

W związku ze zmianą adresu naszego biura zmienia się adres do korespondencji – w tym do składania reklamacji, skarg i zażaleń

Od 16.03.2024 r. nasz nowy adres to:

UL. INFLANCKA 4B, 00-189 WARSZAWA

Prywatne ubezpieczenie zdrowotne

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia zdrowotnego

Allianz. Siła po Twojej stronie.

Allianz 

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia zdrowotnego: Prywatne ubezpieczenie zdrowotne (indeks UZP 03)

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia, zwane dalej o. w. u., stosuje się do umów grupowego ubezpieczenia zdrowotnego zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna (zwane dalej Towarzystwem) z Ubezpieczającymi.

2.

Zobowiązania stron wynikające z zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia pozostają w mocy tylko wówczas, gdy umowy te zostały dołączone do umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie. Warunki, na jakich Towarzystwo podjęło się ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ryzyk dodatkowych, są określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia dotyczących poszczególnych umów dodatkowych, które zostały dołączone do polisy i stanowią jej integralną część.

3.

Terminom używanym zarówno w ogólnych warunkach ubezpieczenia, polisie oraz wszelkich innych dokumentach do niej dołączonych nadaje się następujące znaczenia:

- 1) akt przemocy – skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko Ubezpieczonemu, co zniewala go do poddania się woli używającego przemocy i określonego zachowania się, lub przeciwko rzeczy posiadanej przez Ubezpieczonego, przez co swoboda woli Ubezpieczonego – w zakresie posiadania rzeczy czy władania nią lub korzystania z niej – zostaje ograniczona;
- 2) certyfikat – dokument potwierdzający objęcie ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, określający jej szczegółowe warunki;
- 3) choroba – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, która wystąpiła w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego;
- 4) choroba obłożna – stan chorobowy trwający dłużej niż 24 godziny, uniemożliwiający Ubezpieczonemu przybycie do placówki medycznej i uprawniający go do wezwania wizyty domowej;
- 5) dodatkowa umowa ubezpieczenia (umowa dodatkowa) – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, uzupełniająca umowę ubezpieczenia i stanowiąca jej integralną część, która powoduje rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o ryzyka dodatkowe w niej zawarte;
- 6) dokument ubezpieczenia – polisa, certyfikat lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 7) Dyrekcja Generalna – podstawowa jednostka organizacyjna Towarzystwa powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Towarzystwa; adresem Dyrekcji Generalnej jest adres siedziby Towarzystwa wskazany w polisie;
- 8) dziecko – dziecko własne lub przysposobione Głównego Ubezpieczonego lub jego współmałżonka, objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach Pakietu Rodzinnego, które w dniu podpisania deklaracji nie ukończyło 25 lat;
- 9) Główny Ubezpieczony – Pracownik wskazujący Ubezpieczającemu osoby objęte ochroną w ramach Pakietu Rodzinnego;
- 10) identyfikator – dokument służący placówkom medycznym do wstępnej weryfikacji Ubezpieczonego. Identyfikator ważny jest tylko z zaopatrzoną w zdjęcie dokumentem określającym tożsamość Ubezpieczonego (w szczególności dowód osobisty, paszport, prawo jazdy, legitymacja szkolna);
- 11) karencja – wyłączenie lub ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia lub dodatkowych umów ubezpieczenia, przez okres w nich wskazany;
- 12) ochrona ubezpieczeniowa – zobowiązania Towarzystwa wobec Ubezpieczonego wynikające z umowy ubezpieczenia;
- 13) Pakiet Rodziny – umowa ubezpieczenia zawierana na rzecz Głównego Ubezpieczonego oraz jego współmałżonka, wraz z ich dziećmi

własnymi lub przysposobionymi; dopuszcza się zawarcie umowy ubezpieczenia na rzecz jednego rodzica wraz z dziećmi, jak i samych współmałżonków, lub za zgodą Towarzystwa innych osób zgłaszanych do ubezpieczenia;

- 14) placówki medyczne – zakłady opieki zdrowotnej działające na zlecenie Świadczeniodawcy w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz osób ubezpieczonych w Towarzystwie;
- 15) początek ochrony ubezpieczeniowej – data wskazana w certyfikacie jako data rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego;
- 16) pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan powstały w wyniku dobrowolnego i świadomego wprowadzenia przez Ubezpieczonego do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
- 17) Pracownik – osoba fizyczna, którą łączy z Ubezpieczającym stosunek prawny opisany w pkt. 24;
- 18) rocznica polisy – każda rocznica daty określonej w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
- 19) składka ubezpieczeniowa – składka należna od Ubezpieczającego z tytułu umowy ubezpieczenia, przeznaczona na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej; wysokość i termin płatności składki zostały określone w polisie;
- 20) suma ubezpieczenia – określona w polisie kwota będąca podstawą do obliczenia wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, wypłacanego w razie zajścia w życiu lub w zdrowiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w umowie ubezpieczenia w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej;
- 21) świadczenia zdrowotne – procedury medyczne i diagnostyczne świadczone przez wykwalifikowany personel medyczny placówek medycznych podczas leczenia lub podczas działań profilaktycznych;
- 22) Świadczeniodawca – placówka medyczna współpracująca z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz osób ubezpieczonych;
- 23) techniczna stopa procentowa – zakładana przez Towarzystwo teoretyczna stopa zysku z inwestowania rezerwy matematycznej w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, wynosząca 3,25 % w skali roku;
- 24) Ubezpieczający – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zatrudniająca Pracownika, zgłaszająca grupę osób do ubezpieczenia zdrowotnego przez wypełnienie dokumentu o nazwie „Wniosek o zawarcie grupowego ubezpieczenia zdrowotnego”, która jest zobowiązana do opłacania składek. Dla potrzeb niniejszych o. w. u. na równi z zatrudnieniem (stosunkiem pracy) traktuje się istnienie pomiędzy Ubezpieczającym i Pracownikiem innego związku uzasadniającego, zdaniem Towarzystwa, możliwość objęcia tych osób ubezpieczeniem na zasadach określonych w niniejszych o. w. u. (przynależność Pracownika do partii politycznej, stowarzyszenia, związku zawodowego itp.);
- 25) Ubezpieczony – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia, której życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia;
- 26) umowa ubezpieczenia – umowa zawierana między Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych o. w. u.;
- 27) Uposażony – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego;
- 28) współmałżonek – osoba, z którą Główny Ubezpieczony w dniu podpisania deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia pozostaje w związku małżeńskim bądź konkubinacie;
- 29) wypadek – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną uszczerbku na zdrowiu osoby objętej ubezpieczeniem i nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego;

- 30) zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia, polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego:
- choroby zdefiniowanej w pkt. 3),
 - doznaniu obrażeń ciała będących następstwem wypadku zdefiniowanego w pkt. 29),
 - zgonu Ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej,
 - ciąży.

§ 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1.
Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.

2.
Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy ubezpieczenia polega na:

- 1) pokryciu kosztów udostępnionych Ubezpieczonemu w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa świadczeń zdrowotnych oraz zalecanych przez lekarzy badań medycznych, wykonywanych w placówkach medycznych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, określonych w załączniku nr 1 do niniejszych o. w. u. w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 3 pkt 30) a, b i d;
- 2) w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 3 pkt 30 c – wypłacie Uposażonemu sumy ubezpieczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem postanowień ustępów poniższych.

3.
Zakres odpowiedzialności Towarzystwa może zostać rozszerzony o wypłatę świadczeń z tytułu umów dodatkowych, jeżeli umowy dodatkowe są dołączone do umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umów dodatkowych jest określony w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego.

4.
Zakres ubezpieczenia jest określony w polisie na podstawie wniosku Ubezpieczającego o zawarcie lub zmianę umowy ubezpieczenia.

5.
Zakres ubezpieczenia jest jednakowy dla wszystkich Ubezpieczonych w ramach jednej umowy ubezpieczenia.

6.
Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z powodu zgonu Ubezpieczonego, gdy zgon nastąpił bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- 1) samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, dokonanego w ciągu 24 miesięcy od przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia;
- 2) działań wojennych, stanu wojennego;
- 3) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach.

7.
Towarzystwo nie odpowiada za zdarzenia ubezpieczeniowe wynikłe z:

- 1) błędów w sztuce lekarskiej;
- 2) błędów z nienależycie prowadzonej przez placówki medyczne dokumentacji medycznej;
- 3) uczestnictwa personelu medycznego zatrudnionego w placówce medycznej w strajkach i akcjach protestacyjnych polegających na nieudzielaniu świadczeń zdrowotnych.

8.
Towarzystwo jest zwolnione z pokrycia kosztów udostępnianych Ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych wymienionych w załączniku nr 1 do niniejszych o. w. u., jeżeli potrzeba ich wykonania wynika pośrednio lub bezpośrednio z:

- 1) niestosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich;
- 2) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu zabronionego, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego (o ile na skutek zgonu Ubezpieczonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu).

9.
Towarzystwo nie udostępnia świadczeń zdrowotnych w sytuacjach wymagających działań w trybie nagłym, zwłaszcza wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowia ratunkowe (karetki reanimacyjne, karetki wypadkowe).

§ 3 Zawarcie umowy ubezpieczenia

1.
Umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres jednego roku. Umowa ubezpieczenia ulega automatycznie przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie – najpóźniej na miesiąc przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia – pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia może być przedłużana wielokrotnie, pod warunkiem zachowania trybu określonego powyżej.

2.
Umowa ubezpieczenia może być zawarta dla grup przystępujących do ubezpieczenia w formie:

- 1) indywidualnej;
- 2) Pakietów Rodzinnych.

3.
Dla każdej z grup, o których mowa w ust. 2, zawiera się odrębne umowy ubezpieczenia. Umowy ubezpieczenia zawarte z jednym Ubezpieczającym mogą przewidywać dla poszczególnych grup różny zakres ochrony ubezpieczeniowej. O ile Towarzystwo nie postanowi inaczej, wymagane jest spełnienie przy tym następujących warunków:

- 1) nie dopuszcza się ubezpieczenia tych samych osób w więcej niż jednej grupie;
- 2) osoby ubezpieczone mogą zmieniać zakres ubezpieczenia za zgodą Ubezpieczającego poprzez przejście do innej grupy tylko w roczną polisy.

4.
Umowa ubezpieczenia może być zawarta dla grupy liczącej co najmniej 2 osoby, a w razie zawierania umowy w formie Pakietów Rodzinnych – dla co najmniej 2 Pakietów Rodzinnych. W razie dołączenia do umowy ubezpieczenia dodatkowej umowy ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w zakresie chirurgii jednego dnia, umowa ubezpieczenia może być zawarta tylko dla grupy liczącej co najmniej 10 osób, a w razie zawierania umowy w formie Pakietów Rodzinnych – dla co najmniej 10 Pakietów Rodzinnych i o ile składka nie jest płatna po uprzednim potrąceniu z pensji pracownika (ubezpieczenie na koszt Ubezpieczającego).

5.
Jeżeli liczba osób zgłaszanych do ubezpieczenia nie będzie spełniała wymogów, o których mowa w ust. 4, umowa ubezpieczenia może być zawarta za zgodą Towarzystwa i na warunkach zaproponowanych przez Towarzystwo.

6.
Umowa ubezpieczenia dla osób przystępujących do ubezpieczenia w formie indywidualnej może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu następnym po dniu podpisania deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia ukończył 18. rok życia i nie ukończył 64. roku życia, chyba że Towarzystwo postanowi inaczej.

7.
Umowa ubezpieczenia dla osób przystępujących do ubezpieczenia w formie Pakietów Rodzinnych może być zawarta na rzecz Głównego Ubezpieczonego oraz jego współmałżonka, z zachowaniem postanowień ust. 6, oraz ich dzieci własnych lub przysposobionych, które w dniu następnym po dniu podpisania deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia nie ukończyły 25. roku życia, chyba że Towarzystwo postanowi inaczej.

8.
Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie pisemnego, poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, podpisanego przez Ubezpieczającego, na formularzu przygotowanym w tym celu przez Towarzystwo.

9.
Ubezpieczający jest zobowiązany dołączyć do wniosku o zawarcie umo-

wy ubezpieczenia i przekazać Towarzystwu najpóźniej do 20. dnia miesiąca poprzedzającego okres ochrony ubezpieczeniowej:

- 1) wykaz imienny osób zgłaszanych do ubezpieczenia;
- 2) deklarację przystąpienia do ubezpieczenia każdej z osób zgłaszanych do ubezpieczenia; dokument ten powinien być wypełniony i podpisany przez osobę przystępującą do ubezpieczenia (w razie zawarcia umowy w formie Pakietów Rodzinnych deklarację za niepełnoletnie dziecko podpisuje jego rodzic lub inny przedstawiciel ustawowy);
- 3) rozliczenie składki i osób lub Pakietów Rodzinnych, które mają być objęte ubezpieczeniem;
- 4) potwierdzenie wpłaty składki na właściwy rachunek bankowy Towarzystwa;
- 5) inne dokumenty wskazane przez Towarzystwo.

10.

Dowodem zawarcia umowy ubezpieczenia jest dla Ubezpieczającego wystawiona przez Towarzystwo polisa, a dla Ubezpieczonego – wystawiona przez Towarzystwo indywidualny certyfikat.

11.

Po zawarciu umowy ubezpieczenia Ubezpieczony otrzyma od Towarzystwa identyfikator zdrowotny, o którym mowa w § 1 ust. 3 pkt 10).

12.

W razie zmiany liczebności grupy po zawarciu umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać Towarzystwu najpóźniej do 20. dnia każdego miesiąca obowiązywania umowy:

- 1) wykaz osób przystępujących do ubezpieczenia w kolejnym miesiącu wraz z ich deklaracjami, z zachowaniem postanowień ust. 9 pkt 2);
- 2) wykaz osób występujących z ubezpieczenia, w stosunku do których w kolejnym okresie ochrony wygasa odpowiedzialność Towarzystwa;
- 3) rozliczenie składki i osób lub Pakietów Rodzinnych, które mają być objęte ubezpieczeniem;
- 4) potwierdzenie wpłaty składki na właściwy rachunek bankowy Towarzystwa.

13.

W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia ponowne zawarcie umowy ubezpieczenia możliwe będzie po upływie 6-miesięcznego okresu karencji, liczonego od ostatniego dnia ochrony ubezpieczeniowej, chyba że Towarzystwo postanowi inaczej.

14.

Towarzystwo może uzyskać od podmiotów, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU nr 91, poz. 408 z późn. zm.), które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu lub osobie, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia – informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także informacji o przyczynie zgonu Ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

15.

Z żądaniem przekazania informacji, o których mowa w ust. 14, występuje lekarz upoważniony przez Towarzystwo.

16.

Towarzystwo może za pisemną zgodą osoby, której dane dotyczą, albo jej przedstawiciela ustawowego, na pisemne żądanie innego zakładu ubezpieczeń udostępnić temu zakładowi ubezpieczeń przetwarzane przez siebie dane osobowe w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego bądź osobę, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez siebie informacji o przyczynie zgonu Ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości.

§ 4

Składka

1.

Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany opłacić za każdego Ubezpieczonego lub za każdy Pakiet Rodziny składkę ubezpieczeniową w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.

2.

Wysokość składki ustala się w zależności od zakresu umowy ubezpieczenia i zawartych umów dodatkowych, stanowiących rozszerzenie umowy ubezpieczenia. Składka za Ubezpieczonego jest równa sumie składek należnych na podstawie umowy ubezpieczenia oraz dodatkowych umów ubezpieczenia.

3.

Składka za ubezpieczenie jest kalkulowana w oparciu o techniczną stopę procentową.

4.

Składka ubezpieczeniowa z tytułu umowy ubezpieczenia jest płacona przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością wskazaną w polisie.

5.

Częstotliwość opłacania składki może być miesięczna, kwartalna, półroczna lub roczna.

6.

Składka jest płatna z góry, ale nie później niż do 20. dnia miesiąca poprzedzającego okres, za który jest należna.

7.

Wysokość składki jest ustalana przez Towarzystwo na każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia. W razie zmiany wysokości składki Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o zmianie składki, obowiązującej w następnym rocznym okresie ubezpieczenia, nie później niż na miesiąc przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia.

8.

Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu od Towarzystwa informacji o wysokości składki w następnym rocznym okresie ubezpieczenia doręczy Towarzystwu najpóźniej na 14 dni przed upływem rocznego okresu ubezpieczenia pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną przez Towarzystwo wysokość składki, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 3 ust. 1, chyba że strony postanowią inaczej.

9.

Niedoręczenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki w terminie określonym w ust. 8 będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na:

- 1) przedłużenie umowy ubezpieczenia na następny roczny okres ubezpieczenia;
- 2) wysokość składki zaproponowaną przez Towarzystwo, obowiązującą w następnym rocznym okresie ubezpieczenia.

Upływ powyższego terminu wyłącza możliwość złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia, o którym mowa w § 3 ust. 1.

10.

Składkę uważa się za zapłaconą przez Ubezpieczającego, z chwilą gdy wpłynie ona na właściwy rachunek bankowy Towarzystwa, w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia.

§ 5

Nieopłacenie składek

1.

Jeżeli składka nie zostanie wpłacona przez Ubezpieczającego do ostatniego roboczego dnia miesiąca poprzedzającego okres, za który jest należna (okres prolongaty terminu zapłacenia składki), Towarzystwo zwraca Ubezpieczającego do zapłaty składki w odpowiednim terminie określonym w wezwaniu, a umowę uważa się za wypowiedzianą z dniem wymagalności składki za 30-dniowym okresem wypowiedzenia. Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres wypowiedzenia. Niezwłocznie po zapłaceniu składki za okres wypowiedzenia Ubezpieczający musi złożyć Towarzystwu pi-

semne oświadczenie potwierdzające wolę rozwiązania umowy. W razie braku takiego oświadczenia wypowiedzenie umowy uważa się za niebyłe.

2.

Składkę uważa się za niezapłaconą zwłaszcza wtedy, gdy wysokość składki przekazanej na właściwy rachunek bankowy Towarzystwa jest niższa niż wynikająca z liczby osób lub liczby Pakietów Rodzinnych, które w danym okresie mają być objęte ubezpieczeniem. Liczbę osób lub liczbę Pakietów Rodzinnych, które w danym okresie mają być objęte ubezpieczeniem, ustala się na podstawie dokumentów, o których mowa w § 3 ust. 9 pkt. 1-3) oraz w ust. 12 pkt. 1-3).

§ 6

Czas rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i warunki jej trwania

1.

Odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się od daty wskazanej przez Towarzystwo w indywidualnym certyfikacie, zawsze od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, nie wcześniej jednak niż po spełnieniu, do 20. dnia poprzedzającego okres ochrony, następujących warunków:

- 1) Towarzystwo otrzymało i zaakceptowało deklarację przystąpienia do ubezpieczenia danej osoby;
- 2) Ubezpieczony jest wymieniony w wykazie imiennym osób zgłaszanych do ubezpieczenia, o którym mowa w § 3 ust. 9 pkt 1) oraz w ust. 12 pkt 1);
- 3) Ubezpieczający zapłacił składkę w terminie określonym w § 4 ust. 6 niniejszych o. w. u.;
- 4) wysokość składki przekazanej na rachunek bankowy Towarzystwa nie jest niższa niż wynikająca z liczby osób lub liczby Pakietów Rodzinnych wymienionych w wykazie imiennym, o którym mowa w § 3 ust. 9 pkt 1) oraz w ust. 12 pkt 1).

2.

Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa niezależnie od innych postanowień o. w. u.:

- 1) w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia;
- 2) w dniu zgonu Ubezpieczonego, a w stosunku do Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach Pakietów Rodzinnych – w ostatnim dniu miesiąca, w którym nastąpił zgon Głównego Ubezpieczonego;
- 3) w dniu wskazanym przez Ubezpieczającego jako dzień wyłączenia Ubezpieczonego z ubezpieczenia, rozumianym jako ostatni dzień miesiąca poprzedzającego kolejny okres ochrony;
- 4) w dniu rocznicy polisy następującej po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia, a gdy Ubezpieczonym jest dziecko – w dniu rocznicy polisy następującej po dniu ukończenia przez dziecko 26. roku życia;
- 5) z pierwszym dniem miesiąca rozpoczynającego nowy roczny okres ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający nie zaakceptuje zaproponowanej wysokości składki.

3.

W razie zgonu Głównego Ubezpieczonego ochrona względem Ubezpieczonych wskazanych przez niego może być nadal udzielana za zgodą Ubezpieczającego – pod warunkiem niezwłocznego złożenia Ubezpieczającemu przez któregośkolwiek z Ubezpieczonych, najpóźniej na tydzień przed rozpoczęciem kolejnego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia w tym względzie.

4.

Z dniem określonym w ust. 2 wygasa odpowiedzialność Towarzystwa wynikająca ze wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia zawartych na rzecz Ubezpieczonego, o ile ogólne warunki umów dodatkowych nie przewidują innego terminu wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa.

5.

Po upływie 3 lat od przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu o zatajeniu przez Ubezpieczonego istotnych okoliczności i uwolnić się na tej podstawie od odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

§ 7

Zmiany umowy ubezpieczenia

1.

Ubezpieczający może wystąpić z wnioskiem o dokonanie zmian w umowie ubezpieczenia nie później niż na miesiąc przed każdą rocznicą polisy.

2.

Zmiany w umowie ubezpieczenia są dokonywane za zgodą Towarzystwa.

3.

Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia lub wysokości któregośkolwiek ze świadczeń wynikających z którejkolwiek z dodatkowych umów ubezpieczenia może zostać dokonana na wniosek Ubezpieczającego lub Towarzystwa złożony drugiej stronie nie później niż na miesiąc przed każdą rocznicą polisy. Dla wprowadzenia zmian, o których mowa w zdaniu poprzednim, konieczna jest akceptacja nowych warunków ubezpieczenia przez Ubezpieczającego oraz Towarzystwo. Towarzystwo, wyrażając zgodę, stosuje 6-miesięczny okres karencji. Karencja odnosi się do zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w § 1 ust. 3 pkt 30 c) niniejszych o. w. u. oraz do wszystkich zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowych umów ubezpieczenia.

4.

W razie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie 6-miesięcznej obowiązującej karencji od dnia wprowadzenia zmiany do umowy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości obowiązującej przed datą złożenia przez Ubezpieczającego wniosku, o którym mowa w ust. 1. Ograniczenie powyższe nie dotyczy zdarzeń objętych odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia i dodatkowych umów ubezpieczenia, będących następstwem wypadku.

§ 8

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia następuje na skutek:

- 1) nieopłacenia składki w terminie określonym w niniejszych o. w. u.;
- 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia zgodnie z ust. 2 i 3;
- 3) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez Towarzystwo w związku z wypowiedzeniem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez którąkolwiek z jej stron – z dniem wygaśnięcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych.

2.

Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana na piśmie przez Ubezpieczającego z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia, liczonego od ostatniego dnia miesiąca, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie o wypowiedzeniu. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składek za okres wypowiedzenia.

3.

Jeżeli liczba Ubezpieczonych lub liczba Pakietów Rodzinnych objętych odpowiedzialnością w ramach umowy ubezpieczenia spadnie poniżej limitów określonych w § 3 ust. 4, to umowa ulega rozwiązaniu w terminie wskazanym przez Towarzystwo w piśmie powiadamiającym Ubezpieczającego o zajściu tej okoliczności, chyba że Towarzystwo postanowi inaczej. Termin rozwiązania może nastąpić jedynie po zaistnieniu okoliczności, o której mowa w zdaniu poprzednim.

4.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia skutkuje rozwiązaniem wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

5.

W razie rozwiązania umowy w trybie określonym w ust. 1 pkt. 2 i 3, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia. Przy zwrocie składki każdy rozpoczęty miesiąc ochrony traktuje się jako miesiąc pełny, w którym Towarzystwo ponosi odpowiedzialność.

6.

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia:

- 1) w ciągu 7 dni, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, jeżeli jest przedsiębiorcą;
- 2) w ciągu 30 dni, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, jeżeli nie jest przedsiębiorcą.

6.

Odstąpienie od umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres udzielanej przez Towarzystwo ochrony ubez-

pieczeniowej. Każdy rozpoczęty miesiąc ochrony traktuje się jako miesiąc pełny.

§ 9

Objęcie ochroną ubezpieczeniową nowych osób w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia

1.

W trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia Towarzystwo może objąć ochroną ubezpieczeniową osoby wcześniej nieubezpieczone.

2.

Najpóźniej do 20. dnia miesiąca poprzedzającego kolejny okres ochrony Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać Towarzystwu wykaz imienny osób przystępujących do ubezpieczenia, ich deklaracje przystąpienia oraz inne dokumenty wskazane przez Towarzystwo, wraz z potwierdzeniem wpłaty składki na właściwy rachunek bankowy Towarzystwa. Wykonanie tego obowiązku jest warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową osób nowo przystępujących do zawartej umowy ubezpieczenia.

3.

Towarzystwo może również wyrazić zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową osób ubezpieczonych wcześniej w ramach tej samej umowy ubezpieczenia po upływie 6-miesięcznego okresu karencji, liczonego od ostatniego dnia ochrony ubezpieczeniowej, chyba że Towarzystwo postanowi inaczej.

4.

Przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową osób, o których mowa w ust. 1, mają zastosowanie niniejsze o. w. u., z zastrzeżeniem że odpowiedzialność Towarzystwa względem Pracowników, którzy w dniu doręczenia Towarzystwu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia byli zatrudnieni, lecz przystąpili do ubezpieczenia po upływie 5 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia – rozpoczyna się po upływie 6-miesięcznego okresu karencji, liczonego od dnia wskazanego w § 6 ust. 1 niniejszych o. w. u. W razie przystępowania do ubezpieczenia osób w formie Pakietów Rodziny – niniejsze postanowienia stosuje się odpowiednio.

5.

Postanowienia ust. 4 stosuje się odpowiednio do osób, które w dniu doręczenia Towarzystwu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie były Pracownikami Ubezpieczającego i przystąpiły do umowy ubezpieczenia po upływie 5 miesięcy od dnia zatrudnienia przez Ubezpieczającego. W razie przystępowania osób do ubezpieczenia w formie Pakietów Rodziny – niniejsze postanowienia stosuje się odpowiednio.

6.

Postanowienia ust. 4 nie dotyczą świadczeń zdrowotnych świadczonych przez placówki medyczne na podstawie umowy ubezpieczenia.

7.

Postanowień ust. 4 nie stosuje się w odniesieniu do Pracowników, którzy po przerwie w zatrudnieniu z powodu odbywania zasadniczej służby wojskowej lub urlopu wychowawczego wznowią opłacanie składek nie później niż w okresie 1 miesiąca, licząc od daty ponownego zatrudnienia po tej przerwie. W razie przystępowania osób do ubezpieczenia w formie Pakietów Rodziny – niniejsze postanowienia stosuje się odpowiednio.

8.

W okresie karencji, o której mowa w ust. 4, odpowiedzialnością Towarzystwa wynikającą z umowy ubezpieczenia i wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia są objęte tylko zdarzenia będące następstwem wypadku.

§ 10

Występowanie osób z ubezpieczenia

Warunkiem wyłączenia Ubezpieczonego z ubezpieczenia jest otrzymanie od Ubezpieczającego, do 20. dnia miesiąca poprzedzającego kolejny okres ochrony wykazu osób występujących z ubezpieczenia, w stosunku do których w kolejnym okresie ubezpieczenia wygasa odpowiedzialność Towarzystwa. Jeżeli Ubezpieczający nie zgłosi zmian osobowych w terminie określonym w zdaniu poprzednim, Towarzystwu przysługuje roszczenie względem Ubezpieczającego o zapłatę należnej składki za wszystkie osoby pozostające w ubezpieczeniu.

§ 11

Realizacja świadczeń zdrowotnych

W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 3 pkt 30 a, b i d), Ubezpieczony powinien:

- 1) skontaktować się z infolinią medyczną, której numer podany jest w załączniku nr 1;
- 2) uzgodnić termin wykonania świadczeń zdrowotnych i przybyć do placówki medycznej;
- 3) przedstawić w placówce medycznej identyfikator ubezpieczenia zdrowotnego wraz z ważnym dowodem jednoznacznie określającym tożsamość Ubezpieczonego;
- 4) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od Świadczeniodawcy;
- 5) przestrzegać terminów wykonania świadczeń zdrowotnych.

§ 12

Wyplata świadczenia na wypadek zgonu

1.

W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 3 pkt 30 c), Towarzystwo wypłaca osobie uprawnionej do jego otrzymania świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.

2.

Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczenia w razie zgonu Ubezpieczonego są Uposażony lub Uposażeni wskazani przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 14 ust. 6 i 8.

3.

Prawidłowe zawiadomienie o zdarzeniu ubezpieczeniowym, o którym mowa w ust. 1, wymaga jednoczesnego przedstawienia Towarzystwu aktu zgonu Ubezpieczonego (odpisu lub kopii potwierdzonej przez przedstawiciela Towarzystwa lub notariusza za zgodność z oryginałem).

4.

Po otrzymaniu pisemnego zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia poinformuje o tym fakcie Ubezpieczającego i osoby uprawnione, wskazując wykaz dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia.

5.

Na podstawie przesłanych dokumentów Towarzystwo przeprowadzi postępowanie dotyczące:

- 1) potwierdzenia faktu zaistnienia zdarzenia;
- 2) potwierdzenia zasadności zgłoszonych roszczeń;
- 3) ustalenia wysokości świadczenia;
- 4) ustalenia osoby lub osób uprawnionych do otrzymania świadczenia;
- 5) ustalenia sposobu przekazania świadczenia.

6.

Towarzystwo ma obowiązek udostępnić osobom, o których mowa w ust. 4, informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia. Osoby uprawnione mają prawo wglądu do akt szkodowych i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów akt szkodowych, przy czym sposób udostępniania akt szkodowych nie może wiązać się z nadmiernymi, ponad potrzebę, utrudnieniami dla tych osób.

§ 13

1.

Świadczenie, o którym mowa w § 12 ust. 1, oraz świadczenia z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia są wypłacane na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez Towarzystwo, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.

2.

O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony powinien niezwłocznie powiadomić Towarzystwo w trybie wskazanym w ust. 1, najpóźniej w ciągu 30 dni od dnia jego zaistnienia.

3.

Za moment zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę wpłynięcia pisemnego zawiadomienia o powyższym zdarzeniu do Dyrekcji Generalnej lub oddziału Towarzystwa.

4.

Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym piśmennie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Osoba uprawniona ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.

5.

Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego jest przedstawienie następujących dokumentów:

- 1) aktu zgonu (odpisu lub kopii potwierdzonej przez przedstawiciela Towarzystwa lub notariusza za zgodność z oryginałem);
- 2) zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu i zajęcie zdarzenia;
- 3) dokumentu stwierdzającego tożsamość Uposażonego;
- 4) innych dokumentów niezbędnych do rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa wynikających z umowy ubezpieczenia, wskazanych przez Towarzystwo, a zwłaszcza dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia roszczenia;
- 5) opis okoliczności wypadku, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe jest jego następstwem.

6.

Towarzystwo wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.

7.

Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.

8.

Świadczenie jest wypłacane w złotych polskich na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 14

1.

Ubezpieczony może wskazać Uposażonego (lub Uposażonych) jako osoby uprawnione do otrzymania świadczenia na wypadek swego zgonu – zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.

2.

Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie, o którym mowa w ust. 1.

3.

Wniosek o zmianę Uposażonego Ubezpieczony składa w formie pisemnej.

4.

Towarzystwo jest związane dokonaną zmianą, począwszy od następnego dnia po dniu otrzymania wniosku o zmianę Uposażonego.

5.

Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego i w dniu zajścia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa jeden ze wskazanych Uposażonych nie żył albo utracił prawo do świadczenia – to jego część świadczenia przyjmują pozostali Uposażeni, przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazań Ubezpieczonego.

6.

Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego albo gdy żaden Uposażony w dniu zgonu Ubezpieczonego nie żył, albo wszyscy Uposażeni utracili prawo do świadczenia – świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:

- 1) współmałżonkowi;
- 2) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeżeli brak współmałżonka;

- 3) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeżeli brak dzieci i współmałżonka;
- 4) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeżeli brak rodziców, dzieci i współmałżonka;
- 5) pozostałym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

7.

Jeżeli suma wskazań procentowych Uposażonych nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego świadczenia są wyznaczone przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazań Ubezpieczonego.

8.

Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do zgonu Ubezpieczonego.

§ 15 Obowiązki Towarzystwa

1.

Towarzystwo jest zobowiązane objąć ochroną ubezpieczeniową osoby wskazane przez Ubezpieczającego, na zasadach i warunkach określonych w niniejszych o. w. u.

2.

Towarzystwo jest zobowiązane wystawić polisę dla Ubezpieczającego potwierdzającą zawarcie umowy ubezpieczenia i certyfikaty dla Ubezpieczonych potwierdzające objęcie ochroną ubezpieczeniową.

3.

Towarzystwo jest zobowiązane udostępnić Ubezpieczającemu na piśmie aktualną listę placówek medycznych.

4.

Towarzystwo jest zobowiązane do zawarcia w umowie ubezpieczenia:

- 1) definicji poszczególnych świadczeń;
- 2) wysokości składek odpowiadających poszczególnym świadczeniom podstawowym i dodatkowym;
- 3) zasad ustalania świadczeń należnych z tytułu umowy, określenia stopy technicznej, a także kosztów oraz innych obciążeń pobieranych przez Towarzystwo przy wypłacie świadczeń;
- 4) wskazania przepisów regulujących opodatkowanie świadczeń zakładu ubezpieczeń.

5.

Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków umowy lub zmianę prawa właściwego dla zawartej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo jest obowiązane przekazać pisemnie informacje w tym zakresie Ubezpieczającemu, wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy.

6.

Towarzystwo jest zobowiązane do pisemnego informowania Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie.

§ 16 Obowiązki Ubezpieczającego

1.

Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu informacji, o których mowa w § 15 ust. 5 i 6, niezwłocznie po ich otrzymaniu w sposób zwyczajowo u niego przyjęty, zapewniający ich skuteczne doręczenie. Odnośnie do informacji, o których mowa w § 15 ust. 5, Ubezpieczający jest zobowiązany do ich przekazania przed wyrażeniem zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia.

2.

W razie nieprzekazania Ubezpieczonemu informacji, o których mowa w ust. 1, Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.

3.

Ubezpieczający jest zobowiązany niezwłocznie informować Towarzystwo o wszelkich zmianach w listach imiennych osób objętych umową ubezpieczenia. W razie niezgłoszenia zmian Towarzystwo przyjmuje ostatni zgłoszony stan za aktualny.

4.

Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składki ubezpieczeniowej i przekazywania Towarzystwu dokumentów niezbędnych do prawidłowej obsługi zawartej umowy ubezpieczenia, z zachowaniem terminów i warunków określonych w niniejszych o. w. u., oraz przekazania Ubezpieczonemu identyfikatora dostarczonego przez Towarzystwo.

§ 17

Obowiązki Ubezpiezonego

1.

Ubezpieczony upoważnia Towarzystwo do wglądu w dokumentację medyczną dotyczącą Ubezpiezonego, prowadzoną przez placówkę medyczną.

2.

Ubezpieczony jest zobowiązany ściśle przestrzegać zaleceń lekarskich.

3.

W trakcie realizowania świadczeń zdrowotnych Ubezpieczony jest zobowiązany przestrzegać zasad organizacji pracy w placówkach medycznych w części dotyczącej pacjentów.

§ 18

Postanowienia końcowe

1.

Za zgodą stron do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych o. w. u., potwierdzone odrębnym aneksem.

2.

Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia powinny być, pod rygorem nieważności, składane na piśmie.

3.

Jeżeli Ubezpieczający albo Ubezpieczony zmienił adres zamieszkania lub siedziby i nie powiadomił o tym Towarzystwa, przyjmuje się, że Towarzystwo wypełniło swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia, wysyłając pismo pod ostatni znany mu adres.

4.

Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem trzech lat.

5.

Bieg przedawnienia roszczeń rozpoczyna się w dniu, w którym nastąpiło zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową.

6.

Bieg przedawnienia roszczenia przerywa się przez zgłoszenie Towarzystwu roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

7.

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych o. w. u. mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne obowiązujące przepisy prawa.

8.

Skargi i zażalenia związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z tytułu umowy ubezpieczenia mogą zgłaszać do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa za pośrednictwem jednostki organizacyjnej Towarzystwa, w kompetencjach której leży rozpatrzenie sprawy, jakiej skarga lub zażalenie dotyczy. Skargi i zażalenia mogą być również kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych.

9.

Powództwo o roszczenie wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy miejscowo dla siedziby Towarzystwa w Warszawie), albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, Uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

10.

Niniejsze o. w. u. zostały zatwierdzone na mocy uchwały Zarządu TU Alianz Życie Polska S.A. nr 19/2006 z dnia 8 maja 2006 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 9 maja 2006 roku.

Warszawa dn. 08.05.2006 r.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Müller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w zakresie chirurgii jednego dnia (indeks UZP CH 01)

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Postanowienia niniejszych ogólnych warunków, zwanych dalej Warunkami, mają zastosowanie do umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w zakresie chirurgii jednego dnia, stanowiącej rozszerzenie umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, zwanych dalej o. w. u.

2.

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o. w. u., poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) choroba – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 2) choroba przewlekła – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona, oraz następstwa (komplikacje) choroby będącej przyczyną leczenia szpitalnego w okresie przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
- 3) chirurgia jednego dnia – leczenie zabiegowe przeprowadzone w trakcie hospitalizacji trwającej nie dłużej niż 3 pełne doby, pod warunkiem że zabieg z zakresu chirurgii jednego dnia objęty ochroną ubezpieczeniową został przeprowadzony w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej;
- 4) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków;
- 5) hospitalizacja – pobyt w szpitalu lub zakładzie opieki zdrowotnej, związany z przeprowadzeniem zabiegu z zakresu chirurgii jednego dnia;
- 6) rok polisowy – okres ubezpieczenia między kolejnymi rocznicami polisy;
- 7) umowa ubezpieczenia – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie o. w. u.;
- 8) szpital – zakład opieki zdrowotnej zarejestrowany w wydziale zdrowia urzędu wojewódzkiego lub innym organie uprawnionym do rejestrowania zakładów opieki zdrowotnej jako zakład lecznictwa zamkniętego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez kwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej. Za szpital w rozumieniu niniejszych Warunków nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska;
- 9) wypadek – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego;
- 10) zakład opieki zdrowotnej – publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, zarejestrowany przez organ uprawniony do rejestrowania zakładów opieki zdrowotnej jako zakład uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 11) zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na wykonaniu u Ubezpieczonego w okresie ochrony świadczonej przez Towarzystwo i jednocześnie poza okresem karencji, o którym mowa § 5 ust. 1 pkt 1, jednego z opisanych w ust. 3 zabiegów z zakresu chirurgii jednego dnia, pod warunkiem że objawy chorób będących bezpośrednią lub pośrednią przyczyną dokonania zabiegu z zakresu chirurgii jednego dnia lub wypadek, który był przyczyną dokonania zabiegu z zakresu chirurgii jednego dnia, wystąpią po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności.

3.

W rozumieniu umowy dodatkowej zabiegami z zakresu chirurgii jednego dnia są:

- 1) operacje przepukliny pachwinowej – zabieg operacyjny polegający na usunięciu worka przepukliny pachwinowej;

- 2) operacje przepukliny udowej – zabieg operacyjny polegający na usunięciu worka przepukliny udowej;
- 3) operacja przepukliny pępkowej – zabieg operacyjny polegający na usunięciu worka przepukliny pępkowej;
- 4) operacje innych przepuklin przedniej ściany brzucha – zabiegi operacyjne polegające na usunięciu innych niż pępkowej przepukliny przedniej ściany brzucha;
- 5) laparoskopowe usunięcie wyrostka robaczkowego – usunięcie wyrostka robaczkowego przy użyciu laparoskopu, bez konieczności chirurgicznego otwarcia jamy brzusznej;
- 6) klasyczne usunięcie wyrostka robaczkowego – usunięcie wyrostka robaczkowego połączone z chirurgicznym otwarciem jamy brzusznej;
- 7) laparoskopowe usunięcie pęcherzyka żółciowego (cholecystectomy) – usunięcie pęcherzyka żółciowego przy użyciu laparoskopu, bez konieczności chirurgicznego otwarcia jamy brzusznej, chyba że chirurgiczne otwarcie jamy brzusznej było niezbędne do zakończenia zabiegu;
- 8) klasyczne usunięcie pęcherzyka żółciowego – usunięcie pęcherzyka żółciowego połączone z chirurgicznym otwarciem jamy brzusznej;
- 9) operacje hemoroidów – zabieg operacyjny polegający na usunięciu guzka krwawniczego umiejscowionego w okolicach odbytu;
- 10) operacje przetoki okołoodbytniczej – zabieg operacyjny polegający na usunięciu przetoki okołoodbytniczej z odtworzeniem ciągłości tkanek;
- 11) operacja żyłaków kończyn dolnych – zabieg operacyjny polegający na usunięciu żyłakowato zmienionych żył powierzchownych kończyn dolnych przez wykonanie podwiązania i usunięcie rozszerzonego fragmentu żyły;
- 12) operacje szczeliny odbytu – zabieg operacyjny polegający na przywróceniu ciągłości tkanek w okolicy odbytu;
- 13) wycięcie torbieli okołoidalnej – zabieg operacyjny polegający na usunięciu torbieli okolicy ogonowo-odbytniczej;
- 14) artroskopia stawu kolanowego – zabieg operacyjny polegający na wziernikowaniu stawu kolanowego za pomocą artroskopu, wraz z możliwością chirurgicznego usunięcia istniejącej patologii wewnątrz stawu;
- 15) otwarta operacja stawu kolanowego – zabieg operacyjny polegający na chirurgicznym otwarciu stawu kolanowego i usunięciu znajdujących się zmian patologicznych;
- 16) rekonstrukcja więzadeł pobocznych stawu kolanowego – chirurgiczne odtworzenie ciągłości uszkodzonych więzadeł pobocznych kolana;
- 17) artroskopowy szew łąkotki – operacja polegająca na zszywaniu uszkodzonych fragmentów łąkotki przy użyciu artroskopu, bez konieczności chirurgicznego otwarcia jamy stawu kolanowego;
- 18) usunięcie przydatków – zabieg operacyjny polegający na usunięciu jajnika (jajników) przy użyciu metody tradycyjnej lub laparoskopowej;
- 19) konizacja szyjki macicy – zabieg polegający na usunięciu patologicznie zmienionego fragmentu tkanki tarczy szyjki macicy;
- 20) nacięcie gruczołu Bartholina wraz z marsupializacją – zabieg polegający na chirurgicznym nacięciu patologicznie zmienionego gruczołu (torbieli) wraz z wytworzeniem dodatkowej drogi odpływu wydzieliny;
- 21) wyłuszczenie gruczołu Bartholina – chirurgiczne usunięcie gruczołu;
- 22) usunięcie ślinianki podżuchwowej – zabieg operacyjny polegający na usunięciu patologicznie zmienionej ślinianki podżuchwowej;
- 23) usunięcie torbieli szyi – zabieg operacyjny polegający na usunięciu zmiany patologicznej o charakterze torbieli znajdującej się w obrębie szyi;
- 24) operacja stawu obojczykowo-barkowego – operację polegającą na usunięciu nieprawidłowości lub zmian pourazowych w obrębie stawu obojczykowo-barkowego;
- 25) otwarte nastawienie zwichnięcia stawu obojczykowo-barkowego – zabieg chirurgiczny polegający na repozycji zwichnięcia stawu barkowo-obojczykowego;
- 26) usunięcie materiału zespalającego z kości – chirurgiczne usunięcie materiału zespalającego z obrębu kości;
- 27) wycięcie ganglionu dołu podkolanowego – chirurgiczne usunięcie zmiany patologicznej znajdującej się w obrębie dołu podkolanowego;
- 28) wycięcie kaletki łokciowej lub kolanowej – zabieg chirurgiczny polegający na operacyjnym usunięciu patologicznie zmienionej kaletki

- maziowej ze stawu kolanowego lub łokciowego;
- 29) odroczone szycie ścięgna ręki – chirurgiczne przywrócenie ciągłości przebiegu ścięgien ręki przeprowadzone co najmniej 48 godzin po ich uszkodzeniu;
 - 30) uwolnienie kanału nadgarstka – chirurgiczne usunięcie zmian w obrębie struktur nadgarstka polegające na odtworzeniu anatomicznej budowy i funkcji ręki;
 - 31) wycięcie ganglionu nadgarstka – chirurgiczne usunięcie zmiany patologicznej znajdującej się w obrębie nadgarstka;
 - 32) operacja zatoki szczękowej – zabieg operacyjny polegający na chirurgicznym lub endoskopowym otwarciu zatoki szczękowej wraz z usunięciem znajdujących się w niej zmian patologicznych;
 - 33) polipektomia – usunięcie polipa z jamy nosowo-gardłowej;
 - 34) septoplastyka nosa – operację polegającą na chirurgicznej korekcie przegrody nosa;
 - 35) usunięcie migdałków – zabieg operacyjny polegający na chirurgicznym usunięciu migdałków podniebiennych lub migdałka gardłowego, tzw. trzeciego migdałka;
 - 36) operacja wodniaka jądra – operację polegającą na usunięciu patologicznego płynu w otoczkę jądra;
 - 37) operacja żyłaków powrózka nasiennego – zabieg chirurgiczny polegający na usunięciu żyłakowato zmienionego odcinka powrózka nasiennego;
 - 38) rozszerzenie i kalibracja cewki moczowej – operację rozszerzenia nieprawidłowego zwężenia cewki moczowej;
 - 39) wycięcie jądra – zabieg operacyjny polegający na usunięciu jądra;
 - 40) nakłucie torbieli nerki – zabieg operacyjny polegający na odbarczeniu torbieli nerki.

§ 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.

W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością Towarzystwa jest objęte zdarzenie ubezpieczeniowe zdefiniowane w § 1 ust. 2 pkt 11), z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa przewidzianych w niniejszych Warunkach.

3.

Zakres ubezpieczenia obejmuje zwrot kosztów leczenia poniesionych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w związku z wykonaniem zabiegu z zakresu chirurgii jednego dnia, objętego ochroną ubezpieczeniową do maksymalnej wysokości 5000 zł w roku polisowym, z zastrzeżeniem że jednorazowy zwrot kosztów leczenia z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego nie może przekroczyć 2500 zł. W razie przekroczenia limitu 2500 zł z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo zwraca poniesione koszty tylko do kwoty 2500 zł.

4.

Odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty świadczenia w razie wystąpienia maksymalnie dwóch zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym.

5.

Przez koszty wykonanych zabiegów należy rozumieć koszty poniesione w trakcie pobytu w oddziale chirurgii jednego dnia, do których w szczególności należą:

- 1) koszty zabiegów diagnostycznych, operacyjnych lub endoskopowych;
- 2) koszty znieczulenia;
- 3) koszty hospitalizacji;
- 4) koszty opieki pielęgniarskiej;
- 5) koszty jednej wizyty kontrolnej po wykonaniu zabiegu.

6.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje odpowiedzialności Towarzystwa wynikających z dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:

- 1) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu;
- 2) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu zabronionego, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku po-

- stępowania przygotowawczego (o ile na skutek zgonu Ubezpieczonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu);
- 3) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
- 4) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
- 5) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- 6) chorób przewlekłych oraz wszelkich chorób istniejących przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej;
- 7) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- 8) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD –10 (F00 – F99);
- 9) pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej lub uczestnictwa w operacjach sił zbrojnych;
- 10) klęski żywiołowej lub epidemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej;
- 11) wad wrodzonych i schorzeń związanych z wadami wrodzonymi;
- 12) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej;
- 13) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem;
- 14) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu niedopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.

§ 3 Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

1.

Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na wniosek Ubezpieczającego tylko w razie zawarcia umowy ubezpieczenia lub w każdą rocznicę polisy. Towarzystwo może wyrazić zgodę na zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia przed rocznicą polisy.

2.

Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po dacie jej zawarcia.

3.

Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia.

4.

Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza przez odpowiedni zapis w polisie i certyfikacie.

5.

Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w razie rozwiązania umowy ubezpieczenia.

§ 4 Składka

1.

Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę w wysokości ustalonej przez Towarzystwo, przy zachowaniu postanowień zawartych w o. w. u.

2.

Składka należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

3.

Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest płacona przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w polisie.

§ 5

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

1.

Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 odpowiedzialność Towarzystwa wynikająca z dodatkowej umowy ubezpieczenia względem danego Ubezpieczonego:

- 1) w odniesieniu do zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych chorobą rozpoczyna się po 3-miesięcznym okresie karencji, liczonym od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia;
- 2) w odniesieniu do zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych wypadkiem rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia.

2.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem danego Ubezpieczonego zaczyna się zawsze pierwszego dnia miesiąca, przy zachowaniu postanowień zawartych w o. w. u.

3.

Odpowiedzialność Towarzystwa wynikająca z dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa na zasadach określonych w o. w. u.

§ 6

Ustalenie i wypłata świadczenia

1.

W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego opisanego w niniejszych Warunkach Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu poniesione przez niego koszty leczenia, przy zachowaniu postanowień § 2 ust. 3 i 4, pod warunkiem że:

- 1) objawy chorób będących bezpośrednią lub pośrednią przyczyną dokonania zabiegów z zakresu chirurgii jednego dnia lub wypadek, który był przyczyną dokonania zabiegów z zakresu chirurgii jednego dnia, wystąpią po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności wynikającej z umowy dodatkowej, przy zachowaniu postanowień § 5 ust. 1;
- 2) zabieg chirurgiczny miał miejsce po zakończonym okresie karencji, o której mowa w § 5 ust. 1 pkt 1).

2.

Aby uzyskać zwrot kosztów leczenia gwarantowanych przez niniejsze Warunki, Ubezpieczony jest zobowiązany niezwłocznie po zakończeniu leczenia zgłosić roszczenie z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

3.

Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć Towarzystwu wszelkie wskazane przez nie dokumenty, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia, do których zwłaszcza należą:

- 1) oryginały imiennych rachunków lub faktur wystawionych przez szpital lub zakład opieki zdrowotnej, wskazujących wysokość kosztów, które Ubezpieczony poniósł w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego; rachunki lub faktury powinny uwzględniać specyfikację poszczególnych składowych opisanych w § 2 ust. 5;
- 2) dokument stwierdzający tożsamość Ubezpieczonego;
- 3) potwierdzona przez przedstawiciela Towarzystwa kopia imiennego certyfikatu;
- 4) karta informacyjna leczenia szpitalnego potwierdzająca wykonanie na rzecz Ubezpieczonego jednego z zabiegów opisanych w § 1 ust. 3;

5) kopia skierowania lekarskiego na wykonanie zabiegu z zakresu chirurgii jednego dnia;

6) wszelka dokumentacja medyczna, o którą prosi Towarzystwo.

Dokumenty te, jak również wszelkie inne informacje dodatkowe wymagane przez Towarzystwo powinny być dostarczone nie później niż 30 dni od daty zakończenia leczenia. Nietrzymanie powyższego terminu może spowodować odmowę uznania roszczenia i przyznania prawa do świadczenia.

4.

Przystępując do dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony upoważnia Towarzystwo do zasięgania wszelkich informacji i opinii o zdrowiu Ubezpieczonego wszędzie tam, gdzie Ubezpieczony poddawał się leczeniu. Towarzystwo może odmówić uznania roszczenia i wypłaty świadczenia, jeśli Ubezpieczony nie upoważni odpowiednich placówek medycznych do udzielania wszelkich uzasadnionych i wymaganych przez Towarzystwo informacji.

§ 7

Postanowienia końcowe

1.

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie postanowienia o. w. u.

2.

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone na mocy uchwały Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 20/2006 z dnia 8 maja 2006 i mają zastosowanie dla umów ubezpieczenia zawieranych od 9 maja 2006.

Warszawa dn. 08.05.2006 r.

Paweł Dangel
Prezes Zarządu

Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Michael Müller
Wiceprezes Zarządu

Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia świadczeń pomocy medycznej dla Ubezpieczonego (indeks UZP PM 01)

§1

Postanowienia ogólne

1.

Postanowienia niniejszych ogólnych warunków, zwanych dalej Warunkami, mają zastosowanie do umowy dodatkowego ubezpieczenia świadczeń pomocy medycznej dla Ubezpieczonego, stanowiącej rozszerzenie umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, zwanych dalej o. w. u.

2.

Użytych w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o. w. u., poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) centrum operacyjne – Elvia Assistence sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B – przedstawiciel Towarzystwa udzielający świadczeń medycznych związanych z pomocą medyczną, którego numer telefonu podany jest do wiadomości Ubezpieczonego w dokumencie ubezpieczenia;
- 2) choroba – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 3) choroba przewlekła – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona, oraz choroba będąca przyczyną leczenia szpitalnego w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje;
- 4) choroba psychiczna – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania ((F00-F99);
- 5) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków;
- 6) lekarz uprawniony – lekarz konsultant centrum operacyjnego;
- 7) nieszczęśliwy wypadek – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego;
- 8) opieka pielęgniarska – opieka świadczona przez pielęgniarkę dyplomowaną, polegająca na wykonywaniu iniekcji, zmianie opatrunków, przygotowywaniu posiłków, pomocy w czynnościach dnia codziennego;
- 9) osoba niesamodzielną – osoba, która zamieszkuje z Ubezpieczonym i z powodów zdrowotnych nie jest zdolna do samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego;
- 10) przedstawiciel ustawowy – osoba umocowana do działania w imieniu niepełnoletniego dziecka ubezpieczonego w ramach Pakietu Rodzinnego;
- 11) sprzęt rehabilitacyjny – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
- 12) szpital – zakład opieki zdrowotnej zarejestrowany w wydziale zdrowia urzędu wojewódzkiego lub innym organie uprawnionym do rejestrowania zakładów opieki zdrowotnej jako zakład lecznictwa zamkniętego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez kwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej. Za szpital w rozumieniu niniejszych Warunków nie uważa się szpitala uzdrowskiego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska;
- 13) Ubezpieczony – osoba, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia. Ubezpieczonymi w ramach Pakietu Rodzinnego są współmałżonkowie wraz ze wszystkimi dziećmi własnymi i przysposobionymi, z zachowaniem postanowień wynikających w o. w. u.;
- 14) umowa ubezpieczenia – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie o. w. u.;
- 15) urodzenie martwego dziecka – urodzenie martwego noworodka, zarejestrowanego w urzędzie stanu cywilnego, w akcie urodzenia którego Ubezpieczony jest wymieniony jako rodzic tego dziecka;
- 16) zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego:
 - a) choroby zdefiniowanej w pkt. 2,

b) doznaniu obrażeń ciała będących następstwem nieszczęśliwego wypadku zdefiniowanego w pkt. 7

c) pogorszeniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego w związku z zajęciem trudnych sytuacji losowych wymienionych w § 3 ust. 1 pkt 3;

17) świadczenie pomocy medycznej – zapewnienie przez Towarzystwo organizacji i pokrycie kosztów usług medycznych, o których mowa w § 3.

§ 2

Przedmiot ubezpieczenia

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w dodatkowej umowie ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.

2.

Na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo zobowiązuje się do zapewnienia Ubezpieczonemu świadczeń pomocy medycznej zdefiniowanych w § 3 niniejszych Warunków.

3.

Świadczenia pomocy medycznej są udzielane za pośrednictwem centrum operacyjnego.

§ 3

Zakres ubezpieczenia

1.

Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje następujące usługi pomocy medycznej świadczone dla Ubezpieczonego:

- 1) świadczenia dotyczące udzielenia pomocy medycznej w razie wystąpienia choroby;
- 2) świadczenia dotyczące udzielenia pomocy w razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku;
- 3) świadczenia gwarantowane w trudnych sytuacjach losowych, polegających na:
 - a) zgonie dziecka lub urodzeniu się martwego dziecka,
 - b) zgonie współmałżonka,
 - c) chorobie Ubezpieczonego zdefiniowanej w § 1 ust. 2 pkt 2;
- 4) usługi medyczne polegające na dostępie do infolinii medycznej świadczącej zdrowotne usługi informacyjne.

2.

Świadczenia, o których mowa w ust. 1 pkt. 1) i 2) udostępniane są w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 2 pkt 16 ppkt. a) i b), i polegają na zagwarantowaniu Ubezpieczonym organizacji poniższych usług i pokrycie ich kosztów:

- 1) transport medyczny z miejsca zachorowania do szpitala wskazanego przez lekarza zlecającego transport, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymagającego pobytu w szpitalu na podstawie skierowania lekarskiego. Transport jest organizowany, jeśli stan zdrowia Ubezpieczonego nie pozwala na skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
- 2) transport medyczny ze szpitala do miejsca zamieszkania w sytuacji, gdy Ubezpieczony w następstwie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, przebywał w szpitalu;
- 3) dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza w sytuacji, gdy Ubezpieczony w następstwie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wymaga leżenia. Towarzystwo pokrywa koszty dostarczenia leków (bez kosztów zakupu leków) do łącznej kwoty 200 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 4) opiekę pielęgniarską po hospitalizacji, jeżeli Ubezpieczony na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni. Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w związku ze stwierdzoną przez uprawnionego lekarza medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego;

5) opiekę nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi, jeżeli na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż 3 dni. Towarzystwo na prośbę Ubezpieczonego zapewnia organizację i pokrywa koszty:

- a) przewozu dzieci w towarzystwie osoby uprawnionej przez Towarzystwo do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);
- b) przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy).

Centrum operacyjne świadczy usługi wymienione w pkt. 5 ppkt. a) i b) po uzyskaniu przez lekarza centrum operacyjnego informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji oraz gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną do opieki. W przypadku gdy centrum operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia przez Ubezpieczonego pod wskazanym przez Ubezpieczonego adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w ppkt. a) i b), Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty:

- c) opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do wysokości 150 zł za każdy dzień i maksymalnie do 3 dni. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, centrum operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną.

Świadczenie usług, o których mowa w pkt. 5 ppkt. a), b) i c), jest realizowane na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić.

3.

W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 2 pkt 16 ppkt b), w ramach świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 2, Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu pokrycie kosztów poniższych usług w wysokości nieprzekraczającej podanych poniżej limitów i w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku:

- 1) organizację procesu rehabilitacyjnego, jeżeli Ubezpieczony zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w domu lub poradni rehabilitacyjnej. Towarzystwo zapewnia:
 - a) zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyty fizyoterapeuty w domu Ubezpieczonego do łącznej kwoty 200 zł,albo
 - b) zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu oraz wizyty w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 200 zł;
- 2) dostarczenie do miejsca pobytu Ubezpieczonego drobnego sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał urazu. Towarzystwo pokrywa koszty dostarczenia drobnego sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 200 złotych.

4.

W razie pogorszenia się stanu zdrowia Ubezpieczonego w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 2 pkt 16 ppkt c), w ramach świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 3), Towarzystwo na wniosek Ubezpieczonego zorganizuje i pokryje koszty opieki psychologa. Towarzystwo na prośbę Ubezpieczonego zapewnia również usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego.

5.

O celowości organizacji i pokrycia kosztów wszystkich wymienionych powyżej usług decyduje lekarz uprawniony.

6.

Wszystkie wymienione powyżej usługi świadczone są do łącznej kwoty 1500 zł, z zastrzeżeniem że limity wymienione w ust. 2 pkt 3) i pkt 5) ppkt c), oraz w ust. 3 zawierają się w tej kwocie. Limity kosztów określonych w ust. 2 i w ust. 3 odnoszą się oddzielnie do każdego Ubezpieczonego i mogą być wykorzystywane wielokrotnie, pod warunkiem że odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

7.

Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń, o których mowa w ust. 2–4, przekroczy limit kosztów określony w Warunkach, może być ona wykonana przez centrum operacyjne, o ile Ubezpieczony, a w przypadku niepełnoletniego dziecka – jego przedstawiciel ustawowy wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Towarzystwo limitem.

8.

W ramach świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 4), Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu dostęp do infolinii medycznej centrum operacyjnego, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji co do dalszego postępowania. Towarzystwo gwarantuje również Ubezpieczonemu dostęp do informacji o:

- 1) jednostkach chorobowych;
- 2) zachowaniach prozdrowotnych mających na celu ochronę lub poprawę stanu zdrowia Ubezpieczonego, np. informowanie o szczepieniach ochronnych, badaniach kontrolnych, możliwości korzystania z porad lekarskich itp.);
- 3) działaniu leku, w tym objawach niepożądanych przy przyjmowaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania leków w trakcie ciąży,
- 4) pielęgnacji noworodka i niemowląt, prawidłowym rozwoju, szczepieniach ochronnych, chorobach wieku dziecięcego;
- 5) placówkach oferujących transport medyczny;
- 6) grupach wsparcia, telefonach zaufania;
- 7) dietach, zdrowym żywieniu;
- 8) placówkach medycznych (lekarzach ogólnych, szpitalach, przychodniach, spółdzielniach lekarskich) w tym o adresach, godzinach pracy i numerach telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego;
- 9) aptekach, w tym szczególnie o godzinach ich otwarcia, adresach, numerach telefonów.

9.

Informacje, o których mowa w ust. 8, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego, i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego i Towarzystwa.

10.

Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:

- 1) świadczenia usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności;
- 3) kosztów zakupu leków (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
- 4) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii,
 - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,
 - c) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,
 - d) chorób psychicznych,
 - e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU nr 88, poz. 553, wraz z późniejszymi zmianami),
 - f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, narciarstwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
 - g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - h) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,

- i) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
- j) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS),
- k) chorób przewlekłych,
- l) choroby lub nieszczęśliwego wypadku wymagających interwencji pogotowia ratunkowego.

§ 4

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

1.

Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia.

2.

Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia.

3.

Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza przez odpowiedni zapis w polisie i certyfikacie.

§ 5

Składka

Składka należna z tytułu umowy ubezpieczenia pokrywa również zakres świadczonej ochrony z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 6

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

1.

Odpowiedzialność Towarzystwa wynikająca z dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, zawsze pierwszego dnia miesiąca, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym zapłacona została przez Ubezpieczającego składka z tytułu umowy ubezpieczenia, zgodnie z warunkami przewidzianymi w umowie ubezpieczenia.

2.

Odpowiedzialność Towarzystwa wynikająca z dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa na zasadach określonych w o. w. u.

§ 7

Ustalenie i spełnienie świadczeń Towarzystwa

1.

W razie wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, gdy konieczne jest skorzystanie ze świadczeń pomocy medycznej, o których mowa w niniejszych Warunkach Ubezpieczony, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – jego rodzic lub inny przedstawiciel ustawowy są zobowiązani przed podjęciem działań we własnym zakresie do skontaktowania się z centrum operacyjnym pod numerem (022)-522-27-19. Centrum operacyjne jest czynne całą dobę.

2.

Osoba kontaktująca się z centrum operacyjnym powinna podać następujące informacje:

- a) imię i nazwisko,
- b) adres zamieszkania,
- c) numer polisy,
- d) okres ubezpieczenia,
- e) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
- f) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
- g) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego

do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.

3.

Ubezpieczony jest zobowiązany na wniosek centrum operacyjnego dostarczyć wskazane dokumenty, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.

4.

Jeżeli Ubezpieczony nie wypełni obowiązków określonych w ustępach powyższych, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy spełnienia świadczenia.

5.

W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej Ubezpieczony nie mógł skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sam pokrył koszty świadczeń pomocy medycznej, o których mowa w § 3 ust. 2 pkt. 1), 2) oraz ust. 3 pkt. 1), 2), Towarzystwo może zwrócić Ubezpieczonemu w całości bądź częściowo poniesione przez niego koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego uprawniającego do świadczeń pomocy medycznej i przedstawienia wskazanych przez centrum operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po zaakceptowaniu przez centrum operacyjne. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości, jaką poniosłoby w razie organizowania świadczeń pomocy medycznej we własnym zakresie.

6.

Przez datę zaistnienia zdarzenia, o której mowa w ust. 5, rozumie się:

- 1) w wypadku świadczenia, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 1) – datę wystawienia skierowania lekarskiego;
- 2) w wypadku świadczenia, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 2) – datę wypisu ze szpitala;
- 3) w wypadku świadczenia, o którym mowa w § 3 ust. 3 pkt. 1) i 2) – datę zalecenia rehabilitacji przez lekarza prowadzącego.

§ 7

Postanowienia końcowe

1.

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie postanowienia o. w. u.

2.

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone na mocy uchwały Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 21/2006 z dnia 8 maja 2006 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych z ochroną od 9 maja 2006 roku.

Warszawa dn. 08.05.2006 r.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Müller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Infolinia: 0 801 10 20 30
www.allianz.pl

TU Allianz Życie Polska S.A.

