



POLISA TELEREFUNDACYJNA

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Grupowego

OWU/02/2025

Spis treści

Ogólne Warunki Ubezpieczenia POLISA TELEREFUNDACYJNA	3
§ 1. Postanowienia ogólne.....	4
§ 2. Definicje	4
§ 3. Przedmiot ubezpieczenia.....	5
§ 4. Zakres ubezpieczenia	5
§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności.....	5
§ 6. Świadczenia	5
§ 7. Zawarcie umowy ubezpieczenia	6
§ 8. Czas trwania ochrony ubezpieczeniowej	6
§ 9. Odstąpienie, wypowiedzenie i rozwiązanie umowy ubezpieczenia	6
§ 10. Suma ubezpieczenia	7
§ 11. Składka	7
§ 12. Prawa i obowiązki stron	7
§ 13. Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych	8
§ 14. Informacje dotyczące charakteru wynagrodzenia otrzymywanego przez osoby wykonujące czynności dystrybucyjne 9	
§ 15. Reklamacje, skargi i odwołania	10
§ 16. Postanowienia końcowe	11

Ogólne Warunki Ubezpieczenia POLISA TELEREFUNDACYJNA

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 TELEREFUNDACYJNA, określających kwestie wskazane w nazwach tych sekcji:

l.p.	sekcja	postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1.	przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2 pkt 5, 16, 20, 21, 22; § 4; § 6; § 8 ust. 1;
2.	ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 pkt 2, 4, 15; § 5; § 6 ust. 2; § 8 ust. 1; § 12.

§ 1. Postanowienia ogólne

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (zwanych dalej OWU), Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. z siedzibą w Gdyni (zwane dalej TU ZDROWIE), zawiera umowy ubezpieczenia zdrowotnego z Ubezpieczającymi. Treść niniejszych OWU stanowi integralną treść umów ubezpieczenia, chyba że z danej umowy ubezpieczenia lub polisy potwierdzającej jej zawarcie wynika co innego.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na cudzy rachunek.
3. W przypadku umów zawieranych na cudzy rachunek, Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać niniejsze OWU, Katalog Świadczeń oraz wszelkie inne informacje dotyczące postanowień umowy ubezpieczenia, każdemu zainteresowanemu przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia w charakterze Ubezpieczonego albo przed wyrażeniem zgody na udzielenie mu ochrony ubezpieczeniowej albo przed wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu składki, 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 postanowień niniejszych OWU, które mają pierwszeństwo przed zapisami OWU. Dodatkowe postanowienia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
6. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.

Co oznaczają określenia użyte w tym dokumencie?

§ 2. Definicje

Przez użyte w niniejszych OWU pojęcia rozumie się:

- 1) **dziecko** - dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego Głównego lub jego Partnera, które nie ukończyło 18 roku życia (lub 26 roku życia, jeżeli pozostaje z Ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym);
- 2) **górną granicę odpowiedzialności (GGO)** - wskazany w Katalogu Świadczeń dla każdej usługi medycznej górny limit świadczenia pieniężnego;
- 3) **infolinia** - usługa działająca 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, w ramach której Ubezpieczony może umówić lub potwierdzić termin realizacji usługi medycznej realizowanej na odległość oraz usługi medycznej medycyny pracy;
- 4) **karencja** - czasowe wyłączenie odpowiedzialności TU ZDROWIE w stosunku do świadczeń wskazanych w Katalogu Świadczeń, obowiązujące przez okres wskazany dla danego świadczenia w Katalogu Świadczeń; karencja liczona jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczonego; karencji nie stosuje się w przypadku kontynuacji ochrony ubezpieczeniowej na kolejny okres ubezpieczenia w takim samym lub węższym zakresie ubezpieczenia;
- 5) **Katalog Świadczeń** - wykaz usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu w ramach ochrony

ubezpieczeniowej, stanowiący Załącznik do niniejszych OWU;

- 6) **Klient** - osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia zawartej z TU ZDROWIE;
- 7) **Partner** - niespokrewniona z Ubezpieczonym Głównym osoba, która ukończyła 18 rok życia, pozostająca z Ubezpieczonym Głównym we wspólnym gospodarstwie domowym; na rzecz Ubezpieczonego Głównego i Partnera może zostać zawarta umowa ubezpieczenia w opcji partnerskiej;
- 8) **placówka medyczna** - działający zgodnie z prawem podmiot medyczny, prowadzący działalność leczniczą polegającą na realizowaniu usług medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 9) **polisa** - dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczającym a TU ZDROWIE;
- 10) **reklamacja** - wystąpienie skierowane do TU ZDROWIE przez jego Klienta, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez TU ZDROWIE;
- 11) **rocznica polisy** - każda kolejna rocznica wskazanego w polisie dnia początku ochrony ubezpieczeniowej;
- 12) **rodzina** - dwie osoby, z których każda ukończyła 18 rok życia, pozostające w związku małżeńskim lub partnerskim wraz z dzieckiem lub dziećmi; na rzecz Ubezpieczonego Głównego i jego rodziny może zostać zawarta umowa ubezpieczenia w opcji rodzinnej;
- 13) **rok ubezpieczeniowy** - 12 kolejnych miesięcy trwania ochrony ubezpieczeniowej, licząc od daty początku ochrony ubezpieczeniowej lub od rocznicy polisy;
- 14) **senior** - ojciec lub matka Ubezpieczonego lub macocha lub ojczym Ubezpieczonego, przy czym jeżeli Ubezpieczony ma macochę lub ojczyma, za rodziców nie uważa się odpowiednio matki Ubezpieczonego lub ojca;
- 15) **suma ubezpieczenia** - określony w Katalogu Świadczeń i wskazany w polisie górny limit odpowiedzialności TU ZDROWIE dla świadczeń pieniężnych wypłacanych Ubezpieczonemu;
- 16) **świadczenie ubezpieczeniowe** - zorganizowanie oraz pokrycie kosztów usługi medycznej realizowanej na odległość oraz usługi medycznej medycyny pracy (świadczenie rzeczowe) lub zwrot kosztów usługi medycznej do wysokości GGO (świadczenie pieniężne) i sumy ubezpieczenia;
- 17) **Ubezpieczający** - osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacenia składki;
- 18) **Ubezpieczony** - osoba fizyczna, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia;
- 19) **Ubezpieczony Główny** - Ubezpieczony wskazujący osoby objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach opcji rodzinnej lub partnerskiej;
- 20) **usługa medyczna** - wykonywana przez placówkę medyczną na rzecz Ubezpieczonego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej: porada lekarska, w tym porada lekarska realizowana na odległość, za pomocą systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, badanie diagnostyczne, zabieg operacyjny, pielęgnacyjny, rehabilitacyjny lub inne działanie służące przywróceniu, poprawie, zachowaniu lub zapobieżeniu

pogorszeniu się stanu zdrowia lub profilaktyce; za usługę medyczną uznaje się także usługę medyczną medycyny pracy z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej, wymaganą zgodnie z ustawą o służbie medycyny pracy na danym stanowisku pracy i udzieloną Ubezpieczonemu, pracownikowi Ubezpieczającego oraz kandydatom do pracy Ubezpieczającego;

- 21) **wariant ubezpieczenia** - określony w Katalogu Świadczeń zakres usług medycznych, przysługujący Ubezpieczonemu w ramach posiadanej ochrony ubezpieczeniowej;
- 22) **zdarzenie ubezpieczeniowe** - występujące w okresie ochrony ubezpieczeniowej choroba lub stan zdrowia Ubezpieczonego, uzasadniające wykonanie przez placówkę medyczną na rzecz Ubezpieczonego, w okresie ochrony ubezpieczeniowej, usługi medycznej wymienionej w Katalogu Świadczeń, mieszczącej się w zakresie ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego.

Co obejmuje ubezpieczenie?

§ 3. Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4. Zakres ubezpieczenia

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

Kiedy nie mogę skorzystać ze świadczeń?

§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności

1. TU ZDROWIE nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe, które nastąpiły z powodu lub w następstwie:
 - 1) wprowadzenia lub występowania stanu wyjątkowego, stanu wojennego, stanu klęski żywiołowej, wojny lub działań wojennych,
 - 2) udziału Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, strajkach, zamieszkach, rozruchach, nielegalnych zgromadzeniach,
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - 4) celowego spowodowania przez Ubezpieczonego naruszenia czynności narządu ciała, rozstroju zdrowia lub zagrożenia życia,
 - 5) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub uzależniających,
 - 6) wad fizycznych lub psychicznych ujawnionych przed 1 rokiem życia, spowodowanych chorobami genetycznymi, wcześniactwem lub uszkodzeniem okołoporodowym,

7) stanu zdrowia, którego objawy wystąpiły lub były leczone przed zawarciem umowy ubezpieczenia i nie zostały zgłoszone lub zostały zgłoszone niezgodnie z prawdą do TU ZDROWIE przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jeżeli TU ZDROWIE o nie wyraźnie pytało i mogłyby one wpłynąć na decyzję o zawarciu umowy ubezpieczenia lub na decyzję o warunkach zawartej umowy.

2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:
 - 1) badań genetycznych,
 - 2) usług medycznych służących diagnozowaniu lub leczeniu niepłodności,
 - 3) usług medycznych związanych ze zmianą płci,
 - 4) usług medycznych z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej lub kosmetyki,
 - 5) pozytonowej emisyjnej tomografii komputerowej (PET),
 - 6) szczepień obowiązkowych zgodnie z kalendarzem szczepień (aktualny na dany rok Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych),
 - 7) usług medycznych, których wykonanie nie było uzasadnione z medycznego punktu widzenia.
3. TU ZDROWIE nie ponosi odpowiedzialności za usługi medyczne, dla których zastosowanie ma karencja i które zostały udzielone w okresie karencji wskazanym w Katalogu Świadczeń.
4. TU ZDROWIE może odmówić pokrycia kosztu usługi medycznej zrealizowanej bez wymaganej zgody lub skierowania.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci w terminie pełnej raty składki za wszystkich Ubezpieczonych, uprawnienia Ubezpieczonych do realizacji świadczeń rzeczowych zostaną zawieszane do dnia całkowitego uregulowania zaległości. Następnego dnia po uregulowaniu zaległości, uprawnienia Ubezpieczonych do realizacji świadczeń rzeczowych zostaną przywrócone.

Jak mogę skorzystać ze świadczenia?

§ 6. Świadczenia

1. Ubezpieczony może uzyskać **świadczenie ubezpieczeniowe w formie rzeczowej**, jeżeli
 - 1) umówił wykonanie **usługi medycznej realizowanej na odległość**, za pomocą systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, za pośrednictwem Panelu Ubezpieczonego na stronie www.tuzdrowie.pl lub
 - 2) umówił wykonanie **usługi medycznej medycyny pracy** za pośrednictwem infolinii i zrealizował ją w placówce medycznej wskazanej przez jej konsultanta.
2. Ubezpieczony może uzyskać **świadczenie pieniężne** w wysokości ograniczonej przez GGO. W takim przypadku Ubezpieczony ma obowiązek przesłać do TU ZDROWIE online za pośrednictwem Panelu Ubezpieczonego na stronie www.tuzdrowie.pl elektroniczny wniosek o wypłatę świadczenia pieniężnego dołączając:
 - 1) czytelny scan faktury/rachunku wystawionych w związku wykonaniem usługi medycznej, z wyszczególnieniem nazwy udzielonej usługi wraz z ceną jednostkową,

- 2) skan skierowania na usługę medyczną (jeśli zgodnie z Katalogiem Świadczeń jest wymagane),
 - 3) inne dokumenty wymagane zgodnie z Katalogiem Świadczeń.
3. TU ZDROWIE może wystąpić do Ubezpieczonego o przekazanie dodatkowych informacji lub dokumentacji medycznej w celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia lub jego wysokości.
4. Decyzja TU ZDROWIE o odmowie wypłaty świadczenia pieniężnego lub zmniejszeniu wysokości świadczenia wraz z uzasadnieniem zostanie przesłana Ubezpieczonemu, a przyznane świadczenie zostanie wypłacone przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego i podany w dokumencie „Wniosek o wypłatę świadczenia” w terminie 30 dni od otrzymania dokumentów określonych w ust.2.
5. Szczegółowe informacje dotyczące realizacji świadczeń są opisane w Katalogu Świadczeń.

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. Ograniczenie wieku przystąpienia nie dotyczy Ubezpieczonego Głównego i seniora.
2. Ubezpieczenie może być zawarte także w opcji rodzinnej lub partnerskiej.
3. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na podstawie wniosku Ubezpieczającego, złożonego na formularzu TU ZDROWIE, wypełnionego w sposób kompletny i poprawny.
4. TU ZDROWIE może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji dotyczących ryzyka ubezpieczeniowego, takich jak: struktura wiekowa i zawodowa osób, które mają zostać objęte ubezpieczeniem, stan zdrowia, styl życia tych osób lub występowanie narażeń zdrowotnych związanych z wykonywaną pracą.
5. Po przeprowadzeniu oceny ryzyka, w przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego, TU ZDROWIE może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia lub zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach innych niż wskazane we wniosku.
6. Potwierdzeniem zawarcia umowy ubezpieczenia jest polisa, która przekazywana jest Ubezpieczającemu w sposób umożliwiający zapoznanie się z jej treścią. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta z dniem wystawienia polisy. Z dniem zawarcia umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacania składki ubezpieczeniowej w sposób wskazany w polisie lub pisemnej umowie ubezpieczenia.

Kiedy można rozpocząć korzystanie ze świadczeń?

§ 8. Czas trwania ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa, z uwzględnieniem okresów karencji, rozpoczyna się w momencie wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej niż następnego dnia po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty w pełnej wysokości.
2. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na okres jednego roku ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust.3.
3. Okres obowiązywania umowy zostaje automatycznie przedłużony o kolejny rok ubezpieczeniowy, jeżeli umowa nie zostanie pisemnie wypowiedziana przez Ubezpieczającego zgodnie z §9 OWU lub jeżeli TU ZDROWIE nie złoży propozycji nowych warunków ubezpieczenia na kolejny rok ubezpieczeniowy na co najmniej 30 dni przed rocznicą polisy.

Kiedy kończy się ubezpieczenie?

§ 9. Odstąpienie, wypowiedzenie i rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą - w terminie 7 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w którym TU ZDROWIE udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, liczonego od ostatniego dnia miesiąca, w którym TU ZDROWIE otrzymało oświadczenie o wypowiedzeniu. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym TU ZDROWIE udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
3. W razie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, ponowne zawarcie umowy ubezpieczenia możliwe jest po upływie 6 miesięcy, liczonych od ostatniego dnia trwania ochrony ubezpieczeniowej, chyba że TU ZDROWIE wyrazi zgodę na wcześniejsze zawarcie umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku nieopłacenia w terminie składki lub kolejnej raty składki, a także w przypadku opłacenia składki w niepełnej wysokości, TU ZDROWIE wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty, wyznaczając w tym celu dodatkowy termin 7 dni. Brak zapłaty składki lub jej brakującej części w wyznaczonym terminie, uprawnia TU ZDROWIE do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym upłynął dodatkowy termin. Nie zwalnia to Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym TU ZDROWIE udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
5. Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana przez TU ZDROWIE również z następujących ważnych powodów:
 - 1) jeżeli podjęto uchwałę lub wydano prawomocne orzeczenie o likwidacji Ubezpieczającego,
 - 2) jeżeli dojdzie do zmiany przepisów prawa, skutkującej niemożnością wykonywania umowy ubezpieczenia,
 - 3) jeżeli dojdzie do zmiany przepisów prawa lub ich interpretacji, skutkującej istotną zmianą prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,

- 4) jeżeli w trakcie trwania umowy ubezpieczenia doszło do ujawnienia okoliczności istotnie zmieniających prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym zmiany ilościowej lub jakościowej danych podanych przez Ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia i będących podstawą ustalenia wysokości składki.
6. W przypadkach, o których mowa w ust. 5 pkt. 1) i 2) wypowiedzenie ma skutek natychmiastowy.
7. W przypadkach, o których mowa w ust. 5 pkt. 3) i 4) TU ZDROWIE zobowiązane jest w pierwszej kolejności zaproponować zmienioną wysokość składki.
8. Brak odpowiedzi Ubezpieczającego w terminie 14 dni od dnia doręczenia pisma wskazującego nową wysokość składki, jest równoznaczny z wyrażeniem zgody na zmianę wysokości składki i nie wymaga zmiany umowy ubezpieczenia.
9. Brak zgody Ubezpieczającego na zmianę wysokości składki upoważnia TU ZDROWIE do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w terminie 14 dni od dnia otrzymania oświadczenia Ubezpieczającego, z którego wynika brak zgody na zmianę wysokości składki. W takim przypadku wypowiedzenie dokonane przez TU ZDROWIE ma skutek natychmiastowy.
10. W przypadku, o którym mowa w ust. 7, zmieniona wysokość składki obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym wyrażona została zgoda na zmianę wysokości składki.

§ 10. Suma ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia jest wskazana w polisie.

Jak oblicza się składkę za ubezpieczenie?

§ 11. Składka

1. Składkę oblicza się po dokonaniu oceny ryzyka, na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia lub w dniu przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej na kolejny okres ubezpieczenia.
2. Składka może być wyższa od składki wynikającej z taryfy ze względu na czynniki zwiększające ryzyko, takie jak: stan zdrowia, styl życia, zawód wykonywany przez osoby obejmowane ubezpieczeniem lub występowanie narażeń zdrowotnych związanych z wykonywaną pracą.
3. Składka płatna jest jednorazowo albo w ratach miesięcznych, kwartalnych lub półrocznych.
4. Obowiązek zapłaty składki spoczywa na Ubezpieczającym.
5. Składkę lub pierwszą ratę składki należy zapłacić na minimum 5 dni przed wybraną datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
6. Termin płatności kolejnych rat składki i ich wysokość określone są w polisie lub w pisemnej umowie ubezpieczenia.
7. Składkę lub ratę składki należy zapłacić na wskazany w polisie lub pisemnej umowie ubezpieczenia rachunek bankowy TU ZDROWIE.
8. W przypadku opłacania składki w ratach, w razie opłacenia raty składki w kwocie przewyższającej ratę należną, TU ZDROWIE zaliczy nadpłaconą kwotę na poczet kolejnej

raty składki, chyba że Ubezpieczający zwróci się o zwrot nadpłaty w terminie 7 dni od dnia dokonania nadpłaty.

9. W razie powstania nadpłaty składki na koniec okresu ubezpieczenia, TU ZDROWIE w ciągu 30 dni od końca okresu ubezpieczenia zwróci nadpłaconą kwotę na rachunek wskazany przez Ubezpieczającego.

Do czego ma prawo TU ZDROWIE, a do czego Ubezpieczony?

§ 12. Prawa i obowiązki stron

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązany jest podać zgodnie z prawdą do wiadomości TU ZDROWIE wszystkie znane sobie okoliczności, o które TU ZDROWIE pytało we wniosku lub innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Jeżeli TU ZDROWIE zawarło umowę ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązany jest przekazać TU ZDROWIE wszelkie informacje, które są wymagane w celu stwierdzenia uprawnienia do przyznania świadczenia ubezpieczeniowego.
3. TU ZDROWIE jest zwolnione z obowiązku realizacji świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku, gdy Ubezpieczający lub Ubezpieczony z naruszeniem obowiązków podanych w ust. 1-2, podali okoliczności lub informacje nieprawdziwe.
4. W celu oceny ryzyka i realizacji umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony jest zobowiązany wyrazić zgodę na przetwarzanie danych osobowych i danych dotyczących stanu zdrowia na formularzu przekazanym przez TU ZDROWIE lub w Panelu Ubezpieczonego na stronie www.tuzdrowie.pl.
5. Ponadto Ubezpieczający jest zobowiązany przed uzyskaniem zgody Ubezpieczonego zapoznać go z informacjami TU ZDROWIE dotyczącymi przetwarzania danych osobowych wynikającymi z obowiązujących przepisów prawa, przekazanych Ubezpieczającemu w osobnym dokumencie.
6. Odpowiedzialność za brak uzyskania zgód Ubezpieczonych na przetwarzanie danych osobowych obciąża Ubezpieczającego.
7. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania TU ZDROWIE zgody, o której mowa w ust. 4, przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczonego.
8. W przypadku, gdy Ubezpieczony nie wyraził zgody określonej w ust. 4 lub ją wycofał, ochrona ubezpieczeniowa obejmuje prawo do świadczeń pieniężnych realizowanych zgodnie z §6 ust. 2. Prawo do świadczeń rzeczowych przywrócone zostanie w ciągu 3 dni roboczych od otrzymania wskazanej wyżej zgody przez TU ZDROWIE.
9. Ubezpieczający i Ubezpieczony mają prawo wglądu do dokumentacji TU ZDROWIE dotyczącej zawarcia umowy ubezpieczenia i ustalenia prawa do świadczeń oraz sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii z tej dokumentacji. Prawo to nie obejmuje uprawnienia Ubezpieczającego do wglądu, bez zgody Ubezpieczonego, do danych osobowych Ubezpieczonego oraz do innych danych podlegających ochronie przed ujawnieniem.
10. TU ZDROWIE jest obowiązane:
 - 1) doręczyć Ubezpieczającemu tekst OWU i Katalogu Świadczeń,

- 2) wydać Ubezpieczającemu polisę oraz inne dokumenty wymagane przepisami prawa,
 - 3) udostępnić Ubezpieczającemu z zastrzeżeniem ust. 9 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,
 - 4) przedstawić Ubezpieczającemu, w formie pisemnej pod rygorem nieważności, różnice między postanowieniami umowy ubezpieczenia a OWU; powyższe postanowienie nie ma zastosowania w przypadku pisemnych umów ubezpieczenia zawartych w drodze negocjacji lub umów ubezpieczenia zawartych w drodze negocjacji potwierdzonych polisą podpisaną przez TU ZDROWIE i Ubezpieczającego.
11. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania TU ZDROWIE, nie później niż na 5 dni roboczych przed rozpoczęciem kolejnego miesiąca ochrony ubezpieczeniowej, danych lub zmiany danych osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową lub Ubezpieczonych zgodnie z przekazaniem przez TU ZDROWIE formatem danych zawierającym co najmniej: imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL (lub numer paszportu w przypadku cudzoziemców nieposiadających numeru PESEL), stopień powinowactwa/pokrewieństwa Ubezpieczonych w przypadku ochrony ubezpieczeniowej w opcji partnerskiej lub rodzinnej, wybrany wariant i opcję ubezpieczenia.
 12. W przypadku niedotrzymania terminu opisanego w ust. 11, świadczenia rzeczowe przysługują Ubezpieczonym od trzeciego dnia roboczego od dnia przekazania tych danych.
 13. Ubezpieczający na wniosek Ubezpieczonego może zgłosić TU ZDROWIE wolę zmianę wariantu lub opcji ubezpieczenia dla tego Ubezpieczonego:
 - 1) w terminie dwóch miesięcy od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub nabycia prawa do objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - 2) lub nie później niż na 14 dni przed każdą rocznicą polisy, pod warunkiem, że okres objęcia ochroną ubezpieczeniową w danym wariantcie był dłuższy niż 6 miesięcy.
 14. Zmiana, o której mowa w ust. 13, wymaga zgody TU ZDROWIE; przy czym jeżeli zgłoszenie Ubezpieczającego nastąpiło w terminach określonych w ust. 13, TU ZDROWIE może odmówić zgody wyłącznie z ważnych powodów.
 15. W przypadku śmierci Partnera lub Dziecka, rozwiązania związku małżeńskiego łączącego Ubezpieczonego z Partnerem lub ustania stosunku faktycznego z Partnerem umożliwiającego zawarcie ubezpieczenia w opcji partnerskiej lub rodzinnej lub rozwiązania przysposobienia, zmiana opcji partnerskiej lub rodzinnej na indywidualną lub opcji rodzinnej na partnerską może nastąpić na zgłoszenie Ubezpieczającego w dowolnym czasie.
 16. W przypadku wstąpienia przez Ubezpieczonego w związek małżeński, urodzenia dziecka Ubezpieczonego lub dokonania przez niego przysposobienia, Ubezpieczający może zgłosić zmianę opcji ubezpieczenia na partnerską lub rodzinną. Zgłoszenie zmiany opcji ubezpieczenia może nastąpić w ciągu dwóch miesięcy od daty wystąpienia zdarzenia, o którym mowa w zdaniu poprzednim. Zgłoszenie zmiany z naruszeniem tego terminu może uzasadniać odmowę dokonania zmiany przez TU ZDROWIE.
 17. Zmiana wariantu lub opcji ubezpieczenia, obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zmiany zostały zgłoszone przez Ubezpieczającego do TU ZDROWIE, z wyjątkiem zmiany o której mowa w ust. 13 pkt. 2. Zmiana, o której mowa w ust. 13 pkt. 2 obowiązuje od rocznicy polisy.
 18. TU ZDROWIE może zażądać przedstawienia dokumentów potwierdzających wystąpienie zdarzeń uprawniających do zmiany wariantu lub opcji ubezpieczenia. Nieprzedstawienie dokumentów lub niepotwierdzenie wystąpienia zdarzeń uprawniających do zmiany wariantu lub opcji ubezpieczenia stanowią ważne powody do odmowy przez TU ZDROWIE dokonania zmiany wariantu lub opcji ubezpieczenia.
 19. W przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczonego, ponowne objęcie ochroną ubezpieczeniową tego Ubezpieczonego jest możliwe po upływie 12 miesięcy od ostatniego dnia, w którym TU ZDROWIE udzielało ochrony ubezpieczeniowej dla tego Ubezpieczonego, chyba że TU ZDROWIE wyrazi zgodę na wcześniejsze objęcie ochroną ubezpieczeniową.

§ 13. Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych

1. Administratorem przekazanych przez Ubezpieczającego danych osobowych Ubezpieczonych jest TU ZDROWIE.
2. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz realizacją praw przysługujących osobom, których te dane dotyczą można kontaktować się z Administratorem lub z wyznaczonym przez Administratora Inspektorem Danych Osobowych korespondencyjnie na adres siedziby TU ZDROWIE lub na adres poczty elektronicznej iod@tuzdrowie.pl.
3. Dane osobowe Ubezpieczonych są przetwarzane w celu:
 - 1) zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia zdrowotnego, również w sposób zautomatyzowany, w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy oraz zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia,
 - 2) oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy – podstawą prawną przetwarzania jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze oraz zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia,
 - 3) marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych TU ZDROWIE, w tym w celach analitycznych i profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu TU ZDROWIE; uzasadnionym interesem TU ZDROWIE jest prowadzenie marketingu bezpośredniego swoich usług,
 - 4) wypełnienia przez TU ZDROWIE obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążyącego na administratorze, wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,
 - 5) wypełnienia przez TU ZDROWIE obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążyącego na TU ZDROWIE, wynikającego z przepisów o wypełnianiu

- międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami,
- 6) w celu dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia zdrowotnego – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu TU ZDROWIE; uzasadnionym interesem TU ZDROWIE jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń,
 - 7) w celu podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu TU ZDROWIE; uzasadnionym interesem TU ZDROWIE jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń,
 - 8) reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu TU ZDROWIE; uzasadnionym interesem TU ZDROWIE jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową ubezpieczenia.
4. TU ZDROWIE otrzymuje dane osobowe Ubezpieczonych takie jak:
- 1) imię, nazwisko, PESEL/numer paszportu, data urodzenia, płeć, ewentualnie powinowactwo z Ubezpieczonym Głównym, numer telefonu komórkowego i adres e-mail od Ubezpieczającego w celu wykonywania umowy ubezpieczenia,
 - 2) dane o wykonanych usługach medycznych przekazywane od placówek medycznych w celu rozliczenia usług wykonywanych na rzecz Ubezpieczonych w ramach ochrony ubezpieczeniowej oferowanej przez TU ZDROWIE oraz w celu weryfikacji uprawnień do świadczenia ubezpieczeniowego lub jego wysokości.
5. Dane osobowe Ubezpieczonych będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia zdrowotnego lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz dotyczących wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.
6. TU ZDROWIE przestanie wcześniej przetwarzać dane wykorzystywane do celów marketingu bezpośredniego, w tym profilowania i celów analitycznych, jeżeli Ubezpieczony zgłosi sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych Ubezpieczonego w tych celach.
7. Dane osobowe Ubezpieczonych mogą być udostępnione placówkom medycznym, podmiotom realizującym świadczenia ubezpieczeniowe na rzecz Ubezpieczonych przez TU ZDROWIE, podmiotom świadczącym usługi infolinii i zakładom reasekuracji.
8. Ponadto dane osobowe Ubezpieczonych mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie TU ZDROWIE, między innymi dostawcom usług informatycznych, usług prawnych, usług księgowych, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z TU ZDROWIE i wyłącznie zgodnie z poleceniami TU ZDROWIE.
9. Dane osobowe Ubezpieczonych, w niezbędnym zakresie, z wyjątkiem danych o stanie zdrowia i wykonanych usługach medycznych, są udostępniane Ubezpieczającym w celu zapewnienia należytej ochrony ubezpieczeniowej i rozliczania składki.
10. Dane osobowe Ubezpieczonych nie będą przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.
11. Ubezpieczonym przysługuje prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L numer 119, strona 1).
12. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych Ubezpieczonych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu TU ZDROWIE, przysługuje Ubezpieczonemu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych Ubezpieczonego.
13. W szczególności przysługuje Ubezpieczonemu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania.
14. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych Ubezpieczonego jest zgoda, Ubezpieczony ma prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
15. W zakresie, w jakim dane osobowe Ubezpieczonego są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub przetwarzane na podstawie zgody – przysługuje Ubezpieczonemu także prawo do przenoszenia danych osobowych, to jest do otrzymania od TU ZDROWIE danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Ubezpieczony może przesłać te dane innemu administratorowi danych.
16. Ubezpieczonemu przysługuje również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.
17. W związku z przetwarzaniem danych osobowych Ubezpieczonych, decyzje dotyczące Ubezpieczonego mogą być podejmowane w sposób zautomatyzowany.
18. Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

§ 14. Informacje dotyczące charakteru wynagrodzenia otrzymywanego przez osoby wykonujące czynności dystrybucyjne

1. Pracownicy TU ZDROWIE wykonujący czynności dystrybucyjne otrzymują regularne wynagrodzenie miesięczne i premie od zawartych umów ubezpieczeń.
2. Agenci z tytułu doprowadzenia do zawarcia lub zawarcia umowy ubezpieczenia otrzymują od TU ZDROWIE

wynagrodzenie stanowiące uzgodniony procent składki miesięcznej.

3. Brokerzy ubezpieczeniowi z tytułu doprowadzenia do zawarcia umowy ubezpieczenia otrzymują od TU ZDROWIE wynagrodzenie stanowiące uzgodniony procent składki miesięcznej lub są wynagradzani przez Ubezpieczającego.

§ 15. Reklamacje, skargi i odwołania

1. Składanie reklamacji:

- 1) Klient mający zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez TU ZDROWIE ma prawo złożenia reklamacji do TU ZDROWIE.

2) Reklamacja może być złożona:

- na piśmie - osobiście, w jednostce TU ZDROWIE obsługującej Klientów, albo przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. - Prawo pocztowe (Dz.U. poz. 1529 ze zm.) albo nadana w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej na adres: TU ZDROWIE S.A., ulica Śląska 17, 81-319 Gdynia, z dodatkowym oznaczeniem na kopercie „Reklamacja”, albo wysłana na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1045 i 1841), wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy. Adres do elektronicznych doręczeń Towarzystwa Ubezpieczeń ZDROWIE S.A.: **AE:PL-92466-77956-IGEJC-22**,
- ustnie - telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce TU ZDROWIE,
- w postaci elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, na adres email: **reklamacje@tuzdrowie.pl**. lub poprzez formularz reklamacji udostępniony na stronie internetowej TU ZDROWIE **www.tuzdrowie.pl**, lub zakładkę Zgłoś reklamację w Panelu Ubezpieczonego.

3) Reklamacja powinna zawierać:

- oznaczenie Reklamacja,
- imię i nazwisko Klienta,
- adres Klienta do korespondencji,
- adres e-mail Klienta,
- numer PESEL Klienta,
- datę i numer polisy,
- opis nieprawidłowości w działalności TU ZDROWIE, których dotyczy reklamacja,
- wskazanie o co wnosi Klient składający reklamację,
- wskazanie czy Klient wnosi o dostarczenie odpowiedzi na reklamację drogą elektroniczną,
- podpis Klienta.

- 4) Reklamacje niezawierające danych, o których mowa w pkt. 3), będą rozpatrywane przez TU ZDROWIE w takim zakresie w jakim będzie to możliwe. Brak wskazania przez Klienta danych kontaktowych może uniemożliwić dostarczenie odpowiedzi na reklamację.

2. Tryb rozpatrywania reklamacji:

- TU ZDROWIE rozpatruje reklamację i udziela Klientowi odpowiedzi w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, a na wniosek Klienta odpowiedź może zostać dostarczona pocztą elektroniczną na wskazany adres.
 - 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.
 - W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w pkt. 2), TU ZDROWIE w informacji przekazywanej Klientowi, który wystąpił z reklamacją:
 - wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
 - wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
 - W przypadku niedotrzymania terminu określonego w ust. 2 pkt. 2), a w określonych przypadkach terminu określonego w pkt. 3), reklamację uważa się za rozpatrzoną zgodnie z wolą Klienta.
 - Odpowiedź na reklamację powinna zawierać w szczególności:
 - uzasadnienie faktyczne i prawne, chyba że reklamacja została rozpatrzona zgodnie z wolą Klienta,
 - wyczerpującą informację na temat stanowiska TU ZDROWIE w sprawie skierowanych zastrzeżeń, w tym wskazanie odpowiednich fragmentów wzorca umowy lub umowy,
 - imię i nazwisko osoby udzielającej odpowiedzi ze wskazaniem jej stanowiska służbowego,
 - określenie terminu, w którym roszczenie podniesione w reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą Klienta zostanie zrealizowane, nie dłuższego niż 30 dni od dnia sporządzenia odpowiedzi.
 - W przypadku nieuwzględnienia roszczeń wynikających z reklamacji Klienta, treść odpowiedzi na reklamację powinna zawierać również pouczenie o możliwości:
 - odwołania się od stanowiska zawartego w odpowiedzi, a także o sposobie wniesienia tego odwołania,
 - wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego,
 - wystąpienia z powództwem do sądu powszechnego ze wskazaniem podmiotu, który powinien być pozwany i sądu miejscowo właściwego do rozpoznania sprawy.
3. Klientowi przysługuje prawo do odwołania się od odpowiedzi na reklamację w trybie określonym poniżej:
- Odwołanie wnosi się do Zarządu TU ZDROWIE w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez Klienta odpowiedzi na reklamację. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odwołania przed upływem tego terminu.
 - Odwołanie może być złożone TU ZDROWIE:

- 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: TU ZDROWIE S.A. – Biuro Zarządu, ulica Śląska 17, 81-319 Gdynia, dodatkowe oznaczenie na kopercie: Odwołanie,
- b. w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, na adres email: reklamacje@tuzdrowie.pl.
- 3) Odwołanie powinno wskazywać zaskarżoną odpowiedź na reklamację oraz przyczyny, z powodu których Klient kwestionuje odpowiedź na reklamację.
- 4) TU ZDROWIE rozpatruje odwołanie i udziela składającemu odwołanie odpowiedzi w formie decyzji w postaci pisemnej lub za pośrednictwem poczty e-mail.
- 5) 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.
- 6) Jeżeli rozpatrzenie odwołania w powyższym terminie nie jest możliwe, TU ZDROWIE 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.
- 7) W wyniku rozpatrzenia odwołania TU ZDROWIE wydaje decyzję uwzględniającą odwołanie lub odmawiającą uwzględnienia odwołania. W przypadku uwzględnienia odwołania TU ZDROWIE zmienia odpowiedź na reklamację, w stosunku do której wniesiono odwołanie.
4. W przypadku nieuwzględnienia reklamacji, niezależnie od możliwości wniesienia odwołania, a także pomimo niewniesienia reklamacji:
- 1) Klient ma możliwość wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego;
- 2) Klient ma możliwość wystąpienia z powództwem do sądu powszechnego. W takim wypadku podmiotem, który powinien być pozwany jest TU 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. Sądem 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. W przypadkach innych niż wskazane w §15 ust. 1 oraz ust. 3, Klient oraz Ubezpieczający mogą wnieść skargę będącą interwencją w sprawie nieprawidłowości w działalności TU ZDROWIE lub podmiotów współpracujących z TU ZDROWIE niezwiązaną z zawarciem lub wykonaniem konkretnej umowy ubezpieczenia. Skarga rozpatrywana będzie zgodnie z trybem określonym poniżej:
- 1) Skarga może być złożona TU ZDROWIE:
- 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: TU ZDROWIE S.A., ulica Śląska 17, 81-319 Gdynia, dodatkowe oznaczenie na kopercie: Skarga;
- b. ustnie – telefonicznie;
- c. w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, na adres email: reklamacje@tuzdrowie.pl.
- 2) TU ZDROWIE rozpatruje skargę i udziela składającemu skargę odpowiedzi w postaci pisemnej lub za pośrednictwem poczty e-mail.
- 3) 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.
- 4) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w punkcie 3) TU ZDROWIE może przedłużyć termin rozpatrywania skargi do 60 dni.
- 5) Od odpowiedzi na skargę nie przysługuje odwołanie.

§ 16. Postanowienia końcowe

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

Niniejsze OWU o kodzie OWU/02/2025 zostały przyjęte na mocy uchwały Zarządu UZ/15/2025 z dnia 25.03.2025 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 01.04.2025 r.

Prezes Zarządu
Sławomir Koszewski



Członek Zarządu
Maciej Korzeniowski





TU ZDROWIE Spółka Akcyjna

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

Siedziba: ul. Śląska 17, 81-319 Gdynia, tel. 58 888 2 999
Biura Handlowe: ul. Cybernetyki 7A, 02-677 Warszawa, tel. 58 888 2 999
ul. Bocheńskiego 38A lok. 225, 40-859 Katowice, tel. 58 888 2 999