniesionych w związku opieką domową związaną z rekonwalescencją, pobytem w domu opieki zdrowotnej lub usługami świadczonymi w ośrodku rekonwalescencji lub podobnej instytucji, hospicjum lub domu starców;
 - 6) kosztów poniesionych na zakup lub wynajem dowolnego typu protezy lub przyrządów ortopedycznych, gorsetów, bandaży, kul, sztucznych członków lub organów, peruk, obuwia ortopedycznego, wózków, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych, filtrów powietrza, urządzeń lub przedmiotów, z wyjątkiem protez piersi – po mastektomii, i sztucznych zastawek serca, niezbędnych w związku z przebytą operacją, zrealizowaną w ramach świadczenia Opieki medycznej za granicą (FindBestCare);
 - 7) organizacji i pokrycia kosztów leczenia alternatywnego, niekonwencjonalnego (z uwzględnieniem akupunktury, aromaterapii, chiropraktyki, homeopatii, naturopatii oraz osteopatii), nawet jeśli zostało przepisane lub zalecone przez lekarza podczas leczenia Krytycznego stanu chorobowego;
 - 8) gdy poza leczeniem w ramach świadczeń Opieki medycznej za granicą (FindBestCare) istnieje potrzeba leczenia związanego z demencją, niezależnie od stanu jej zaawansowania, lub w związku z porodem lub połogiem;
 - 9) kosztów poniesionych na tłumacza, z wyjątkiem tłumaczenia zorganizowanego przez Ubezpieczyciela za pośrednictwem Best Doctors, dotyczącego prowadzonego w ramach świadczeń z tytułu Opieki medycznej za granicą (FindBestCare) procesu leczenia;
 - 10) kosztów poniesionych na rozmowy telefoniczne oraz opłaty w odniesieniu do przedmiotów osobistego użytku lub które nie są natury medycznej, lub z tytułu usług świadczonych osobie towarzyszącej;
 - 11) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego lub osobę towarzyszącą, które nie są objęte zakresem Umowy;
 - 12) kosztów z tytułu zakwaterowania lub transportu nie zorganizowanych przez Ubezpieczyciela.
3. Oprócz wyłączeń określonych w § 8 OWU Część Ogólna oraz wskazanych w ust. 1 i 2 powyżej odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje:
- 1) w przypadku nowotworów:
 - a) wszelkie guzy w przebiegu zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS),
 - b) rak skóry, z wyjątkiem czerniaka złośliwego,
 - 2) w przypadku Operacji pomostowania aortalno-wieńcowego:
 - a) wszelkie choroby wieńcowe leczone za pomocą technik innych niż pomostowanie tętnic wieńcowych,
- 3) w przypadku przeszczepienia organu lub tkanki od dawcy żywego:
- a) każde przeszczepienie dokonane, gdy zaistnieje potrzeba przeszczepienia w wyniku choroby wątroby spowodowanej spożywaniem alkoholu;
 - b) każde przeszczepienie, gdy przeszczepienie jest dokonywane jako przeszczep własny, za wyjątkiem przeszczepu szpiku kostnego;
 - c) każde przeszczepienie, gdy Ubezpieczony jest dawcą dla osoby trzeciej;
 - d) wszelkie przeszczepienia od dawcy martwego;
 - e) wszelkie przeszczepienia organu wiążące się z leczeniem komórkami macierzystymi;
 - f) przeszczepienie umożliwiające dzięki zakupowi organów dawcy.
4. W przypadku, gdy Ochrona ubezpieczeniowa na podstawie Umowy w stosunku do danego Ubezpieczonego wygaśnie, a:
- 1) Ubezpieczony będzie w trakcie leczenia świadczonego poza RP w ramach Umowy; lub
 - 2) Ubezpieczyciel wystawił Ubezpieczonemu Promesę leczenia przed wygaśnięciem Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do tego Ubezpieczonego.
- Ubezpieczyciel zagwarantuje świadczenia wynikające z Umowy dostępne dla Ubezpieczonego w zakresie i z ograniczeniami, które wskazano w Umowie i Promesie leczenia, lecz z zastrzeżeniem maksymalnego okresu na spełnienie tych świadczeń do 6 miesięcy od daty zakończenia Okresu ochrony w stosunku do danego Ubezpieczonego.

Tytuł V. Moduł NNW

§ 1 Zasady ogólne

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym w Module NNW jest śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, tj. w sytuacji, gdy istnieje związek przyczynowo skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem, a śmiercią Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w Okresie ochrony w Module NNW pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż przed upływem 6 miesięcy, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku oraz miała miejsce w Okresie ochrony.
3. Moduł NNW zapewnia ochronę ubezpieczeniową na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.
4. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie Uposażonemu.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe stanowi wypłata Sumy Ubezpieczenia w wysokości określonej w Umowie, aktualna na dzień śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.



§ 2 Prawo Ubezpieczonego do wyznaczenia Uposażonego w Module NNW

1. W Module NNW Ubezpieczony może wskazać jednego lub większą liczbę Uposażonych. W trakcie trwania Umowy Ubezpieczony może zmieniać Uposażonych oraz procent ich udziału w świadczeniu, jeżeli wskazał więcej niż jednego Uposażonego.
2. W przypadku, gdy Uposażony zmarł przed Ubezpieczonym lub utracił prawo do świadczenia, jego prawo przejmują pozostali Uposażeni proporcjonalnie do przyznanego im procentowego udziału w świadczeniu.
3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia osobie, która swoim umyślnym działaniem spowodowała lub przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego. W tym przypadku prawo do tej części świadczenia przechodzi na inne osoby Uposażone proporcjonalnie do przyznanego im procentowego udziału w świadczeniu.
4. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych lub wskazani przez niego Uposażeni zmarli przed datą śmierci Ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, uprawnionymi do wypłaty świadczenia stają się:
 - 1) małżonek, a w przypadku jego braku;
 - 2) dzieci (w równych częściach), a w przypadku ich braku;
 - 3) rodzice (w równych częściach), a w przypadku ich braku;
 - 4) rodzeństwo (w równych częściach), a w przypadku ich braku;
 - 5) inni spadkobiercy ustawowi w kolejności wynikającej z przepisów prawa, z wyłączeniem gminy i Skarbu Państwa.

§ 3 Wyłączenia odpowiedzialności

Oprócz wyłączeń określonych w § 8 OWU Część Ogólna, odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje następstw Nieszczęśliwych wypadków, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek był wynikiem uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nielicencjonowanych linii lotniczych.

§ 4 Realizacja świadczeń

Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest po przedłożeniu Ubezpieczycielowi przez Uposażonego lub Uprawnionego zgłoszenia roszczenia z tytułu Umowy, najlepiej w formie pisemnej na formularzu Ubezpieczyciela wraz z wymienionymi w nim załącznikami.

Tytuł VI. Moduł Medycyna Pracy

§ 1 Zasady ogólne

1. Zakresem ubezpieczenia objęte są zapewnienie oraz pokrycie kosztów Świadczeń medycyny pracy niezbędnych na podstawie przepisów Kodeksu Pracy w zakresie przewidzianym Umową. Zakres Świadczeń medycyny pracy objęty Umową został wskazany w załączniku do Umowy.

2. Na podstawie Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zorganizuje oraz pokrywa koszty Świadczeń Medycyny Pracy polegających na:

- 1) przeprowadzaniu Badań profilaktycznych dla Pracowników;
- 2) sprawowaniu Profilaktycznej opieki zdrowotnej nad Pracownikami, niezbędnej z uwagi na warunki pracy, obejmującej przeprowadzeniem badań poza terminami wynikającymi z częstotliwości wykonywania Badań okresowych i orzekanie o możliwości wykonywania dotychczasowej pracy; skierowanie na przeprowadzenie badania wydaje pracodawca po zgłoszeniu przez Pracownika niemożności wykonywania dotychczasowej pracy,
- 3) wydawaniu orzeczeń lekarskich do celów przewidzianych w Kodeksie pracy, w tym orzeczeń:
 - a) o utracie przez Pracownika zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy,
 - b) o konieczności przeniesienia Pracownika do innej pracy ze względu na stwierdzenie szkodliwego wpływu wykonywanej pracy na zdrowie Pracownika,
 - c) stwierdzających, że ze względu na stan ciąży kobieta – Pracownik - nie powinna wykonywać pracy dotychczasowej,
 - d) stwierdzających, że dana praca zagraża zdrowiu młodocianego Pracownika,
 - e) o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na określonym stanowisku,
 - f) stwierdzających u Pracownika objawy wskazujące na powstawanie choroby zawodowej,
 - g) stwierdzających niezdolność do wykonywania dotychczasowej pracy u Pracownika, który uległ wypadkowi przy pracy lub u którego stwierdzono chorobę zawodową, lecz nie zaliczono go do żadnej z grup inwalidów.
- 4) wykonywaniu Badań profilaktycznych do celów sanitarno-epidemiologicznych;
- 5) ocenie zdolności do pracy w określonym zawodzie i na określonym stanowisku pracy, uwzględniającej stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu pracy;
- 6) wydawaniu zaświadczeń i świadectw dla celów przewidzianych w Kodeksie pracy o stanie zdrowia Pracownika lub niezdolności do pracy;
- 7) wizytowaniu zakładu pracy przez lekarza medycyny pracy celem sprawdzenia prawidłowego zabezpieczenia warunków zdrowotnych stanowisk pracy;
- 8) uczestniczeniu lekarza medycyny pracy w zakładowej komisji bezpieczeństwa i higieny pracy powołanej na terenie zakładu pracy w trybie przewidzianym w Kodeksie pracy w przypadkach przewidzianych w Kodeksie pracy.

3. W celu uzyskania oraz pokrycia kosztów Świadczeń medycyny pracy Ubezpieczający wystawia imienne skierowania na badanie w trybie obowiązujących przepisów prawa. Skierowanie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, powinno zawierać w szczególności:



- 1) w przypadku Badań profilaktycznych – określenie rodzaju Badań profilaktycznych, jakie ma być wykonane (Badanie wstępne, Badanie okresowe albo Badanie kontrolne);
- 2) w przypadku osób przyjmowanych do pracy lub Pracowników przenoszonych na inne stanowiska pracy – określenie stanowiska pracy, na którym osoba podlegająca badaniu jest lub ma być zatrudniona. W tym przypadku pracodawca (Ubezpieczający) może wskazać w skierowaniu dwa lub więcej stanowisk pracy w kolejności odpowiadającej potrzebom zakładu pracy;
- 3) w przypadku Pracowników – określenie stanowiska pracy, na którym Pracownik jest zatrudniony;
- 4) informacje o występowaniu na stanowisku pracy czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych oraz aktualne wyniki badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tych stanowiskach pracy;
- 5) w przypadku badań sanitarno-epidemiologicznych – wskazanie wykonywanych prac przez Pracownika przy których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby.