

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA

ANTIDOTUM

SPIS TREŚCI

POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE.....	2
DEFINICJE	2
PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA.....	5
ZAKRES UBEZPIECZENIA.....	5
WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI.....	5
SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY	6
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	7
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA.....	7
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	8
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	8
PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY	9
ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA, USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA	10
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	13

POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE

§1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kosztów Leczenia ANTIDOTUM, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nieposiadającymi osobowości prawnej, prowadzącymi działalność gospodarczą, zwanymi dalej Ubezpieczającymi a InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, zwanym dalej Ubezpieczycielem.
2. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć także na cudzy rachunek, z tym że Ubezpieczony imiennie wskazany jest w umowie (polisie) lub też w zależności od rodzaju zawartej umowy ubezpieczenia nie jest wskazany w polisie. Zarzuty mające wpływ na odpowiedzialność Ubezpieczyciela może on podnieść także przeciwko Ubezpieczonemu.
3. Do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone, za zgodą stron, postanowienia dodatkowe lub odmienne, z tym że różnice między niniejszymi OWU, a treścią umowy Ubezpieczyciel przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie przed zawarciem umowy.
4. Wszystkie postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU muszą być, pod rygorem ich nieważności, sporządzone na piśmie w formie aneksu lub załącznika do umowy ubezpieczenia.
5. Wszystkie zmiany umowy ubezpieczenia muszą być, pod rygorem ich nieważności, sporządzone na piśmie w formie aneksu do umowy ubezpieczenia.
6. Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, a w szczególności przepisy Kodeksu Cywilnego (Dz.U. z 1964r. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.) i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 2010r. Nr 11, poz. 66 z późn. zm.).

DEFINICJE

§2

W rozumieniu niniejszych OWU przez poniższe określenia, użyte w OWU lub wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, polisie, innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia, a także innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z umową ubezpieczenia, uważa się:

- 1) **akty terroru** – nielegalne działania i akcje organizowane z pobudek ideologicznych, religijnych, politycznych lub społecznych, indywidualne lub grupowe, prowadzone przez osoby działające samodzielnie lub na rzecz bądź z ramienia jakiegokolwiek organizacji lub rządu, skierowane przeciwko osobom, obiektom lub społeczeństwu, mające na celu wywarcie wpływu na rząd, wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności i dezorganizację życia publicznego przy użyciu przemocy lub groźby użycia przemocy,
- 2) **Centrum Assistance** – jednostka organizacyjna wskazana przez Ubezpieczyciela (adres, numer telefonu podawany jest w umowie ubezpieczenia), która na zlecenie Ubezpieczyciela udziela świadczeń assistance,
- 3) **choroba** – zaburzenia w funkcjonowaniu narządów lub organów ciała Ubezpieczonego, niezależne od niczyjej woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę, wymagające leczenia, diagnostyki lub rehabilitacji,
- 4) **choroba psychiczna** – zgodnie z diagnozą lekarza prowadzącego leczenie choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenie psychiczne i zaburzenia zachowania (kod ICD:F00-F99), a także depresja i nerwica,
- 5) **choroba przewlekła** – stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem, leczony stale lub okresowo przed datą objęcia ochroną,
- 6) **deklaracja przystąpienia** – pisemne oświadczenie woli osoby fizycznej na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszych OWU, składane Ubezpieczającemu przez osobę przystępującą do grupowego ubezpieczenia,
- 7) **dziecko** – każde dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko w pełni, bądź nie w pełni przez niego przysposobione, w wieku do 18 lat, a w przypadku uczęszczania do szkoły publicznej lub niepublicznej (w tym uczelni wyższej), znajdującej się na terytorium Rzeczypospolitej Polski, w trybie dziennym, zaocznym lub wieczorowym, w rozumieniu Ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty oraz Ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym, z wyłączeniem kursów oraz kształcenia korespondencyjnego - w wieku do 25 lat,
- 8) **działalność gospodarcza** – zarobkowa działalność wytwórcza, budowlana, handlowa, usługowa w rozumieniu Ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej a także działalność zawodowa wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły,
- 9) **karta identyfikacyjna** – dokument określający wariant ubezpieczenia uprawniający do korzystania ze świadczeń medycznych w placówce Partnera Medycznego. Karta identyfikacyjna ważna jest tylko z zaopatrzoną w zdjęcie dokumentem określającym tożsamość Ubezpieczonego (w szczególności: ważny dowód osobisty, paszport, prawo jazdy, legitymacja szkolna),

- 10) **lekarz** – osoba posiadająca odpowiednie, formalnie potwierdzone kwalifikacje zgodne z wymogami prawa polskiego, wykonująca zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji, nie będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub osobą bliską dla Ubezpieczonego,
- 11) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek której Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała,
- 12) **ocena ryzyka** – procedura ustalona i stosowana przez Ubezpieczyciela przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej lub grupy osób, mająca wpływ na wysokość składki i zakres ochrony ubezpieczeniowej, uwzględniająca w szczególności: wysokość sumy ubezpieczenia, liczebność grupy,
- 13) **ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Ubezpieczyciela do spełnienia świadczenia objętego niniejszą umową, w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w umowie ubezpieczenia, za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność ubezpieczeniową,
- 14) **osoba bliska** – małżonek, dzieci, partner, rodzeństwo, matka, ojciec, macocha, pasierb, pasierbica, teściowie, zięciowie, synowie, przysposabiający i przysposobieni Ubezpieczonego, opiekunowie ustanowieni przez sąd opiekuńczy,
- 15) **partner** – osoba fizyczna, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa, ani przysposobienia,
- 16) **Partner Medyczny** – podmiot wykonujący działalność leczniczą, z którym Ubezpieczyciel zawarł umowę w sprawie realizacji świadczeń medycznych, na rzecz Ubezpieczonych,
- 17) **podmiot wykonujący działalność leczniczą** - podmiot leczniczy oraz praktyka zawodowa, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 18) **pojazd** – w rozumieniu niniejszych OWU za pojazd uznaje się wyłącznie: samochód osobowy, samochód ciężarowy, autobus, pociąg, tramwaj, trolejbus,
- 19) **pozostawanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi:
 - a) od 0,2 ‰ alkoholu we krwi
 - lub
 - b) od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³ w wydychanym powietrzu,
- 20) **pracodawca** – jednostka organizacyjna, choćby nie posiadała osobowości prawnej, a także osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, o ile zatrudnia pracowników,
- 21) **pracownik** – osoba zatrudniona przez pracodawcę na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub innej umowy, której przedmiotem jest zatrudnienie. Za pracownika uważa się również osobę, która jest członkiem zrzeszonym w ramach jednostki organizacyjnej będącej Ubezpieczającym (o ile umowa ubezpieczenia zawarta jest na rachunek tych członków) oraz osobę fizyczną będącą Ubezpieczającym, która jest przedsiębiorcą, współnikiem spółki cywilnej lub spółki osobowej (o ile umowa ubezpieczenia zawierana jest na rachunek pracowników tego przedsiębiorstwa),
- 22) **przystąpienie do ubezpieczenia** – objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej w ramach ubezpieczenia grupowego,
- 23) **rozruchy i zamieszki** – demonstracje i starcia uliczne będące wyrazem buntu przeciwko władzy państwowej,
- 24) **sporty ekstremalne** - sporty, których uprawianie wymaga działania w warunkach dużego ryzyka: hydrospeed, canyoning, rafting lub inne sporty uprawiane na rzekach górskich, alpinizm, skoki bungee, paralotniarstwo, szybownictwo, spadochroniarstwo, baloniarstwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu lub speleologia, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi. Do sportów ekstremalnych nie należą sporty uprawiane rekreacyjnie takie jak: narciarstwo, pływanie, żeglarstwo,
- 25) **substancja psychotropowa** – każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie substancji psychotropowych stanowiącym załącznik nr 2 do Ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii,
- 26) **szpital** - przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, w rozumieniu Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
- 27) **środek odurzający** - substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii,
- 28) **środek zastępczy** - substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym lub produkt, roślina, grzyb lub ich część, zawierające taką substancję, używane zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie

jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii,

- 29) **świadczenia assistance** – świadczenia, udzielane Ubezpieczonemu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za pośrednictwem Centrum Assistance w związku z chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, określone w Załączniku nr 3 do niniejszych OWU,
- 30) **świadczenia medyczne** – realizowane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie ubezpieczenia, konieczne i uzasadnione z medycznego punktu widzenia świadczenia medyczne, określone w Załącznikach nr 1 i 4 do niniejszych OWU, udzielone Ubezpieczonemu w związku z chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, a także badania profilaktyczne oraz świadczenia medyczne udzielone w związku z ciążą lub porodem,
- 31) **świadczenia medyczne medycyny pracy** – świadczenia medyczne medycyny pracy określone w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU, udzielone w okresie ubezpieczenia pracownikowi Ubezpieczającego oraz osobom przyjmowanym przez niego do pracy,
- 32) **świadczenia szpitalne** – świadczenia w rozumieniu Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin,
- 33) **świadczenia zdrowotne** – zgodnie z Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, świadczenia służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania,
- 34) **telefoniczna linia medyczna** – linia telefoniczna umożliwiająca Ubezpieczonemu uzyskanie informacji o możliwości skorzystania ze świadczeń medycznych u Partnera Medycznego (numer telefonu podany jest na karcie identyfikacyjnej),
- 35) **Ubezpieczający** – jeden z podmiotów, o których mowa w §1 ust. 1, zawierający umowę ubezpieczenia i zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej,
- 36) **ubezpieczenie grupowe** – umowa ubezpieczenia zawierana przez Ubezpieczyciela z Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonego, przy czym minimalna grupa osób przystępujących do ubezpieczenia wynosi co najmniej 5 osób,
- 37) **ubezpieczenie rodzinne** – ubezpieczenie zawierane przez Ubezpieczyciela z Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych: osób fizycznych i ich współmałżonków lub partnerów oraz dzieci, wskazanych imiennie w umowie ubezpieczenia (polisie),
- 38) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, pod warunkiem, iż osoba ta w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyła 65 lat, a w przypadku umowy ubezpieczenia rodzinnego także jej małżonek lub partner i ich dzieci, pod warunkiem, iż osoby te w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyły 65 lat. W przypadku umowy ubezpieczenia obejmującej koszty świadczeń medycznych medycyny pracy, Ubezpieczonym w tym zakresie ubezpieczenia jest Pracodawca,
- 39) **wypadek komunikacyjny** – nagłe zdarzenie wywołane ruchem pojazdu, niezależne od woli Ubezpieczonego będącego pasażerem pojazdu, osobą kierującą pojazdem lub pieszym, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną uszkodzeń ciała Ubezpieczonego,
- 40) **wyczynowe uprawianie sportu** – podejmowana dobrowolnie forma aktywności fizycznej człowieka polegająca na uprawianiu dyscyplin sportu poprzez regularne uczestniczenie w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych, w celu uzyskania, w drodze indywidualnej lub zbiorowej rywalizacji, maksymalnych wyników sportowych przez osoby będące członkami klubów, związków i organizacji sportowych. W rozumieniu niniejszych OWU za wyczynowe uprawianie sportu uważa się również uprawianie sportu w celach zarobkowych,
- 41) **wystąpienie z ubezpieczenia** – oświadczenie Ubezpieczającego o rezygnacji z ubezpieczenia Ubezpieczonego, złożone Ubezpieczycielowi w formie listy osób występujących, o której mowa w §14 ust. 1 pkt. 5) lit. b).
- 42) **zakład lecznictwa uzdrowiskowego** – podmiot leczniczy w rozumieniu Ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych wykonujący działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, działający na obszarze uzdrowiska, utworzony w celu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, w ramach kierunków leczniczych i przeciwwskazań ustalonych dla danego uzdrowiska, w szczególności wykorzystujący warunki naturalne uzdrowiska przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§3

Przedmiotem ubezpieczenia są koszty świadczeń medycznych, koszty świadczeń medycznych medycyny pracy oraz koszty pomocy doraźnej a także pobyt w szpitalu i assistance powstałe w okresie ubezpieczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§4

1. Zakres ubezpieczenia ustalany jest na wniosek Ubezpieczającego i może obejmować:
 - 1) koszty świadczeń medycznych, określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU, w wariantach **podstawowym, standardowym, pełnym i prestiż,**
 - 2) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, określony w Załączniku nr 2 do niniejszych OWU, w wariantach I, II, III,
 - 3) świadczenia assistance, określone w Załączniku nr 3 do niniejszych OWU,
 - 4) koszty pomocy doraźnej, określonej w Załączniku nr 4 do niniejszych OWU.
2. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w formie ubezpieczenia grupowego w rozumieniu postanowień § 2 pkt. 36)
3. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, umowa ubezpieczenia rodzinnego może zostać zawarta w ramach umowy ubezpieczenia grupowego w rozumieniu postanowienia § 2 pkt. 37).
4. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, jak również w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, umowa ubezpieczenia grupowego może zostać zawarta w zakresie określonym w ust. 1 pkt. 1), rozszerzonym o dowolnie wybrane ubezpieczenie określone w ust. 1 pkt. 2) lub 3) lub 4).
5. Zmiana zakresu ubezpieczenia w czasie trwania umowy ubezpieczenia wymaga zgody Ubezpieczyciela i zawarcia aneksu do obowiązującej umowy ubezpieczenia, w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
6. Wizyta u lekarza internisty, lekarza rodzinnego, pediatry oraz lekarza specjalisty nie wymaga skierowania. Udzielenie pozostałych świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU, wymaga skierowania od lekarza Partnera Medycznego.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§5

1. Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:
 - 1) leczeniem niepłodności oraz zabiegów związanych ze zmianą płci,
 - 2) leczenia, zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetyki,
 - 3) zabiegów i kuracji odwykowych oraz leczenia odwykowego,
 - 4) chorób psychicznych,
 - 5) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, samookaleceniem, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - 6) działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami,
 - 7) aktów terroru,
 - 8) leczeniem skutków i chorób spowodowanych spożywaniem alkoholu oraz używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych,
 - 9) uczestnictwa Ubezpieczonego w badaniach klinicznych i eksperymentach medycznych,
 - 10) rehabilitacji, o ile dotyczy chorób przewlekłych, wad wrodzonych,
 - 11) poronieniem sztucznym,
 - 12) leczeniem choroby Alzheimera,
 - 13) leczeniem AIDS lub schorzeń związanych z tą chorobą,
 - 14) uprawiania sportów ekstremalnych.

- 2 Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów leków i środków medycznych za wyjątkiem użytych w nagłych przypadkach dla ratowania życia oraz niezbędnych do przeprowadzenia standardowych badań profilaktycznych i specjalistycznych.

§6

- 1 **W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu**, o którym mowa w §4 ust.1 pkt.2) z uwzględnieniem wyłączeń, o których mowa w §5 ust. 1 Ubezpieczyciel dodatkowo nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:
 - 1) uszkodzeniami ciała lub chorobami zdiagnozowanymi lub leczonymi przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - 2) epilepsją, łuszczycą, gruźlicą, dializami,
 - 3) leczeniem otyłości, ubytków wagi ciała, skutków kuracji odchudzających, bulimii, anoreksji,
 - 4) leczeniem wad wzroku, zabiegów plastyczno – kosmetycznych, z wyjątkiem operacji oszpecerń i okaleczeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał uprawnień do jego prowadzenia.
 - 6) rehabilitacją.
- 2 **W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu**, o którym mowa w §4 ust.1 pkt.2) z uwzględnieniem wyłączeń, o których mowa w §5 ust. 1 oraz §6 ust. 1 Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za pobyt w zakładach opiekuńczo-leczniczych.

§7

W ubezpieczeniu assistance o którym mowa w §4 ust. 1 pkt.3) z uwzględnieniem wyłączeń, o których mowa w §5 ust.1 Ubezpieczyciel dodatkowo nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz nie obejmuje:

- 1) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Assistance, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności,
- 2) kosztów transportu leków nieprzepisanych przez lekarza prowadzącego leczenie.

§8

W ubezpieczeniu kosztów pomocy doraźnej, o którym mowa w §4 ust.1 pkt. 4), z uwzględnieniem wyłączeń, o których mowa w §5 ust.1 Ubezpieczyciel nie odpowiada dodatkowo za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:

- 1) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, albo środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych,
- 2) wyczynowego uprawiania sportu,
- 3) prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał uprawnień do jego prowadzenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY

§9

1. Górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych, w tym w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych medycyny pracy stanowią koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU.
2. W ubezpieczeniu assistance oraz kosztów pomocy doraźnej, sumy ubezpieczenia określone są kwotowo, oddzielnie dla każdego rodzaju ubezpieczenia.
3. W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu suma ubezpieczenia stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia oraz 180 dni pobytu w szpitalu, o których mowa w §16 ust. 1.
4. Wysokość sum ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2 i 3 ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego.
5. Sumy ubezpieczenia o których mowa w ust. 2 i 3 określone są w umowie ubezpieczenia i stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela dla danego rodzaju ubezpieczenia.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§10

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, który powinien zawierać co najmniej następujące dane:
 - 1) imię, nazwisko (nazwę) oraz adres (siedzibę) Ubezpieczającego,
 - 2) zakres ubezpieczenia,
 - 3) wariant ubezpieczenia,
 - 4) liczbę osób przystępujących do umowy ubezpieczenia grupowego,
 - 5) propozycję sumy ubezpieczenia dla ubezpieczenia pobytu w szpitalu, assistance oraz kosztów pomocy doraźnej,
 - 6) okres ubezpieczenia,
 - 7) propozycję postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, które chce wprowadzić do umowy Ubezpieczający.
2. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji, mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, o czym informuje Ubezpieczającego na piśmie.
3. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych określonych w ust. 1 lub 2, albo został sporządzony wadliwie lub niezgodnie z warunkami ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest na wezwanie Ubezpieczyciela odpowiednio go uzupełnić, względnie sporządzić nowy wniosek, w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma Ubezpieczyciela w tej sprawie. Niedotrzymanie powyższego terminu powoduje, że umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta.
4. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego jest przekazanie przez Ubezpieczającego Ubezpieczycielowi przed zawarciem umowy ubezpieczenia listy osób przystępujących do ubezpieczenia wraz z ich deklaracjami przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Na wniosek Ubezpieczającego Ubezpieczyciel może odstąpić od stosowania deklaracji przystąpienia.
6. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres dwunastu miesięcy, chyba że strony umówiły się inaczej.
7. Umowa ubezpieczenia może być kontynuowana za zgodą Ubezpieczyciela na następny 12-miesięczny okres ubezpieczenia na warunkach obowiązujących w dniu jej przedłużenia i zostaje potwierdzona w sposób, o którym mowa w ust. 9.
8. Okres ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia.
9. Ubezpieczyciel potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia (polisą).
10. Po zawarciu umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający otrzymuje karty identyfikacyjne przeznaczone dla każdego Ubezpieczonego.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§11

1. W umowie ubezpieczenia określa się datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, wskazanego w umowie jako początek ochrony ubezpieczeniowej (okresu ubezpieczenia), jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub pierwszej raty składki, chyba że umówiono się inaczej, z zastrzeżeniem postanowień ust.3.
3. W przypadku ubezpieczenia na cudzy rachunek, w stosunku do nowo przystępujących osób do ubezpieczenia grupowego w trakcie ubezpieczenia, odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym osoba została zgłoszona do Ubezpieczyciela przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia grupowego, chyba że umówiono się inaczej.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustaje:
 - 1) z dniem upływu okresu ubezpieczenia,
 - 2) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
 - 3) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia, o którym mowa w §12 ust. 2 i 3,
 - 4) z dniem nieopłacenia kolejnej raty składki pomimo uprzedniego wezwania do zapłaty w terminie 7 dni liczonego od dnia doręczenia, w wezwaniu skierowanym przez Ubezpieczyciela do Ubezpieczającego oraz braku zapłaty składki w tym terminie,

- 5) wobec Ubezpieczonego z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia - dotyczy ubezpieczenia pobytu w szpitalu, ubezpieczenia assistance, ubezpieczenia kosztów pomocy doraźnej,
- 6) wobec Ubezpieczonego z dniem jego zgonu,
- 7) wobec Ubezpieczonego z ostatnim dniem miesiąca, w którym został zgłoszony przez Ubezpieczającego jako występujący z ubezpieczenia grupowego.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§12

1. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
3. Jeżeli Ubezpieczyciel ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w terminie, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadła niezapłacona składka.
4. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w §11 ust. 4 pkt. 4).
5. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§13

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej należnej za okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od czynników oceny ryzyka, a w szczególności:
 - 1) zakresu ubezpieczenia,
 - 2) wariantu ubezpieczenia,
 - 3) formy ubezpieczenia,
 - 4) liczby osób przystępujących,
 - 5) okresu ubezpieczenia,
 - 6) wnioskowanej przez Ubezpieczającego wysokości sum ubezpieczenia.
3. Ponadto, w ustaleniu wysokości podstawowej składki ubezpieczeniowej uwzględnia się koszty związane z zawarciem umowy ubezpieczenia oraz z jej wykonywaniem.
4. Składka ubezpieczeniowa określona jest kwotowo dla danego rodzaju ubezpieczenia. Składka ubezpieczeniowa określona jest w złotych polskich.
5. Wysokość składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia (lub zmiany) umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli taryfa składek nie uwzględnia ubezpieczonego ryzyka, wówczas wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie indywidualnej oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela, z uwzględnieniem postanowień ust. 7.
7. W przypadku wnioskowania przez Ubezpieczającego o ubezpieczenie kosztów świadczeń medycznych medycyny pracy dla grup składających się z pracowników wykonujących pracę biurową oraz pracowników wykonujących pracę inną niż biurowa składka ubezpieczeniowa ustalana jest na podstawie indywidualnej oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela na podstawie Ankiety medycyny pracy.
8. Ubezpieczyciel może zastosować zniżki i/lub wyższe podstawowej składki ubezpieczeniowej.

9. Wysokość ostatecznej składki ubezpieczeniowej oblicza się stosując zwwyżki i zniżki składki.
10. Ubezpieczyciel może zastosować zwwyżki składki w umowach ubezpieczeń grupowych, w szczególności z tytułu wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od zapisów niniejszych OWU, o które wnioskował Ubezpieczający.
11. Ubezpieczyciel może zastosować zniżki składki, w szczególności z tytułu liczby osób przystępujących do ubezpieczenia oraz wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, o które wnioskował Ubezpieczający.
12. Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo, chyba że strony umówiły się inaczej.
13. Składka ubezpieczeniowa, na wniosek Ubezpieczającego, może zostać rozłożona na raty. Terminy płatności i wysokość kolejnych rat określa się w umowie ubezpieczenia.
14. Składka lub pierwsza rata składki za ubezpieczenie powinna być zapłacona w dniu zawierania umowy, jednak nie później niż do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc kalendarzowy, w którym nastąpi początek okresu ubezpieczenia, chyba że strony ustaliły w umowie ubezpieczenia (polisie) inne terminy płatności. Kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są w terminach płatności określonych w umowie ubezpieczenia (polisie).
15. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy przez którąkolwiek ze stron, Ubezpieczycielowi należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
16. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§14

1. Ubezpieczający obowiązany jest do:
 - 1) podania Ubezpieczycielowi, przed zawarciem umowy ubezpieczenia, znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu wniosku lub w pismach skierowanych do niego. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane,
 - 2) zgłaszania Ubezpieczycielowi zmian okoliczności, o których Ubezpieczający informował Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy ubezpieczenia, niezwłocznie po powzięciu o nich wiadomości,
 - 3) opłacenia składki ubezpieczeniowej lub jej rat w ustalonym terminie,
 - 4) umożliwienia Ubezpieczycielowi zasięgnięcia informacji odnoszących się do okoliczności wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 5) przekazywania w uzgodnionych i określonych w umowie ubezpieczenia terminach do Ubezpieczyciela wszystkich danych, wskazanych przez Ubezpieczyciela, niezbędnych do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia grupowego, a w szczególności:
 - a) listy osób przystępujących wraz z deklaracjami przystąpienia, z zastrzeżeniem postanowienia §10 ust. 5.
 - b) listy osób występujących,
 - 6) przestrzegania obowiązków określonych w niniejszych OWU,
 - 7) pisemnego powiadomienia Ubezpieczyciela o każdym przypadku utraty karty identyfikacyjnej.
2. Jeżeli Ubezpieczający nie podał do wiadomości Ubezpieczyciela znanych sobie okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt. 1) lub nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w ust. 1 pkt. 2), Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, za skutki tych okoliczności.
3. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek, Ubezpieczający zobowiązany jest powiadomić Ubezpieczonego, w formie pisemnej, o zakresie i sposobie wykonania obowiązków wynikających dla Ubezpieczonego z niniejszych OWU.
4. Ubezpieczyciel obowiązany jest do:
 - 1) zachowania należytej staranności przy zawieraniu i wykonywaniu umowy ubezpieczenia,
 - 2) przekazywania Ubezpieczającemu informacji niezbędnych do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym danych adresowych placówek Partnera Medycznego oraz zasad organizacyjnych świadczenia usług medycznych, a w przypadku zgłoszenia roszczenia zobowiązany jest do terminowej likwidacji,
 - 3) dostarczenia Ubezpieczającemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia tekstu niniejszych OWU, a także innych dokumentów i formularzy niezbędnych z punktu widzenia wykonywania umowy ubezpieczenia,
 - 4) na żądanie Ubezpieczonego, udzielenia informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie praw i obowiązków Ubezpieczonego,
 - 5) udostępnienia Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu informacji i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia. W/w osoby mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez

Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzać na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela,

- 6) objęcia ochroną ubezpieczeniową osób, które zostały zgłoszone przez Ubezpieczającego i za które została zapłacona składka ubezpieczeniowa,
 - 7) wypłaty świadczenia na warunkach i zasadach określonych w niniejszych OWU i umowie ubezpieczenia,
 - 8) zabezpieczenia danych osobowych, otrzymanych w wyniku realizacji umowy ubezpieczenia zgodnie z wymogami Ustawy o Ochronie Danych Osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. z późn. zm.,
 - 9) informowania osoby występującej z roszczeniem pisemnie jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania, zgodnie z §19 ust. 6,
 - 10) pisemnego informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z §19 ust. 6,
 - 11) przekazania Ubezpieczającemu kart identyfikacyjnych, uprawniających do korzystania przez każdego Ubezpieczonego ze świadczeń medycznych udzielanych przez Partnera Medycznego.
5. Ubezpieczający lub Ubezpieczony mają prawo wglądu do akt szkodowych w jednostce organizacyjnej Ubezpieczyciela lub w sposób i miejscu uzgodnionym z Ubezpieczycielem i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów z akt szkodowych. Opłata za wydanie odpisów lub kserokopii jest pobierana w oparciu o cennik dostępny w jednostkach organizacyjnych Ubezpieczyciela.
6. Ubezpieczającemu/ Ubezpieczonemu, przysługuje prawo składania skarg i zażaleń bezpośrednio do Zarządu Ubezpieczyciela lub za pośrednictwem Oddziału czy też Przedstawicielstwa Ubezpieczyciela, w którym zawarta została umowa ubezpieczenia. Skargi i zażalenia są rozpatrywane w ciągu 30 dni licząc od daty otrzymania skargi lub zażalenia przez Ubezpieczyciela.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA, USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§15

1. **Świadczenia medyczne**, określone w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU, udzielane są Ubezpieczonemu w placówkach Partnera Medycznego współpracującego z Ubezpieczycielem. Informacja o adresach placówek medycznych, w których realizowane są świadczenia medyczne dostępna jest pod numerem telefonu wskazanym na karcie identyfikacyjnej.
2. W ramach ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych, o których mowa w ust.1 Ubezpieczający/ Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) skontaktować się z telefoniczną infolinią medyczną,
 - 2) zastosować się do zaleceń i wskazówek udzielonych przez personel medyczny placówek realizujących świadczenia medyczne.
3. Koszty świadczeń medycznych, o których mowa w ust.1 pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na konto Partnera Medycznego, udzielającego świadczenie.

§16

1. **W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu**, o którym mowa w §4 ust.1 pkt. 2) świadczenie wypłacane jest w oparciu o postanowienia niniejszych OWU. Świadczenie stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia (polisie) - świadczenie dzienne - oraz łącznej liczby dni pobytu w szpitalu, nie więcej jednak niż za 180 dni łącznego pobytu w szpitalu w ciągu okresu ubezpieczenia.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 przysługuje, począwszy od trzeciego dnia pobytu za każdy dzień pobytu w szpitalu nie więcej jednak niż za 180 dni łącznego pobytu w szpitalu w ciągu okresu ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1. Świadczenie, z zastrzeżeniem ust. 3 przysługuje pod warunkiem, że:
 - 1) Ubezpieczony przebywał w szpitalu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 2) pobyt w szpitalu był następstwem:
 - a) nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej – Warianty: I – III,
 - b) choroby, która została zdiagnozowana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej – Warianty: II – III,
3. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za pobyt w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w wariantach I - II. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie, gdy leczenie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego jest bezpośrednią kontynuacją leczenia szpitalnego i przyjęcie do tych placówek nastąpiło w dniu wypisu ze szpitala. Ubezpieczyciel wypłaci

świadczenie za każdy dzień pobytu w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, począwszy od trzeciego dnia pobytu w wysokości 50% wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w polisie.

4. Jeżeli pobyt w szpitalu jest następstwem wypadku komunikacyjnego, związanego z ruchem pojazdu, w rozumieniu definicji §2 pkt. 18) niniejszych OWU Ubezpieczonemu przysługuje dodatkowe świadczenie w wysokości 50 % świadczenia dziennego, o którym mowa w ust. 1. Dodatkowe świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu za okres nie dłuższy niż 14 dni pobytu w szpitalu.

§17

1. **W ubezpieczeniu assistance** o którym mowa w §4 ust.1 pkt. 3) **Centrum Assistance na zlecenie Ubezpieczyciela realizuje świadczenia** zgodnie z Załącznikiem nr 3 do niniejszych OWU.
2. W razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciela w ramach świadczeń assistance, o których mowa w ust. 1 Ubezpieczający/ Ubezpieczony obowiązany jest skontaktować się z Centrum Assistance (adres, numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia lub dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia) i przekazać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - 2) adres zamieszkania Ubezpieczonego,
 - 3) numer polisy,
 - 4) okres odpowiedzialności,
 - 5) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - 6) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego.
3. W razie powstania zdarzenia, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczony, na wniosek Centrum Assistance, zobowiązany jest przedstawić lekarzom Centrum Assistance posiadane: zaświadczenia medyczne, skierowania, zwolnienia lekarskie, dokumenty medyczne, recepty, a także oryginały rachunków lub faktur i dowody ich zapłaty.

§18

1. **W ramach ubezpieczenia kosztów pomocy doraźnej**, o którym mowa w §4 ust.1 pkt.4) Ubezpieczyciel zapewnia zwrot kosztów świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 4 do niniejszych OWU, udzielanych Ubezpieczonemu w placówkach innych niż wskazane przez Partnera Medycznego współpracującego z Ubezpieczycielem.
2. **W ubezpieczeniu kosztów pomocy doraźnej** Ubezpieczony ma dowolny wybór podmiotu wykonującego działalność leczniczą, z zastrzeżeniem ust. 1.
3. **W ramach ubezpieczenia kosztów pomocy doraźnej**, Ubezpieczający/ Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) skontaktować lub zgłosić się do podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w celu uzyskania świadczenia medycznego,
 - 2) pokryć koszty udzielonych świadczeń medycznych,
 - 3) uzyskać w miarę możliwości dokumentację lekarską stwierdzającą rozpoznanie (diagnozę), uzasadniającą udzielenie pomocy medycznej oraz prowadzenie danego sposobu leczenia,
 - 4) zawiadomić o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową do jednostki organizacyjnej Ubezpieczyciela, nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji.
4. Umowa ubezpieczenia zapewnia zwrot poniesionych kosztów świadczeń medycznych, w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia (polisie).

§19

1. Postanowienia sformułowane w niniejszym paragrafie dotyczą **ubezpieczenia kosztów** pomocy doraźnej oraz ubezpieczenia pobytu w szpitalu, o których mowa w §4 ust.1 pkt. 2) i 4).
2. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia, powinno zawierać poniższe podstawowe informacje i dokumenty:
 - 1) numer polisy,
 - 2) dane Ubezpieczonego: imię i nazwisko, adres zamieszkania, datę urodzenia,
 - 3) datę rozpoznania choroby, o ile jest znana Ubezpieczonemu,
 - 4) w przypadku nieszczęśliwego wypadku - datę oraz szczegółowy opis okoliczności jego zaistnienia
 - 5) posiadane zaświadczenia lekarskie opisujące proces leczenia oraz zawierające dokładną diagnozę,
 - 6) skierowanie na operację, o ile jest w posiadaniu Ubezpieczonego,

- 7) posiadane zaświadczenia szpitalne opisujące rodzaj i rozległość obrażeń oraz zawierające dokładną diagnozę, kartę informacyjną ze szpitala,
 - 8) oryginały rachunków/faktur poniesionych kosztów leczenia - rachunek/faktura powinien/a zawierać: datę, pieczęć placówki, imię i nazwisko Ubezpieczonego, adres, datę oraz nazwę udzielonego świadczenia wraz z cenami jednostkowymi,
 - 9) raporty policyjne dotyczące zdarzenia, o ile zostały sporządzone i są w posiadaniu Ubezpieczonego,
 - 10) inne dokumenty określone w postanowieniach dodatkowych lub odmiennych wprowadzonych do umowy ubezpieczenia lub w piśmie skierowanym do Ubezpieczonego w trybie określonym w ust. 6.
3. Ubezpieczyciel może na swój koszt, kierować Ubezpieczonego na badania lekarskie z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi.
 4. Ubezpieczyciel może wystąpić do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu Ustawy o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, za pośrednictwem lekarza upoważnionego przez Ubezpieczyciela, z żądaniem przekazania informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją danych o jego stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia.
 5. Wystąpienie Ubezpieczyciela o informację, o której mowa w ust. 4, wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego albo jego przedstawiciela ustawowego.
 6. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
 7. W przypadku powzięcia przez Ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanych roszczeń lub wysokości świadczenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.

§20

1. Ustalenie zasadności świadczeń następuje na podstawie przedłożonych dokumentów, jednakże Ubezpieczyciel ma prawo do ich weryfikacji i zasięgnięcia opinii specjalistów.
2. Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie na podstawie uznania roszczenia, po uprzednim przeprowadzeniu własnego postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności zgłoszonego roszczenia i wysokości świadczenia, zawartej ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.
3. Świadczenie może być wypłacone: przelewem bankowym lub przekazem pocztowym.
4. Świadczenia wypłacane są w złotych polskich.
5. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o powstaniu roszczenia.
6. Jeżeli w terminie określonym w ust. 5 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o powstaniu roszczenia.
7. Jeżeli w terminie określonym w ust. 5 Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części w powyższym terminie.
8. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie w terminie określonym w ust. 5 lub 6, wskazując okoliczności i podstawę prawną odmowy wypłaty całości lub części świadczenia oraz poucza o możliwości złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd Ubezpieczyciela albo dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
9. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony nie zgadza się z decyzją Ubezpieczyciela o odmowie wypłaty świadczenia lub z wysokością przyznanego świadczenia, może w terminie 30 dni od daty otrzymania decyzji w sprawie roszczenia zgłosić na piśmie, za pośrednictwem jednostki organizacyjnej Ubezpieczyciela, wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd Ubezpieczyciela.
10. Poza trybem odwoławczym przewidzianym w ust. 8 i 9 Ubezpieczający, Ubezpieczony może zgłaszać skargi do Rzecznika Ubezpieczonych, jako podmiotu posiadającego ustawowe kompetencje w zakresie ich rozpatrywania.
11. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony nie zgadza się z decyzją Ubezpieczyciela o odmowie wypłaty świadczenia lub z wysokością przyznanego świadczenia może dochodzić roszczeń na drodze sądowej bez zachowania trybu określonego w ust. 8 i 9.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§21

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron, w związku z umową ubezpieczenia powinny być, pod rygorem nieważności, składane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub przesłane listem poleconym z wyłączeniem listy osób przystępujących, występujących, które mogą być przekazane drogą elektroniczną.
2. Strony są zobowiązane zawiadomić o każdej zmianie adresu lub siedziby, odpowiednio w zależności od tego czy stroną jest osoba fizyczna czy prawna.
3. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia.
4. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU jest prawo polskie.
5. Niniejsze **Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kosztów Leczenia ANTIDOTUM** zostały zatwierdzone uchwałą nr 66/2012 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 05.07.2012 roku.
6. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kosztów Leczenia ANTIDOTUM wchodzi w życie z dniem 01.08.2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.08.2012 roku.
7. Z dniem wejścia w życie niniejszych OWU tracą moc Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kosztów Leczenia Antidotum zatwierdzone Uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela nr 57/2008 z dnia 02.12.2008 oraz Uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela nr 34/2009 z dnia 30 czerwca 2009 roku wprowadzającą zmiany do niniejszych OWU.
8. Integralną częścią niniejszych OWU są następujące Załączniki:
 - 1) Załącznik nr 1 – Ubezpieczenie kosztów świadczeń medycznych,
 - 2) Załącznik nr 2 – Ubezpieczenie pobytu w szpitalu,
 - 3) Załącznik nr 3 – Ubezpieczenie assistance,
 - 4) Załącznik nr 4 – Ubezpieczenie kosztów pomocy doraźnej.

Prezes Zarządu



Jan Bogutyn

Wiceprezes Zarządu



Józef Winiarski

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§1

1. Zakresem ubezpieczenia objęte są koszty świadczeń medycznych poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, określone w Tabeli nr 1.
2. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, w oparciu o postanowienia niniejszych OWU umowa ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych może zostać zawarta w wariantach wskazanych w Tabeli nr 1.

Tabela nr 1

Nr	Świadczenia medyczne	Wariant			
		Podstawowy	Standardowy	Pełny	Prestiż
1	telefoniczna linia medyczna	TAK	TAK	TAK	TAK
2	lekarz internista	TAK	TAK	TAK	TAK
3	lekarz pediatra	TAK	TAK	TAK	TAK
4	chirurg dziecięcy	NIE	NIE	TAK	TAK
5	neurolog dziecięcy	NIE	NIE	TAK	TAK
6	lekarz medycyny pracy	TAK	TAK	TAK	TAK
7	świadczenia medyczne medycyny pracy dla pracowników biurowych:	TAK	TAK	TAK	TAK
7.1	badania wstępne, okresowe i kontrolne przewidziane w Kodeksie Pracy	TAK	TAK	TAK	TAK
7.2	orzecznictwo lekarskie do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy i w przepisach wydanych na jego podstawie	TAK	TAK	TAK	TAK
7.3	udział w komisjach zakładowych BHP	TAK	TAK	TAK	TAK
8	przeгляд stanu zdrowia – raz w roku na podstawie skierowania od lekarza Partnera Medycznego	TAK	TAK	TAK	TAK
9	szczepienie przeciw grypie	TAK	TAK	TAK	TAK
10	zakres opieki specjalistycznej:	TAK	TAK	TAK	TAK
10.1	alergolog	NIE	NIE	TAK	TAK
10.1.1	konsultacje lekarskie	NIE	NIE	TAK	TAK
10.1.2	wykonywanie skórnych testów uczuleniowych metodą nakłuć	NIE	NIE	TAK	TAK
10.2	chirurg ogólny	NIE	TAK	TAK	TAK
10.2.1	konsultacje lekarskie	NIE	TAK	TAK	TAK
10.2.2	drobne zabiegi <ul style="list-style-type: none"> • założenie i zmiana prostego opatrunku – nie wymagającego opracowania chirurgicznego • nacięcie i drenaż ropnia, krwika, założenie sączka w przypadkach wymagających niezwłocznej pomocy • założenie szwów w nagłych przypadkach wymagających 	NIE	TAK	TAK	TAK

	<ul style="list-style-type: none"> niezwłocznej pomocy usunięcie szwów po zabiegach wykonanych w placówkach Partnera Medycznego wskazanych do obsługi ubezpieczenia usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza placówkami Partnera Medycznego wskazanych do obsługi ubezpieczenia, kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza (zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdejmowania szwów po porodzie) 				
10.3	ortopeda	NIE	TAK	TAK	TAK
10.3.1	konsultacje lekarskie	NIE	TAK	TAK	TAK
10.3.2	leczenie schorzeń pourazowych	NIE	TAK	TAK	TAK
10.3.3	założenie gipsu tradycyjnego	NIE	TAK	TAK	TAK
10.3.4	unieruchomienie kończyn i stawów	NIE	TAK	TAK	TAK
10.3.5	wykonywanie iniekcji dostawowych	NIE	TAK	TAK	TAK
10.4	dermatolog	NIE	NIE	TAK	TAK
10.4.1	konsultacje lekarskie	NIE	NIE	TAK	TAK
10.4.2	leczenie grzybic	NIE	NIE	TAK	TAK
10.4.3	zabiegi dermatologiczne: usuwanie drobnych zmian w zakresie skóry i tkanki podskórnej do 3 cm	NIE	NIE	TAK	TAK
10.5	gastrolog	NIE	NIE	TAK	TAK
10.5.1	konsultacje lekarskie	NIE	NIE	TAK	TAK
10.5.2	gastroskopia	NIE	NIE	TAK	TAK
10.5.3	rektoskopia	NIE	NIE	TAK	TAK
10.6	ginekolog	TAK	TAK	TAK	TAK
10.6.1	konsultacje lekarskie	TAK	TAK	TAK	TAK
10.6.2	badania cytologiczne	TAK	TAK	TAK	TAK
10.6.3	prowadzenie ciąży - opieka w okresie ciąży obejmuje wszelkie badania, testy, analizy, konsultacje specjalistyczne mające na celu zapewnienie pełnej opieki nad kobietą i jej nienarodzonym dzieckiem.	TAK	TAK	TAK	TAK
10.6.4	endokrynologia ginekologiczna: opieka w okresie menopauzalnym	TAK	TAK	TAK	TAK
10.6.5	zaburzenia miesięczkowe	TAK	TAK	TAK	TAK
10.6.7	leczenie chorób sutka	TAK	TAK	TAK	TAK
10.6.8	poradnia dla chorych z mastopatią	TAK	TAK	TAK	TAK
10.7	kardiolog	NIE	TAK	TAK	TAK
10.7.1	konsultacje lekarskie	NIE	TAK	TAK	TAK
10.7.2	24-godzinne monitorowanie czynności serca i ciśnienia tętniczego	NIE	TAK	TAK	TAK
10.7.3	EKG spoczynkowe	NIE	TAK	TAK	TAK
10.7.4	EKG wysiłkowe	NIE	TAK	TAK	TAK
10.7.5	badanie serca (echo serca)	NIE	TAK	TAK	TAK
10.8	laryngolog	NIE	TAK	TAK	TAK
10.8.1	konsultacje lekarskie	NIE	TAK	TAK	TAK

10.8.2	drobne zabiegi laryngologiczne: <ul style="list-style-type: none"> • założenie i usunięcie przedniej tamponady nosa • koagulacja naczyń przegrody nosa • przedmuchiwanie (kateteryzacja) trąbki słuchowej • usunięcie ciała obcego z nosa, ucha 	NIE	TAK	TAK	TAK
10.9	neurolog	NIE	NIE	TAK	TAK
10.9.1	konsultacje lekarskie	NIE	NIE	TAK	TAK
10.10	okulista	NIE	TAK	TAK	TAK
10.10.1	konsultacje lekarskie	NIE	TAK	TAK	TAK
10.10.2	usuwanie ciała obcego	NIE	TAK	TAK	TAK
10.10.3	zaopatrzenie urazu oczodołu	NIE	TAK	TAK	TAK
10.10.4	zaopatrzenie urazu gałki ocznej	NIE	TAK	TAK	TAK
10.11	reumatolog	NIE	NIE	TAK	TAK
10.11.1	konsultacje lekarskie	NIE	NIE	TAK	TAK
10.12	urolog	NIE	TAK	TAK	TAK
10.12.1	konsultacje lekarskie	NIE	TAK	TAK	TAK
10.12.2	założenie cewnika	NIE	TAK	TAK	TAK
10.13	leczenie chorób gruczołu krokowego	NIE	TAK	TAK	TAK
10.14	inni specjaliści współpracujący z Partnerem Medycznym	NIE	NIE	TAK	TAK
11	badania	TAK	TAK	TAK	TAK
11.1	badania laboratoryjne (analizy):	TAK	TAK	TAK	TAK
11.1.1	badania hematologiczne i układu krzepnięcia:	TAK	TAK	TAK	TAK
11.1.2	OB	TAK	TAK	TAK	TAK
11.1.3	morfologia z rozmazem	TAK	TAK	TAK	TAK
11.1.4	APTT (czas kefalinowo- kaolinowy)	TAK	TAK	TAK	TAK
11.1.5	wskaźnik protrombinowy	TAK	TAK	TAK	TAK
11.1.6	fibrynogen	TAK	TAK	TAK	TAK
11.1.7	badania moczu i kału:	TAK	TAK	TAK	TAK
11.1.7.1	badanie ogólne moczu	TAK	TAK	TAK	TAK
11.1.7.2	badanie kału ogólne	TAK	TAK	TAK	TAK
11.1.7.3	badanie kału w kierunku pasożytów i ich jaj	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2	badania biochemiczne:	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.1	białko całkowite	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.2	białko C reaktywne	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.3	elektroforeza	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.4	cholesterol całkowity	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.5	cholesterol HDL	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.6	glukoza	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.7	hemoglobina glikowana	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.8	elektrolity Na, K	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.9	wapń	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.10	magnez	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.11	chlorki	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.12	mocznik	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.13	kreatynina	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.14	trójglicerydy	TAK	TAK	TAK	TAK

11.2.15	aminotransferaza asparaginianowa	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.16	aminotransferaza alaninowa	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.17	glutamylotranspeptydaza (GGTP)	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.18	amylaza	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.19	kinaza kreatynowa całkowita	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.20	dehydrogenaza mleczanowa	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.21	fosfatazy (kwaśna, zasadowa i sterczowa)	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.22	kwasy moczowe	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.23	bilirubina całkowita	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.24	bilirubina bezpośrednia	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.25	czynnik reumatoidalny	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.26	odczyn Waalera – Rosego	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.27	ASO	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.28	poziom żelaza w surowicy	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.29	zdolność wiązania żelaza	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.30	ferrytyna	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.31	transferyna	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.32	albuminy	TAK	TAK	TAK	TAK
11.3	Posiewy:	TAK	TAK	TAK	TAK
11.3.1	moczu	TAK	TAK	TAK	TAK
11.3.2	kału	TAK	TAK	TAK	TAK
11.3.3	z rany	TAK	TAK	TAK	TAK
11.4	badania immunologiczne:	TAK	TAK	TAK	TAK
11.4.1	WZW typu B – Antygen Hbs	TAK	TAK	TAK	TAK
11.4.2	WZW typu B – Antygen Hbe	TAK	TAK	TAK	TAK
11.4.3	WZW typu C – przeciwciała anty-HCV	TAK	TAK	TAK	TAK
11.4.4	różyczka – przeciwciała IgM	TAK	TAK	TAK	TAK
11.4.5	różyczka – przeciwciała IgG	TAK	TAK	TAK	TAK
11.4.6	toxoplasma gondi – przeciwciała IgM	TAK	TAK	TAK	TAK
11.4.7	toxoplasma gondi - przeciwciała IgG	TAK	TAK	TAK	TAK
11.4.8	mononukleozę zakaźną IgG, IgM	TAK	TAK	TAK	TAK
11.4.9	IgE całkowite	TAK	TAK	TAK	TAK
11.4.10	WR	TAK	TAK	TAK	TAK
11.4.11	HIV	TAK	TAK	TAK	TAK
11.5	hormony płciowe i metaboliczne:	TAK	TAK	TAK	TAK
11.5.1	estradiol	TAK	TAK	TAK	TAK
11.5.2	FSH	TAK	TAK	TAK	TAK
11.5.3	LH	TAK	TAK	TAK	TAK
11.5.4	prolaktyna	TAK	TAK	TAK	TAK
11.5.5	progesteron	TAK	TAK	TAK	TAK
11.5.6	testosteron	TAK	TAK	TAK	TAK
11.6	diagnostyka chorób tarczycy:	TAK	TAK	TAK	TAK
11.6.1	hormon tarczycy – TSH	TAK	TAK	TAK	TAK
11.6.2	hormon tarczycy – ft3	TAK	TAK	TAK	TAK
11.6.3	hormon tarczycy – ft4	TAK	TAK	TAK	TAK
11.7	markery nowotworowe:	TAK	TAK	TAK	TAK
11.7.1	PSA	TAK	TAK	TAK	TAK
12.1	badania RTG:	TAK	TAK	TAK	TAK
12.1.1	zdjęcia czaszki i zatok	TAK	TAK	TAK	TAK
12.1.2	zdjęcia klatki piersiowej	TAK	TAK	TAK	TAK
12.1.3	zdjęcia kręgosłupa	TAK	TAK	TAK	TAK

12.1.4	zdjęcia kończyn, stawów, miednicy	TAK	TAK	TAK	TAK
12.1.5	zdjęcia przeglądowe jamy brzusznej	TAK	TAK	TAK	TAK
12.1.6	zdjęcia górnego odcinka przewodu pokarmowego	TAK	TAK	TAK	TAK
12.2	wlew doodbytniczy	NIE	NIE	TAK	TAK
12.3	mammografia	NIE	TAK	TAK	TAK
12.4	tomografia komputerowa (CT) koszt kontrastu pokrywa Ubezpieczony	NIE	NIE	TAK	TAK
12.5	rezonans magnetyczny (NMR) koszt kontrastu pokrywa Ubezpieczony	NIE	NIE	TAK	TAK
12.6	badania USG:				
12.6.1	badanie jamy brzusznej	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.2	badanie piersi	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.3	badanie tarczycy	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.4	badanie nerek, pęcherza, prostaty	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.5	badanie transrektalne	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.6	badanie macicy, jajników	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.7	badanie ginekologiczne transwaginalne	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.8	badanie ciąży transwaginalne	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.9	badanie przepływu krwi metodą Dopplera: Doppler USG tętnic szyi, Doppler USG żył szyi, Doppler USG tętnic kończyny, Doppler USG żył kończyny, USG Doppler jamy brzusznej/ układu wrotnego, USG Doppler tętnic nerkowych	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.10	cięży przez powłoki brzuszne (Zakres świadczeń nie obejmuje badań ultrasonograficznych wykonywanych w technologii 3D/4D)	TAK	TAK	TAK	TAK
13	wizyty domowe (internista, pediatra)* - maksymalnie 10 wizyt	NIE	NIE	NIE	TAK
14	Rehabilitacja - maksymalnie 10 zabiegów na jedno schorzenie	NIE	NIE	NIE	TAK
15	Stomatologia:	TAK	TAK	TAK	TAK
15.1	przeгляд stomatologiczny	TAK	TAK	TAK	TAK
15.2	stomatologia zachowawcza – z 10% zniżką (zniżka obowiązuje tylko w placówkach własnych Partnera Medycznego)	NIE	NIE	NIE	NIE
15.3	peridontologia – Ubezpieczony pokrywa koszt zużytych materiałów medycznych z 10% zniżką	NIE	NIE	NIE	NIE
15.4	chirurgia stomatologiczna – z 10% zniżką (zniżka obowiązuje tylko w placówkach własnych Partnera Medycznego)	NIE	NIE	NIE	NIE
15.5	RTG zęba – z 10% zniżką (zniżka obowiązuje tylko w placówkach własnych Partnera Medycznego)	NIE	NIE	NIE	NIE
16	zniżka na inne usługi oferowane przez Partnera Medycznego (zniżka obowiązuje tylko w placówkach własnych Partnera Medycznego.) (informacja o dostępnych usługach za pośrednictwem telefonicznej linii medycznej)	10%	10%	10%	10%

* wizyty realizowane przez lekarza zespołów wyjazdowych (lekarza rodzinnego/internistę) w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, konieczne z uwagi na stan jego zdrowia, który uniemożliwia mu przybycie do placówki medycznej. Wizyty domowe obejmują tylko przypadki nagłych zachorowań lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, w tym zaostrzenia dolegliwości przewlekłych.

Wizyta domowa w domu Ubezpieczonego ma na celu postawienie rozpoznania i rozpoczęcie leczenia, natomiast kontynuacja leczenia, a także wizyty kontrolne odbywają się w placówkach medycznych Partnera Medycznego. W szczególności, niedogodny dojazd do placówki medycznej, wypisanie recepty lub zwolnienia nie są okolicznościami uzasadniającymi wizytę w domu Ubezpieczonego. Wizyta domowa jest świadczeniem pomocy doraźnej, które jest udzielane wyłącznie w dniu jego zgłoszenia. W przypadku wizyty domowej nie ma możliwości swobodnego wyboru lekarza.

Szczegółowych informacji o zakresie terytorialnym udzielania wizyt domowych udziela telefoniczna infolinia medyczna.

Wizyty domowe nie zastępują Pogotowia Ratunkowego w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, czyli w stanach w rozumieniu Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. polegających na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagających podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. W takich stanach Ubezpieczony powinien bezwzględnie skontaktować się z Pogotowiem Ratunkowym.

UBEZPIECZENIE POBYTU W SZPITALU

§1

Zgodnie z postanowieniem §16 ust. 2 pkt. 2) pkt. a) i b) umowa ubezpieczenia zapewnia wypłatę świadczenia w związku z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się Ubezpieczonemu w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej lub chorobą, która została zdiagnozowana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Szczegółowy zakres ochrony określa poniższa tabela:

Nr	Ubezpieczenie pobytu w szpitalu	Wariant I	Wariant II	Wariant III
1	w wyniku nieszczęśliwego wypadku	100% świadczenia dziennego	100% świadczenia dziennego	100% świadczenia dziennego
1.2	w wyniku wypadku komunikacyjnego	dodatkowo 50% świadczenia do poz. 1	dodatkowo 50% świadczenia do poz. 1	dodatkowo 50% świadczenia do poz. 1
2	w wyniku choroby	NIE	100% świadczenia dziennego	100% świadczenia dziennego
2.1	pobyt w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego	50% świadczenia dziennego *	50% świadczenia dziennego *	50% świadczenia dziennego

* W wariantach: I - II Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za pobyt Ubezpieczonego w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wyłącznie, gdy leczenie jest bezpośrednią kontynuacją leczenia szpitalnego i przyjęcie do tych placówek nastąpiło w dniu wypisu ze szpitala. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 50% świadczenia dziennego określonego w umowie ubezpieczenia.

UBEZPIECZENIE ASSISTANCE

ZAKRES UBEZPIECZENIA

Zakres ubezpieczenia assistance obejmuje

- 1) pomoc medyczną:
 - a) wizyty lekarza Centrum Assistance – w przypadku choroby, bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszty dojazdu lekarza Centrum Assistance oraz jego honorarium za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub zorganizuje i pokryje koszty wizyty lekarskiej w placówce medycznej. Ubezpieczyciel pokrywa łączne koszty do wysokości 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia;
 - b) wizyty pielęgniarki – w przypadku choroby, bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie, zorganizuje i pokryje koszt dojazdu pielęgniarki oraz jej honorarium za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty 7 wizyt, które łącznie nie mogą przekroczyć 48 godzin pobytu pielęgniarki u Ubezpieczonego w odniesieniu do jednego zdarzenia;
 - c) dostawę leków przepisanych przez lekarza – w przypadku choroby, bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową i w następstwie których Ubezpieczony wymaga leżenia, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu leków przepisanych przez lekarza prowadzącego leczenie do miejsca pobytu Ubezpieczonego;
 - d) transport medyczny do placówki medycznej – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu z miejsca pobytu Ubezpieczonego do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego leczenie, o ile stan zdrowia Ubezpieczonego utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Assistance;
 - e) transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego przebywał w placówce medycznej, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt odpowiedniego środka transportu zalecanego przez lekarza prowadzącego leczenie;
 - f) pomoc psychologiczną – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel na zlecenie lekarza zorganizuje i pokryje koszt wizyty u psychologa. Ubezpieczyciel pokrywa koszt maksymalnie 3 wizyt w odniesieniu do jednego zdarzenia;
 - g) przekazywanie wiadomości rodzinie Ubezpieczonego lub pracodawcy – w przypadku choroby, bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową, w następstwie których Ubezpieczony przebywa w szpitalu, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, na życzenie Ubezpieczonego, przekazuje wiadomości pomiędzy Ubezpieczonym, a jego rodziną lub pracodawcą;
- 2) pomoc rehabilitacyjną:
 - a) wizyty fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt wizyt fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia;
 - b) wizyty Ubezpieczonego u fizykoterapeuty w poradni rehabilitacyjnej – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt wizyt Ubezpieczonego u fizykoterapeuty w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia;

- c) organizację oraz pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu zamieszkania, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego do łącznej kwoty 200 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia;
 - d) zakup lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu zamieszkania, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, pokryje koszt zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 200 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia;
- 3) pomoc domową – w przypadku choroby, bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową i w następstwie których Ubezpieczony przebywał w szpitalu przez okres co najmniej 5 dni, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji, do łącznej kwoty 300 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia;
- 4) opiekę nad dziećmi – w przypadku choroby, bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową i w następstwie których Ubezpieczony przebywał w szpitalu przez okres co najmniej 3 dni, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt opieki nad dziećmi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do kwoty 200 zł za dzień, maksymalnie do 3 dni w odniesieniu do jednego zdarzenia;. Świadczenie realizowane jest na wniosek Ubezpieczonego i na podstawie pisemnej zgody Ubezpieczonego oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić opiekę nad dziećmi;
- 5) opiekę nad zwierzętami – w przypadku choroby, bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową i w następstwie których Ubezpieczony przebywał w szpitalu przez okres co najmniej 3 dni, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt opieki nad zwierzętami w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do kwoty 150 zł za dzień, maksymalnie do 3 dni w odniesieniu do jednego zdarzenia.

UBEZPIECZENIE KOSZTÓW POMOCY DORAŻNEJ

§1

Ubezpieczenie kosztów pomocy doraźnej obejmuje zwrot kosztów świadczeń medycznych poniesionych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, określonych w §2 wykonanych u Ubezpieczonemu w placówce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej nie występującej na liście placówek Partnera Medycznego współpracującego z Ubezpieczycielem, będących następstwem nieszczęśliwych wypadków, które wydarzyły się Ubezpieczonemu w okresie objętym odpowiedzialnością Ubezpieczyciela lub powstałe w następstwie chorób, których następujące objawy wystąpiły w okresie objętym odpowiedzialnością Ubezpieczyciela:

- 1) ostre choroby infekcyjne przebiegające z gorączką (rozpoczęcie objawów w ciągu 72 godzin poprzedzających zgłoszenie się do lekarza),
- 2) wymioty i objawy ostrej biegunki,
- 3) ostre bóle brzucha (w tym napad kolki nerkowej, kolki żółciowej),
- 4) zawroty głowy,
- 5) bóle w klatce piersiowej,
- 6) zespół korzeniowy.

§2

W ramach ubezpieczenia kosztów pomocy doraźnej Ubezpieczyciel pokrywa koszty:

- 1) porady lekarza rodzinnego, internisty, pediatry,
- 2) porady lekarza chirurga, ortopedy w wyniku doznania przez Ubezpieczonego nieszczęśliwego wypadku,
- 3) zabiegów pielęgniarstwa (pomiar ciśnienia tętniczego, EKG spoczynkowe, iniekcje domięśniowe lub dożylnie, inhalacje),
- 4) podstawowych badań diagnostycznych:
 - a) morfologia + rozmaz,
 - b) glukoza,
 - c) mocznik, kreatynina, bilirubina, diastazy w surowicy,
 - d) badanie ogólne moczu,
 - e) USG jamy brzusznej.