



**OGÓLNE WARUNKI
INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA
ZDROWOTNEGO**



KRAJOWY
PROGRAM
ZDROWOTNY

Spis treści

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Krajowy Program Zdrowotny	3
§ 1. Postanowienia ogólne.....	4
§ 2. Definicje ogólne	4
§ 3. Definicje szczegółowe świadczeń	5
§ 4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia.....	5
§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności	5
§ 6. Świadczenia	5
§ 7. Zawarcie umowy ubezpieczenia	6
§ 8. Czas trwania umowy ubezpieczenia	6
§ 9. Odstąpienie, wypowiedzenie umowy ubezpieczenia.....	7
§ 10. Suma ubezpieczenia	7
§ 11. Składka	7
§ 12. Prawa i obowiązki stron.....	7
§ 13. Reklamacje i odwołania.....	8
§ 14. Postanowienia końcowe.....	10

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Krajowy Program Zdrowotny

Informacja w trybie art. 17 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dziennik Ustaw pozycja 1844)

W poniższych sekcjach wskazane zostały numery postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia KRAJOWY PROGRAM ZDROWOTNY, określających kwestie wskazane w nazwach tych sekcji:

l.p.	sekcja	postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1.	przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2 ust. 2, 3, 7, 13, 15, 19, 20, 21, 22; § 3; § 4 ust. 2; § 6; § 8 ust. 2; § 12 ust. 1-4;
2.	ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 pkt. 2, 13, 15, 19, 20, 21, 22; § 3; § 4 ust. 2; § 5; § 6; § 8 ust. 2; § 12 ust. 1-4.

§ 1. Postanowienia ogólne

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (zwanych dalej OWU), Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. z siedzibą w Gdyni, nr KRS 0000362027 (zwane dalej Towarzystwo Ubezpieczeń) zawiera umowy ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na cudzy rachunek Ubezpieczonych, określonych w umowie ubezpieczenia lub w polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia, którzy nie muszą być imiennie wskazani w umowie.
3. W przypadku umów zawieranych na cudzy rachunek Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać niniejsze OWU, Katalog Świadczeń, oraz warunki umowy dla danego ubezpieczenia, każdemu zainteresowanemu przed przystąpieniem przez takiego zainteresowanego do umowy ubezpieczenia w charakterze Ubezpieczonego albo przed wyrażeniem przez takiego zainteresowanego zgody na udzielenie mu ochrony ubezpieczeniowej albo przed wyrażeniem przez takiego zainteresowanego zgody na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpi najwcześniej.
4. W umowie zawartej na cudzy rachunek postanowienia dotyczące Ubezpieczającego stosuje się odpowiednio do Ubezpieczonego.
5. Za zgodą stron do umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone dodatkowe postanowienia odbiegające od niniejszych OWU, które mają pierwszeństwo przed zapisami OWU. Dodatkowe postanowienia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
6. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.

Co oznaczają określenia użyte w tym dokumencie?

§ 2. Definicje ogólne

Przez użyte w niniejszych OWU pojęcia rozumie się:

- 1) **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego w wieku do 18 lat, lub do 26 lat, jeżeli pozostaje z Ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym;
- 2) **Górna granica odpowiedzialności – GGO** - wskazany dla każdej usługi medycznej limit świadczenia, wyrażony w PLN i/lub stanowiący określony w Katalogu Świadczeń % sumy ubezpieczenia, wypłacany Ubezpieczonemu, osobie lub podmiotowi przez niego wskazanemu w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w wariantcie ubezpieczenia, z którego korzysta dany Ubezpieczony. Świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu jedynie w przypadku zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w wybranym przez Ubezpieczającego wariantcie ubezpieczenia w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
- 3) **Katalog Świadczeń** – lista świadczeń przysługujących Ubezpieczonemu w przypadku zajścia zdarzenia

objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach wybranego wariantu ubezpieczenia, stanowiący Załącznik nr 1 do niniejszych OWU;

- 4) **Klient** – osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, uposażonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia zawartej z Towarzystwem Ubezpieczeń;
- 5) **Odwwołanie** – wystąpienie skierowane do Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń przez jego Klienta, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące rozpoznania Reklamacji;
- 6) **Partner** – niespokrewniona z Ubezpieczonym osoba dorosła pozostająca we wspólnym gospodarstwie domowym z Ubezpieczonym; na rzecz Ubezpieczonego i Partnera może zostać zawarta umowa ubezpieczenia w opcji partnerskiej;
- 7) **Placówka Medyczna** – działający zgodnie z prawem podmiot leczniczy, udzielający usług medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 8) **Placówka KPZ** – Placówka Medyczna przyznająca świadczenie w trybie on – line;
- 9) **PLN** – złoty polski, będący podstawową jednostką monetarną w Rzeczypospolitej Polskiej;
- 10) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem Ubezpieczeń;
- 11) **Reklamacja** – wystąpienie skierowane do Towarzystwa Ubezpieczeń przez jego Klienta, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo Ubezpieczeń;
- 12) **Rodzice** - matka lub ojciec Ubezpieczonego lub macocha lub ojczym Ubezpieczonego, przy czym jeżeli Ubezpieczony ma macochę lub ojczyma za rodziców nie uważa się odpowiednio matki ubezpieczonego lub ojca;
- 13) **Rodzina** – to dwie osoby dorosłe pozostające w związku małżeńskim lub partnerskim, lub dwie osoby dorosłe pozostające w związku małżeńskim lub partnerskim oraz dzieci własne przynajmniej jednej z tych osób lub przysposobione przez przynajmniej jedną z tych osób, lub jedna osoba dorosła z dziećmi własnymi lub przysposobionymi; za rodzinę uznaje się również rodzinę zastępczą spokrewnioną lub niespokrewnioną, za wyjątkiem rodzin zastępczych niespokrewnionych zawodowych; na rzecz Ubezpieczonego i jego rodziny może zostać zawarta umowa ubezpieczenia w opcji rodzinnej. Umowa ubezpieczenia w opcji rodzinnej może obejmować również Rodziców;
- 14) **Rok ubezpieczeniowy** – kolejne 12 miesięcy od początku trwania ochrony ubezpieczeniowej obejmującej dany zakres Usług medycznych;
- 15) **Skarga** – interwencja Klienta lub Ubezpieczającego nie będącego osobą fizyczną w sprawie nieprawidłowości w działalności Towarzystwa Ubezpieczeń lub podmiotów współpracujących z Towarzystwem Ubezpieczeń niezwiązana z zawarciem lub wykonaniem konkretnej umowy ubezpieczenia;
- 16) **Suma ubezpieczenia** – określony dla danego wariantu ubezpieczenia limit odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń z tytułu wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych;

- 17) **Trwały Nośnik Informacji** – nośnik umożliwiający użytkownikowi przechowywanie adresowanych do niego informacji w sposób umożliwiający dostęp do nich przez okres odpowiedni do celów sporządzenia tych informacji i pozwalający na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci;
- 18) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacenia składki;
- 19) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia;
- 20) **Udział własny kwotowy** - ustalona w Katalogu Świadczeń dla danego świadczenia kwota w złotych polskich stanowiąca udział własny Ubezpieczonego w tym świadczeniu;
- 21) **Usługa medyczna** – porada lekarska, badania diagnostyczne, zabiegi lecznicze i diagnostyczne i inne działania służące zachowaniu, utrzymaniu i poprawie zdrowia opisane w Katalogu Świadczeń dla danego wariantu ubezpieczenia, które zostały przeprowadzone w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
- 22) **Wariant ubezpieczenia** – wybrany przez Ubezpieczającego zakres świadczeń przysługujący Ubezpieczonemu w ramach posiadanej ochrony ubezpieczeniowej;
- 23) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – choroba Ubezpieczonego wymagająca wykonania przez placówkę medyczną, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej usługi medycznej służącej przywróceniu, zachowaniu, poprawie zdrowia lub zapobieżeniu pogorszenia stanu zdrowia.

§ 3. Definicje szczegółowe świadczeń

W ramach ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczonemu, w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia, mogą przysługiwać następujące świadczenia pieniężne:

- 1) **Świadczenie pieniężne w trybie on – line** – świadczenie w wysokości ograniczonej do ceny usługi medycznej w danej Placówce medycznej pomniejszonej o Udział własny kwotowy, wypłacane w PLN Ubezpieczonemu, osobie lub podmiotowi przez niego wskazanemu;
- 2) **Świadczenie pieniężne w trybie off – line** – świadczenie w wysokości różnicy między GGO wskazanym w Katalogi Świadczeń dla danego świadczenia, a Udziałem własnym kwotowym, wypłacane w PLN Ubezpieczonemu.

Co mi daje ubezpieczenie?

§ 4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje prawo do świadczeń pieniężnych, których udzielenie jest uzasadnione stanem zdrowia Ubezpieczonego z tytułu wystąpienia w życiu Ubezpieczonego określonego w wybranym wariantcie zdarzenia ubezpieczeniowego.

Kiedy nie mogę skorzystać z usług medycznych?

§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności

1. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci w terminie pełnej raty składek za wszystkich Ubezpieczonych, uprawnienia Ubezpieczonych do świadczeń pieniężnych w trybie on-line zostaną zawieszane do dnia całkowitego uregulowania zaległości. 6-go dnia roboczego po uregulowaniu zaległości tj. wpłynięcia pełnej raty składki na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo Ubezpieczeń w polisie uprawnienia Ubezpieczonych do korzystania ze świadczeń pieniężnych w trybie on-line zostaną przywrócone.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe spowodowane:
 - a. wprowadzeniem i występowaniem stanu wyjątkowego, stanu wojennego, wojny lub działań wojennych;
 - b. wadą fizyczną lub psychiczną ujawnioną przed 1 rokiem życia spowodowaną chorobami genetycznymi, wcześniactwem lub uszkodzeniem okołoporodowym;
 - c. spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub uzależniających;
 - d. leczeniem i diagnozowaniem niepłodności.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe wymagające wykonania:
 - a. badań genetycznych;
 - b. pozytonowej emisyjnej tomografii komputerowej (PET);
 - c. szczepień obowiązkowych zgodnie z kalendarzem szczepień (aktualny na dany rok Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych).

Kiedy mogę iść się leczyć? Jak uzyskać świadczenie pieniężne?

§ 6. Świadczenia

1. Ubezpieczonemu przysługują świadczenia, **uzasadnione z medycznego punktu widzenia**, objęte wybranym wariantem ubezpieczenia, opisane w Katalogu Świadczeń.
2. Ubezpieczony może uzyskać świadczenie w wysokości ograniczonej przez GGO. W takim przypadku, w celu potwierdzenia zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony ma obowiązek przesłać do Towarzystwa Ubezpieczeń:
 - a. oryginał lub czytelną kopię faktury/rachunku wystawionych w związku wykonaniem usługi medycznej,
 - b. wypełniony dokument „Wniosek o wypłatę świadczenia” sporządzonym na formularzu Towarzystwa Ubezpieczeń dostępnym na stronie www.tuzdrowie.pl;
lub
 - c. przesłać elektronicznie kopie wyżej wymienionych dokumentów po zalogowaniu w Portalu Ubezpieczonego.

3. W celu uzyskania świadczenia pieniężnego w trybie on – line w Placówce KPZ, konieczne jest zaakceptowanie przez Ubezpieczonego dokumentu „Druk otrzymania świadczenia” sporządzonego na formularzu Towarzystwa Ubezpieczeń otrzymanym kodem sms lub odręcznie.
 4. W celu uzyskania świadczenia pieniężnego w trybie on – line konieczne jest przedstawienie opatrzonego zdjęciem dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
 5. W przypadku konieczności skorzystania z usług medycznych opisanych w Katalogu Świadczeń, jako usługi wymagające zgody Konsultanta Medycznego w ramach ochrony ubezpieczeniowej, w celu uzyskania tej zgody Ubezpieczony ma obowiązek przesłania do Towarzystwa Ubezpieczeń skierowania na dane badanie diagnostyczne, zabieg lub inną usługę za pośrednictwem Portalu Ubezpieczonego lub na adres e-mail: ubezpieczenia@tuzdrowie.pl.
 6. W przypadkach opisanym w ust. 2 i 5 Towarzystwo Ubezpieczeń może wystąpić do Ubezpieczonego o przekazanie dodatkowych informacji lub dokumentacji medycznej koniecznej do ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia. Ubezpieczony zostanie poinformowany o tych wymogach w ciągu 3 dni roboczych od momentu otrzymania korespondencji na podany we wniosku numer telefonu lub/i adres e-mail.
 7. W przypadku, o którym mowa w ust. 6 Towarzystwo Ubezpieczeń jest zobowiązane do wydania decyzji w ciągu 2 dni roboczych od dnia uzyskania dodatkowych informacji lub uzyskania innej koniecznej dokumentacji.
 8. Przyznane świadczenie pieniężne w wysokości ograniczonej przez GGO i pomniejszone o Udział własny kwotowy zostanie przesłane na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego i podany w dokumencie „Wniosek o wypłatę świadczenia”.
 9. Szczegółowe informacje dotyczące procedur uzyskiwania świadczeń ubezpieczeniowych są opisane w Katalogu Świadczeń dla każdego zakresu świadczeń.
 10. Decyzja Towarzystwa Ubezpieczeń o odmowie lub zmniejszeniu wysokości świadczenia wraz z uzasadnieniem zostanie doręczona Ubezpieczonemu lub przekazana na piśmie listem poleconym, na adres korespondencyjny Ubezpieczonego lub na podany we wniosku adres e-mail w ciągu 4 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia lub wydania decyzji opisaną w ust. 7.
- a. imię, nazwisko lub nazwę i adres Ubezpieczającego, nr PESEL - jeżeli Ubezpieczający jest osobą fizyczną, nr KRS - jeżeli Ubezpieczający jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego, nr NIP;
 - b. imię i nazwisko, adres Ubezpieczonych, daty urodzenia, nr PESEL lub nr paszportu, nr telefonu komórkowego i adres e-mail, stopień powinowactwa/pokrewieństwa Ubezpieczonych w przypadku ochrony ubezpieczeniowej w opcji partnerskiej i rodzinnej;
 - c. wariant ubezpieczenia;
 - d. okres ubezpieczenia.
5. Zawarcie umowy ubezpieczenia jest potwierdzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń przekazaniem polisy Ubezpieczającemu w uzgodniony z Ubezpieczającym sposób, umożliwiającą zapoznanie się z jej treścią i akceptacją jej zapisów.
 6. Informacja o wybranym wariancie i opcji ubezpieczenia jest umieszczona w polisie ubezpieczeniowej.

Kiedy można rozpocząć korzystanie ze świadczeń?

§ 8. Czas trwania umowy ubezpieczenia

1. Za początek okresu ubezpieczenia uważa się datę uzgodnioną przez strony w umowie ubezpieczenia i podaną w polisie.
2. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w momencie wskazanym w polisie ubezpieczeniowej, jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.
3. W przypadku opłacenia pierwszej raty składki później niż na 5 dni przed uzgodnioną datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej to Świadczenia pieniężne w trybie on – line przysługują od 6-go dnia roboczego od dnia wpłynięcia składki na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo Ubezpieczeń.
4. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na okres jednego roku (12 miesięcy), z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Okres obowiązywania umowy zostaje automatycznie przedłużony o kolejny rok ubezpieczeniowy (12 miesięcy), jeżeli umowa nie zostanie pisemnie wypowiedziana przez Ubezpieczającego lub jeżeli Towarzystwo Ubezpieczeń nie złoży propozycji nowych warunków ubezpieczenia na kolejny rok ubezpieczenia, na co najmniej 30 dni przed upływem terminu jej obowiązywania.
6. W przypadku złożenia propozycji nowych warunków ubezpieczenia przez Towarzystwo Ubezpieczeń, za akceptację tych warunków przyjmuje się wyrażenie przez Ubezpieczającego zgody pisemnie lub w trakcie rejestrowanej rozmowy telefonicznej – w terminie do upływu okresu obowiązywania poprzedniej umowy.
7. W przypadku złożenia propozycji nowych warunków ubezpieczenia i braku ich akceptacji przez Ubezpieczającego w terminie, o którym mowa w ust. 5 umowa Ubezpieczenia wygasa z upływem terminu jej obowiązywania.

Kiedy i jak można się ubezpieczyć?

§ 7. Zawarcie umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz osoby, która nie ukończyła 70 roku życia.
2. W przypadku dzieci, które nie ukończyły 7 roku życia istnieje możliwość zawarcia umowy ubezpieczenia wyłącznie wówczas, gdy przynajmniej jedno z rodziców lub opiekunów prawnych jest objęte ochroną ubezpieczeniową.
3. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na podstawie wniosku Ubezpieczającego przekazanego Towarzystwu Ubezpieczeń.
4. Wniosek zawiera następujące dane:

Kiedy kończy się ubezpieczenie?

§ 9. Odstąpienie, wypowiedzenie umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo Ubezpieczeń udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia liczonego od ostatniego dnia miesiąca, w którym Towarzystwo Ubezpieczeń otrzymało oświadczenie o wypowiedzeniu. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składki za okres wypowiedzenia.
3. Niezapłacenie składki lub kolejnej raty składki mimo uprzedniego wezwania Ubezpieczającego do jej zapłaty w terminie nie krótszym niż 7 dni, uprawnia Towarzystwo Ubezpieczeń do wypowiedzenia umowy, przy czym nie zwalnia to Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo Ubezpieczeń udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń, może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia jeżeli dojdzie do zmiany przepisów prawa skutkujących niemożnością wykonywania Umowy ubezpieczenia.
5. W razie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, ponowne zawarcie umowy ubezpieczenia możliwe będzie po upływie 6 miesięcy, liczonych od ostatniego dnia trwania ochrony ubezpieczeniowej.

§ 10. Suma ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia jest wskazana w Katalogu Świadczeń.

Jak oblicza się składkę za ubezpieczenie?

§ 11. Składka

1. Składkę ubezpieczeniową oblicza się po dokonaniu oceny ryzyka na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, lub w dniu przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej na kolejny okres.
2. Składka może być wyższa od składki wykazanej w taryfie ze względu na czynniki zwiększające ryzyko medyczne Ubezpieczonego takie, jak stan zdrowia, styl życia, wykonywany zawód.
3. Składka płatna jest we wnioskowanej przez Ubezpieczającego częstotliwości rat: miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie.
4. Obowiązek zapłaty składki obciąża Ubezpieczającego.
5. Składkę lub pierwszą ratę składki należy zapłacić przed wybraną datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
6. W przypadku opłacania składki w częstotliwości miesięcznej, pierwsza rata składki jest równa dwóm ratom miesięcznym.

7. Terminy płatności kolejnych rat składki i ich wysokość określone są w polisie.
8. Składkę lub ratę składki należy zapłacić na wskazany przez Towarzystwo Ubezpieczeń w polisie rachunek bankowy.
9. Jeżeli zapłata składki dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za datę zapłaty uważa się dzień złożenia polecenia zapłaty w banku lub urzędzie pocztowym na właściwy rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo Ubezpieczeń.
10. W przypadku opłacania składki w ratach, w razie opłacenia raty składki w kwocie przewyższającej ratę należną, Towarzystwo Ubezpieczeń zaliczy nadpłaconą kwotę na poczet kolejnej raty składki, chyba, że Ubezpieczający zwróci się o zwrot nadpłaty.
11. W razie powstania nadpłaty składki na koniec okresu ubezpieczenia, Towarzystwo Ubezpieczeń w ciągu 30 dni od końca okresu ubezpieczenia zwróci nadpłaconą kwotę na rachunek wskazany przez Ubezpieczającego.

Do czego ma prawo Towarzystwo Ubezpieczeń, a do czego Ubezpieczony ?

§ 12. Prawa i obowiązki stron

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązany jest podać zgodnie z prawdą do wiadomości Towarzystwa Ubezpieczeń wszystkie znane sobie okoliczności, o które pytano we wniosku, albo o które zapytania były skierowane do niego w innej formie. Jeżeli Towarzystwo Ubezpieczeń zawarło umowę ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego na poszczególne pytania; pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązany jest przekazać Towarzystwu Ubezpieczeń wszelkie informacje, które są wymagane w celu stwierdzenia uprawnienia do przyznania świadczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń jest zwolnione z obowiązku przyznania świadczenia w przypadku, gdy Ubezpieczający lub Ubezpieczony z naruszeniem obowiązków podanych w ust. 1 – 2, podali okoliczności lub informacje nieprawdziwe.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ma prawa odmówić przyznania świadczenia, jeżeli zawarło umowę ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na pytanie zadane we wniosku lub innych dokumentach, a zdarzenie ubezpieczeniowe związane jest z pytaniami, na które nie udzielono odpowiedzi
5. Ubezpieczający lub Ubezpieczony mają prawo wglądu do dokumentacji Towarzystwa Ubezpieczeń dotyczącej zawarcia umowy ubezpieczenia i ustalenia prawa do świadczeń oraz sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii z tej dokumentacji.
6. Towarzystwo Ubezpieczeń jest obowiązane:
 - a. doręczyć Ubezpieczającemu tekst OWU i Katalog Świadczeń,
 - b. wydać Ubezpieczającemu polisę,
 - c. udostępnić Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu w terminie 7 dni od dnia skierowania wniosku lub zapytania, informacje i dokumenty dotyczące ochrony ubezpieczeniowej, w tym informacje i

dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności i zakresu świadczenia,

- d. przedstawić Ubezpieczającemu, w formie pisemnej pod rygorem nieważności, różnice między postanowieniami umowy ubezpieczenia, a OWU. Zapis nie ma zastosowania w przypadku umów zawieranych w drodze negocjacji, potwierdzonych umową ubezpieczenia lub/i polisą podpisaną przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Ubezpieczającego.
7. Ubezpieczający jest zobowiązany do przesyłania do Towarzystwa Ubezpieczeń, nie wcześniej niż na 14 dni roboczych i nie później niż na 4 dni robocze przed rozpoczęciem kolejnego okresu ochrony ubezpieczeniowej, danych lub zmiany danych osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową zgodnie z przekazanym przez Towarzystwo Ubezpieczeń formatem danych.
8. Dane osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową zawierają co najmniej: imię i nazwisko, datę urodzenia, nr PESEL (lub numer paszportu w przypadku cudzoziemców nieposiadających nr PESEL), stopień powinowactwa/pokrewieństwa Ubezpieczonych w przypadku ochrony ubezpieczeniowej w opcji partnerskiej i rodzinnej, wybrany przez Ubezpieczającego wariant ubezpieczenia.

§ 13. Reklamacje i odwołania

1. Składanie Reklamacji

- 1) Każdy Klient, który chce zgłosić zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo Ubezpieczeń może zgłosić Reklamację.
- 2) Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa Ubezpieczeń.
- 3) Reklamacja może być złożona:
 - a. w formie pisemnej - osobiście, w jednostce Towarzystwa Ubezpieczeń obsługującej Klientów, albo przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. - Prawo pocztowe (Dz.U. poz. 1529) na adres: Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A., ulica Śląska 17, 81-319 Gdynia, dodatkowe oznaczenie na kopercie: „Reklamacja” – usprawni procedurę rozpatrywania Reklamacji;
 - b. ustnie - telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Towarzystwa Ubezpieczeń;
w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, na adres email: Reklamacje@tuzdrowie.pl
- 4) Reklamacja powinna zawierać:
 - a. oznaczenie Reklamacja,
 - b. imię i nazwisko Klienta,
 - c. adres Klienta do korespondencji,
 - d. adres e-mail Klienta,
 - e. numer PESEL Klienta,
 - f. datę i numer umowy ubezpieczenia zawartej z Towarzystwem Ubezpieczeń,

- g. datę i numer polisy ubezpieczeniowej potwierdzającej zawarcie umowy z Towarzystwem Ubezpieczeń,
 - h. wskazanie wariantu ubezpieczenia, z którego korzysta Klient i którego dotyczy Reklamacja,
 - i. opis nieprawidłowości w działalności Towarzystwa Ubezpieczeń, których dotyczy Reklamacja,
 - j. wskazanie o co wnosi Klient składający Reklamację,
 - k. wskazanie czy Klient wnosi o dostarczenie odpowiedzi na Reklamację drogą elektroniczną,
 - l. podpis Klienta.
- 5) Reklamacje niezawierające danych, o których mowa w punkcie 4 powyżej będą rozpatrywane przez Towarzystwo Ubezpieczeń w takim zakresie w jakim będzie to możliwe. Brak wskazania przez klienta danych kontaktowych może uniemożliwić dostarczenie odpowiedzi na Reklamację.

2. Tryb rozpatrywania Reklamacji

- 1) Po złożeniu przez Klienta Reklamacji, Towarzystwo Ubezpieczeń rozpatruje Reklamację i udziela Klientowi odpowiedzi w postaci papierowej lub za pomocą innego Trwałego Nośnika Informacji.
- 2) Odpowiedź na Reklamację Towarzystwo Ubezpieczeń może dostarczyć pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek Klienta.
- 3) Odpowiedzi na Reklamację należy udzielić bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
- 4) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w punkcie 3 powyżej Towarzystwo Ubezpieczeń w informacji przekazywanej Klientowi, który wystąpił z Reklamacją:
 - a. wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - b. wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - c. określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
- 5) Przy rozpatrywaniu Reklamacji Towarzystwo Ubezpieczeń może gromadzić niezbędne dokumenty i przeprowadzać inne dowody zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- 6) W przypadku niedotrzymania terminu określonego w punkcie 3 powyżej, a w określonych przypadkach terminu określonego w punkcie 4 powyżej Reklamację uważa się za rozpatrzoną zgodnie z wolą Klienta.
- 7) Odpowiedź na Reklamację powinna zawierać w szczególności:
 - a. uzasadnienie faktyczne i prawne, chyba że Reklamacja została rozpatrzona zgodnie z wolą Klienta;
 - b. wyczerpującą informację na temat stanowiska Towarzystwa Ubezpieczeń w sprawie skierowanych

zastrzeżeń, w tym wskazanie odpowiednich fragmentów wzorca umowy lub umowy;

- c. imię i nazwisko osoby udzielającej odpowiedzi ze wskazaniem jej stanowiska służbowego;
- d. określenie terminu, w którym roszczenie podniesione w Reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą Klienta zostanie zrealizowane, nie dłuższego niż 30 dni od dnia sporządzenia odpowiedzi.

8) W przypadku nieuwzględnienia roszczeń wynikających z Reklamacji Klienta treść odpowiedzi na Reklamację powinna zawierać również pouczenie o możliwości:

- a. odwołania się od stanowiska zawartego w odpowiedzi, a także o sposobie wniesienia tego Odwołania;
- b. wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego;
- c. wystąpienia z powództwem do sądu powszechnego ze wskazaniem podmiotu, który powinien być pozwany i sądu miejscowo właściwego do rozpoznania sprawy.

3. Tryb odwoławczy

- 1) Klient może odwołać się od odpowiedzi na Reklamację.
- 2) Odwołanie wnosi się do Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez Klienta odpowiedzi na Reklamację. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie Odwołania przed upływem tego terminu.
- 3) Odwołanie może być złożone Towarzystwu Ubezpieczeń:
 - a. w formie pisemnej – przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz.U. poz. 1529) na adres: Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. – Biuro Zarządu, ulica Śląska 17, 81-319 Gdynia, dodatkowe oznaczenie na kopercie: ODWOŁANIE – usprawni procedurę rozpatrywania Odwołania;
 - b. w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, na adres email: reklamacje@tuzdrowie.pl.
- 4) Odwołanie powinno wskazywać zaskarżoną odpowiedź na Reklamację oraz przyczyny, z powodu których Klient kwestionuje odpowiedź na Reklamację.
- 5) Po złożeniu Odwołania, Towarzystwo Ubezpieczeń rozpatruje Odwołanie i udziela składającemu Odwołanie odpowiedzi w formie decyzji w postaci pisemnej lub za pośrednictwem poczty e-mail.
- 6) Odpowiedzi na Odwołanie należy udzielić bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Odwołania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
- 7) Jeżeli rozpatrzenie Odwołania w powyższym terminie nie jest możliwe, Towarzystwo Ubezpieczeń wysyła Klientowi przed upływem tego terminu informację o tym, że rozpoznanie Odwołania nie jest możliwe w terminie trzydziestodniowym ze wskazaniem przyczyn opóźnienia oraz przewidywanego terminu rozpatrzenia odwołania.

8) Jeżeli Odwołanie zostało wniesione po terminie wskazanym w punkcie 2 powyżej Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń może, lecz nie musi, rozpoznać Odwołanie.

9) Przy rozpatrywaniu Odwołania Towarzystwo Ubezpieczeń może gromadzić niezbędne dokumenty i przeprowadzać inne dowody zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa

10) W wyniku rozpatrzenia Odwołania Towarzystwo Ubezpieczeń wydaje decyzję uwzględniającą Odwołanie lub odmawiającą uwzględnienia Odwołania. W przypadku uwzględnienia Odwołania Towarzystwo Ubezpieczeń zmienia odpowiedź na Reklamację, w stosunku do której wniesiono Odwołanie.

4. Nieuwzględnienie Reklamacji – możliwość dalszych działań

1) W przypadku nieuwzględnienia Reklamacji, niezależnie od możliwości wniesienia Odwołania,

a. wnoszący Reklamację ma możliwość wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego;

b. wnoszący Reklamację ma możliwość wystąpienia z powództwem do sądu powszechnego. W takim wypadku podmiotem, który powinien być pozwany jest Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE Spółka Akcyjna, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: 0000362027, posiadająca numer NIP: 5862257567, posiadająca numer REGON: 221064894. Sędem miejscowo właściwym do rozpoznania sprawy będzie Sąd Rejonowy w Gdyni (Plac Konstytucji 5, 81-354 Gdynia) – w przypadku, gdy wartość przedmiotu sporu nie przewyższa kwoty 75.000 zł albo Sąd Okręgowy w Gdańsku (adres: Nowe Ogrody 30/34, 80-803 Gdańsk) – w przypadku, gdy wartość przedmiotu sporu przewyższa kwotę 75.000 zł. Zamiast przed wskazanymi wyżej sądami, powództwo może zostać wytoczone przed sądem rejonowym (jeżeli wartości przedmiotu sporu nie przewyższa kwoty 75.000 zł) lub sądem okręgowym (jeżeli wartość przedmiotu sporu przewyższa kwotę 75.000 zł) właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia

5. Skargi

1) W przypadkach innych, niż wskazane w § 13 ustępie 1 punkcie 1 Klient oraz Ubezpieczający mogą wnieść Skargę będącą interwencją w sprawie nieprawidłowości w działalności Towarzystwa Ubezpieczeń lub podmiotów współpracujących z Towarzystwem Ubezpieczeń niezwiązaną z zawarciem lub wykonaniem konkretnej umowy ubezpieczenia.

2) Skarga może być złożona Towarzystwu Ubezpieczeń:

a. w formie pisemnej – przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz.U. poz. 1529) na

adres: Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A.,
ulica Śląska 17, 81-319 Gdynia, dodatkowo
oznaczenie na kopercie: SKARGA – usprawni
procedurę rozpatrywania SKARGI;

- b. ustnie - telefonicznie;
 - c. w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, na adres email: reklamacje@tuzdrowie.pl.
- 3) Po złożeniu Skargi, Towarzystwo Ubezpieczeń rozpatruje Skargę i udziela składającemu Skargę odpowiedzi w postaci pisemnej lub za pośrednictwem poczty e-mail.
 - 4) Odpowiedzi na Skargę należy udzielić bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Skargi. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
 - 5) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Skargi i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w punkcie 5.5 Towarzystwo Ubezpieczeń może przedłużyć termin rozpatrywania Skargi do 60 dni.

- 6) Przy rozpatrywaniu Skargi Towarzystwo Ubezpieczeń może gromadzić niezbędne dokumenty i przeprowadzać inne dowody zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- 7) Od odpowiedzi na Skargę nie przysługuje odwołanie.

§ 14. Postanowienia końcowe

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane do Towarzystwa Ubezpieczeń powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym na adres siedziby lub na adres e-mailowy Towarzystwa Ubezpieczeń: biuro@tuzdrowie.pl.
2. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony zmienił adres korespondencyjny lub adres e-mailowy powinien niezwłocznie zawiadomić Towarzystwo Ubezpieczeń, podając aktualny adres korespondencyjny lub e-mailowy.

Niniejsze OWU o kodzie OWU/02/2017 zostały przyjęte na mocy uchwały Zarządu UZ/33/2017 dnia 11.10.2017 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia obowiązujących po tym dniu.

Prezes Zarządu
Xenia Kruszewska

Wiceprezes Zarządu
Aleksander Roda



KRAJOWY
PROGRAM
ZDROWOTNY

Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE Spółka Akcyjna

Kapitał zakładowy w wysokości 21 950 000 zł.
opłacony w całości, Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ
w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy,
KRS 0000362027
NIP 5862257567
REGON 221064894

Siedziba:

ul. Śląska 17, 81-319 Gdynia,
tel. 58 728 9 555, fax 58 585 80 50

Biura Handlowe:

Ul. Kłobucka 23, 02-699 Warszawa,
tel. 58 728 9 555
ul. Bocheńskiego 38A lok. 208, 40-859 Katowice,
tel. 58 728 9 509

Jak działa?



KRAJOWY
PROGRAM
ZDROWOTNY



49zł
miesięcznie



Umówienie wizyty
w dogodnym terminie



Współpłatność za wizytę
na miejscu w placówce
medycznej



Szybki dostęp i wsparcie
najlepszych specjalistów
w całym kraju

Tak, to takie proste.

JEDNA CENA, JEDEN PAKIET, WSZYSCY SPECJALIŚCI. Zawsze tam gdzie Ty.

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ NA STRONIE

www.krajowyprogramzdrowotny.pl