

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA



§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE	2
§ 2. DEFINICJE OGÓLNE.....	2
§ 3. DEFINICJE SZCZEGÓŁOWE ŚWIADCZEŃ	3
§ 4. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	6
§ 5. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	6
§ 6. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA.....	7
§ 7. CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA.....	7
§ 8. ODSTĄPIENIE, WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA.....	8
§ 9. ŚWIADCZENIA	8
§ 10. SUMA UBEZPIECZENIA	9
§ 11. SKŁADKA.....	9
§ 12. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON.....	9
§ 13. REKLAMACJE I ODWOŁANIA	10
§ 14. POSTANOWIENIA KOŃCOWE.....	12

§ 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 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 Medyczna** – 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 zaopatrzeniem w zdjęcie dokumentem określającym tożsamość Ubezpieczonego (w szczególności dowód osobisty, paszport, prawo jazdy, legitymacja szkolna);
- 5) **Katalog Świadczeń** – lista świadczeń przysługujących Ubezpieczonemu w ramach wybranego wariantu ubezpieczenia, stanowiący Zał. nr I do niniejszych OWU;
- 6) **Klient** – osobą fizyczną będącą 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 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** – każdy działający zgodnie z prawem podmiot leczniczy, udzielający usług medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 10) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem Ubezpieczeń;
- 11) **Program Zdrowotny** – opisany w Katalogu Świadczeń dla danego wariantu ubezpieczenia zakres świadczeń diagnostycznych, leczniczych, profilaktycznych i/lub promocji zdrowia koordynowany w całości przez Towarzystwo Ubezpieczeń służący przywróceniu lub zachowaniu zdrowia Ubezpieczonego;

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, stanowiący określony w Katalogu Świadczeń % sumy ubezpieczenia, wypłacany Ubezpieczonemu, osobie lub podmiotowi przez niego wskazanemu. Świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu jedynie za zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w wybranym przez Ubezpieczającego wariantcie ubezpieczenia;
- 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 lub przysposobione, lub jedna osoba dorosła z dziećmi własnymi lub przysposobionymi. Za rodzinę przyjmuje 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;
- 15) **Skarga** – interwencja Klienta lub Ubezpieczającego w sprawie nieprawidłowości w działalności Towarzystwa Ubezpieczeń lub podmiotów współpracujących z Towarzystwem Ubezpieczeń niezwiązana z zawarciem lub wykonaniem konkretnej umowy ubezpieczenia.
- 16) **Suma ubezpieczenia** – określony dla danego wariantu ubezpieczenia limit odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń z tytułu wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych, zrealizowanych bez pośrednictwa 24 h Infolinii Medycznej;
- 17) **Sporty ekstremalne** – sporty powietrzne tj.: skoki ze spadochronem, paralotniarstwo, szybownictwo, amatorskie pilotowanie samolotów silnikowych; kolarstwo górskie, sporty motorowe, wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, speleologia, skoki akrobatyczne na nartach i snowboardzie, skoki narciarskie, surfing, windsurfing, kitesurfing (wodny i zimowy), sporty, w których wykorzystywane są pojazdy poruszające się po śniegu lub lodzie, jazda konna, polo, nurkowanie z użyciem sprzętu umożliwiającego oddychanie sprężonym powietrzem lub inną mieszkanką, myślistwo, rafting lub inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, sporty walki i systemy walki;
- 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 Ubezpiezonego wymagająca wykonania przez placówkę medyczną, w trakcie trwania ochrony

ubezpieczeniowej usługi służącej przywróceniu, zachowaniu, poprawie zdrowia lub zapobieżeniu pogorszeniu stanu zdrowia.

§ 3. DEFINICJE SZCZEGÓŁOWE ŚWIADCZEŃ

1. **Świadczenie medyczne** – udzielona w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu usługa medyczna określona w Katalogu Świadczeń dla wybranego wariantu ubezpieczenia, której termin i miejsce wykonania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazuje konsultant 24 h Infolinii Medycznej, lub której wykonanie jest potwierdzane telefonicznie Ubezpieczonemu lub bezpośrednio pracownikowi placówki medycznej przez konsultanta 24 h Infolinii Medycznej.
2. **Świadczenia medyczne medycyny pracy** – udzielona 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;
3. **Świadczenie pieniężne** – świadczenie w wysokości ograniczonej przez GGO, wypłacane w PLN Ubezpieczonemu, osobie lub podmiotowi przez niego wskazanemu z tytułu wystąpienia w życiu Ubezpiezonego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zdarzenia ubezpieczeniowego, określonego w Katalogu Świadczeń dla wybranego wariantu ubezpieczenia;
4. **Świadczenie pieniężne z tytułu pobytu w szpitalu** – świadczenie w wysokości ograniczonej przez GGO, określone w Katalogu Świadczeń dla wybranego wariantu ubezpieczenia, wypłacane w PLN Ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu w szpitalu trwający nieprzerwanie dłużej niż 24 godziny, liczony od 2 dnia pobytu z zastrzeżeniem, iż w przypadku jednoczesnego przysługiwania prawa do świadczenia pieniężnego z tytułu hospitalizacji z powodu poważnego zachorowania lub świadczenia pieniężnego z tytułu porodu, świadczenie pieniężne z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje od 10 dnia pobytu. Liczbę dni pobytu oblicza się odejmując datę przyjęcia do szpitala od daty wypisu ze szpitala. Maksymalny okres pobytu w szpitalu objęty ochroną ubezpieczeniową wynosi 30 dni w roku ubezpieczeniowym;
5. **Świadczenie pieniężne z tytułu porodu** – świadczenie w wysokości ograniczonej przez GGO określone w Katalogu Świadczeń dla wybranego wariantu ubezpieczenia, wypłacane w PLN z tytułu pobytu Ubezpieczonej w szpitalu z powodu urodzenia dziecka;
6. **Świadczenie pieniężne z tytułu złamania kości albo zwichnięcia stawu** – świadczenie w wysokości ograniczonej przez GGO, określone w Katalogu Świadczeń dla wybranego wariantu ubezpieczenia, wypłacane w PLN Ubezpieczonemu z tytułu

konieczności skorzystania z usług medycznych spowodowanych całkowitym przerwaniem ciągłości kości albo uszkodzeniem, w którym dochodzi do utraty kontaktu powierzchni stawowych, przemieszczenia w torebce stawowej z towarzyszącym uszkodzeniem struktur wewnątrzstawowych (więzadeł, chrząstki, łąkotek) albo rozerwaniem torebki stawowej, potwierdzonych badaniem radiologicznym;

7. **Świadczenie pieniężne z tytułu hospitalizacji z powodu poważnego zachorowania** – świadczenie w wysokości ograniczonej przez GGO, określone w Katalogu Świadczeń dla wybranego wariantu ubezpieczenia, wypłacane w PLN Ubezpieczonemu z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z powodu:

1) **zawału serca** – rozumianego, jako udowodniona martwica kardiomiocytów w sytuacji klinicznej, odpowiadającej ostremu niedokrwieniu mięśnia sercowego. Zawał serca można rozpoznać w każdej z następujących sytuacji:

- a. wzrost i/lub spadek wartości biomarkera sercowego (troponiny sercowej [cTn] lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl górnej granicy przedziału wartości referencyjnych

oraz co najmniej jedno z poniższych:

- b. objawy podmiotowe niedokrwienia mięśnia sercowego;
- c. nowe lub przypuszczalnie nowe istotne zmiany odcinka ST i załamka T (ST-T) lub nowy blok lewej odnogi pęczka Hisa (LBBB);
- d. wystąpienie patologicznych załamek Q w elektrokardiogramie (EKG);
- e. stwierdzenie w badaniu obrazowym nowego obszaru nieżyłotnego mięśnia sercowego lub nowej nieprawidłowości odcinkowej ruchomości ściany serca;
- f. wykrycie zakrzepu w tętnicy wieńcowej za pomocą angiografii;

2) **udar mózgu/wylewu krwi do mózgu** – rozumianego jako nagłe wystąpienie ogniskowego, lub uogólnionego zaburzenia czynności mózgu, którego objawy utrzymują się dłużej niż 24 godziny, a w przypadku szybko ustępujących objawów neurologicznych - ostrej, klinicznie istotnej zmiany w mózgu w badaniach obrazowych i nie mającej przyczyny innej, niż naczyniowa (udar mózgu niedokrwienno, udar mózgu krwotoczny, krwawienie podpajęczynówkowe);

3) **nowotworu złośliwego** – rozumianego jako 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, udokumentowany badaniem biopsyjnym i rozpoznaniem histopatologicznym. Termin ten obejmuje również białaczki oraz ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina). Definicja nie obejmuje:

- a. przewlekłej białaczki limfatycznej;

- b. zmian przednowotworowych tzw. nowotworów in situ w tym: dysplazji szyjki macicy, rógowacenia starczego skóry, gruczolaka jelita z dysplazją nabłonka dużego stopnia;
- c. czerniaka złośliwego w stadium IA (T1a N0 M0 wg klasyfikacji TNM);
- d. raka prostaty we wczesnym stadium T1 (T1a N0 M0 i T1b N0 M0 wg klasyfikacji TNM);
- e. raka podstawnomórkowego skóry i raka kolczystokomórkowego skóry;
- f. choroby Hodgkina w pierwszym stadium IA (T1a N0 M0 wg klasyfikacji TNM);
- g. nowotworów towarzyszących zakażeniu wirusem HIV;

4) **stwardnienia rozsianego (SM)** – rozumianego jako pierwsze w życiu rozpoznanie przewlekłej zapalnej, demielinizacyjnej choroby ośrodkowego układu nerwowego, w której stwierdza się dowody na rozprzestrzenianie uszkodzeń w miejscu (wieloogniskowość) i w czasie (powtarzające się ataki choroby lub stała progresja objawów), potwierdzone badaniem rezonansu magnetycznego, płynu mózgowo-rdzeniowego i wzrokowych potencjałów wywołanych, bezwzględnie wymagające leczenia szpitalnego;

5) **choroby Alzheimera** – rozumianej jako pierwsze w życiu rozpoznanie zwyrodnieniowej choroby mózgu, spowodowanej odkładaniem się w nim białek (β -amyloidu, tau i α -synukleiny) o patologicznej strukturze, powodujących zanik neuronów i ich połączeń. Klinicznie przejawia się zaburzeniami pamięci, zachowania i niemożnością prawidłowego funkcjonowania w codziennym życiu, potwierdzonej badaniami neurologicznymi, neuropsychiatrycznymi (potwierdzony deficyt co najmniej dwóch funkcji poznawczych), badaniami obrazowymi (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny), bezwzględnie wymagające leczenia szpitalnego;

6) **cukrzycy typu I** – rozumianej jako pierwsze w życiu rozpoznanie zaburzeń metabolicznych, wynikających z autoimmunologicznego uszkodzenia komórek β wysp trzustkowych, bezwzględnie wymagające hospitalizacji z powodu kwasicy ketonowej, z poziomem glukozy w osoczu > 250 mg/dl ($> 13,89$ mmol/l) i pH krwi tętniczej $< 7,3$, z obecnymi ciałami ketonowymi w moczu lub w surowicy;

7) **operacyjnego leczenia choroby wieńcowej (bypass)** – rozumianego jako zabieg kardiochirurgiczny, polegający na wytworzeniu połączenia pomiędzy aortą a tętnicą wieńcową w taki sposób, aby ominąć zmieniony miażdżycowo i niedrożny odcinek tętnicy wieńcowej;

8) **wewnątrznaczyniowego leczenia choroby wieńcowej (stenty)** – rozumianego jako zabieg kardiologii inwazyjnej, polegający na wewnątrznaczyniowym udrożnieniu zwężonego odcinka tętnicy wieńcowej;

- 9) **operacyjnego leczenia tętniaków aorty** – rozumianego jako zabieg chirurgiczny z otwarciem powłok odcinka piersiowego i/lub brzuszego aorty, lub aorty i jednocześnie jej odgałęzień wykonywanego z powodu zagrożenia życia (koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty), lub bezwzględnego wskazania medycznego do wykonania tj. średnicy tętniaka >4,5 cm;
- 10) **wewnątrznaczyniowego leczenia tętniaków aorty** – rozumianego jako zabieg z wykorzystaniem metody wewnątrznaczyniowego wszczepienia stentgraftu aortalnego do odcinka piersiowego i/lub brzuszego aorty, lub aorty i jednocześnie jej odgałęzień wykonywanego z powodu zagrożenia życia (koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty), lub bezwzględnego wskazania medycznego do wykonania tj. średnicy tętniaka >4,5 cm;
- 11) **operacyjne leczenie zastawek serca** – rozumiane jako operacyjne leczenie w krążeniu pozaustrojowym znacznego stopnia zwężenia lub niedomykalności zastawki serca powodującej objawy kliniczne i potwierdzonej badaniem echokardiograficznym lub badaniem echokardiograficznym i testem wysiłkowym;
- 12) **przezskórne leczenie zastawek serca** – rozumiane jako przezskórny zabieg naprawczy znacznego stopnia zwężenia lub niedomykalności zastawki serca powodującej objawy kliniczne i potwierdzonej badaniem echokardiograficznym lub badaniem echokardiograficznym i testem wysiłkowym;
- 13) **operacyjnego leczenia zaburzeń rytmu serca (wszczepienie stymulatora kardiowertera/defibrylatora)** – rozumiane jako zabieg wszczepienia urządzenia elektronicznego kontrolującego/przywracającego prawidłowe przewodzenie i/lub rytm pracy serca;
- 14) **przeszczepu dużego narządu** – rozumianego jako leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu Ubezpieczonemu, jako biorcy jednego z następujących narządów: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki;
- 15) **przeszczepu szpiku** – rozumianego jako leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu biorcy Ubezpieczonemu, jako biorcy szpiku pochodzącego od dawcy allogenicznego (tj. przeszczep od dawcy rodzinnego lub niespokrewnionego);
- 16) **przeszczepu rogówki** – rozumianego jako leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu Ubezpieczonemu, jako biorcy rogówki;
- 17) **oparzenia** – rozumianego jako hospitalizacja z powodu oparzenia III stopnia obejmującego co najmniej 20% powierzchni ciała;
- 18) **ostrej niewydolności wątroby** – rozumianej jako szybkie pogorszenie się czynności wątroby u chorych, u których nie stwierdzano wcześniej choroby wątroby, prowadzące w ciągu okresu krótszego niż 26 tygodni od początku objawów do wystąpienia encefalopatii wątrobowej i zaburzeń w zakresie osoczkowych czynników krzepnięcia wyrażających się wartością INR mniejszą niż 1,5, wymagająca leczenia szpitalnego;
- 19) **ostrej niewydolności nerek** – rozumianej jako nagłe, nieodwracalne upośledzenie czynności nerek ze zwiększeniem stężenia kreatyniny we krwi, któremu często towarzyszy zmniejszenie objętości wydalanego moczu poniżej 500 ml na dobę spowodowane nieodwracalnym niedokrwieniem nerek, czynnikami toksycznymi i rhabdmiolizą, wymagające wdrożenia przewlekłej dializoterapii;
- 20) **ostrej niewydolności płuc (oddechowa)** – rozumianej jako nagłe, wymagające wentylacji mechanicznej dłuższej niż 7 dob uszkodzenie czynności układu oddechowego spowodowane zapaleniem płuc tj. wirusowe, bakteryjne, zachyłkowe, spowodowane czynnikami toksycznymi lub stłuczeniem płuca, z towarzyszącym spadkiem ciśnienia parcjalnego tlenu poniżej 60 mmHg (8,0 kPa) (hipoksemia) lub wzrostem ciśnienia dwutlenku węgla powyżej 45 mmHg (6,0 kPa) (hiperkapnia);
- 21) **urazu czaszki powodującego trwałe ubytki neurologiczne** – rozumianego jako pierwsza w życiu hospitalizacja z powodu mechanicznego uszkodzenia struktur mózgu powodującego trwałe, nieodwracalne następstwa neurologiczne potwierdzone badaniem obrazowym;
- 22) **zapalenia mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne** – rozumianego jako hospitalizacja z powodu zapalenia mózgu i opon mózgowych wywołanego przez czynnik infekcyjny, potwierdzony badaniem płynu mózgowo – rdzeniowego i powodujący trwałe, nieodwracalne następstwa neurologiczne potwierdzone badaniem obrazowym u osoby sprawnej intelektualnie i fizycznie przed wystąpieniem choroby;
- 23) **zapalenia opon mózgowych powodującego trwałe ubytki neurologiczne** – rozumianego jako hospitalizacja z powodu zapalenia opon mózgowych wywołanego przez czynnik infekcyjny, potwierdzony badaniem płynu mózgowo – rdzeniowego i powodującego trwałe, nieodwracalne następstwa neurologiczne potwierdzone badaniem obrazowym u osoby sprawnej intelektualnie i fizycznie przed wystąpieniem choroby;
- 24) **wrzodziejącego zapalenia jelita grubego** – rozumianego jako pierwsze w życiu rozpoznanie nieswoistej choroby zapalnej błony śluzowej jelita grubego, bezwzględnie wymagające hospitalizacji w trakcie, której został przeprowadzony zabieg operacyjny usunięcia zmienionego fragmentu jelita grubego;
- 25) **choroby Crohna** – rozumianego jako pierwsze w życiu rozpoznanie nieswoistej choroby zapalnej ściany przewodu pokarmowego, bezwzględnie wymagające hospitalizacji w trakcie, której został przeprowadzony zabieg operacyjny usunięcia zmienionego fragmentu jelita;

- 26) **stwardnienia zanikowego bocznego** – rozumianego jako pierwsze w życiu rozpoznanie choroby zwyrodnieniowej ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, której rozpoznanie potwierdzono wynikami badań elektrofizjologicznych, obrazowych i laboratoryjnych, bezwzględnie wymagająca hospitalizacji ze względu na zaburzenia połykania i zaburzenia oddechowe;
8. Świadczenie pieniężne z tytułu hospitalizacji z powodu poważnego zachorowania **jest wypłacane tylko jeden raz w trakcie trwania roku ubezpieczeniowego**. W przypadku zbiegu dwóch, lub więcej zdarzeń skutkujących wypłatą świadczenia z tytułu hospitalizacji z powodu poważnego zachorowania, Ubezpieczonemu przysługuje jedno świadczenie o najwyższej wysokości.

Co mi daje ubezpieczenie?

§ 4. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje następujące świadczenia, których udzielenie jest uzasadnione stanem zdrowia Ubezpieczonego:
 - 1) **medyczne** tj. udostępnienie Ubezpieczonym bezgotówkowej realizacji usług medycznych, określonych w Katalogu Świadczeń dla wybranego przez Ubezpieczającego wariantu ubezpieczenia, w Placówkach Medycznych wskazanych przez Konsultanta 24 h Infolinii Medycznej;
 - 2) **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 spowodowane:
 - 1) wprowadzeniem i występowaniem stanu wyjątkowego, stanu wojennego, wojny lub działań wojennych;
 - 2) wadą fizyczną lub psychiczną ujawnioną przed I rokiem życia spowodowaną chorobami genetycznymi, wcześniactwem lub uszkodzeniem okołoporodowym;
 - 3) spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub uzależniających;
 - 4) leczeniem i diagnozowaniem niepłodności;
 - 5) szczepień obowiązkowych zgodnie z kalendarzem szczepień (aktualny na dany rok Komunikat Głównego

Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych);

- 6) 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.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe wymagające wykonania:
 - 1) badań genetycznych;
 - 2) pozytonowej emisyjnej tomografii komputerowej (PET).
3. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Programów Zdrowotnych, jeżeli:
 - 1) wskazany w Katalogu Świadczeń dla danego Programu Zdrowotnego uraz, będący przyczyną wystąpienia choroby, wystąpił przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego;
 - 2) wskazana w Katalogu Świadczeń dla danego Programu Zdrowotnego choroba była leczona, diagnozowana lub zmusiła Ubezpieczonego do skorzystania z usługi medycznej przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności tj. nie wypłaci świadczenia pieniężnego z tytułu hospitalizacji z powodu poważnego zachorowania, jeżeli:
 - 1) pierwsze objawy poważnego zachorowania Ubezpieczonego nastąpiły przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej i były leczone lub diagnozowane;
 - 2) poważne zachorowanie nastąpiło jako skutek popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia, popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego;
 - 3) poważne zachorowanie nastąpiło jako skutek uczestnictwa Ubezpieczonego w badaniach klinicznych i eksperymentach medycznych;
 - 4) poważne zachorowanie nastąpiło jako skutek uprawiania przez Ubezpieczonego sportów ekstremalnych;
 - 5) poważne zachorowanie nastąpiło jako skutek świadomego nie poddania się zaleceniom lub opiece lekarskiej, co miało wpływ na rozwój choroby.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności tj. nie wypłaci świadczenia pieniężnego z tytułu hospitalizacji, Ubezpieczonego:
 - 1) w szpitalu psychiatrycznym i odwykowym (kody resortowe: HC.1.1, HC.2.2; HC.2.1; HC.2.2 – dziedzina medycyny: 30

psychiatria), sanatorium (kod resortowy HC.1.1.; kody charakteryzujące specjalność komórki: od 6100 do 6700), zakładzie/oddziale rehabilitacji leczniczej (kod resortowy HC.2.1; HC.2.2), szpitalu uzdrowiskowym (kod resortowy HP.1.7.), zakładzie opiekuńczo – leczniczym i pielęgnacyjno – opiekuńczym (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);

- 2) trwającej krócej niż 1 pełna doba (24 godziny);
- 3) będącej skutkiem uczestnictwa Ubezpieczonego w badaniach klinicznych i eksperymentach medycznych;
- 4) będącej skutkiem świadomego nie poddania się zaleceniom lub ambulatoryjnej opiece lekarskiej;;
- 5) będącej skutkiem uprawiania przez Ubezpieczonego sportów ekstremalnych;
6. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności tj. nie wypłaci świadczenia pieniężnego z tytułu złamania kości albo zwichnięcia stawu:
 - 1) będącego skutkiem uprawiania przez Ubezpieczonego sportów ekstremalnych;
 - 2) występującego w przebiegu choroby nowotworowej.
7. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły w czasie trwania karencji.
8. 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,
9. Karencja dla poszczególnych świadczeń jest opisana w Katalogu Świadczeń.
10. Karencja nie obowiązuje w przypadku kontynuacji umowy ubezpieczenia w kolejnym roku w takim samym, lub mniejszym zakresie.
11. 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 zawieszane 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.

Kiedy i jak można się ubezpieczyć?

§ 6. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz osoby, która nie ukończyła 70 roku życia.

2. Rodzina może zawrzeć umowę ubezpieczenia 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:
 - 1) 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;
 - 2) 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;
 - 3) wariant ubezpieczenia;
 - 4) 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, umożliwiającą 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?

§ 7. 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 miesięcy), jeżeli umowa nie zostanie pisemnie wypowiedziana przez Ubezpieczającego lub jeżeli Towarzystwo Ubezpieczeń nie złoży propozycji nowych warunków ubezpieczenia na kolejny rok

ubezpieczenia, na co najmniej 30 dni przed upływem terminu jej obowiązywania.

Kiedy kończy się ubezpieczenie?

§ 8. ODSTĄPIENIE, WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo Ubezpieczeń udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
 2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia liczonego od ostatniego dnia miesiąca, w którym Towarzystwo Ubezpieczeń otrzymało oświadczenie o wypowiedzeniu. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składki za okres wypowiedzenia.
 3. Niezapłacenie składki lub kolejnej raty składki mimo uprzedniego wezwania Ubezpieczającego do jej zapłaty w terminie nie krótszym niż 7 dni, uprawnia Towarzystwo Ubezpieczeń do wypowiedzenia umowy, przy czym nie zwalnia to Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo Ubezpieczeń udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
 4. Towarzystwo Ubezpieczeń, może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia jeżeli dojdzie do zmiany przepisów prawa skutkujących niemożnością wykonywania Umowy ubezpieczenia.
 5. W razie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, ponowne zawarcie umowy ubezpieczenia możliwe będzie po upływie 6 miesięcy, liczonych od ostatniego dnia trwania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Jeżeli Ubezpieczony umówił wykonanie usługi medycznej za pośrednictwem 24 h Infolinii Medycznej i zrealizował ją w Placówce Medycznej wskazanej przez jej konsultanta, lub zgłosił termin i miejsce wykonania 24 h Infolinii Medycznej 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, lub
 - b. kopię dokumentacji medycznej sporządzonej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym kopię karty wypisu ze szpitala, jeżeli została wystawiona, kopię wyników badań,
wraz z wypełnionym dokumentem „Wniosek o wypłatę świadczenia” sporządzonym na formularzu Towarzystwa Ubezpieczeń dostępnym na stronie www.tuzdrowie.pl.
 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 Medyczną, 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 lub jako MMS na numer 723 444 999 .
 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

Kiedy mogę iść się leczyć? Jak uzyskać świadczenie pieniężne?

§ 9. 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 Medycznej;
 - b. wypłaty świadczenia w wysokości ograniczonej przez GGO tj. świadczenia pieniężnego;

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” lub „Druk otrzymania 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.

§ 10. SUMA UBEZPIECZENIA

Suma ubezpieczenia jest wskazana w Katalogu Świadczeń.

Jak oblicza się składkę za ubezpieczenie?

§ 11. SKŁADKA

1. Składkę ubezpieczeniową oblicza się po dokonaniu oceny ryzyka na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, lub w dniu przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej na kolejny okres.
2. Składka może być wyższa od składki wykazanej w taryfie ze względu na czynniki zwiększające ryzyko medyczne Ubezpieczonego takie, jak stan zdrowia, styl życia, wykonywany zawód.

3. Składka płatna jest we wnioskowanej przez Ubezpieczającego częstotliwości rat: miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie.
4. Obowiązek zapłaty składki obciąża Ubezpieczającego.
5. Składkę lub pierwszą ratę składki należy zapłacić na min. 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.

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

§ 12. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać 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 zobowiązany jest przekazać Towarzystwu Ubezpieczeń wszelkie informacje, które są wymagane w celu stwierdzenia uprawnienia do przyznania świadczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń jest zwolnione z obowiązku przyznania świadczenia w przypadku, gdy Ubezpieczający lub Ubezpieczony z naruszeniem obowiązków podanych w ust. 1 – 2, podali okoliczności lub informacje nieprawdziwe.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ma prawa odmówić przyznania świadczenia, jeżeli zawarło umowę ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na pytanie zadane we wniosku lub innych dokumentach, a zdarzenie ubezpieczeniowe związane jest z pytaniami, na które nie udzielono odpowiedzi
5. Ubezpieczający lub Ubezpieczony mają prawo wglądu do dokumentacji Towarzystwa Ubezpieczeń dotyczącej zawarcia umowy ubezpieczenia i ustalenia prawa do świadczeń oraz sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii z tej dokumentacji.

6. Towarzystwo Ubezpieczeń jest obowiązane:
 - 1) doręczyć Ubezpieczającemu tekst OWU, Katalog Świadczeń,
 - 2) wydać Ubezpieczającemu polisę oraz Kartę Ubezpieczenia,
 - 3) 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,
 - 4) 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.
 - a) 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

§ 13. REKLAMACJE I ODWOŁANIA

1. Składanie Reklamacji
 - 1) Każdy Klient, który chce zgłosić zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo Ubezpieczeń może zgłosić Reklamację.
 - 2) Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa Ubezpieczeń.
 - 3) Reklamacja może być złożona:
 - a) w formie pisemnej - osobiście, w jednostce Towarzystwa Ubezpieczeń obsługującej Klientów, albo przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. - Prawo pocztowe (Dz.U. poz. 1529) na adres: Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A., ulica Śląska 21, 81-319 Gdynia, dodatkowe oznaczenie

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 21, 81-319 Gdynia, dodatkowe oznaczenie na kopercie: ODWOŁANIE – usprawni procedurę rozpatrywania Odwołania;
 - b) w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, na adres email: reklamacja@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. 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.

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 21, 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: skargi@tuzdrowie.pl.

- 3) Po złożeniu Skargi, Towarzystwo Ubezpieczeń rozpatruje Skargę i udziela składającemu Skargę odpowiedzi w postaci pisemnej lub za pośrednictwem poczty e-mail.
- 4) Odpowiedzi na Skargę należy udzielić bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Skargi. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
- 5) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Skargi i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w punkcie 5.5 Towarzystwo Ubezpieczeń może przedłużyć termin rozpatrywania Skargi do 60 dni.
- 6) Przy rozpatrywaniu Skargi Towarzystwo Ubezpieczeń może gromadzić niezbędne dokumenty i przeprowadzać inne dowody zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- 7) Od odpowiedzi na Skargę nie przysługuje odwołanie.

§ 14. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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

Niniejsze OWU o kodzie OWU/08/2015 zostały przyjęte na mocy uchwały Zarządu UZ/54/2015 dnia 12.10.2015 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia obowiązujących po tym dniu.



Przewodnicząca Zarządu
Xenia Kruszewska



Wiceprezes Zarządu
Aleksander Roda