



warunki ubezpieczenia grupowego



Spis treści

Ogólne Warunki Ubezpieczenia POLISA ZDROWIE	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	6
§ 7. Zawarcie umowy ubezpieczenia	7
§ 8. Czas trwania umowy ubezpieczenia	7
§ 9. Suma ubezpieczenia	7
§ 10. Składka	7
§ 11. Prawa i obowiązki stron	8
§ 12. Reklamacje i odwołania	8
§ 13. Postanowienia końcowe	10
Szczególne Warunki Ubezpieczenia MÓJ ONKOLOG	11
§ 1. Postanowienia ogólne	12
§ 2. Definicje ogólne	12
§ 3. Definicje szczegółowe świadczeń	12
§ 4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	12
§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności	12
§ 6. Świadczenia	12
Szczególne Warunki Ubezpieczenia MÓJ ORTOPEDA	14
§ 1. Postanowienia ogólne	15
§ 2. Definicje ogólne	15
§ 3. Definicje szczegółowe świadczeń	15
§ 4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	15
§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności	15
§ 6. Świadczenia	16
Szczególne Warunki Ubezpieczenia POMOC w CHOROBIĘ	17
§ 1. Postanowienia ogólne	18
§ 2. Definicje ogólne	18
§ 3. Definicje szczegółowe świadczeń	19
§ 4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	21
§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności	21
§ 6. Świadczenia	22
§ 7. Roszczenia regresowe	23
Szczególne Warunki Ubezpieczenia LECZENIE po WYPADKU DROGOWYM	24
§ 1. Postanowienia ogólne	25
§ 2. Definicje ogólne	25
§ 3. Definicje szczegółowe świadczeń	25
§ 4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	25
§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności	25
§ 6. Świadczenia	26
Szczególne Warunki Ubezpieczenia KONTYNUACJA LECZENIA SZPITALNEGO	27
§ 1. Postanowienia ogólne	28
§ 2. Definicje ogólne	28
§ 3. Definicje szczegółowe świadczeń	28
§ 4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	28
§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności	28
§ 6. Świadczenia	29

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 POLISA ZDROWIE, 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, 5, 9, 16, 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, 16, 20, 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.
- 3) **24 h Infolinia** – usługa działająca 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, dzięki której Ubezpieczony może umówić lub potwierdzić termin wizyt lekarskich, badań diagnostycznych i zabiegów leczniczych, tj. zrealizować świadczenie medyczne;
- 4) **Karta ubezpieczenia** – dokument potwierdzający uprawnienia Ubezpieczonego do bezgotówkowego korzystania z usług medycznych na zasadach opisanych w niniejszych OWU. Karta Ubezpieczenia jest ważna z zaopatrzonym w zdjęcie dokumentem określającym tożsamość Ubezpieczonego (w szczególności dowód osobisty, paszport, prawo jazdy, legitymacja szkolna);
- 5) **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;
- 6) **Klient** – osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, uposażonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia zawartej z Towarzystwem Ubezpieczeń;
- 7) **Odwołanie** – wystąpienie skierowane do Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń przez jego Klienta, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące rozpoznania Reklamacji;
- 8) **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;
- 9) **Placówka Medyczna** – działający zgodnie z prawem podmiot leczniczy, udzielający usług medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 10) **PLN** – złoty polski, będący podstawową jednostką monetarną w Rzeczypospolitej Polskiej;
- 11) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem Ubezpieczeń;
- 12) **Reklamacja** – wystąpienie skierowane do Towarzystwa Ubezpieczeń przez jego Klienta, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo Ubezpieczeń;
- 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;
- 14) **Rok ubezpieczeniowy** – kolejne 12 miesięcy od początku trwania ochrony ubezpieczeniowej obejmującej dany zakres Usług medycznych;

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;

- 15) **Senior** – ojciec lub matka Ubezpieczonego;
- 16) **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;
- 17) **Suma ubezpieczenia** – określony dla danego wariantu ubezpieczenia limit odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń z tytułu wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych, zrealizowanych bez pośrednictwa 24 h Infolinii;
- 18) **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;
- 19) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacenia składki;
- 20) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia;
- 21) **Usługa medyczna** – porada lekarska, badania diagnostyczne, zabiegi: operacyjne, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne i inne działania, w tym zakup produktów i materiałów służących zachowaniu, utrzymaniu i poprawie zdrowia opisane w Katalogu Świadczeń dla danego wariantu ubezpieczenia, które zostały przeprowadzone lub zakupione 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 pogorszeniu stanu zdrowia;

§ 3. Definicje szczegółowe świadczeń

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

- 1) **Świadczenie medyczne** – udzielana Ubezpieczonemu w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Usługa medyczna określona w Katalogu Świadczeń dla wybranego wariantu ubezpieczenia, której termin i miejsce wykonania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazuje konsultant 24 h Infolinii, lub której wykonanie jest potwierdzane telefonicznie Ubezpieczonemu lub bezpośrednio pracownikowi placówki medycznej przez konsultanta 24 h Infolinii;
- 2) **Świadczenie pieniężne** – świadczenie w wysokości ograniczonej przez GGO, wypłacane w PLN Ubezpieczonemu, osobie lub podmiotowi przez

niego wskazanemu z tytułu wystąpienia w życiu Ubezpieczonego, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, Zdarzenia ubezpieczeniowego, określonego w Katalogu Świadczeń dla wybranego wariantu ubezpieczenia jako wiążącego się z prawem Ubezpieczonego, osoby lub podmiotu przez niego wskazanego do określonego Świadczenia pieniężnego;

- 3) **Świadczenia medyczne medycyny pracy** – udzielana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu, pracownikowi Ubezpieczającego oraz kandydatom do pracy Ubezpieczającego, usługa medycyny pracy określona w Katalogu Świadczeń, wymagana zgodnie z obowiązującym prawem na danym stanowisku pracy.

Co mi daje ubezpieczenie?

§ 4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje prawo do następujących świadczeń, których udzielenie jest uzasadnione stanem zdrowia Ubezpieczonego:
3. medyczne tj. udostępnienie Ubezpieczonemu bezgotówkowej realizacji usług medycznych, określonych w Katalogu Świadczeń dla wybranego przez Ubezpieczającego wariantu ubezpieczenia, w Placówkach Medycznych wskazanych przez Konsultanta 24 h Infolinii;
4. pieniężne tj. wypłata świadczenia w PLN z tytułu wystąpienia w życiu Ubezpieczonego określonego w wybranym wariantcie zdarzenia ubezpieczeniowego.

Kiedy nie mogę skorzystać z usług medycznych?

§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły w czasie trwania karencji.
2. Karencja jest to okres, w którym Ubezpieczonemu nie przysługuje świadczenie określone w wybranym wariantcie ubezpieczenia, rozpoczynający się wybraną datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczonego,
3. Karencja dla poszczególnych świadczeń jest opisana w Katalogu Świadczeń. Karencja nie obowiązuje w przypadku kontynuacji umowy ubezpieczenia w kolejnym roku w takim samym, lub mniejszym zakresie ochrony.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci w terminie pełnej raty składek za wszystkich Ubezpieczonych, uprawnienia Ubezpieczonych do korzystania ze świadczeń medycznych i świadczeń pieniężnych w trybie on-line zostaną zawieszona do dnia całkowitego uregulowania zaległości. Następnego dnia po uregulowaniu zaległości uprawnienia Ubezpieczonych do korzystania ze świadczeń medycznych i świadczeń pieniężnych w trybie on-line zostaną przywrócone.
5. 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;
 - e. stanem zdrowia, którego objawy wystąpiły, lub były leczone przed zawarciem umowy ubezpieczenia i nie zostały zgłoszone, lub zostały zgłoszone niezgodnie z prawdą do Towarzystwa Ubezpieczeń przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jeżeli Towarzystwo Ubezpieczeń o nie wyraźnie pytało i mogłyby one wpłynąć na decyzję o zawarciu umowy ubezpieczenia, lub na decyzję o warunkach zawartej umowy.
6. 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 następujące świadczenia, **uzasadnione z medycznego punktu widzenia**, objęte wybranym wariantem ubezpieczenia, opisane w Katalogu Świadczeń:
 - a. w formie udostępnienia bezgotówkowej realizacji usług medycznych, świadczenie medyczne realizowane za pośrednictwem 24 h Infolinii;
 - b. wypłaty świadczenia w wysokości ograniczonej przez GGO tj. świadczenia pieniężnego;
 2. Jeżeli Ubezpieczony umówił wykonanie usługi medycznej za pośrednictwem 24 h Infolinii i zrealizował ją w Placówce Medycznej wskazanej przez jej konsultanta, lub zgłosił termin i miejsce wykonania 24 h Infolinii po samodzielnym umówieniu, nie ponosi żadnych dodatkowych kosztów tej usługi, świadczenie jest realizowane bezgotówkowo, chyba, że zapisy Katalogu Świadczeń stanowią inaczej i dana usługa nie jest objęta wybranym wariantem ubezpieczenia.
 3. Jeżeli Ubezpieczony zrezygnuje z bezgotówkowej realizacji usług medycznych, 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. przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu na Portal Ubezpieczonego.
4. W celu uzyskania świadczenia pieniężnego w trybie on – line w podmiocie posiadającym dostęp do systemu przyznawania świadczeń on-line, konieczne jest podpisanie i zaakceptowanie przez Ubezpieczonego dokumentu „Druk otrzymania świadczenia” sporządzonego na formularzu Towarzystwa Ubezpieczeń.
 5. W celu uzyskania świadczenia pieniężnego w trybie on – line lub świadczenia medycznego w Placówce Medycznej wskazanej przez 24h Infolinię, konieczne jest przedstawienie przez Ubezpieczonego wystawionej na niego Karty Ubezpieczenia oraz opatrzonego zdjęciem dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
 6. 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 na adres e-mail ubezpieczenia@tuzdrowie.pl, jako MMS na numer 723 444 999 lub przekazać skierowanie on – line po zalogowaniu na Portal Ubezpieczonego.
 7. W przypadku opisanym w ust. 1a i ust. 6 w ciągu 1 dnia roboczego Towarzystwo Ubezpieczeń może wystąpić do Ubezpieczonego z prośbą o przesłanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów medycznych, potwierdzających uzasadnioną medycznie konieczność i bezpieczeństwo przeprowadzenia takich usług lub o poddanie się badaniu lekarskiemu, wykonanemu przez wskazanego przez Towarzystwo Ubezpieczeń specjalistę w danej dziedzinie medycznej. Koszty takiego badania lekarskiego ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.
 8. W przypadku, o którym mowa w ust. 7 Towarzystwo Ubezpieczeń jest zobowiązane do wydania decyzji w ciągu 2 dni roboczych od dnia uzyskania dodatkowych dokumentów lub przeprowadzenia badania lekarskiego.
 9. W przypadku opisanym w ust. 1b i ust. 3 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 4 dni roboczych od momentu otrzymania korespondencji na podany we wniosku numer telefonu lub/i adres e-mail.
 10. W przypadku, o którym mowa w ust. 9 Towarzystwo Ubezpieczeń jest zobowiązane do wydania decyzji w ciągu 2 dni roboczych od dnia uzyskania dodatkowych informacji lub uzyskania innej koniecznej dokumentacji.
 11. Przyznane świadczenie pieniężne w wysokości ograniczonej przez GGO zostanie przesłane na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego i podany w dokumencie „Wniosek o wypłatę świadczenia”.
 12. Szczegółowe informacje dotyczące procedur uzyskiwania świadczeń ubezpieczeniowych są opisane w Katalogu Świadczeń dla każdego zakresu świadczeń.

13. 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 opisanej w ust. 8 lub 10.

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. Ubezpieczenie może być zawarte w opcji rodzinnej, lub w przypadku dwóch osób dorosłych w opcji partnerskiej.
3. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na podstawie wniosku Ubezpieczającego przekazanego Towarzystwu Ubezpieczeń.
4. Wniosek zawiera następujące dane:
 - 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 i adres e-mail, stopień powinowactwa/pokrewieństwa Ubezpieczonych w przypadku ochrony ubezpieczeniowej w opcji partnerskiej i rodzinnej;
 - c. wariant ubezpieczenia;
 - d. okres ubezpieczenia.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia i stylu życia osoby, która ma być Ubezpieczona.
6. Zawarcie umowy ubezpieczenia jest potwierdzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń przekazaniem polisy Ubezpieczającemu w uzgodniony z Ubezpieczającym sposób, umożliwiający zapoznanie się z jej treścią i akceptację jej zapisów.
7. Informacja o wybranym wariantcie 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 dla określonych świadczeń rozpoczyna się w momencie wskazanym w polisie ubezpieczeniowej, jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż po upływie okresów karencji dla określonych świadczeń oraz nie wcześniej niż dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.
3. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na okres jednego roku (12 miesięcy), z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Okres obowiązywania umowy zostaje automatycznie przedłużony o kolejny rok ubezpieczeniowy (12

miesiący), 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.

5. Kiedy kończy się ubezpieczenie?
6. Odstąpienie, wypowiedzenie umowy ubezpieczenia
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Towarzystwo Ubezpieczeń, może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia jeżeli dojdzie do zmiany przepisów prawa skutkujących niemożnością wykonywania Umowy ubezpieczenia.
11. W razie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, ponowne zawarcie umowy ubezpieczenia możliwe będzie po upływie 6 miesięcy, liczonych od ostatniego dnia trwania ochrony ubezpieczeniowej.

§ 9. Suma ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia jest wskazana w Katalogu Świadczeń.

Jak oblicza się składkę za ubezpieczenie?

§ 10. 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 na minimum 5 dni przed wybraną datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
6. Terminy płatności kolejnych rat składki i ich wysokość określone są w polisie.
7. Składkę lub ratę składki należy zapłacić na wskazany w polisie rachunek bankowy Towarzystwa Ubezpieczeń.
8. 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.
9. 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.
- 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.
9. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania wszystkim Ubezpieczonym Kart Ubezpieczenia i uzyskania pisemnego potwierdzenia otrzymania Karty Ubezpieczenia na druku przekazanym przez Towarzystwo Ubezpieczeń, a następnie przesłania go do Towarzystwa Ubezpieczeń.

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

§ 11. 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 uprawnień 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 oraz Karty Ubezpieczenia,
 - 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,
9. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania wszystkim Ubezpieczonym Kart Ubezpieczenia i uzyskania pisemnego potwierdzenia otrzymania Karty Ubezpieczenia na druku przekazanym przez Towarzystwo Ubezpieczeń, a następnie przesłania go do Towarzystwa Ubezpieczeń.

§ 12. 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;
 - c. 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, dodatkowe 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.

§ 13. 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/01/2017 zostały przyjęte na mocy uchwały Zarządu UZ/14/2017 dnia 30.03.2017 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia obowiązujących po tym dniu.

Pezes Zarządu
Xenia Kruszewska

Wiceprezes Zarządu
Aleksander Roda

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
3.	przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2; § 3; § 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 MÓJ ONKOLOG (zwane dalej SWU MO) mają zastosowanie wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia POLISA ZDROWIE (zwanych dalej OWU POLISA ZDROWIE).
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU MO zastosowanie mają OWU POLISA ZDROWIE.
3. Postanowienia niniejszych SWU mają pierwszeństwo przed postanowieniami OWU POLISA ZDROWIE.

Co oznaczają określenia użyte w tym dokumencie?

§ 2. Definicje ogólne

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, daniem wznów i zdolnością do tworzenia przerzutów;
- 2) **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;
- 3) **Program Zdrowotny Mój Onkolog** – opisany w Katalogu Świadczeń dla danego wariantu ubezpieczenia zakres świadczeń diagnostycznych, leczniczych, profilaktycznych i/lub promocji zdrowia koordynowany w całości przez Konsultanta Medycznego służący przywróceniu lub zachowaniu zdrowia Ubezpieczonego;
- 4) **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. Gwarantowane przez niniejsze SWU MO usługi medyczne zostały opisane w Katalogu Świadczeń Program Zdrowotny MÓJ ONKOLOG;
- 5) **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 Program Zdrowotny Mój Onkolog służącej postawieniu lub wykluczeniu rozpoznania choroby nowotworowej.

§ 3. Definicje szczegółowe świadczeń

Zarówno świadczenia medyczne, jak i pieniężne opisane w § 3 OWU dla danego wariantu ubezpieczenia przysługują Ubezpieczonemu po uzgodnieniu z Konsultantem Medycznym miejsca i terminu wykonania świadczenia.

§ 4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

Kiedy nie mogę skorzystać z usług medycznych?

§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności

1. Towarzystwo Ubezpieczeń 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. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za usługi medyczne wykonane bez uzgodnienia z Konsultantem Medycznym.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi ponadto odpowiedzialności za zdarzenia i usługi medyczne wymienione w § 5 OWU POLISA ZDROWIE.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły w czasie trwania karencji.

Kiedy mogę iść się leczyć? Jak uzyskać świadczenie pieniężne?

§ 6. Świadczenia

1. W celu rozpoczęcia realizacji Programu Zdrowotnego Mój Onkolog Ubezpieczony powinien przesłać na adres ubezpieczenia@tuzdrowie.pl następujące dokumenty:
 - a. podpisany „Wniosek o rozpoczęcie Programu Zdrowotnego” znajdujący się na stronie www.tuzdrowie.pl,
 - b. kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie podejrzenia choroby nowotworowej lub jej wstępne rozpoznanie, lub
 - c. przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu na Portal Ubezpieczonego.
2. Konsultant Medyczny w ciągu 3 dni roboczych skontaktuje się z Ubezpieczonym na podany we wniosku nr telefonu w celu:
 - a. przekazania informacji o akceptacji przesłanego wniosku i rozpoczęciu realizacji Programu Zdrowotnego Mój Onkolog; 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 Mój Onkolog 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 1 dnia roboczego, po kontakcie telefonicznym z Ubezpieczonym.
5. Ubezpieczonemu przysługują świadczenia, **uzasadnione z medycznego punktu widzenia**, objęte wybranym wariantem ubezpieczenia opisane w Katalogu Świadczeń Program Zdrowotny Mój Onkolog w całości koordynowane przez Konsultanta Medycznego.
6. Pozostałe uregulowania dotyczące korzystania ze świadczeń zostały opisane w § 6 OWU POLISA ZDROWIE.

Niniejsze SWU o kodzie SWU_MO/02/2017 zostały przyjęte na mocy uchwały Zarządu UZ/14/2017 dnia 30.03.2017 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia obowiązujących po tym dniu.



Przewodnicząca Zarządu
Xenia Kruszevska



Wiceprezes Zarządu
Aleksander Roda

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
5.	przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2; § 3; § 6
6.	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 (zwanych dalej SWU MR) mają zastosowanie wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia POLISA ZDROWIE (zwanych dalej OWU POLISA ZDROWIE).
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU MR zastosowanie mają OWU POLISA ZDROWIE.
3. Postanowienia niniejszych SWU MR mają pierwszeństwo przed postanowieniami OWU POLISA ZDROWIE.

Co oznaczają określenia użyte w tym dokumencie?

§ 2. Definicje ogólne

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, łąkotek) albo rozerwaniem torebki stawowej, potwierdzone badaniem radiologicznym;
- 2) **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;
- 3) **Program Zdrowotny Mój Ortopeda** – opisany w Katalogu Świadczeń dla danego wariantu ubezpieczenia zakres świadczeń diagnostycznych, leczniczych, profilaktycznych i/lub promocji zdrowia koordynowany w całości przez Konsultanta Medycznego służący przywróceniu lub zachowaniu zdrowia Ubezpieczonego;
- 4) **Usługa medyczna** – porada lekarska, badania diagnostyczne, zabiegi pielęgniarstwa, rehabilitacyjne i inne działania koordynowane w całości przez Konsultanta Medycznego, służące powrotowi do zdrowia i optymalnej sprawności w jak najkrótszym czasie. Gwarantowane przez niniejsze SWU MR usługi medyczne zostały opisane w Katalogu Świadczeń Program Zdrowotny MÓJ ORTOPEDA;
- 5) **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 służącej przywróceniu, zachowaniu, poprawie zdrowia lub zapobieżeniu pogorszeniu stanu zdrowia wymienionej w Katalogu

§ 3. Definicje szczegółowe świadczeń

Zarówno świadczenia medyczne, jak i pieniężne opisane w § 3 OWU dla danego wariantu ubezpieczenia przysługują Ubezpieczonemu po uzgodnieniu z Konsultantem Medycznym miejsca i terminu wykonania świadczenia.

§ 4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

Kiedy nie mogę skorzystać z usług medycznych?

§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności

1. Towarzystwo Ubezpieczeń 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 mieszanką,
 - 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. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za usługi medyczne wykonane bez uzgodnienia z Konsultantem Medycznym.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi ponadto odpowiedzialności za zdarzenia i usługi medyczne wymienione w § 6 OWU POLISA ZDROWIE.

4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły w czasie trwania karencji.

Kiedy mogę iść się leczyć? Jak uzyskać świadczenie pieniężne?

§ 6. Świadczenia

1. W celu rozpoczęcia realizacji Programu Zdrowotnego Mój Ortopeda Ubezpieczony powinien przesłać na adres ubezpieczenia@tuzdrowie.pl następujące dokumenty:
 - a. podpisany „Wniosek o rozpoczęcie Programu Zdrowotnego” znajdujący się na stronie www.tuzdrowie.pl;
 - b. kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie złamania kości lub zwichnięcia stawu, lub
 - c. przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu na Portal Ubezpieczonego.
2. Konsultant Medyczny w ciągu 3 dni roboczych skontaktuje się z Ubezpieczonym na podany we wniosku nr telefonu w celu:
 - a. przekazania informacji o akceptacji przesłanego wniosku i rozpoczęciu realizacji Programu Zdrowotnego Mój Ortopeda; lub

- b. wystąpienia o dodatkową dokumentację medyczną; lub
- c. przekazania informacji o wystąpieniu o dokumentację medyczną do placówek medycznych, w których Ubezpieczonych leczył 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 Mój Ortopeda, nie później niż w ciągu 1 dnia roboczego, po kontakcie telefonicznym z Ubezpieczonym.
5. Ubezpieczonemu przysługują świadczenia, **uzasadnione z medycznego punktu widzenia**, objęte wybranym wariantem ubezpieczenia opisane w Katalogu Świadczeń w całości koordynowane przez Konsultanta Medycznego.
6. Pozostałe uregulowania dotyczące korzystania ze świadczeń zostały opisane w § 6 OWU POLISA ZDROWIE.

Niniejsze SWU o kodzie SWU_MR/03/2017 zostały przyjęte na mocy uchwały Zarządu UZ/03/2017 dnia 30.03.2017 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia obowiązujących po tym dniu.



Przewodnicząca Zarządu
Xenia Kruszevska



Wiceprezes Zarządu
Aleksander Roda

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
7.	przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2; § 3; § 6
8.	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 POMOC w CHOROBIE (zwane dalej SWU PC) mają zastosowanie wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia POLISA ZDROWIE (zwanych dalej OWU POLISA ZDROWIE).
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU PC zastosowanie mają OWU POLISA ZDROWIE.
3. W zakresie ubezpieczenia POMOC w CHOROBIE w przypadku sprzeczności pomiędzy postanowieniami niniejszych SWU a postanowieniami OWU POLISA ZDROWIE, postanowienia niniejszych SWU PC mają pierwszeństwo przed postanowieniami OWU POLISA ZDROWIE.

Co oznaczają określenia użyte w tym dokumencie?

§ 2. Definicje ogólne

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 Towarzystwa Ubezpieczeń 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) **Górna granica 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 niesamodzielna** – 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 lędźwiowo-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 pielęgniarstwa, hospicjum onkologicznego, ośrodka leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych czy alkoholowych, ośrodka rekonwalescencyjnego, uzdrowiskowego, 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 uzdrowiskowego 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, Współmałzonka, 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. Towarzystwo Ubezpieczeń, za pośrednictwem Centrum Operacyjnego, udziela Ubezpieczonemu informacji w zakresie:
 - 1) **Infolinii baby assistance**, w ramach której Ubezpieczony otrzymuje dostęp do informacji na temat:
 - a. objawów ciąży,
 - b. badań prenatalnych,
 - c. wskazówek w zakresie przygotowania się do porodu,
 - d. szkół rodzenia,
 - e. pielęgnacji w ciąży i po porodzie,
 - f. karmienia i pielęgnacji niemowlęcia,
 - g. obowiązkowych szczepień dzieci;
 - 2) **Infolinii medycznej**, w ramach której Ubezpieczony otrzymuje dostęp do informacji na temat:
 - a. państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
 - b. działania leków, skutków ubocznych, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,
 - c. placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - d. placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - e. niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych,
 - f. diet, zdrowego żywienia,
 - g. domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - h. aptek czynnych przez całą dobę.

§ 4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

Kiedy nie mogą skorzystać z usług medycznych?

§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia powstałe w następstwie:

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

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

Jak 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 przesyłać 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. Towarzystwo Ubezpieczeń 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 Towarzystwo Ubezpieczeń 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 Towarzystwa Ubezpieczeń.
8. W przypadku nieuznania odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń 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, Towarzystwo Ubezpieczeń zastrzega sobie prawo do wypłaty świadczenia w wysokości odpowiadającej kosztom, jakie poniosłoby w przypadku zorganizowania usług we własnym zakresie.
12. Jeżeli nie umówiono się inaczej, Towarzystwo Ubezpieczeń 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 Towarzystwa Ubezpieczeń 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 Towarzystwo Ubezpieczeń 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 Towarzystwo Ubezpieczeń z dniem wypłaty świadczenia przez Towarzystwo Ubezpieczeń do wysokości wykonanego lub wypłaconego świadczenia.

2. Jeżeli Ubezpieczony, bez zgody Towarzystwa Ubezpieczeń, zrezygnuje z prawa dochodzenia roszczenia od osoby odpowiedzialnej za szkodę lub z prawa do zabezpieczenia roszczenia, Towarzystwo Ubezpieczeń może odmówić wypłaty świadczenia do wysokości należnego roszczenia.

3. Nie przechodzi na Towarzystwo Ubezpieczeń roszczenie przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność.

4. Na żądanie Towarzystwa Ubezpieczeń, Ubezpieczony zobowiązany jest udzielić pomocy przy dochodzeniu roszczeń od osób trzecich, udzielając informacji i dostarczając dokumenty niezbędne do dochodzenia roszczenia.

Niniejsze SWU o kodzie SWU_PC/04/2017 zostały przyjęte na mocy uchwały Zarządu UZ/14/2017 dnia 30.03.2017 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia obowiązujących po tym dniu.



Przewodnicząca Zarządu
Xenia Kruszevska



Wiceprezes Zarządu
Aleksander Roda

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
9.	przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2; § 3; § 6
10.	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 LECZENIE po WYPADKU DROGOWYM (zwane dalej SWU LD) mają zastosowanie wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia POLISA ZDROWIE (zwanymi dalej OWU POLISA ZDROWIE).
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU LD zastosowanie mają OWU POLISA ZDROWIE.
3. W zakresie ubezpieczenia LECZENIE po WYPADKU DROGOWYM w przypadku sprzeczności pomiędzy postanowieniami niniejszych SWU LD a postanowieniami OWU POLISA ZDROWIE, postanowienia niniejszych SWU mają pierwszeństwo przed postanowieniami OWU POLISA ZDROWIE.

Co oznaczają określenia użyte w tym dokumencie?

§ 2. Definicje ogólne

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 Drogowego;
- 2) **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;
- 3) **Program Zdrowotny LECZENIE po WYPADKU DROGOWYM** – opisany w Katalogu Świadczeń dla danego wariantu ubezpieczenia zakres świadczeń diagnostycznych, leczniczych, profilaktycznych i/lub promocji zdrowia koordynowany w całości przez Konsultanta Medycznego służący przywróceniu lub zachowaniu zdrowia Ubezpieczonego;
- 4) **Usługa medyczna** – porada lekarska, badania diagnostyczne, zabiegi pielęgniarstwa, rehabilitacyjne i inne działania koordynowane w całości przez Konsultanta Medycznego, służące powrotowi do zdrowia i optymalnej sprawności w jak najkrótszym czasie. Gwarantowane przez niniejsze OWU usługi medyczne zostały opisane w Katalogu Świadczeń Program Zdrowotny LECZENIE po WYPADKU DROGOWYM;
- 5) **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 kierująca 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;

- 6) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – Choroba wymagająca wykonania przez placówkę medyczną, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Usługi medycznej służącej powrotowi do zdrowia i optymalnej sprawności w jak najkrótszym czasie, wymienionej w Katalogu Świadczeń LECZENIE po WYPADKU DROGOWYM.

§ 3. Definicje szczegółowe świadczeń

Zarówno świadczenia medyczne, jak i pieniężne opisane w § 3 OWU dla danego wariantu ubezpieczenia przysługują Ubezpieczonemu po uzgodnieniu z Konsultantem Medycznym miejsca i terminu wykonania świadczenia.

§ 4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

Kiedy nie mogę skorzystać z usług medycznych?

§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności

1. Towarzystwo Ubezpieczeń 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. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za usługi medyczne wykonane bez uzgodnienia z Konsultantem Medycznym.
 3. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi ponadto odpowiedzialności za zdarzenia i usługi medyczne wymienione w § 6 OWU POLISA ZDROWIE.
 4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły w czasie trwania karencji.
2. Konsultant Medyczny w ciągu 3 dni roboczych skontaktuje się z Ubezpieczonym na podany we wniosku nr telefonu 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.

§ 6. Świadczenia

1. W celu rozpoczęcia realizacji Programu Zdrowotnego Leczenie Po Wypadku Drogowym Ubezpieczony powinien przesłać na adres ubezpieczenia@tuzdrowie.pl następujące dokumenty:
 - a. podpisany „Wniosek o rozpoczęcie Programu Zdrowotnego” znajdujący się na stronie www.tuzdrowie.pl i;
 - b. kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie choroby spowodowanej Wypadkiem Drogowym, w tym udzielenie pierwszej pomocy przedszpitalnej lub szpitalnej i;
 - c. kopię dokumentacji zgłoszenia Wypadku Drogowego na policję lub kopię dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę; lub
 - d. przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu na Portal Ubezpieczonego.
2. Po uzyskaniu dodatkowej dokumentacji Konsultant Medyczny w ciągu 3 dni roboczych podejmuje decyzję o rozpoczęciu Programu Zdrowotnego lub przekazuje informację o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego.
3. 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 1 dnia roboczego, po kontakcie telefonicznym z Ubezpieczonym.
4. Ubezpieczonemu przysługują świadczenia, **uzasadnione z medycznego punktu widzenia**, objęte wybranym wariantem ubezpieczenia opisane w Katalogu Świadczeń w całości koordynowane przez Konsultanta Medycznego.
5. Pozostałe uregulowania dotyczące korzystania ze świadczeń zostały opisane w § 6 OWU POLISA ZDROWIE.

Niniejsze SWU o kodzie SWU_LD/05/2017 zostały przyjęte na mocy uchwały Zarządu UZ/14/2017 dnia 30.03.2017 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia obowiązujących po tym dniu.



Prace Zarządu
Xenia Kruszevska



Wiceprezes Zarządu
Aleksander Roda

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
11.	przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2; § 3; § 6
12.	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 (zwanych dalej SWU LS) mają zastosowanie wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia POLISA ZDROWIE (zwanych dalej OWU POLISA ZDROWIE).
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU zastosowanie mają OWU POLISA ZDROWIE.
3. W zakresie ubezpieczenia KONTYNUACJA LECZENIA SZPITALNEGO w przypadku sprzeczności pomiędzy postanowieniami niniejszych SWU a postanowieniami OWU POLISA ZDROWIE, postanowienia niniejszych SWU mają pierwszeństwo przed postanowieniami OWU POLISA ZDROWIE.

Co oznaczają określenia użyte w tym dokumencie?

§ 2. Definicje ogólne

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 udzielających 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 uzdrowiskowych (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) **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 Kontynuacja Leczenia Szpitalnego** – opisany w Katalogu Świadczeń dla danego wariantu ubezpieczenia zakres świadczeń diagnostycznych, leczniczych, profilaktycznych i/lub promocji zdrowia koordynowany w całości przez Konsultanta

Medycznego służący przywróceniu lub zachowaniu zdrowia Ubezpieczonego;

- 5) **Usługa medyczna** – porada lekarska, badania diagnostyczne, zabiegi pielęgniarstwa, rehabilitacyjne i inne działania koordynowane w całości przez Konsultanta Medycznego, służące powrotowi do zdrowia i optymalnej sprawności w jak najkrótszym czasie. Gwarantowane przez niniejsze SWU usługi medyczne zostały opisane w Katalogu Świadczeń Program Zdrowotny KONTYNUACJA LECZENIA SZPITALNEGO stanowiącym integralny załącznik do niniejszych SWU;
- 6) **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 służącej przywróceniu, zachowaniu, poprawie zdrowia lub zapobieżeniu pogorszeniu stanu zdrowia wymienionej w Katalogu Świadczeń Program Zdrowotny KONTYNUACJA LECZENIA SZPITALNEGO.

§ 3. Definicje szczegółowe świadczeń

Zarówno świadczenia medyczne, jak i pieniężne opisane w § 3 OWU dla danego wariantu ubezpieczenia przysługują Ubezpieczonemu po uzgodnieniu z Konsultantem Medycznym miejsca i terminu wykonania świadczenia.

§ 4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

Kiedy nie mogę skorzystać z usług medycznych?

§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności

1. Towarzystwo Ubezpieczeń 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 mieszaną,
 - i. myślistwo,
 - j. rafting lub inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich,
 - k. sporty walki i systemy walki.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za usługi medyczne wykonane bez uzgodnienia z Konsultantem Medycznym.
 3. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi ponadto odpowiedzialności za zdarzenia i usługi medyczne wymienione w § 6 OWU POLISA ZDROWIE.
 4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły w czasie trwania karencji.
- Kiedy mogę iść się leczyć? Jak uzyskać świadczenie pieniężne?**

§ 6. Świadczenia

1. W celu rozpoczęcia realizacji Programu Zdrowotnego Kontynuacja Leczenia Szpitalnego Ubezpieczony powinien przesłać na adres ubezpieczenia@tuzdrowie.pl następujące dokumenty:
 - a. podpisany „Wniosek o rozpoczęcie Programu Zdrowotnego Kontynuacja Leczenia Szpitalnego” znajdujący się na stronie www.tuzdrowie.pl;
 - b. kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej Hospitalizację, lub;
 - c. przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu na Portal Ubezpieczonego.
2. Konsultant Medyczny w ciągu 3 dni roboczych skontaktuje się z Ubezpieczonym na podany we wniosku nr telefonu 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 1 dnia roboczego, po kontakcie telefonicznym z Ubezpieczonym.
 5. Ubezpieczonemu przysługują świadczenia, **uzasadnione z medycznego punktu widzenia**, objęte wybranym wariantem ubezpieczenia opisane w Katalogu Świadczeń w całości koordynowane przez Konsultanta Medycznego.
 6. Pozostałe uregulowania dotyczące korzystania ze świadczeń zostały opisane w § 6 OWU POLISA ZDROWIE.

Niniejsze SWU o kodzie SWU_LD/05/2017 zostały przyjęte na mocy uchwały Zarządu UZ/14/2017 dnia 30.03.2017 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia obowiązujących po tym dniu.



Przewodnicząca Zarządu
Xenia Kruszevska



Wiceprezes Zarządu
Aleksander Roda





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. Langiewicza 31, 02-071 Warszawa,
tel. 58 728 9 555

ul. Bocheńskiego 38A lok. 208, 40-859 Katowice,
tel. 58 728 9 509