



PROGRAMY ZDROWOTNE

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego

Spis treści

Szczególne Warunki Ubezpieczenia MÓJ ONKOLOG	3
§ 1. Postanowienia ogólne	4
§ 2. Definicje	4
§ 3. Przedmiot ubezpieczenia	4
§ 4. Zakres ubezpieczenia	4
§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności	4
§ 6. Świadczenia	4
Szczególne Warunki Ubezpieczenia MÓJ DIETETYK	6
§ 1. Postanowienia ogólne	7
§ 2. Definicje	7
§ 3. Przedmiot ubezpieczenia	7
§ 4. Zakres ubezpieczenia	7
§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności	7
§ 6. Świadczenia	7
Szczególne Warunki Ubezpieczenia POWRÓT DO ZDROWIA PO COVID-19	9
§ 1. Postanowienia ogólne	10
§ 2. Definicje	10
§ 3. Przedmiot ubezpieczenia	10
§ 4. Zakres ubezpieczenia	10
§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności	10
§ 6. Świadczenia	10
Szczególne Warunki Ubezpieczenia MÓJ ORTOPEDA	12
§ 1. Postanowienia ogólne	13
§ 2. Definicje	13
§ 3. Przedmiot ubezpieczenia	13
§ 4. Zakres ubezpieczenia	13
§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności	13
§ 6. Świadczenia	14
Szczególne Warunki Ubezpieczenia POMOC W CHOROBIĘ	15
§ 1. Postanowienia ogólne	16
§ 2. Definicje	16
§ 3. Definicje szczegółowe świadczeń	16
§ 4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	18
§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności	18
§ 6. Świadczenia	19
§ 7. Roszczenia regresowe	20
Szczególne Warunki Ubezpieczenia LECZENIE PO WYPADKU DROGOWYM	21
§ 1. Postanowienia ogólne	22
§ 2. Definicje	22
§ 3. Przedmiot ubezpieczenia	22
§ 4. Zakres ubezpieczenia	22
§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności	22
§ 6. Świadczenia	23
Szczególne Warunki Ubezpieczenia KONTYNUACJA LECZENIA SZPITALNEGO	24
§ 1. Postanowienia ogólne	25
§ 2. Definicje	25
§ 3. Przedmiot ubezpieczenia	25
§ 4. Zakres ubezpieczenia	25
§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności	25
§ 6. Świadczenia	26

Szczególne Warunki Ubezpieczenia MÓJ ONKOLOG

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 Szczególnych Warunków Ubezpieczenia MÓJ ONKOLOG, określających kwestie wskazane w nazwach tych sekcji:

l.p.	sekcja	postanowienia Szczególnych Warunków Ubezpieczenia
1.	przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2; § 4; § 6
2.	ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2; § 5; § 6

§ 1. Postanowienia ogólne

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia MÓJ ONKOLOG (zwane dalej SWU MO) mają zastosowanie wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia POLISA ZDROWIE lub POLISA TELEREFUNDACYJNA (zwanymi dalej OWU).
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU MO zastosowanie mają OWU.
3. Postanowienia niniejszych SWU mają pierwszeństwo przed postanowieniami OWU.

Co oznaczają określenia użyte w tym dokumencie?

§ 2. Definicje

Przez użyte w niniejszych SWU MO pojęcia rozumie się:

- 1) **choroba nowotworowa** – niekontrolowany rozrost własnych, lecz zmienionych czynnościowo komórek z naciekaniem zdrowych tkanek, charakteryzujący się atypią, wysokim indeksem mitotycznym, naciekaniem tkanek otaczających, dawaniami wznów i zdolnością do tworzenia przerzutów;
- 2) **Katalog Świadczeń** – wykaz usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu w ramach Programu Zdrowotnego, których realizacja jest w całości koordynowana przez Konsultanta Medycznego, stanowiący Załącznik do niniejszych SWU;
- 3) **Konsultant Medyczny** – profesjonalista w dziedzinie medycyny organizujący proces diagnostyczny, wskazujący niezbędne do wykonania przez Ubezpieczonego usługi medyczne samodzielnie lub w porozumieniu z lekarzem leczącym Ubezpieczonego;
- 4) **Program Zdrowotny Mój Onkolog (Program Zdrowotny)** – opisany w Katalogu Świadczeń zakres usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu w ramach ochrony ubezpieczeniowej, koordynowany w całości przez Konsultanta Medycznego;
- 5) **usługa medyczna** – porada lekarska, badania diagnostyczne, zabiegi pielęgniarstwa i inne działania koordynowane w całości przez Konsultanta Medycznego, służące wykluczeniu lub zdiagnozowaniu choroby nowotworowej, pozwalające na rozpoczęcie prawidłowego leczenia szpitalnego w jak najkrótszym czasie;
- 6) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – następujące w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej wstępne rozpoznanie lub podejrzenie rozpoznania u Ubezpieczonego, przez lekarza leczącego, choroby nowotworowej, wymagające wykonania przez placówkę medyczną, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej usługi medycznej wymienionej w Katalogu Świadczeń.

Co obejmuje ubezpieczenie?

§ 3. Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4. Zakres ubezpieczenia

1. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, ochrona ubezpieczeniowa obejmuje prawo do świadczeń ubezpieczeniowych udzielonych Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności TU ZDROWIE, których wykonanie jest uzasadnione z medycznego punktu widzenia i jest koordynowane przez Konsultanta Medycznego.
2. Zakres ubezpieczenia jest określony w polisie, umowie ubezpieczenia, warunkach ubezpieczenia i w Katalogu Świadczeń.

Kiedy nie mogę skorzystać ze świadczeń?

§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności

1. TU ZDROWIE nie ponosi odpowiedzialności jeżeli choroba nowotworowa była leczona lub została zdiagnozowana przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub jeżeli Ubezpieczony skorzystał z usługi medycznej związanej z tą chorobą nowotworową przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
2. TU ZDROWIE nie ponosi odpowiedzialności za usługi medyczne wykonane bez uzgodnienia z Konsultantem Medycznym.
3. TU ZDROWIE nie ponosi ponadto odpowiedzialności za zdarzenia i usługi medyczne wymienione w § 5 OWU.
4. TU ZDROWIE nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły w czasie trwania karencji.

Jak mogę skorzystać ze świadczenia?

§ 6. Świadczenia

1. W celu rozpoczęcia realizacji Programu Zdrowotnego Ubezpieczony powinien przesłać do TU ZDROWIE on-line za pośrednictwem Panelu Ubezpieczonego na stronie www.tuzdrowie.pl, poprzez aplikację mobilną TU ZDROWIE lub na adres ubezpieczenia@tuzdrowie.pl następujące dokumenty:
 - a. podpisany „Wniosek o rozpoczęcie Programu Zdrowotnego” sporządzony na formularzu TU ZDROWIE dostępny na stronie www.tuzdrowie.pl [lub wniosek elektroniczny](#),
 - b. kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie podejrzenia choroby nowotworowej lub jej wstępne rozpoznanie.
2. Konsultant Medyczny w ciągu 3 dni roboczych skontaktuje się z Ubezpieczonym na podany we wniosku numer telefonu oraz adres e-mail w celu:
 - a. przekazania informacji o akceptacji przesłanego wniosku i rozpoczęciu realizacji Programu Zdrowotnego,
 - lub
 - b. wystąpienia o dodatkową dokumentację medyczną,
 - lub

- c. przekazania informacji o wystąpieniu o dokumentację medyczną do placówek medycznych, w których Ubezpieczonych leczyl się dotychczas.
3. Po uzyskaniu dodatkowej dokumentacji medycznej Konsultant Medyczny w ciągu 3 dni roboczych podejmuje decyzję o rozpoczęciu Programu Zdrowotnego lub przekazuje informację o nieuznaniu roszczenia Ubezpiezonego.
4. Decyzja o nieuznaniu roszczenia Ubezpiezonego wraz z uzasadnieniem jest przesyłana na adres korespondencyjny podany we Wniosku o rozpoczęcie Programu Zdrowotnego, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych, po kontakcie telefonicznym z Ubezpieczonym.
5. Ubezpieczonemu przysługują świadczenia ubezpieczeniowe, **uzasadnione z medycznego punktu widzenia**, opisane w Katalogu Świadczeń, w całości **koordynowane przez Konsultanta Medycznego**.
6. Ubezpieczony może uzyskać **świadczenie ubezpieczeniowe w formie rzeczowej lub w formie pieniężnej w wysokości 100%** jeżeli miejsce wykonania usługi medycznej wskazane zostało Ubezpieczonemu przez Konsultanta Medycznego.
7. Ubezpieczony może uzyskać **świadczenie pieniężne** w wysokości ograniczonej przez GGO, jeżeli wykona usługę w innej placówce niż wskazana przez konsultanta Medycznego. W takim przypadku Ubezpieczony ma obowiązek przestać do TU ZDROWIE on-line za pośrednictwem Panelu Ubezpiezonego na stronie www.tuzdrowie.pl, aplikacji mobilnej lub pocztą niezbędne dokumenty:
 - a. oryginał lub czytelną kopię faktury/rachunku wystawionych w związku wykonaniem usługi medycznej, z wyszczególnieniem nazwy udzielonej usługi wraz z ceną jednostkową,
 - b. wypełniony dokument „Wniosek o wypłatę świadczenia” sporządzony na formularzu TU ZDROWIE dostępnym na stronie www.tuzdrowie.pl lub wniosek elektroniczny.
8. Szczegółowe informacje dotyczące realizacji świadczeń są opisane w Katalogu Świadczeń.

Niniejsze SWU MO o kodzie SWU/01/2021 zostały przyjęte na mocy uchwały Zarządu UZ/01/2021 dnia 05.01.2021 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia obowiązujących po tym dniu.

Prezes Zarządu
Aleksander Roda



Członek Zarządu
Sławomir Koszewski



Szczególne Warunki Ubezpieczenia MÓJ DIETETYK

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 Szczególnych Warunków Ubezpieczenia MÓJ DIETETYK, określających kwestie wskazane w nazwach tych sekcji:

l.p.	sekcja	postanowienia Szczególnych Warunków Ubezpieczenia
1.	przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2; § 4; § 6
2.	ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2; § 5; § 6

§ 1. Postanowienia ogólne

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia MÓJ DIETETYK (zwane dalej SWU MD) mają zastosowanie wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia POLISA ZDROWIE lub POLISA TELEREFUNDACYJNA (zwanym dalej OWU).
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU MD zastosowanie mają OWU.
3. Postanowienia niniejszych SWU mają pierwszeństwo przed postanowieniami OWU.

Co oznaczają określenia użyte w tym dokumencie?

§ 2. Definicje

Przez użyte w niniejszych SWU MD pojęcia rozumie się:

- 1) **choroba** – zdiagnozowana u Ubezpieczonego i potwierdzona kodem zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 cukrzyca typu 2 (kod IDC-10 E11, E12), dna moczanowa (kod IDC-10 M10), nadciśnienie tętnicze (kod IDC-10 I10) lub osteoporoza (kod IDC-10 M81);
- 2) **Katalog Świadczeń** – wykaz usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu w ramach Programu Zdrowotnego, których realizacja jest w całości koordynowana przez Konsultanta Medycznego, stanowiący Załącznik do niniejszych SWU;
- 3) **Konsultant Medyczny** – profesjonalista w dziedzinie medycyny organizujący proces diagnostyczny lub terapeutyczny, wskazujący niezbędne do wykonania przez Ubezpieczonego usługi medyczne samodzielnie lub w porozumieniu z lekarzem leczącym Ubezpieczonego;
- 4) **Program Zdrowotny Mój Dietetyk (Program Zdrowotny)** – opisany w Katalogu Świadczeń zakres usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu w ramach ochrony ubezpieczeniowej, koordynowany w całości przez Konsultanta Medycznego;
- 5) **usługa medyczna** – porada dietetyczna, ułożenie jadłospisu przez dietetyka, porada lekarska, badania diagnostyczne, zabiegi pielęgniarstwa służące przywróceniu, poprawie, zachowaniu lub zapobieżeniu pogorszeniu się stanu zdrowia lub profilaktyce;
- 6) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – choroba Ubezpieczonego zdiagnozowana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Programu Zdrowotnego Mój Dietetyk, wymagająca wykonania przez dietetyka lub placówkę medyczną w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej usługi medycznej wymienionej w Katalogu Świadczeń.

Co obejmuje ubezpieczenie?

§ 3. Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4. Zakres ubezpieczenia

1. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, ochrona ubezpieczeniowa obejmuje prawo do świadczeń ubezpieczeniowych udzielonych Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności TU ZDROWIE, których wykonanie jest uzasadnione z medycznego punktu widzenia i jest koordynowane przez Konsultanta Medycznego.
2. Zakres ubezpieczenia jest określony w polisie, umowie ubezpieczenia, warunkach ubezpieczenia i w Katalogu Świadczeń.

Kiedy nie mogę skorzystać ze świadczeń?

§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności

1. TU ZDROWIE nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli choroba była leczona lub została zdiagnozowana przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej Programu Zdrowotnego Mój Dietetyk.
2. TU ZDROWIE nie ponosi odpowiedzialności za usługi medyczne wykonane bez uzgodnienia z Konsultantem Medycznym.
3. TU ZDROWIE nie ponosi ponadto odpowiedzialności za zdarzenia i usługi medyczne wymienione w § 5 OWU.

Jak mogę skorzystać ze świadczenia?

§ 6. Świadczenia

1. W celu rozpoczęcia realizacji Programu Zdrowotnego, Ubezpieczony powinien przesłać do TU ZDROWIE on-line za pośrednictwem Panelu Ubezpieczonego na stronie www.tuzdrowie.pl, poprzez aplikację mobilną TU ZDROWIE lub na adres e-mail ubezpieczenia@tuzdrowie.pl następujące dokumenty:
 - a. wypełniony dokument „Wniosek o rozpoczęcie Programu Zdrowotnego” sporządzony na formularzu TU ZDROWIE dostępny na stronie www.tuzdrowie.pl lub wniosek elektroniczny,
 - b. czytelną kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie choroby.
2. Konsultant Medyczny w ciągu 3 dni roboczych skontaktuje się z Ubezpieczonym na podany we wniosku numer telefonu oraz adres e-mail w celu:
 - a. przekazania informacji o akceptacji przesłanego wniosku i rozpoczęciu realizacji Programu Zdrowotnego,
 - lub
 - b. wystąpienia o dodatkową dokumentację medyczną,
 - lub
 - c. przekazania informacji o wystąpieniu o dokumentację medyczną do placówek medycznych, w których Ubezpieczonych leczyl się dotychczas.
3. Po uzyskaniu dodatkowej dokumentacji medycznej Konsultant Medyczny w ciągu 3 dni roboczych podejmuje decyzję o rozpoczęciu Programu Zdrowotnego lub przekazuje informację o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego.

4. Decyzja o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego wraz z uzasadnieniem jest przesyłana na adres e-mail lub adres korespondencyjny podany we Wniosku o rozpoczęcie Programu Zdrowotnego, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych, po kontakcie telefonicznym z Ubezpieczonym.
5. Ubezpieczonemu przysługują świadczenia ubezpieczeniowe, **uzasadnione z medycznego punktu widzenia**, opisane w Katalogu Świadczeń, w całości **koordynowane przez Konsultanta Medycznego**.
6. Ubezpieczony może uzyskać **świadczenie ubezpieczeniowe w formie rzeczowej lub w formie pieniężnej** w wysokości 100% jeżeli miejsce wykonania usługi medycznej wskazane zostało Ubezpieczonemu przez Konsultanta Medycznego.
7. Ubezpieczony może uzyskać **świadczenie pieniężne** w wysokości ograniczonej przez GGO, jeżeli wykona usługę w innej placówce niż wskazana przez konsultanta Medycznego. W takim przypadku Ubezpieczony ma obowiązek przesłać do TU ZDROWIE on-line za pośrednictwem Panelu Ubezpieczonego na stronie www.tuzdrowie.pl, aplikacji mobilnej lub pocztą niezbędne dokumenty:
 - a. oryginał lub czytelną kopię faktury/rachunku wystawionych w związku wykonaniem usługi medycznej, z wyszczególnieniem nazwy udzielonej usługi wraz z ceną jednostkową,
 - b. wypełniony dokument „Wniosek o wypłatę świadczenia” sporządzony na formularzu TU ZDROWIE dostępnym na stronie www.tuzdrowie.pl lub wniosek elektroniczny.
8. Szczegółowe informacje dotyczące realizacji świadczeń są opisane w Katalogu Świadczeń.

Niniejsze SWU MD o kodzie SWU/02/2021 Zostały przyjęte na mocy uchwały Zarządu UZ/02/2021 dnia 05.01.2020 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia obowiązujących po tym dniu.

Prezes Zarządu
Aleksander Roda



Członek Zarządu
Sławomir Koszewski



Szczególne Warunki Ubezpieczenia POWRÓT DO ZDROWIA PO COVID-19

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 Szczególnych Warunków Ubezpieczenia POWRÓT DO ZDROWIA PO COVID-19, określających kwestie wskazane w nazwach tych sekcji:

l.p.	sekcja	postanowienia Szczególnych Warunków Ubezpieczenia
3.	przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2; § 4; § 6
4.	ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2; § 5; § 6

§ 1. Postanowienia ogólne

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia POWRÓT DO ZDROWIA PO COVID-19 (zwane dalej SWU PV) mają zastosowanie wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia POLISA ZDROWIE lub POLISA TELEREFUNDACYJNA (zwanych dalej OWU).
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU PV zastosowanie mają OWU.
3. Postanowienia niniejszych SWU mają pierwszeństwo przed postanowieniami OWU.

Co oznaczają określenia użyte w tym dokumencie?

§ 2. Definicje

Przez użyte w niniejszych SWU PV pojęcia rozumie się:

- 1) **choroba Covid-19** – choroba zakaźna stwierdzona u Ubezpieczonego, wywołana przez wirus SARS-CoV-2, potwierdzona pozytywnym wynikiem testu RT-PCR;
- 2) **Katalog Świadczeń** – wykaz usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu w ramach Programu Zdrowotnego, których realizacja jest w całości koordynowana przez Konsultanta Medycznego, stanowiący Załącznik do niniejszych SWU;
- 3) **Konsultant Medyczny** – profesjonalista w dziedzinie medycyny organizujący proces diagnostyczny, wskazujący niezbędne do wykonania przez Ubezpieczonego usługi medyczne samodzielnie lub w porozumieniu z lekarzem leczącym Ubezpieczonego;
- 4) **Program Zdrowotny Powrót do zdrowia po Covid-19 (Program Zdrowotny)** – opisany w Katalogu Świadczeń zakres usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu w ramach ochrony ubezpieczeniowej, koordynowany w całości przez Konsultanta Medycznego;
- 5) **usługa medyczna** – porada lekarska, badania diagnostyczne, zabiegi pielęgniarstwa i inne działania koordynowane w całości przez Konsultanta Medycznego, służące przywróceniu, poprawie, zachowaniu lub zapobieżeniu pogorszenia się stanu zdrowia lub profilaktyce;
- 6) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – stwierdzenie u Ubezpieczonego choroby Covid-19, która w ciągu 3 miesięcy od zdiagnozowania choroby lub zakończenia leczenia szpitalnego z tytułu choroby Covid-19 wymaga dalszego leczenia w celu uzyskania pełni zdrowia i wykonania przez placówkę medyczną w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej usługi medycznej wymienionej w Katalogu Świadczeń. Dopuszcza się, że zdarzenie ubezpieczeniowe może wystąpić w okresie ochrony lub w ciągu 3 miesięcy przed rozpoczęciem okresu ochrony.

Co obejmuje ubezpieczenie?

§ 3. Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4. Zakres ubezpieczenia

1. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, ochrona ubezpieczeniowa obejmuje prawo do świadczeń ubezpieczeniowych udzielonych Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności TU ZDROWIE, których wykonanie jest uzasadnione z medycznego punktu widzenia i jest koordynowane przez Konsultanta Medycznego.
2. Zakres ubezpieczenia jest określony w polisie, umowie ubezpieczenia, warunkach ubezpieczenia i w Katalogu Świadczeń.

Kiedy nie mogę skorzystać ze świadczeń?

§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności

1. TU ZDROWIE nie ponosi odpowiedzialności za usługi medyczne wykonane bez uzgodnienia z Konsultantem Medycznym.
2. TU ZDROWIE nie ponosi ponadto odpowiedzialności za zdarzenia i usługi medyczne wymienione w § 5 OWU.

Jak mogę skorzystać ze świadczenia?

§ 6. Świadczenia

1. W celu rozpoczęcia realizacji Programu Zdrowotnego Ubezpieczony powinien przesłać do TU ZDROWIE on-line za pośrednictwem Panelu Ubezpieczonego na stronie www.tuzdrowie.pl, poprzez aplikację mobilną TU ZDROWIE lub na adres ubezpieczenia@tuzdrowie.pl następujące dokumenty:
 - a. podpisany „Wniosek o rozpoczęcie Programu Zdrowotnego” sporządzony na formularzu TU ZDROWIE dostępny na stronie www.tuzdrowie.pl lub wniosek elektroniczny,
 - b. kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie choroby Covid-19, tj. kopię wyniku badania RT-PCR lub kopię karty leczenia szpitalnego.
2. Konsultant Medyczny w ciągu 3 dni roboczych skontaktuje się z Ubezpieczonym na podany we wniosku numer telefonu oraz adres e-mail w celu:
 - a. przekazania informacji o akceptacji przesłanego wniosku i rozpoczęciu realizacji Programu Zdrowotnego,
 lub
 - b. wystąpienia o dodatkową dokumentację medyczną,
 lub
 - c. przekazania informacji o wystąpieniu o dokumentację medyczną do placówek medycznych, w których Ubezpieczonych leczyl się dotychczas.
3. Po uzyskaniu dodatkowej dokumentacji medycznej Konsultant Medyczny w ciągu 3 dni roboczych podejmuje decyzję o rozpoczęciu Programu Zdrowotnego lub przekazuje informację o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego.
4. Decyzja o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego wraz z uzasadnieniem jest przesyłana na adres korespondencyjny podany we Wniosku o rozpoczęcie

Programu Zdrowotnego, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych, po kontakcie telefonicznym z Ubezpieczonym.

5. Ubezpieczonemu przysługują świadczenia ubezpieczeniowe, **uzasadnione z medycznego punktu widzenia**, opisane w Katalogu Świadczeń, w całości **koordynowane przez Konsultanta Medycznego**.
6. Ubezpieczony może uzyskać **świadczenie ubezpieczeniowe w formie rzeczowej lub w formie pieniężnej w wysokości 100%** jeżeli miejsce wykonania usługi medycznej wskazane zostało Ubezpieczonemu przez Konsultanta Medycznego.
7. Ubezpieczony może uzyskać **świadczenie pieniężne** w wysokości ograniczonej przez GGO, jeżeli wykona usługę w innej placówce niż wskazana przez konsultanta Medycznego. W takim przypadku Ubezpieczony ma obowiązek przesłać do TU ZDROWIE on-line za

pośrednictwem Panelu Ubezpieczonego na stronie www.tuzdrowie.pl, aplikacji mobilnej lub pocztą niezbędne dokumenty:

- a. oryginał lub czytelną kopię faktury/rachunku wystawionych w związku wykonaniem usługi medycznej, z wyszczególnieniem nazwy udzielonej usługi wraz z ceną jednostkową,
 - b. wypełniony dokument „Wniosek o wypłatę świadczenia” sporządzony na formularzu TU ZDROWIE dostępnym na stronie www.tuzdrowie.pl lub wniosek elektroniczny.
8. Szczegółowe informacje dotyczące realizacji świadczeń są opisane w Katalogu Świadczeń.

Niniejsze SWU PV o kodzie SWU/07/2021 zostały przyjęte na mocy uchwały Zarządu UZ/26/2021 dnia 18.05.2021 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia obowiązujących po tym dniu.

Prezes Zarządu
Aleksander Roda



Członek Zarządu
Sławomir Koszewski



Szczególne Warunki Ubezpieczenia MÓJ ORTOPEDA

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 Szczególnych Warunków Ubezpieczenia MÓJ ORTOPEDA, określających kwestie wskazane w nazwach tych sekcji:

l.p.	sekcja	postanowienia Szczególnych Warunków Ubezpieczenia
1.	przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2; § 4; § 6
2.	ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2; § 5; § 6

§ 1. Postanowienia ogólne

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia MÓJ ORTOPEDA (zwanymi dalej SWU MR) mają zastosowanie wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia POLISA ZDROWIE lub POLISA TELEREFUNDACYJNA (zwanymi dalej OWU).
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU MR zastosowanie mają OWU.
3. Postanowienia niniejszych SWU MR mają pierwszeństwo przed postanowieniami OWU.

Co oznaczają określenia użyte w tym dokumencie?

§ 2. Definicje

Przez użyte w niniejszych SWU MR pojęcia rozumie się:

- 1) **złamanie kości lub zwichnięcie stawu** – całkowite przerwanie ciągłości kości albo uszkodzenie, w którym dochodzi do utraty kontaktu powierzchni stawowych, przemieszczenia w torebce stawowej z towarzyszącym uszkodzeniem struktur wewnątrzstawowych (więzadeł, chrząstki, łąkówek) albo rozerwaniem torebki stawowej, potwierdzone badaniem radiologicznym;
- 2) **Katalog Świadczeń** – wykaz usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu w ramach Programu Zdrowotnego, których realizacja jest w całości koordynowana przez Konsultanta Medycznego, stanowiący Załącznik do niniejszych SWU;
- 3) **Konsultant Medyczny** – profesjonalista w dziedzinie medycyny organizujący proces diagnostyczny, wskazujący niezbędne do wykonania przez Ubezpieczonego usługi medyczne samodzielnie lub w porozumieniu z lekarzem leczącym Ubezpieczonego;
- 4) **Program Zdrowotny Mój Ortopeda (Program Zdrowotny)** – opisany w Katalogu Świadczeń zakres usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu w ramach ochrony ubezpieczeniowej, koordynowany w całości przez Konsultanta Medycznego;
- 5) **usługa medyczna** – porada lekarska, badania diagnostyczne, zabiegi pielęgniarstwa, rehabilitacyjne i inne działania koordynowane w całości przez Konsultanta Medycznego, służące przywróceniu, zachowaniu, poprawie zdrowia lub zapobieżeniu pogorszeniu stanu zdrowia Ubezpieczonego w jak najkrótszym czasie;
- 6) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – następujące w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej złamanie kości lub zwichnięcie stawu rozpoznane przez lekarza leczącego udzielającego pierwszej pomocy wymagające wykonania przez placówkę medyczną, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej usługi medycznej wymienionej w Katalogu Świadczeń.

Co obejmuje ubezpieczenie?

§ 3. Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4. Zakres ubezpieczenia

1. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, ochrona ubezpieczeniowa obejmuje prawo do świadczeń ubezpieczeniowych udzielonych Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności TU ZDROWIE, których wykonanie jest uzasadnione z medycznego punktu widzenia i jest koordynowane przez Konsultanta Medycznego.
2. Zakres ubezpieczenia jest określony w polisie, umowie ubezpieczenia, warunkach ubezpieczenia i w Katalogu Świadczeń.

Kiedy nie mogę skorzystać ze świadczeń?

§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności

1. TU ZDROWIE nie ponosi odpowiedzialności jeżeli złamanie kości lub zwichnięcie stawu:
 - 1) było leczone lub zostało zdiagnozowane przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub jeżeli Ubezpieczony skorzystał z usługi medycznej związanej z tym złamaniem kości lub zwichnięciem stawu przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) jest skutkiem uprawiania przez Ubezpieczonego sportów ekstremalnych rozumianych jako:
 - a. sporty powietrzne tj.: skoki ze spadochronem, paralotniarstwo, szybownictwo, amatorskie pilotowanie samolotów silnikowych;
 - b. kolarstwo górskie,
 - c. sporty motorowe,
 - d. wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, speleologia,
 - e. skoki akrobatyczne na nartach i snowboardzie, skoki narciarskie, surfing, windsurfing, kitesurfing (wodny i zimowy),
 - f. sporty, w których wykorzystywane są pojazdy poruszające się po śniegu lub lodzie,
 - g. jazda konna, polo,
 - h. nurkowanie z użyciem sprzętu umożliwiającego oddychanie sprężonym powietrzem lub inną mieszkanką,
 - i. myślistwo,
 - j. rafting lub inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich,
 - k. sporty walki i systemy walki;
 - 3) występuje w przebiegu choroby nowotworowej.
2. TU ZDROWIE nie ponosi odpowiedzialności za usługi medyczne wykonane bez uzgodnienia z Konsultantem Medycznym.
3. TU ZDROWIE nie ponosi ponadto odpowiedzialności za zdarzenia i usługi medyczne wymienione w § 5 OWU.
4. TU ZDROWIE nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły w czasie trwania karencji.

Jak mogę skorzystać ze świadczenia?

§ 6. Świadczenia

1. W celu rozpoczęcia realizacji Programu Zdrowotnego Ubezpieczony powinien przesłać do TU ZDROWIE on-line za pośrednictwem Panelu Ubezpieczonego na stronie www.tuzdrowie.pl, poprzez aplikację mobilną TU ZDROWIE lub na adres ubezpieczenia@tuzdrowie.pl następujące dokumenty:
 - a. podpisany „Wniosek o rozpoczęcie Programu Zdrowotnego” sporządzony na formularzu TU ZDROWIE dostępny na stronie www.tuzdrowie.pl lub wniosek elektroniczny,
 - b. kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie złamania kości lub zwichnięcia stawu.
2. Konsultant Medyczny w ciągu 3 dni roboczych skontaktuje się z Ubezpieczonym na podany we wniosku numer telefonu oraz adres e-mail w celu:
 - a. przekazania informacji o akceptacji przesłanego wniosku i rozpoczęciu realizacji Programu Zdrowotnego,
lub
 - b. wystąpienia o dodatkową dokumentację medyczną,
lub
 - c. przekazania informacji o wystąpieniu o dokumentację medyczną do placówek medycznych, w których Ubezpieczonych leczyl się dotychczas.
3. Po uzyskaniu dodatkowej dokumentacji medycznej Konsultant Medyczny w ciągu 3 dni roboczych podejmuje decyzję o rozpoczęciu Programu Zdrowotnego lub przekazuje informację o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego.
4. Decyzja o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego wraz z uzasadnieniem jest przesyłana na adres korespondencyjny podany we Wniosku o rozpoczęcie Programu Zdrowotnego, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych, po kontakcie telefonicznym z Ubezpieczonym.
5. Ubezpieczonemu przysługują świadczenia ubezpieczeniowe, **uzasadnione z medycznego punktu widzenia**, opisane w Katalogu Świadczeń, w całości **koordynowane przez Konsultanta Medycznego**.
6. Ubezpieczony może uzyskać **świadczenie ubezpieczeniowe w formie rzeczowej lub w formie pieniężnej w wysokości 100%** jeżeli miejsce wykonania usługi medycznej wskazane zostało Ubezpieczonemu przez Konsultanta Medycznego.
7. Ubezpieczony może uzyskać **świadczenie pieniężne** w wysokości ograniczonej przez GGO, jeżeli wykona usługę w innej placówce niż wskazana przez konsultanta Medycznego. W takim przypadku Ubezpieczony ma obowiązek przesłać do TU ZDROWIE on-line za pośrednictwem Panelu Ubezpieczonego na stronie www.tuzdrowie.pl, aplikacji mobilnej lub pocztą niezbędne dokumenty:
 - a. oryginał lub czytelną kopię faktury/rachunku wystawionych w związku wykonaniem usługi medycznej, z wyszczególnieniem nazwy udzielonej usługi wraz z ceną jednostkową,
 - b. wypełniony dokument „Wniosek o wypłatę świadczenia” sporządzony na formularzu TU ZDROWIE dostępnym na stronie www.tuzdrowie.pl lub wniosek elektroniczny.
8. Szczegółowe informacje dotyczące realizacji świadczeń są opisane w Katalogu Świadczeń.

Niniejsze SWU MR o kodzie SWU/03/2021 zostały przyjęte na mocy uchwały Zarządu UZ/03/2021 dnia 05.01.2021 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia obowiązujących po tym dniu.

Prezes Zarządu
Aleksander Roda



Członek Zarządu
Sławomir Koszewski



Szczególne Warunki Ubezpieczenia POMOC W CHOROBIE

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 Szczególnych Warunków Ubezpieczenia POMOC w CHOROBIE, określających kwestie wskazane w nazwach tych sekcji:

l.p.	sekcja	postanowienia Szczególnych Warunków Ubezpieczenia
1.	przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2; § 4; § 6
2.	ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2; § 5; § 6; § 7

§ 1. Postanowienia ogólne

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia POMOC w CHOROBIĘ (zwane dalej SWU PC) mają zastosowanie wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia POLISA ZDROWIE lub POLISA TELEREFUNDACYJNA (zwanymi dalej OWU).
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU PC zastosowanie mają OWU.
3. Postanowienia niniejszych SWU PC mają pierwszeństwo przed postanowieniami OWU.

Co oznaczają określenia użyte w tym dokumencie?

§ 2. Definicje

Przez użyte w niniejszych SWU PC pojęcia rozumie się:

- 1) **Centrum Operacyjne** – AWP Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B, zajmująca się w imieniu TU ZDROWIE organizacją świadczeń przysługujących zgodnie z niniejszymi SWU PC w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, której Ubezpieczony lub inna osoba kontaktująca się w jego imieniu zobowiązana jest zgłosić Zdarzenie ubezpieczeniowe pod numerem telefonu: (22) 563 12 09 lub (22) 383 22 09;
- 2) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99);
- 3) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, do ukończenia 18 roku życia;
- 4) **górną granicą odpowiedzialności** – GGO - wskazany w Katalogu Świadczeń dla każdego zdarzenia ubezpieczeniowego limit świadczenia, wyrażony w PLN, ponoszony przez Centrum Operacyjne lub wypłacany Ubezpieczonemu lub osobie przez niego wskazanej w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w wariantcie ubezpieczenia, z którego korzysta dany Ubezpieczony;
- 5) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego trwający nieprzerwanie nie krócej niż 24 godziny, związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie;
- 6) **lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego na skutek nagłej choroby, niebędący ani członkiem rodziny Ubezpieczonego ani lekarzem Centrum Operacyjnego;
- 7) **miejsce zamieszkania** – adres posesji, budynku lub lokalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, stanowiący miejsce zamieszkania Ubezpieczonego, wskazany przez Ubezpieczonego podczas pierwszego zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego do Centrum Operacyjnego;
- 8) **nagła choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub dowolnego czynnika np. mechanicznego, termicznego, elektrycznego prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 9) **osoba niesamodzielną** – osoba zamieszkująca z Ubezpieczonym, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki Ubezpieczonego, który w wyniku zdarzenia ubezpieczeniowego takiej opieki nie może sprawować;
- 10) **poronienie** – przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 20 tygodni;
- 11) **sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający Ubezpieczonemu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie. Za sprzęt rehabilitacyjny w rozumieniu niniejszych SWU PC uznaje się wyłącznie: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, wałek, półwałek, klin, kostkę do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, matę rehabilitacyjną, lekki gips, poduszkę ortopedyczną, stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (w tym sznurówka łędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy;
- 12) **szpital** – placówka opieki zdrowotnej, której zadaniem jest udzielanie całodobowej opieki w zakresie leczenia i diagnostyki w stałych pomieszczeniach, odpowiednio do tego przystosowanych, zatrudniająca wykwalifikowany personel medyczny. Za szpital w rozumieniu niniejszych SWU PC nie uznaje się: domu opieki, domu pomocy społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarskiej, hospicjum onkologicznego, ośrodka leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych czy alkoholowych, ośrodka rekonwalescencyjny, uzdrowskiego, sanatoryjnego ani ośrodka wypoczynkowego, szpitala rehabilitacyjnego, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, oddziałów dziennego pobytu, jak również ośrodków rehabilitacji oraz zakładów opieki zdrowotnej, których podstawowym celem jest prowadzenie leczenia uzdrowskiego lub rehabilitacyjnego;
- 13) **transport medyczny** – transport zapewniony Ubezpieczonemu przez Centrum Operacyjne, dostosowany do jego stanu zdrowia i świadczony, jeżeli jego stan zdrowia nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego. Za transport medyczny nie uważa się dojazdów do poradni rehabilitacyjnej;
- 14) **trudna sytuacja losowa** – stan zdrowia psychicznego Ubezpieczonego po urodzeniu martwego dziecka, poronieniu, śmierci dziecka, współmałżonka, partnera życiowego lub rodzica;
- 15) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – nagła choroba Ubezpieczonego powodująca niemożność wykonywania czynności życia codziennego lub konieczność uzyskania dodatkowych informacji i wymagająca poniesienia dodatkowych kosztów związanych z tą chorobą lub stanem zdrowia Ubezpieczonego.

§ 3. Definicje szczegółowe świadczeń

1. W ramach ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczonemu, w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego przysługują następujące świadczenia:
 - 1) **dostarczenie leków** – jeżeli Ubezpieczony, w wyniku nagłej choroby, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie wskazanym na zwolnieniu lekarskim, będzie wymagał leżenia – Centrum Operacyjne organizuje i pokrywa koszty dostarczenia leków zaordynowanych przez lekarza,

- z apteki na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej do miejsca zamieszkania. Koszty leków pokrywa Ubezpieczony;
- 2) **opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi** – w razie trwającej co najmniej 3 dni hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek nagłej choroby – Centrum Operacyjne organizuje i pokrywa koszty opieki nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego. Usługa jest realizowana na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą;
 - 3) **organizacja procesu rehabilitacyjnego** – w razie nagłej choroby, jeżeli Ubezpieczony, zgodnie z pisemną opinią lekarza prowadzącego leczenie, wymaga rehabilitacji w poradni rehabilitacyjnej lub w miejscu zamieszkania – Centrum Operacyjne pokrywa koszty organizacji procesu rehabilitacyjnego. Koszty organizacji procesu rehabilitacyjnego to koszty transportu Ubezpieczonego do poradni rehabilitacyjnej, koszty wizyty i zabiegów w poradni rehabilitacyjnej albo koszty wizyty fizjoterapeuty w miejscu zamieszkania;
 - 4) **pomoc domowa po hospitalizacji** – w razie co najmniej 7 dniowej hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek nagłej choroby – Centrum Operacyjne organizuje i pokrywa koszty pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji, jeżeli Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników. Usługa dotyczy pomocy w przygotowywaniu posiłku, zrobieniu zakupów, pomocy w ubieraniu i myciu oraz czynnościach pielęgnacyjnych, wykonywaniu drobnych porządków (odkurzanie, mycie podłóg, umycie naczyń). W zakres usługi nie wchodzi natomiast mycie okien, przesuwanie mebli;
 - 5) **pomoc pielęgniarki po hospitalizacji** – w razie co najmniej 5 dniowej hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek nagłej choroby – Centrum Operacyjne organizuje i pokrywa koszty pomocy pielęgniarki po zakończeniu hospitalizacji, na podstawie pisemnego zalecenia pomocy pielęgniarki w miejscu zamieszkania od lekarza prowadzącego leczenie. Pomoc pielęgniarki po hospitalizacji obejmuje pomoc w umyciu, skorzystaniu z toalety, zrobieniu iniekcji zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, zmiany opatrunku, podaniu leków;
 - 6) **pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej** – Centrum Operacyjne organizuje i pokrywa koszty pomocy psychologa dla Ubezpieczonego, który znajdzie się w trudnej sytuacji losowej;
 - 7) **przewóz dzieci do osoby wyznaczonej** – w razie trwającej co najmniej 3 dni hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek nagłej choroby – Centrum Operacyjne organizuje i pokrywa koszt przewozu dzieci (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy) do osoby wyznaczonej przez Ubezpieczonego, pod opieką osoby uprawnionej przez Centrum Operacyjne, do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi, oraz ich powrotu. Przewóz dzieci do osoby wyznaczonej jest realizowany na wniosek Ubezpieczonego i za pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę sprawować;
 - 8) **transport medyczny do przychodni** – w razie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Ubezpieczony wymaga, zgodnie z pisemną opinią lekarza prowadzącego leczenie, wizyty w przychodni – Centrum Operacyjne organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego do przychodni, o ile nie jest konieczna, według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie, interwencja pogotowia ratunkowego;
 - 9) **transport medyczny do szpitala** – w razie nagłej choroby, jeżeli Ubezpieczony wymaga, zgodnie z pisemną opinią Lekarza prowadzącego leczenie, pobytu w szpitalu – Centrum Operacyjne organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego do szpitala, o ile nie jest konieczna, według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie, interwencja pogotowia ratunkowego;
 - 10) **transport medyczny z przychodni** – w razie nagłej choroby, jeżeli Ubezpieczony wymaga po wizycie w przychodni transportu medycznego do miejsca zamieszkania, zgodnie z pisemną opinią Lekarza prowadzącego leczenie – Centrum Operacyjne organizuje i pokrywa koszt transportu medycznego z przychodni do miejsca zamieszkania, o ile nie jest konieczna, według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie, interwencja pogotowia ratunkowego;
 - 11) **transport medyczny ze szpitala** – w razie nagłej choroby, jeżeli Ubezpieczony wymaga po pobycie w szpitalu transportu medycznego do miejsca zamieszkania, zgodnie z pisemną opinią Lekarza prowadzącego leczenie – Centrum Operacyjne organizuje i pokrywa koszt transportu medycznego ze szpitala do miejsca zamieszkania, o ile nie jest konieczna, według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie, interwencja pogotowia ratunkowego;
 - 12) **transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi** – w razie nagłej choroby, jeżeli Ubezpieczony przebywa w placówce medycznej, która nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy Ubezpieczony został skierowany przez lekarza prowadzącego leczenie na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej – Centrum Operacyjne organizuje i pokrywa koszt transportu medycznego pomiędzy placówkami medycznymi, o ile nie jest konieczna, według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie, interwencja pogotowia ratunkowego;
 - 13) **transport sprzętu rehabilitacyjnego** – w razie nagłej choroby, jeżeli Ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu zamieszkania – Centrum Operacyjne organizuje i pokrywa koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania;
 - 14) **wizyta lekarza po nagłej chorobie** – spowodowanej przez dowolny czynnik np. mechaniczny, termiczny, elektryczny, inny niż chorobotwórczy, skutkującej hospitalizacją Ubezpieczonego, po której zakończeniu Ubezpieczony potrzebuje wizyty lekarza – Centrum Operacyjne organizuje i pokrywa koszty wizyty lekarza w placówce medycznej lub koszty dojazdów lekarza do miejsca zamieszkania oraz jego honorariów, o ile nie jest konieczna, w opinii dyspozytora pogotowia ratunkowego, interwencja pogotowia ratunkowego;
 - 15) **wizyta pielęgniarki po nagłej chorobie** – spowodowanej przez dowolny czynnik np. mechaniczny, termiczny, elektryczny, inny niż chorobotwórczy, skutkującej hospitalizacją

Ubezpieczonego, po której zakończeniu stan zdrowia Ubezpieczonego, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga wizyty pielęgniarki – Centrum Operacyjne organizuje i pokrywa koszty dojazdów pielęgniarki do miejsca zamieszkania oraz jej honorariów;

16) **wizyta położnej** – Centrum Operacyjne organizuje i pokrywa koszty dojazdów i honorarium położnej do dziecka Ubezpieczonego i Ubezpieczonej do miejsca zamieszkania, w okresie 1. (pierwszego) miesiąca po wyjściu Ubezpieczonej ze szpitala w związku z porodem;

17) **wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego** – w razie nagłej choroby, jeżeli Ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu zamieszkania – Centrum Operacyjne organizuje i pokrywa koszty wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego;

18) **pomoc medyczna za granicą** – w razie nagłej choroby poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej – Centrum Operacyjne organizuje i pokrywa koszty wizyty Ubezpieczonego w placówce medycznej poza granicami lub koszty dojazdu i honorarium lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego wariantem ubezpieczenia;

19) **pomoc domowa** – usługa realizowana po powrocie do kraju hospitalizowanego ubezpieczonego wymagającego kontynuacji leczenia w Rzeczypospolitej Polskiej. Centrum Operacyjne organizuje i pokrywa koszt pomocy domowej jeżeli ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy innych domowników zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego wariantem ubezpieczenia. Usługa realizowana jest raz w roku przez okres do 7 dni. Usługa dotyczy pomocy w przygotowywaniu posiłku, zrobieniu zakupów, pomocy w ubieraniu i myciu oraz czynnościach pielęgnacyjnych, wykonywaniu drobnych porządków (odkurzanie, mycie podłóg, umycie naczyń). W zakres usługi nie wchodzi natomiast mycie okien, przesuwanie mebli.

2. TU ZDROWIE, za pośrednictwem Centrum Operacyjnego, udziela Ubezpieczonemu informacji w zakresie:

1) **Infolinii baby assistance**, w ramach której Ubezpieczony otrzymuje dostęp do informacji na temat:

- objawów ciąży,
- badania prenatalnych,
- wskazówek w zakresie przygotowania się do porodu,
- szkół rodzenia,
- pielęgnacji w ciąży i po porodzie,
- karmienia i pielęgnacji niemowlęcia,
- obowiązkowych szczepień dzieci;

2) **Infolinii medycznej**, w ramach której Ubezpieczony otrzymuje dostęp do informacji na temat:

- państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,

- działania leków, skutków ubocznych, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,

- placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,

- placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,

- niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych,

- diet, zdrowego żywienia,

- domów pomocy społecznej, hospicjów,

- apteek czynnych przez całą dobę.

§ 4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

Kiedy nie mogę skorzystać ze świadczeń?

§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności

1. TU ZDROWIE nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia powstałe w następstwie:

- umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności lub zasadom współżycia społecznego;
- popelnienia lub usiłowania popelnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego w rozumieniu ustawy Kodeks karny lub naruszenia innych powszechnie obowiązujących przepisów karnych;
- umyślnego samookaleczenia, samobójstwa lub jego usiłowania przez Ubezpieczonego;
- działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, zamachu terrorystycznego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością;
- wszelkich stanów chorobowych niezwiązanych ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym;
- chorób psychicznych;
- nieprzestrzegania zaleceń lekarza prowadzącego leczenie;
- leczenia eksperymentalnego lub niepotwierdzonego naukowo, profilaktyki zdrowotnej, z wyjątkiem czynności zaakceptowanych przez lekarza Centrum Operacyjnego;
- katastrof naturalnych, działania ognia lub innych żywiołów (trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powodzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne);
- opóźnienia w realizacji usług assistance przez TU ZDROWIE wskutek strajków, niepokoїв społecznych, zamieszek, aktów terroryzmu, sabotażu, wojny, wojny domowej, promieniowania radioaktywnego;
- opóźnienia w realizacji świadczeń przez TU ZDROWIE wskutek działania siły wyższej;

- 12) strajków, lokautów, aktów terroryzmu, sabotażu, buntu, rozruchów, rewolucji, powstania, zamieszek społecznych i wojskowych, wojny, wojny domowej, a także konfiskaty, nacjonalizacji, przetrzymywania, zarekwirowania i zniszczenia mienia na podstawie obowiązujących przepisów prawa;
 - 13) użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
 - 14) spożycia alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile miało to wpływ na powstanie lub rozmiar szkody;
 - 15) spożycia leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na powstanie lub rozmiar szkody;
 - 16) leczenia powstałego na skutek wojen, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachów stanu, aktów terroru, powstania, strajków oraz skażeń chemicznych lub radioaktywnych, materiałów nuklearnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy;
 - 17) wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu, przez które rozumie się regularne lub intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach, imprezach czy obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu, czy czerpany jest dochód z uprawionej dyscypliny sportu;
 - 18) amatorskiego uprawiania sportów ekstremalnych, przez które rozumie się: abseiling, alpinizm, baloniarstwo, bobsleje, bouldering, canoeing górski, downhill MTB, ekstremalne maratony biegowe, football amerykański, free skiing (narciarstwo poza wyznaczonymi trasami), gimnastyka sportowa i akrobatyczna, heli-skiing, heli-snowboarding, himalaizm (wyprawy w góry powyżej 5500 m. n.p.m.), kajakarstwo górskie, kite-snowboarding, kite-skiing, kite-surfing, motocross, nurkowanie z akwalungiem poniżej 30 m, polo, rafting, rajdy terenowe, rugby, saneczkarstwo, skoki do wody, skoki na bungee, skoki spadochronowe, jazda skuterem wodnym, speleologia, szybownictwo, taternictwo, triathlon, signum polonicum, walki rycerskie, wspinaczka indoorowa, wspinaczka lodowa, wspinaczka wysokogórska.
 - 19) leczenia eksperymentalnego i niepotwierzonego badaniami;
 - 20) zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje kosztów świadczeń w związku ze zdarzeniami ubezpieczeniowymi, które miały miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, z wyjątkiem usługi pomocy medyczna za granicą, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt 18 i 19 zgodnie z posiadanym wariantem ubezpieczenia.
 3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje kosztów wypłaty zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.
 4. W przypadku, gdy świadczenie określone w SWU PC wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej

zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej, TU ZDROWIE nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia, w przypadku niewyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody, o której mowa powyżej, pod warunkiem iż niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało z niewyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz udostępnienia dokumentacji z leczenia.

5. TU ZDROWIE nie ponosi ponadto odpowiedzialności za zdarzenia i usługi medyczne wymienione w § 5 OWU.

Jak mogę uzyskać świadczenie?

§ 6. Świadczenia

1. Ubezpieczony lub inna osoba kontaktująca się w jego imieniu ma obowiązek niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia ubezpieczeniowego, powzięciu informacji o jego wystąpieniu lub zaistnieniu konieczności skorzystania ze świadczenia objętego zakresem ochrony zgodnie z niniejszym SWU PC powiadomić o nim Centrum Operacyjne pod numerem telefonu: **48 (22) 563 12 09 lub (22) 383 22 09**
2. W razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony lub inna osoba kontaktująca się z Centrum Operacyjnym powinna podać poniższe informacje niezbędne do ustalenia uprawnień Ubezpieczonego do uzyskania świadczeń:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) datę zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą;
 - 4) opis zdarzenia i rodzaj wymaganej pomocy;
 - 5) adres miejsca zamieszkania;
 - 6) adres korespondencyjny.
3. Ubezpieczony lub osoba kontaktująca się w jego imieniu z Centrum Operacyjnym powinni dokładnie wyjaśnić dyżurującemu pracownikowi Centrum Operacyjnego okoliczności, w jakich Ubezpieczony się znajduje i jakiej pomocy potrzebuje oraz umożliwić lekarzowi Centrum Operacyjnego dostęp do informacji medycznych niezbędnych do udzielenia świadczeń wymienionych w SWU PC.
4. Ubezpieczony lub osoba kontaktująca się w jego imieniu zobowiązani są na wniosek Centrum Operacyjnego przesłać pocztą lub za pośrednictwem e-mail na adres: assistance@mondial-assistance.pl, następujące dokumenty:
 - 1) kopię sporządzonej przez lekarza prowadzącego leczenie diagnozy;
 - 2) kopię karty wypisowej ze szpitala;
 - 3) kopię skierowania lekarza prowadzącego leczenie do przeprowadzenia konsultacji lub zalecenia dodatkowych świadczeń.
5. TU ZDROWIE zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów, kontaktując się w tym celu z placówką medyczną lub lekarzem prowadzącym leczenie.

6. W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, o których mowa w ust. 4, Centrum Operacyjne niezwłocznie, nie później niż w terminie 3 dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego o tym, czy zaistniałe zdarzenie stanowi zdarzenie ubezpieczeniowe uprawniające do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.
7. W przypadku powzięcia przez TU ZDROWIE nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności realizacji świadczenia w związku ze zgłoszonym roszczeniem, Centrum Operacyjne, w terminie 3 dni roboczych od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności TU ZDROWIE.
8. W przypadku nieuznania odpowiedzialności TU ZDROWIE w zakresie świadczenia, o które rości Ubezpieczony, Centrum Operacyjne, nie później niż w terminie 3 dni roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 4 albo ust. 6 pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
9. Koszty świadczeń realizowanych zgodnie z opisem zawartym w niniejszych SWU PC, pokrywane są przez Centrum Operacyjne bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek medycznych realizujących te świadczenia, chyba że Ubezpieczony uzyska zgodę Centrum Operacyjnego na organizację świadczenia we własnym zakresie.
10. W przypadku organizacji świadczenia we własnym zakresie, roszczenie zostanie rozpatrzone po przedłożeniu przez Ubezpieczonego dokumentacji, niezbędnej do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, tj. kserokopii dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 4. oraz rachunków i dowodów poniesionych kosztów.
11. W przypadku zorganizowania usługi we własnym zakresie przez Ubezpieczonego bez powiadomienia Centrum Operacyjnego, TU ZDROWIE zastrzega sobie prawo do wypłaty świadczenia w wysokości odpowiadającej kosztom, jakie poniosłoby w przypadku organizowania usług we własnym zakresie.
12. Jeżeli nie umówiono się inaczej, TU ZDROWIE jest zobowiązane wypłacić świadczenia przysługujące na podstawie niniejszych SWU w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
13. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności TU ZDROWIE albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w terminie 30 dni, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia TU ZDROWIE powinno wypłacić w terminie określonym w ust. 12.
14. Wypłata przysługujących świadczeń następuje w polskich złotych (PLN).
15. W przypadku poniesienia przez Ubezpieczonego kosztów w walucie innej niż polski złoty, wypłata świadczeń następuje po przeliczeniu z waluty zagranicznej według kursu opublikowanego przez Narodowy Bank Polski w tabeli A kursów średnich walut obcych z dnia poniesienia kosztu przez Ubezpieczonego.

§ 7. Roszczenia regresowe

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, roszczenie Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na TU ZDROWIE z dniem wypłaty świadczenia przez TU ZDROWIE do wysokości wykonanego lub wypłaconego świadczenia.
2. Jeżeli Ubezpieczony, bez zgody TU ZDROWIE, zrezygnuje z prawa dochodzenia roszczenia od osoby odpowiedzialnej za szkodę lub z prawa do zabezpieczenia roszczenia, TU ZDROWIE może odmówić wypłaty świadczenia do wysokości należnego roszczenia.
3. Nie przechodzi na TU ZDROWIE roszczenie przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność.
4. Na żądanie TU ZDROWIE, Ubezpieczony zobowiązany jest udzielić pomocy przy dochodzeniu roszczeń od osób trzecich, udzielając informacji i dostarczając dokumenty niezbędne do dochodzenia roszczenia.

Niniejsze SWU PC o kodzie SWU/04/2021 zostały przyjęte na mocy uchwały Zarządu UZ/04/2021 dnia 05.01.2021 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia obowiązujących po tym dniu.

Prezes Zarządu
Aleksander Roda



Członek Zarządu
Sławomir Koszewski



Szczególne Warunki Ubezpieczenia LECZENIE PO WYPADKU DROGOWYM

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 Szczególnych Warunków Ubezpieczenia LECZENIE po WYPADKU DROGOWYM, określających kwestie wskazane w nazwach tych sekcji:

l.p.	sekcja	postanowienia Szczególnych Warunków Ubezpieczenia
1.	przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2; § 4; § 6
2.	ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2; § 5; § 6

Co obejmuje ubezpieczenie?

§ 1. Postanowienia ogólne

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia LECZENIE po WYPADKU DROGOWYM (zwane dalej SWU LD) mają zastosowanie wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia POLISA ZDROWIE lub POLISA TELEREFUNDACYJNA (zwanymi dalej OWU).
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU LD zastosowanie mają OWU.
3. Postanowienia niniejszych SWU mają pierwszeństwo przed postanowieniami OWU.

Co oznaczają określenia użyte w tym dokumencie?

§ 2. Definicje

Przez użyte w niniejszych SWU LD pojęcia rozumie się:

- 1) **choroba** – potwierdzone w dokumentacji medycznej zaburzenie funkcji lub struktury organizmu będące skutkiem wypadku drogowego, który wystąpił w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, z wyłączeniem stanu nagłego zagrożenia życia lub zdrowia występującego bezpośrednio po wypadku drogowym;
- 2) **Katalog Świadczeń** – wykaz usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu w ramach Programu Zdrowotnego, których realizacja jest w całości koordynowana przez Konsultanta Medycznego, stanowiący Załącznik do niniejszych SWU;
- 3) **Konsultant Medyczny** – profesjonalista w dziedzinie medycyny organizujący proces diagnostyczny, wskazujący niezbędne do wykonania przez Ubezpieczonego usługi medyczne samodzielnie lub w porozumieniu z lekarzem leczącym Ubezpieczonego;
- 4) **Program Zdrowotny Leczenie po Wypadku Drogowym (Program Zdrowotny)** – opisany w Katalogu Świadczeń zakres usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu w ramach ochrony ubezpieczeniowej, koordynowany w całości przez Konsultanta Medycznego;
- 5) **usługa medyczna** – porada lekarska, badania diagnostyczne, zabiegi pielęgniarstwa, rehabilitacyjne i inne działania koordynowane w całości przez Konsultanta Medycznego, służące przywróceniu, zachowaniu lub zapobieżeniu pogorszenia stanu zdrowia w jak najkrótszym czasie;
- 6) **wypadek drogowy** – powstały w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę, w związku z ruchem lądowym pojazdów silnikowych, w którym Ubezpieczony brał udział jako osoba kierującą pojazdem lub pasażer lub inny uczestnik ruchu drogowego w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, wywołany:
 - a. działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub
 - b. wywróceniem się pojazdu, lub
 - c. pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego i/lub chemicznego;
- 7) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – choroba wymagająca wykonania przez placówkę medyczną, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej usługi medycznej wymienionej w Katalogu Świadczeń.

§ 3. Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4. Zakres ubezpieczenia

1. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, ochrona ubezpieczeniowa obejmuje prawo do świadczeń ubezpieczeniowych udzielonych Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności TU ZDROWIE, których wykonanie jest uzasadnione z medycznego punktu widzenia i jest koordynowane przez Konsultanta Medycznego.
2. Zakres ubezpieczenia jest określony w polisie, umowie ubezpieczenia, warunkach ubezpieczenia i w Katalogu Świadczeń.

Kiedy nie mogę skorzystać ze świadczeń?

§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności

1. TU ZDROWIE nie ponosi odpowiedzialności za skutki wypadku drogowego jeżeli Ubezpieczony w momencie, w którym nastąpił wypadek drogowy lub bezpośrednio przed nim lub bezpośrednio po nim:
 - 1) prowadził pojazd nie mając uprawnień określonych w przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu;
 - 2) znajdował się w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, był pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 3) prowadził pojazd, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu;
 - 4) dążył do samookaleczenia, usiłował popełnić albo popełnił samobójstwo;
 - 5) brał udział jako uczestnik, obserwator lub kierujący pojazdem biorącym udział w zorganizowanych lub, amatorskich lub rekreacyjnych wyścigach pojazdów silnikowych;
 - 6) brał udział jako uczestnik, obserwator lub kierujący pojazdem w rekreacyjnym, lub profesjonalnym uprawianiu sportów motorowych;
 - 7) nie podjął czynności służących ograniczeniu następstw choroby będącej skutkiem wypadku drogowego w tym nie skorzystał z pomocy przedszpitalnej lub szpitalnej i nie zastosował się do zaleceń lekarskich.
2. TU ZDROWIE nie ponosi odpowiedzialności za usługi medyczne wykonane bez uzgodnienia z Konsultantem Medycznym.
3. TU ZDROWIE nie ponosi ponadto odpowiedzialności za zdarzenia i usługi medyczne wymienione w § 5 OWU.
4. TU ZDROWIE nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły w czasie trwania karencji.

Jak mogę skorzystać ze świadczenia?

§ 6. Świadczenia

1. W celu rozpoczęcia realizacji Programu Zdrowotnego Ubezpieczony powinien przesłać do TU ZDROWIE on-line za pośrednictwem Panelu Ubezpieczonego na stronie www.tuzdrowie.pl, poprzez aplikację mobilną TU ZDROWIE lub na adres ubezpieczenia@tuzdrowie.pl następujące dokumenty:
 - a. podpisany „Wniosek o rozpoczęcie Programu Zdrowotnego” sporządzony na formularzu TU ZDROWIE dostępny na stronie www.tuzdrowie.pl lub wniosek elektroniczny;
 - b. kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie choroby spowodowanej wypadkiem drogowym, w tym udzielenie pierwszej pomocy przedszpitalnej lub szpitalnej;
 - c. kopię dokumentacji zgłoszenia wypadku drogowego na policję lub kopię dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę.
2. Konsultant Medyczny w ciągu 3 dni roboczych skontaktuje się z Ubezpieczonym na podany we wniosku numer telefonu oraz adres e-mail w celu:
 - a. przekazania informacji o akceptacji przesłanego wniosku i rozpoczęciu realizacji Programu Zdrowotnego,
lub
 - b. wystąpienia o dodatkową dokumentację,
lub
 - c. przekazania informacji o wystąpieniu o dokumentację medyczną do placówek medycznych, w których Ubezpieczonych leczyl się dotychczas.
3. Po uzyskaniu dodatkowej dokumentacji Konsultant Medyczny w ciągu 3 dni roboczych podejmuje decyzję
 - o rozpoczęciu Programu Zdrowotnego lub przekazuje informację o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego.
4. Decyzja o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego wraz z uzasadnieniem jest przesyłana na adres korespondencyjny podany we Wniosku o rozpoczęcie Programu Zdrowotnego, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych, po kontakcie telefonicznym z Ubezpieczonym.
5. Ubezpieczonemu przysługują świadczenia ubezpieczeniowe, **uzasadnione z medycznego punktu widzenia**, opisane w Katalogu Świadczeń w całości **koordynowane przez Konsultanta Medycznego**.
6. Ubezpieczony może uzyskać **świadczenie ubezpieczeniowe w formie rzeczowej lub w formie pieniężnej w wysokości 100%** jeżeli miejsce wykonania usługi medycznej wskazane zostało Ubezpieczonemu przez Konsultanta Medycznego.
7. Ubezpieczony może uzyskać **świadczenie pieniężne** w wysokości ograniczonej przez GGO, jeżeli wykona usługę w innej placówce niż wskazana przez konsultanta Medycznego. W takim przypadku Ubezpieczony ma obowiązek przesłać do TU ZDROWIE on-line za pośrednictwem Panelu Ubezpieczonego na stronie www.tuzdrowie.pl, aplikacji mobilnej lub pocztą niezbędne dokumenty:
 - a. oryginał lub czytelną kopię faktury/rachunku wystawionych w związku wykonaniem usługi medycznej, z wyszczególnieniem nazwy udzielonej usługi wraz z ceną jednostkową,
 - b. wypełniony dokument „Wniosek o wypłatę świadczenia” sporządzony na formularzu TU ZDROWIE dostępnym na stronie www.tuzdrowie.pl lub wniosek elektroniczny.
8. Szczegółowe informacje dotyczące realizacji świadczeń są opisane w Katalogu Świadczeń.

Niniejsze SWU LD o kodzie SWU/5/2021 zostały przyjęte na mocy uchwały Zarządu UZ/05/2021 dnia 05.01.2021 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia obowiązujących po tym dniu.

Prezes Zarządu
Aleksander Roda



Członek Zarządu
Sławomir Koszewski



Szczególne Warunki Ubezpieczenia KONTYNUACJA LECZENIA SZPITALNEGO

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 Szczególnych Warunków Ubezpieczenia KONTYNUACJA LECZENIA SZPITALNEGO, określających kwestie wskazane w nazwach tych sekcji:

l.p.	sekcja	postanowienia Szczególnych Warunków Ubezpieczenia
1.	przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2; § 4; § 6
2.	ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2; § 5; § 6

§ 1. Postanowienia ogólne

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia KONTYNUACJA LECZENIA SZPITALNEGO (zwanymi dalej SWU LS) mają zastosowanie wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia POLISA ZDROWIE lub POLISA TELEREFUNDACYJNA (zwanymi dalej OWU).
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU zastosowanie mają OWU.
3. Postanowienia niniejszych SWU mają pierwszeństwo przed postanowieniami OWU.

Co oznaczają określenia użyte w tym dokumencie?

§ 2. Definicje

Przez użyte w niniejszych SWU LS pojęcia rozumie się:

- 1) **hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwający nieprzerwanie dłużej niż 72 godziny;
- 2) **szpital** – podmiot leczniczy będący w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa podmiotem udzielającym stacjonarnych i całodobowych świadczeń szpitalnych, które nie mogą być realizowane w ramach działalności ambulatoryjnej innych podmiotów. Za szpitale w rozumieniu niniejszych SWU nie uważa się szpitali psychiatrycznych i odwykowych (kody resortowe: HC.1.1, HC.2.2; HC.2.1; HC.2.2 – dziedzina medycyny: 30 psychiatria), sanatoriów (kod resortowy HC.1.1.; kody charakteryzujące specjalność komórki: od 6100 do 6700), zakładów/oddziałów a. rehabilitacji leczniczej (kod resortowy HC.2.1; HC.2.2), szpitali uzdrowskowych (kod resortowy HP.1.7.), zakładów opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych (kod resortowy HC.3.; kody charakteryzujące specjalność komórki: od 5160 do 5360), (kody resortowe podane zgodnie z rozp. Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania z późn. zmianami);
- 3) **Katalog Świadczeń** – wykaz usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu w ramach Programu Zdrowotnego, których realizacja jest w całości koordynowana przez Konsultanta Medycznego, stanowiący Załącznik do niniejszych SWU;
- 4) **Konsultant Medyczny** – profesjonalista w dziedzinie medycyny organizujący proces diagnostyczny, wskazujący niezbędne do wykonania przez Ubezpieczonego usługi medyczne samodzielnie lub w porozumieniu z lekarzem leczącym Ubezpieczonego;
- 5) **Program Zdrowotny Kontynuacja Leczenia Szpitalnego (Program Zdrowotny)** – opisany w Katalogu Świadczeń zakres usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu w ramach ochrony ubezpieczeniowej, koordynowany w całości przez Konsultanta Medycznego;
- 6) **usługa medyczna** – porada lekarska, badania diagnostyczne, zabiegi pielęgniarstwa, rehabilitacyjne i inne działania służące przywróceniu, poprawie, zachowaniu lub zapobieżeniu pogorszeniu się stanu zdrowia lub profilaktyce;
- 7) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – następująca w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej hospitalizacja, która wymaga po zakończeniu leczenia szpitalnego wykonania

przez placówkę medyczną, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej usługi medycznej wymienionej w Katalogu Świadczeń.

Co obejmuje ubezpieczenie?

§ 3. Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4. Zakres ubezpieczenia

1. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, ochrona ubezpieczeniowa obejmuje prawo do świadczeń ubezpieczeniowych udzielonych Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności TU ZDROWIE, których wykonanie jest uzasadnione z medycznego punktu widzenia i jest koordynowane przez Konsultanta Medycznego.
2. Zakres ubezpieczenia jest określony w polisie, umowie ubezpieczenia, warunkach ubezpieczenia i w Katalogu Świadczeń.

Kiedy nie mogą skorzystać ze świadczeń?

§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności

1. TU ZDROWIE nie ponosi odpowiedzialności jeżeli hospitalizacja była:
 - 1) skutkiem leczenia powikłań ciąży, związana z porodem lub leczeniem niepłodności;
 - 2) krótsza niż 3 pełne doby (72 godziny);
 - 3) skutkiem uczestnictwa Ubezpieczonego w badaniach klinicznych i eksperymentach medycznych;
 - 4) skutkiem świadomego nie poddania się zaleceniom lub ambulatoryjnej opiece lekarskiej;
 - 5) spowodowana wykonaniem planowych badań diagnostycznych;
 - 6) skutkiem uprawiania przez Ubezpieczonego sportów ekstremalnych rozumianych jako:
 - a. sporty powietrzne tj.: skoki ze spadochronem, paralotniarstwo, szybownictwo, amatorskie pilotowanie samolotów silnikowych;
 - b. kolarstwo górskie,
 - c. sporty motorowe,
 - d. wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, speleologia,
 - e. skoki akrobatyczne na nartach i snowboardzie, skoki narciarskie, surfing, windsurfing, kitesurfing (wodny i zimowy),
 - f. sporty, w których wykorzystywane są pojazdy poruszające się po śniegu lub lodzie,
 - g. jazda konna, polo,
 - h. nurkowanie z użyciem sprzętu umożliwiającego oddychanie sprężonym powietrzem lub inną mieszkanką,
 - i. myślistwo,
 - j. rafting lub inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich,

- k. sporty walki i systemy walki.
2. TU ZDROWIE nie ponosi odpowiedzialności za usługi medyczne wykonane bez uzgodnienia z Konsultantem Medycznym.
 3. TU ZDROWIE nie ponosi ponadto odpowiedzialności za zdarzenia i usługi medyczne wymienione w § 5 OWU POLISA ZDROWIE.
 4. TU ZDROWIE nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły w czasie trwania karencji.

Jak mogę skorzystać ze świadczenia?

§ 6. Świadczenia

1. W celu rozpoczęcia realizacji Programu Zdrowotnego Ubezpieczony powinien przesłać do TU ZDROWIE on-line za pośrednictwem Panelu Ubezpieczonego na stronie www.tuzdrowie.pl, poprzez aplikację mobilną TU ZDROWIE lub na adres ubezpieczenia@tuzdrowie.pl następujące dokumenty:
 - a. podpisany „Wniosek o rozpoczęcie Programu Zdrowotnego” sporządzony na formularzu TU ZDROWIE dostępny na stronie www.tuzdrowie.pl lub wniosek elektroniczny,
 - b. kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej hospitalizację.
2. Konsultant Medyczny w ciągu 3 dni roboczych skontaktuje się z Ubezpieczonym na podany we wniosku numer telefonu oraz adres e-mail w celu:
 - a. przekazania informacji o akceptacji przesłanego wniosku i rozpoczęciu realizacji Programu Zdrowotnego,
 lub
 - b. wystąpienia o dodatkową dokumentację medyczną,
 lub

- c. przekazania informacji o wystąpieniu o dokumentację medyczną do placówek medycznych, w których Ubezpieczonych leczyl się dotychczas.
3. Po uzyskaniu dodatkowej dokumentacji medycznej Konsultant Medyczny w ciągu 3 dni roboczych podejmuje decyzję o rozpoczęciu Programu Zdrowotnego lub przekazuje informację o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego.
4. Decyzja o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego wraz z uzasadnieniem jest przesyłana na adres korespondencyjny podany we wniosku o rozpoczęcie Programu Zdrowotnego, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych, po kontakcie telefonicznym z Ubezpieczonym.
5. Ubezpieczonemu przysługują świadczenia ubezpieczeniowe, **uzasadnione z medycznego punktu widzenia**, opisane w Katalogu Świadczeń w całości **koordynowane przez Konsultanta Medycznego**.
6. Ubezpieczony może uzyskać **świadczenie ubezpieczeniowe w formie rzeczowej lub w formie pieniężnej w wysokości 100%** jeżeli miejsce wykonania usługi medycznej wskazane zostało Ubezpieczonemu przez Konsultanta Medycznego.
7. Ubezpieczony może uzyskać **świadczenie pieniężne** w wysokości ograniczonej przez GGO, jeżeli wykona usługę w innej placówce niż wskazana przez konsultanta Medycznego. W takim przypadku Ubezpieczony ma obowiązek przesłać do TU ZDROWIE on-line za pośrednictwem Panelu Ubezpieczonego na stronie www.tuzdrowie.pl, aplikacji mobilnej lub pocztą niezbędne dokumenty:
 - a. oryginał lub czytelną kopię faktury/rachunku wystawionych w związku wykonaniem usługi medycznej, z wyszczególnieniem nazwy udzielonej usługi wraz z ceną jednostkową,
 - b. wypełniony dokument „Wniosek o wypłatę świadczenia” sporządzony na formularzu TU ZDROWIE dostępnym na stronie www.tuzdrowie.pl lub wniosek elektroniczny.
8. Szczegółowe informacje dotyczące realizacji świadczeń są opisane w Katalogu Świadczeń.

Niniejsze SWU LS o kodzie SWU/06/2021 zostały przyjęte na mocy uchwały Zarządu UZ/06/2021 dnia 05.01.2021 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia obowiązujących po tym dniu.

Prezes Zarządu
Aleksander Roda



Członek Zarządu
Sławomir Koszewski





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. 58 888 2 999
Biura Handlowe: ul. Kłobucka 23, 02-699 Warszawa, tel. 58 888 2 999
ul. Bocheńskiego 38A lok. 225, 40-859 Katowice, tel. 58 888 2 999