

INFORMACJA DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO KOMPLEMENTARNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO (OWU) zgodnie z art. 17 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej		
	Rodzaj informacji/postanowienia wzorca umownego	Nr zapisu wzorca umownego
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 1, 6–8, 21–44, 87–92, 109–128, 129–135, 138–139, 140–145, 148–149
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1, 53–69, 98–100, 104, 116, 136–137, 146–147

Ogólne Warunki Grupowego Komplementarnego Ubezpieczenia Zdrowotnego

Niniejsze OWU kierujemy do:

- Państwa jako Ubezpieczającego**, zawierającego z nami Umowę grupowego komplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego. Postanowienia zawarte w OWU przedstawiamy używając formy „Państwo”.
- Uczestników** na rzecz których Ubezpieczający zawarł z nami Umowę grupowego komplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Część OWU:	Co opisuje?	Nr strony
Wstęp	Wyjaśnienie pojęcia „komplementarne ubezpieczenie zdrowotne”.	2
Ogólne Warunki Grupowego Komplementarnego Ubezpieczenia Zdrowotnego	Ryzyka objęte Umową grupowego komplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego, sposób zapewniania świadczeń zdrowotnych i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela; ubezpieczenia dodatkowe.	2–11
Definicje	Definicje terminów użytych w OWU, pisanych wielką literą i wyróżnionych kolorem.	2–4
Informacja o Terapiach wykorzystywanych w leczeniu Chorób	Postanowienia regulujące organizację i pokrycie kosztów leczenia Choroby z wykorzystaniem Terapii, w szczególności poprzez zakup i zastosowanie przypisanej jej Technologii medycznej.	4–9
Proteza kończyny dla Uczestnika po Amputacji	Informacja o ubezpieczeniu dodatkowym.	9
Druga Opinia Medyczna – ubezpieczenie dodatkowe	Informacja o ubezpieczeniu dodatkowym.	9–10
E-konsultacja oraz E-konsultacja plus – ubezpieczenia dodatkowe	Informacja o ubezpieczeniu dodatkowym.	10–11
Lista	Tabela z wykazem Technologii medycznych.	
Informacja o przepisach znajdujących odniesienie w standardowych postanowieniach Ogólnych Warunków Grupowego Komplementarnego Ubezpieczenia Zdrowotnego	Ważne odniesienia do OWU, które jesteśmy zobowiązani zrealizować na mocy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.	Wstęp

Wstęp: Wyjaśnienie pojęcia „komplementarne ubezpieczenie zdrowotne”

Dystrybutorem niniejszego Komplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego jest Laven S.A. z siedzibą pod adresem ul. Legnicka 57D lokal B/C, 54-203 Wrocław.

O umowie grupowego komplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego

Niniejsze OWU mają zastosowanie do ubezpieczenia ryzyka dodatkowych wydatków związanych z koniecznością pokrycia kosztów zakupu, dostarczenia i zastosowania Technologii medycznych zawartych w Załączniku Nr 1 (zwanym dalej Listą). Wraz z niespodziewaną Chorobą zdiagnozowaną u Uczestnika po raz pierwszy, niniejsze OWU mają również zastosowanie do ubezpieczenia ryzyka dodatkowych wydatków związanych z koniecznością pokrycia kosztów sztucznego zastąpienia brakującej części kończyny, wynikające z Amputacji, której poddany był Uczestnik.

Komplementarne ubezpieczenie zdrowotne zapewnia dostęp do innowacyjnego leczenia przy użyciu Technologii medycznych oraz do nowoczesnych protez kończyn, które nie są finansowane przez NFZ na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Przedmiotem ubezpieczenia jest świadczenie rzeczowe obejmujące zakup Technologii medycznej dla Uczestnika oraz zorganizowanie dostępu do Terapii z wykorzystaniem konkretnej Technologii medycznej oraz pokrycie kosztów jej zastosowania. Ubezpieczenie umożliwia również zapewnienie Uczestnikowi, który przeszedł Amputację, nowoczesnej protezy kończyny. W żadnym z tych przypadków skorzystanie ze świadczenia nie wymaga od Uczestnika wkładu finansowego.

W odpowiedzi na wniosek Uczestnika o ocenę i konsultację jego przypadku medycznego, zapewniamy Uczestnikowi następujące ubezpieczenia dodatkowe:

- międzynarodowy program Druga Opinia Medyczna z udziałem uprawnionych lekarzy specjalizujących się w przypadkach medycznych podobnych do przypadku Uczestnika lub Członka rodziny. Na podstawie dokumentacji medycznej przedstawionej przez Uczestnika lub Członka rodziny lekarze ci przedstawią własną opinię medyczną, która będzie mieć formę zdalnej konsultacji dotyczącej danego przypadku medycznego, diagnozy i procesu leczenia, udostępnionej Uczestnikowi lub Członkowi rodziny. Opis oraz zasady powyższego znajdują się w rozdziale zatytułowanym „Druga Opinia Medyczna – ubezpieczenie dodatkowe”, uregulowanym niniejszymi OWU;
- E-konsultacja w ramach telemedycyny, umożliwiająca zdalną konsultację z uprawnionym lekarzem z Polski, świadczona w formie konsultacji telefonicznych, obejmująca: udzielanie zdalnych porad medycznych przez lekarza internistę lub pediatrę w zakresie wyników badań, wydania e-recepty, zdalnego wystawienia skierowania na badania oraz zdalnego wystawienia zwolnienia lekarskiego. Opis oraz zasady powyższego znajdują się w rozdziale zatytułowanym „E-konsultacja – ubezpieczenie dodatkowe”, uregulowanym niniejszymi OWU; E-konsultacja PLUS – ubezpieczenie dodatkowe, rozszerzenie E-konsultacji jako wariant, uregulowane niniejszymi OWU
- Zapewniamy wykonanie nowoczesnej protezy kończyny lub kończyn, w ramach określonej kwoty Limitu amputacyjnego, dla Uczestnika który przeszedł Amputację w rozumieniu niniejszych OWU.

Definicje

Definicje terminów użytych w OWU, pisanych wielką literą i wyróżnionych kolorem

- Terminy użyte w niniejszych OWU oznaczają:
 - Amputacja** – w odniesieniu do Uczestnika, utrata części lub całości kończyny lub więcej niż jednej kończyny, wymagająca protezy, tj. sztucznego zastąpienia brakującej kończyny, będąca rezultatem:
 - Choroby zdiagnozowanej po raz pierwszy podczas trwania Ochrony ubezpieczeniowej;
 - Charakterystyka produktu leczniczego (ChPL)** – ustrukturyzowane informacje o produkcie leczniczym dopuszczonym do obrotu farmaceutycznego; zakres przedmiotowych informacji określa Ustawa z dnia 6 września 2011 r. – Prawo farmaceutyczne (tekst jednolity: Dz. U. 2019, poz. 499 z późniejszymi zmianami) i uwzględnia on w szczególności:
 - Nazwę produktu leczniczego, 2. Skład jakościowy i ilościowy, 3. Postać farmaceutyczną, 4. Szczegółowe dane kliniczne, 5. Właściwości farmakologiczne, 6. Dane farmaceutyczne, 7. Podmiot odpowiedzialny posiadający pozwolenie na dopuszczenie do obrotu, 8. Numer(-y) pozwolenia na dopuszczenie do obrotu, 9. Data wydania pierwszego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu/data przedłużenia pozwolenia, 10. Data zatwierdzenia lub częściowej zmiany tekstu charakterystyki produktu leczniczego;
 - Choroba** – problem zdrowotny osoby, której ciało lub czynności organizmu ulegają uszkodzeniu, co prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
 - Choroba zastana** – każda Choroba Uczestnika:
 - ktoś według informacji podanej w dokumentacji medycznej była w jakimkolwiek czasie przedmiotem regularnych konsultacji specjalistycznych lub badań lub przyjmowania leków w ramach leczenia szpitalnego w okresie trwania Choroby zastanej (liczba lat) bezpośrednio poprzedzającym początek Ochrony ubezpieczeniowej, którą objęty jest Uczestnik na mocy Umowy, który to okres jest podany w Polisie ubezpieczeniowej oraz Dowodzie ubezpieczenia, lub
 - ktoś jest bezpośrednim skutkiem okoliczności opisanych w punkcie a) powyżej, lub
 - ktoś objawy – zgodnie z informacjami, które zostały umieszczone w dokumentacji medycznej określone jako: bóle brzucha, głowy lub w klatce piersiowej o niewyjaśnionej przyczynie, powiększone węzły chłonne, zaburzenia rytmu serca, duszności, zmiany w obrębie gruczołu piersiowego, gruczołu krokowego lub narządów płciowych, gorączka o niewyjaśnionej przyczynie, postępująca utrata masy ciała – które uwiarygodniły się w okresie 6 miesięcy bezpośrednio przed datą rozpoczęcia obowiązywania Ochrony ubezpieczeniowej Uczestnika na mocy Umowy oraz które wymagają lub skutkują wymogiem dalszego diagnozowania lub leczenia.

- W odniesieniu do **Choroby zastanej**, jak zdefiniowano ją powyżej, odpowiedzialność **Ubezpieczyciela** przywrócona zostaje na koniec 24-miesięcznego nieprzerwanego okresu ubezpieczenia, podczas którego **Uczestnika** nie wystąpiły żadne objawy **Choroby** i lekarz **Uczestnika** wykaże w sposób przekonujący dla **Ubezpieczyciela**, że **Uczestnik** nie wymagał porady medycznej, badań, przyjmowania leków w czasie takiego okresu i że nie zaleca dalszego leczenia w przyszłości.
- 5) **Członek rodziny** – oznacza współmałżonka (to osoba, która w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje z **Uczestnikiem** w związku małżeńskim w rozumieniu Ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy) lub życiowego partnera **Uczestnika** (przez co rozumie się wolny związek dwóch osób pełnoletnich pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym) i/lub jego jakiegokolwiek zstępного/przysposobionego dziecka (aż do ukończenia przez nie 21-go roku życia w momencie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego i pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym z **Uczestnikiem**);
 - 6) **Deklaracja przystąpienia** – dokument, w którym **Uczestnik** wyraża zgodę na objęcie go Umową; aby przystąpić do ubezpieczenia **Uczestnik** musi wypełnić i dostarczyć **Deklarację przystąpienia**, podlegającą akceptacji **Ubezpieczyciela**; **Deklaracja przystąpienia** zawiera **Kwestionariusz medyczny**, deklarację o stanie zdrowia oraz zgodę na wyłączenie **Chorób zastanych** z zakresu odpowiedzialności **Ubezpieczyciela**;
 - 7) **Dowód ubezpieczenia** – dokument potwierdzający, że dany **Uczestnik** objęty jest Ochroną ubezpieczeniową, wskazujący zakres ochrony oferowany w **Wariancie**, zakres **Ochrony ubezpieczeniowej**, kwotę Limitu odpowiedzialności, kwotę Limitu amputacyjnego, zawierający dodatkowe postanowienia odnoszące się do zakresu **Ochrony ubezpieczeniowej**;
 - 8) **Druga Opinia Medyczna (DOM)** – pisemna opinia sporządzona przez lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu i wykształcenie medyczne, praktykującego w **Wiodącym Ośrodku Medycznym na Świecie**, przygotowana zgodnie na podstawie przedstawionej dokumentacji medycznej, udostępniona **Uczestnikowi** lub **Członkowi rodziny** w odniesieniu do procesu diagnostycznego i leczniczego;
 - 9) **E-konsultacja** – konsultacja medyczna świadczona **Uczestnikowi** przez **Organizatora serwisu** oraz jego podwykonawców – lekarza (internistę) na odległość, z wyłączeniem bezpośredniego badania fizykalnego, za pośrednictwem systemu komunikacji – tj. w formie konsultacji telefonicznej;
 - 10) **E-konsultacja PLUS** – jako wariant dodatkowy – **Świadczenia medyczne** realizowane przez lekarzy za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności na odległość operatora. Zakres E-konsultacji PLUS wskazany został w załączniku nr 3
 - 11) **Europejska Agencja Leków (EMA)** – agencja Unii Europejskiej (UE), odpowiedzialna za naukową ocenę, nadzór i monitorowanie bezpieczeństwa leków w UE;
 - 12) **Komplementarne ubezpieczenie zdrowotne** – ubezpieczenie zapewniające dostęp do **Technologii medycznych** wskazanych na **Liście**, dopuszczonych do obrotu i użycia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, które nie są opłacane ze środków publicznych w ramach **Koszyka świadczeń gwarantowanych**;
 - 13) **Kontrakt menedżerski** – cywilnoprawny kontrakt menedżerski, wykonywany pomiędzy podmiotem (w szczególności spółką) prowadzącym działalność gospodarczą i zlecającym na zewnątrz czynności zarządcze oraz menedżerem, na mocy którego menedżer zobowiązany jest do zarządzania podmiotem gospodarczym (lub jego określoną częścią, lub określonym projektem realizowanym w ramach przedsiębiorstwa) za wynagrodzeniem;
 - 14) **Koordynator leczenia** – osoba pracująca dla **Świadczeniodawcy**, uzgadniająca z **Lekarzem prowadzącym** czas rozpoczęcia leczenia **Uczestnika** z wykorzystaniem **Technologii medycznej**, wymienionej na **Liście**. Osoba ta kontaktuje się z **Uczestnikiem** we wszelkich sprawach z nim związanych i przekazuje wszelkie konieczne informacje związane z organizacją procesu leczenia **Uczestnika**, koordynuje plan leczenia i dba o kompletność dokumentacji medycznej. Osoba ta jest w kontakcie z **Organizatorem serwisu**;
 - 15) **Koszt ochrony** – kwota, którą ustalamy jako należną od każdego **Uczestnika**, któremu zapewniamy **Ochronę ubezpieczeniową**, obliczona zgodnie z aktualną taryfą aktualną dla składek oraz standardami matematyki ubezpieczeniowej, a także zakresem **Ochrony ubezpieczeniowej**, określona w sposób umożliwiający nam wywiązanie się ze wszystkich zobowiązań wynikających z **Umowy**, uregulowanej **OWU**, uwzględniając wyłączenia i ograniczenia zakresu naszej odpowiedzialności mające zastosowanie podczas **Okresów karencji** oraz w odniesieniu do **Chorób zastanych**, a także umożliwiająca pokrycie ponoszonych przez nas kosztów oceny ryzyka ubezpieczeniowego i zawierania polis ubezpieczeniowych;
 - 16) **Koszyk świadczeń gwarantowanych** – wykaz świadczeń i procedur leczniczych, opłacanych ze środków publicznych, udzielanych przez **Świadczeniodawców** pacjentom ubezpieczonym w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, prowadzonego przez **NFZ** na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 17) **Kwestionariusz medyczny** – część **Deklaracji przystąpienia** używana do oceny stanu zdrowia **Uczestnika**;
 - 18) **Lekarz** – osoba posiadająca odpowiednie, potwierdzone wymaganymi dokumentami, kwalifikacje do świadczenia usług medycznych, w szczególności do wykonywania następujących czynności: przeprowadzania kontroli stanu zdrowia, diagnozowania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji pacjentów, udzielania porad medycznych oraz wydawania opinii i ustaleń w ramach posiadanej specjalizacji;
 - 19) **Lekarz ekspert** – lekarz będący uznanym specjalistą w dziedzinie medycyny, której dotyczy **Choroba** lub **Amputacja**, który, na nasz wniosek, udziela opinii lekarskiej i ocenia **Wskazania do skorzystania z ubezpieczenia komplementarnego** oraz właściwy przebieg **Terapii**, również w przypadku wystąpienia sporu pomiędzy nami (w rozumieniu **Ubezpieczyciela**) a **Lekarzem prowadzącym**, stosującym **Terapię**, jak też w przypadku zgłoszenia skargi przez **Uczestnika**;
 - 20) **Lekarz kierujący** – lekarz posiadający uprawnienia do wykonywania zawodu, który, na podstawie posiadanej przez siebie wiedzy i umiejętności zawodowych, jako pierwszy rekomenduje zastosowanie **Terapii** oraz który wystawia **Uczestnikowi** dokument zaświadczenia o potrzebie **Uczestnika** zastosowania w **Terapii Uczestnika Technologii medycznej** wskazanej na **Liście**, poświadczony w formie recepty, skierowania na zabieg lub operację, wniosku lekarza lub orzeczenia lekarskiego;
 - 21) **Lekarz prowadzący** – lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu, zatrudniony przez **Świadczeniodawcę**, czyli zakład leczniczy, w którym (lub pod nadzorem którego) u **Uczestnika** zostanie zastosowana **Terapia**, potwierdzający rekomendację dla zastosowania **Terapii** (zarekomendowanej uprzednio przez **Lekarza kierującego**), a następnie stosujący **Terapię** w zgodzie ze swą najlepszą wiedzą medyczną, mając na uwadze czynniki takie jak stan zdrowia **Uczestnika**, postępowanie **Choroby**, typ/rodzaj **Choroby**, uwzględniając jednocześnie **Charakterystykę produktu leczniczego (ChPL)**;
 - 22) **Limit amputacyjny** – maksymalna kwota wydatku wskazana w **Polisie ubezpieczeniowej** oraz w **Dowodzie ubezpieczenia**, którą poniesiemy w przypadku, gdy **Uczestnik** będzie potrzebował protezy w związku z **Amputacją**; kwota limitu lub jego część, która nie została wykorzystana przy zakupie i zastosowaniu protezy nie powiększa tego limitu przy dostarczaniu temu samemu **Uczestnikowi** kolejnego takiego świadczenia rzeczowego;
 - 23) **Limit na Uczestnika** – 4 000 000 PLN na każdego **Uczestnika**, każda **Terapia** przy użyciu tej samej **Technologii medycznej** włącznie ze **Zdarzeniami niepożądanymi zaistniałymi w trakcie leczenia (ZNZTL)**. Limit w przypadku **Amputacji** wynosi 500 000 PLN na **Uczestnika** na jedno zdarzenie;
 - 24) **Limit odpowiedzialności** – określony w **Polisie ubezpieczeniowej** oraz w **Dowodzie ubezpieczenia**, górny limit kwotowy obowiązujący w trakcie trwania **Ochrony ubezpieczeniowej** zapewnionej **Uczestnikowi** na wszystkie wydatki, które mogą być poniesione w związku z zastosowaniem **Terapii** oraz zastosowanego leczenia **Zdarzenia niepożądanego zaistniałego w trakcie leczenia** u **Uczestnika**;
 - 25) **Lista** – lista **Świadczeń rzeczowych**, będących **Technologiami medycznymi**, w ramach **Komplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego**, stanowiąca Załącznik Nr 1 do **OWU**;
 - 26) **NFZ** – Narodowy Fundusz Zdrowia w Polsce w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2019, poz. 1373 z późniejszymi zmianami);
 - 27) **Ochrona ubezpieczeniowa** – nasze zobowiązanie organizacyjne i finansowe wobec **Uczestnika** dotyczące:
 - a. **Terapii Choroby**, w przypadku zdiagnozowania **Choroby** po raz pierwszy w trakcie trwania **Ochrony ubezpieczeniowej**,
 - b. zapewnienia protezy w związku z **Amputacją**,
 - c. świadczenia **DOM**, **E-konsultacji** oraz **E-konsultacji plus**;
 - 28) **Okres karencji** – okres ograniczenia naszej odpowiedzialności do zdarzeń stanowiących konsekwencję **Wypadku**, którego długość zależy od wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego przeprowadzanej przy zawieraniu **Umowy** i który jest podany w **Dowodzie ubezpieczenia** oraz w **Polisie ubezpieczeniowej**;
 - 29) **Okres składowy** – okres, dla którego określono płatność **Składki** ubezpieczeniowej. **Składka** może być opłacana przez **Ubezpieczającego** w okresie miesięcznym, kwartalnym, półrocznym lub rocznym;
 - 30) **Operator** – konsultant **Organizatora serwisu**, dostępny na infolinii **Organizatora serwisu**, organizujący **E-konsultację** oraz **E-konsultację plus** na żądanie **Uczestnika**, na warunkach przewidzianych w **OWU**;
 - 31) **Organizator serwisu** – Telmedicin sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Białą Kamień 2, kod pocztowy 02-593, wpisany do Rejestru Przedsiębiorców KRS, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego po nr KRS: 0000516452, NIP: 5272720484, który prowadzi następujące czynności:
 - a. likwidacja szkód w ramach **Komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych**,
 - b. organizacja świadczenia **DOM** oraz działanie we współpracy z MediGuide International LLC, 4550 Linden Hill Road, Ste 103 Wilmington, DE 19808, Stany Zjednoczone Ameryki, który to podmiot utrzymuje relacje z **Wiodącymi Ośrodkami Medycznymi na Świecie**,
 - c. organizacja świadczenia **E-konsultacji**,
 - d. organizacja świadczenia **E-konsultacji PLUS**,
 - e. obsługa komunikacji z **Uczestnikami**;
 - 32) **OWU** – niniejsze **Ogólne Warunki Grupowego Komplementarnego Ubezpieczenia Zdrowotnego**;
 - 33) **Polisa ubezpieczeniowa** – dokument potwierdzający zawarcie **Umowy**;
 - 34) **Portal pacjenta** – serwis internetowy udostępniany przez operatora, którego funkcjonalność pozwala na samodzielne rezerwowanie **E-konsultacji** i **E-konsultacji PLUS**, ich odbywanie, odbycie **E-konsultacji** i **E-konsultacji PLUS**, dostęp do wyników badań i zrealizowanych usług, a także transfer danych pomiędzy uczestnikiem i, a lekarzem przy użyciu środków komunikacji elektronicznej;
 - 35) **Rocznica polisy** – dzień w każdym roku kalendarzowym w okresie obowiązywania **Umowy**, odpowiadający dacie rozpoczęcia **Ochrony ubezpieczeniowej**, a jeśli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia **Ochrony ubezpieczeniowej**;
 - 36) **Składka** – suma łączna kwot stanowiących **Koszt ochrony** przyznanej różnym **Uczestnikom** podczas trwania **Okresu składowego**;
 - 37) **Szpital** – podmiot leczniczy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej świadczący nieprzerwaną całodobową opiekę w zakresie diagnostyki i leczenia pacjentów przy udziale wykwalifikowanego personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, posiadającego uprawnienia do wykonywania zawodu, lub podmiot leczniczy przeprowadzający zabiegi chirurgii jednego dnia. W rozumieniu niniejszych **OWU**, **Szpitałem** nie jest jednak ośrodek opieki dla przewlekłych chorych, hospicjum (także hospicjum onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, ani zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym w szczególności szpital uzdrowiskowy lub szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny;
 - 38) **Świadczenie Medyczne** – działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia, w zakresie objętych odpowiedzialnością ubezpieczyciela w zależności od wybranego zakresu ochrony. **Świadczenia medyczne** obejmują **E-konsultację**, **E-konsultację PLUS** oraz usługi stacjonarne realizowane w placówkach medycznych wskazanych przez operatora;
 - 39) **Świadczenie rzeczowe** – w rozumieniu niniejszych **OWU**, lek, technologia lub wyrób medyczny przypisany **Technologii medycznej**, opłacony przez **Ubezpieczyciela**, dostarczony **Uczestnikowi** przez **Świadczeniodawcę**, który, na podstawie decyzji **Lekarza prowadzącego**, włączony jest do procesu leczenia **Uczestnika**;
 - 40) **Świadczeniodawca** – zakład opieki zdrowotnej, w szczególności **Szpital**, zlokalizowany na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zaangażowany w świadczenie leczenia w rozumieniu Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. 2020, poz. 295 z późniejszymi zmianami), którym w rozumieniu powyższej Ustawy może być ambulatorium;
 - 41) **Technologia medyczna** – środki materialne (leki, wyroby medyczne) oraz środki niematerialne (umiejętności, procedury, rozwiązania organizacyjne) w sposób pośredni lub bezpośredni odnoszące się do procesu leczenia (środki lecznicze, diagnostyczne, rehabilitacyjne lub zapobiegawcze), wykorzystywane w przypadku zaistnienia konkretnych wskazań medycznych, dopuszczone do obrotu na terenie Unii Europejskiej przez **Europejską Agencję Leków (EMA)**, a także systemy wsparcia organizacyjnego, w ramach których zapewniane są świadczenia medyczne;
 - 42) **Terapia** – zastosowanie konkretnej **Technologii medycznej** z **Listy** oraz powiązanych **Usług medycznych** aktualnej na dzień spełnienia **Wskazań do skorzystania z ubezpieczenia komplementarnego** w procesie terapeutycznym prowadzonym zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
 - 43) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna lub prawna, bądź jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zawierająca **Umowę** i zobowiązana do zapłaty **Składek** ubezpieczeniowej;

- 44) **Ubezpieczyciel** – SQUARELIFE INSURANCE AG („SL”) jest spółką zarejestrowaną i mającą siedzibę w Ruggell, Liechtenstein, numer rejestracyjny FL-0002.197.226-9. SL jest zarejestrowanym towarzystwem ubezpieczeń na życie posiadającym licencję na życie i zdrowie regulowaną przez Financial Markets Authority (FMA). SL jest zarejestrowana do prowadzenia działalności transgranicznej w Finlandii;
- 45) **Uczestnik** – osoba, która:
- jest ubezpieczona na podstawie **Umowy**; oraz
 - ma nie mniej niż 18 i nie więcej niż 67 lat; oraz
 - którą łączy z **Ubezpieczającym** stosunek wskazany w **Polisie ubezpieczeniowej** (np. **Umowa o pracę**, **Kontrakt menedżerski**, **Umowa zlecenie**, **Umowa o dzieło** lub stosunek członkostwa w stowarzyszeniu, samorządzie zawodowym lub związku zawodowym).

W ten sposób określamy również osoby, które chciałyby przystąpić do ubezpieczenia w ramach **Umowy**, z zastrzeżeniem, że osoby przystępujące mają nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 60 lat, z zastrzeżeniem punktu 8 b. niniejszych **OWU**;

- 46) **Umowa** – umowa grupowego komplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego, uregulowana niniejszymi **OWU**;
- 47) **Umowa o dzieło** – umowa cywilnoprawna określona w art. 627 Kodeksu cywilnego;
- 48) **Umowa o pracę** – umowa o pracę uregulowana postanowieniami Kodeksu Pracy;
- 49) **Umowa zlecenia** – umowa cywilnoprawna uregulowana w art. 734 lub art. 750 Kodeksu cywilnego;
- 50) **Usługi medyczne** – czynności diagnostyczne, terapeutyczne oraz pielęgnarskie, których wykonanie wynika wprost ze standardowych procedur, przeprowadzanych w trakcie danej **Terapii**, konieczne i medycznie uzasadnione w związku z **Terapią** zastosowaną u **Uczestnika**;
- 51) **Wariant** – wyodrębniony zbiór **Technologii medycznych** wskazanych na **Liście**, wraz z przypisanymi im ubezpieczeniami dodatkowymi; **Wariant** zostaje wskazany we **Wniosku o ubezpieczenie** i określa zakres ubezpieczenia;
- 52) **Wiodące Ośrodki Medyczne na Świecie** – zakłady opieki zdrowotnej szeroko uznawane na świecie, opisywane jako instytucje zapewniające specjalistyczną opiekę medyczną, wysoko cenione przez szeroko rozumiane środowisko medyczne w zakresie opieki klinicznej;
- 53) **Wniosek o ubezpieczenie** – oświadczenie woli zawarcia **Umowy**, które Państwo jako **Ubezpieczający** składają na naszym formularzu;
- 54) **Wskazania do skorzystania z ubezpieczenia komplementarnego** – określane również jako kryteria objęcia leczeniem. Są to warunki medyczne, określone dla konkretnej **Technologii medycznej**, wymienione we **Wskazaniach rejestracyjnych** i pominięte we **Wskazaniach refundacyjnych**;

Informacje dodatkowe:

Ponieważ wydaje się, że do zrozumienia terminu „wskazania do skorzystania z ubezpieczenia komplementarnego” wymagane będzie dodatkowe wyjaśnienie, prosimy zwrócić uwagę na poniższy komentarz:

Zakładając, że:

Wskazania rejestracyjne dla danej **Technologii medycznej** obejmują trzy zachorowania: Chorobę 1, Chorobę 2 i Chorobę 3;

Wskazania refundacyjne dla tej samej **Technologii medycznej** obejmują tylko dwa zachorowania: Chorobę 2 i Chorobę 3.

W takiej sytuacji:

zachorowanie określone jako Choroba 1 stanowić będzie „wskazanie do skorzystania z ubezpieczenia komplementarnego”.

- 55) **Wskazania refundacyjne** – kryteria klasyfikacyjne, których spełnienie powoduje, że **Technologia medyczna** zostaje uwzględniona w **Koszyku świadczeń gwarantowanych**, co oznacza, że zostaje ona wykorzystana w **Terapii** finansowanej ze środków **NFZ**;
- 56) **Wskazania rejestracyjne** – zatwierdzone wskazanie, w przypadku którego **Europejska Agencja Leków (EMA)** formalnie stwierdza, że konkretna technologia lekowa jest medycznie właściwa dla danego wskazania, które następnie zostaje wymienione w **ChPL** leku. Może także oznaczać wskazanie kliniczne do zastosowania konkretnego wyrobu medycznego. Są to powody medyczne, których istnienie oznacza, że **Uczestnik** może uzyskać satysfakcjonujący rezultat terapeutyczny po zastosowaniu **Terapii**;
- 57) **Wykaz wariantów** – dokument informujący o obecnie obowiązujących **Wariantach Technologii medycznych**, określający zakres **Ochrony ubezpieczeniowej** w **Umowach** uregulowanych niniejszymi **OWU**, obejmujący informacje o dacie wprowadzenia, okresie obowiązywania, jak też o dacie i zakresie każdorazowej zmiany **Wariantu**; **Wykaz wariantów** stanowi Załącznik Nr 2 do **OWU**;
- 58) **Zdarzenia niepożądane zaistniałe w trakcie leczenia (ZNZTL)** – zdarzenia niepożądane nieobecne przed rozpoczęciem leczenia, bądź zdarzenie już obecne, którego intensywność lub częstotliwość narasta po zastosowaniu konkretnej **Terapii**. **ZNZTL** powiązane są z konkretną **Technologią medyczną** użytą podczas **Terapii**, zaś ewentualność wystąpienia takiego zdarzenia niepożądanego musi być wymieniona w **ChPL** produktu leczniczego, zaś jego wystąpienie musi być udokumentowane jako mające miejsce podczas trwania **Terapii**.

Informacja o Terapiach wykorzystywanych w leczeniu Chorób Postanowienia regulujące organizację i pokrycie kosztów leczenia Choroby z wykorzystaniem Terapii, w szczególności poprzez zakup i zastosowanie przypisanej jej Technologii medycznej

2. Państwo (jako **Ubezpieczający** wskazany w **Polisie ubezpieczeniowej**) oraz My (jako **Ubezpieczyciel** wskazany w **Polisie ubezpieczeniowej**) zawieramy niniejszą **Umowę**.
3. Na **Umowę** składają się następujące części:
- OWU**,
 - załączniki do **OWU**, w szczególności **Lista**,
 - Wniosek o ubezpieczenie** wraz z załącznikami,
 - Deklaracja przystąpienia** oraz **Kwestionariusz medyczny**,
 - Polisa ubezpieczeniowa** oraz **Dowód ubezpieczenia**,
 - inne dokumenty, jeśli takie są przewidziane w procedurze przystąpienia do **Umowy** i jej wykonywania.

Przedmiot ubezpieczenia – kogo ubezpieczamy lub kto ma prawo do ubezpieczenia?

4. Jako **Uczestników** ubezpieczymy osoby, które:
- łączy z **Ubezpieczającym** stosunek wskazany w **Polisie ubezpieczeniowej**, oraz
 - były objęte systemem publicznej opieki zdrowotnej w ramach **NFZ** przez nieprzerwany okres przynajmniej 6 ostatnich miesięcy, oraz
 - wypełniły i podpisały **Deklarację przystąpienia** (oraz **Kwestionariusz medyczny**, kiedy **Ubezpieczyciel** tego wymaga), zaś my przyjęliśmy je jako dokumenty prawidłowo wypełnione i kompletne oraz potwierdziliśmy rozpoczęcie **Ochrony ubezpieczeniowej** wydając **Dowód ubezpieczenia**, oraz
 - nie przebywały na zwolnieniu lekarskim przez więcej niż 21 dni w ciągu 12 miesięcy poprzedzających złożenie **Deklaracji przystąpienia**. Spełniają również pozostałe warunki przystąpienia do **Umowy**, o ile określili Państwo te kryteria we **Wniosku o ubezpieczenie**.
5. Ubezpieczony jest **Uczestnikiem**.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

6. Ubezpieczamy:
- zastosowanie u **Uczestnika Terapii**, polegające na zastosowaniu **Technologii medycznych** wymienionych na **Liście**, w związku z **Chorobą** zdiagnozowaną u **Uczestnika** oraz realizację procesu produkcji, miary i dopasowania protezy w związku z **Amputacją**.
7. Zdarzenie ubezpieczeniowe to:
- Zdiagnozowane u **Uczestnika** zachorowania, skutkujące **Amputacją**, podczas obowiązywania **Ochrony ubezpieczeniowej**, wynikającej z **Umowy**, uregulowanej niniejszymi **OWU**;
 - zdiagnozowanie u **Uczestnika** zachorowania, spełniającego wszystkie z poniższych warunków:
 - zgodnie z postanowieniami punktu 8 poniżej, zachorowanie jest zdiagnozowane po raz pierwszy podczas świadczenia **Ochrony ubezpieczeniowej Uczestnikowi**, a zdiagnozowana **Choroba** nie jest **Chorobą zastaną**;
 - w leczeniu zdiagnozowanej **Choroby** można zastosować **Terapię**, wykorzystującą **Technologię medyczną**, wymienioną na **Liście** obowiązującej w dniu, w którym **Lekarz kierujący** rekomenduje zastosowanie **Terapii**;
 - zastosowanie **Terapii** do leczenia **Choroby** zdiagnozowanej u **Uczestnika** zgodne jest ze **Wskazaniami rejestracyjnymi** dotyczącymi **Technologii medycznej** wykorzystywanej w **Terapii**;
 - zastosowanie **Terapii** do leczenia zdiagnozowanej **Choroby** z wykorzystaniem **Technologii medycznej** wymienionej na **Liście** zgodne jest ze **Wskazaniami do skorzystania z ubezpieczenia komplementarnego**.

Ocena ryzyka ubezpieczeniowego

8. Zawierając **Umowę**, **Ubezpieczyciel** dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego poprzez zastosowanie zasad opisanych w swojej wewnętrznej procedurze oceny ryzyka. Wynikiem oceny ryzyka może być zmiana długości okresu wyłączenia naszej odpowiedzialności za **Chorobę zastaną** i/lub zmiana długości **Okresu karencji** i/lub zastosowanie lub zmiana **Okresu karencji** dla ubezpieczenia dodatkowego **Druga Opinia Medyczna** i/lub zmiana w **Koszcach ochrony**. Procedura wskazuje w jakich sytuacjach możemy:
- zastosować i/lub zmienić **Okres karencji** określony w **Polisie ubezpieczeniowej** oraz **Dowodzie ubezpieczenia**;
 - obniżyć lub podwyższyć górną granicę wieku **Uczestnika**, która warunkuje możliwość przystąpienia do ubezpieczenia w ramach **Umowy**;
 - zmienić okres wyłączenia odpowiedzialności za **Chorobę zastaną** określoną w **Polisie ubezpieczeniowej** oraz **Dowodzie ubezpieczenia**;
 - zrezygnować z przywrócenia na koniec 24-miesięcznego nieprzerwanego okresu ubezpieczenia naszej odpowiedzialności za **Chorobę** stanowiącą **Chorobę zastaną**, co jasno musi być podane w **Polisie ubezpieczeniowej** oraz **Dowodzie ubezpieczenia**.
- Jeżeli w wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego **Ubezpieczyciel** wprowadzi zmiany warunków w stosunku do przedstawionych w **OWU** ograniczeń dotyczących dostępu do świadczeń stanowiących przedmiot **Umowy** ubezpieczenia, odnośną informację **Ubezpieczyciel** przedstawi **Ubezpieczającemu** w formie pisemnej przed zawarciem **Umowy** i **Uczestnikom** przed przystąpieniem do **Umowy**. W razie niedopełnienia tego obowiązku **Ubezpieczyciel** nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla **Ubezpieczającego** i **Uczestnika**.

Jakie są zasady uaktualniania Listy?

9. [Lista](#), może być aktualizowana przez [Ubezpieczyciela](#) na zasadach określonych poniżej.
10. [Technologie medyczne](#), które uzyskały finansowanie ze środków publicznych, bądź nie są dostępne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w wyniku aktualizacji zostają usunięte z [Listy](#), zaś pewne nowe [Technologie medyczne](#) nieuwzględnione w [Koszyku świadczeń gwarantowanych](#) mogą zostać do [Listy](#) dodane.
11. Podejmując decyzję o tym, które [Technologie medyczne](#) powinny znaleźć się na [Liście](#), śledzimy rynek farmaceutyczny i wykorzystujemy wiedzę oraz doświadczenie współpracujących z nami lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu oraz ekspertów.
12. Aktualizujemy [Listę](#) i wprowadzamy zmodyfikowane [Warianty](#) publikowane w [Wykazie wariantów](#), przynajmniej raz w roku kalendarzowym. Zaktualizowana [Lista](#) obowiązuje od dnia wprowadzenia w życie. Zmodyfikowane [Warianty](#), stworzone na podstawie ostatnio zaktualizowanej [Listy](#), znajdując zastosowanie w [Umowach](#) zawartych po tym dniu. W [Umowach](#) zawartych wcześniej, zmodyfikowane [Warianty](#) wchodzi w życie w dniu [Rocznicy polisy](#), następującym bezpośrednio po dacie aktualizacji [Listy](#).
13. Zmodyfikowany [Wariant](#) uwzględnia usunięcie z niego [Technologii medycznych](#) finansowanych przez [NFZ](#) oraz dodanie nowych rozwiązań medycznych. [Ubezpieczyciel](#) dokonuje tych modyfikacji w sposób niezależny, na podstawie wiedzy i doświadczenia zawodowego współpracujących z nim lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu i ekspertów.
14. Potwierdzenie obowiązywania zmodyfikowanego [Wariantu](#) znajduje się w dokumencie potwierdzającym rodzaj i zakres zmian wprowadzonych w [Umowie](#) od dnia [Rocznicy polisy](#).
15. Aktualnie obowiązująca [Lista](#) mająca zastosowanie do nowo zawieranych i przedłużanych [Umów](#) oraz obowiązujący [Wykaz wariantów](#), które dotyczą [Wariantów](#) ze zdefiniowaną nazwą: Laven START, Laven INDYWIDUAL podawane do publicznej wiadomości pod następującym adresem witryny internetowej: www.laven.pl
16. [Lista](#) ulega automatycznemu unieważnieniu w dniu wejścia w życie kolejnej, zaktualizowanej [Listy](#) dla nowych i przedłużanych [Umów](#).
17. [Ubezpieczyciel](#) przedstawi [Ubezpieczającemu](#) na piśmie coroczną aktualizację warunków ubezpieczenia, obejmującą aktualizację zakresu ubezpieczenia oraz [Kosztu ochrony](#) w ramach [Wariantów](#) wskazanych w ofercie rocznicowej, przedstawi kwotę [Limitu amputacyjnego](#), jak również kwotę [Limitu odpowiedzialności](#), zawartą w [Umowie](#), wynikającą z opublikowanej aktualizacji [Listy](#) oraz wprowadzenia zmodyfikowanych [Wariantów](#) wraz z określeniem przedmiotowych zmian, lub, jeśli [Ubezpieczający](#) wyrazi zgodę, za pomocą innych środków komunikacji, nie później niż 30 dni przed [Rocznicą polisy](#) bezpośrednio po wprowadzeniu zaktualizowanej [Listy](#), jednocześnie udzielając [Ubezpieczającemu](#) 14-dniowego terminu na złożenie deklaracji odmowy zgody na zaproponowane warunki. Jeśli [Ubezpieczający](#) w ciągu 14-dniowego terminu nie złoży deklaracji odmowy zgody na warunki zaproponowane przez [Ubezpieczyciela](#), uwzględniające zaktualizowaną [Listę](#) obowiązującą w dniu [Rocznicy polisy](#), zaktualizowana [Lista](#) staje się wiążąca.
18. W terminie 14 dni [Ubezpieczający](#) może złożyć deklarację odmowy zgody na uaktualnienie warunków ubezpieczenia w [Rocznicy polisy](#) w związku z aktualizacją [Listy](#), co skutkuje rozwiązaniem [Umowy](#) wraz dniem [Rocznicy polisy](#).
19. [Uczestnik](#) przystępujący do ubezpieczenia w ramach [Umowy](#) powinien upoważnić [Ubezpieczającego](#) do wyrażania w jego imieniu zgody na dokonywanie zmian [Listy](#) jak przewidziano w punktach 9–18 powyżej. Jeśli [Uczestnik](#) nie udzieli takiego upoważnienia, podczas gdy [Ubezpieczyciel](#) proponuje zmianę [Listy](#), wówczas [Ochrona ubezpieczeniowa](#) świadczona [Uczestnikowi](#) wygasa ostatniego dnia okresu, za który opłacona została należna [Składka](#) obejmująca [Koszt ochrony](#).
20. Zaktualizowaną [Listę](#) wyślemy za pośrednictwem:
 - a. poczty elektronicznej na aktualny adres [Ubezpieczającego](#) podany przez [Ubezpieczającego](#) jako adres do kontaktu, oraz, gdy dotyczy,
 - b. przesyłki pocztowej lub kuriera na adres siedziby [Ubezpieczającego](#).

Kiedy uznajemy odpowiedzialność za sfinansowanie Terapii z wykorzystaniem konkretnej Technologii medycznej?

21. Jeśli podczas trwania [Ochrony ubezpieczeniowej](#) u [Uczestnika](#) po raz pierwszy zdiagnozowane zostanie schorzenie wymagające zastosowania [Terapii](#) przy użyciu [Technologii medycznej](#), wymienionej na [Liście](#), wówczas taka [Choroba](#) uznana zostaje za zdarzenie ubezpieczeniowe w rozumieniu [OWU](#) i, o ile nie wystąpią okoliczności ograniczające bądź wyłączające odpowiedzialność [Ubezpieczyciela](#), w terminie 45 dni roboczych od daty spełnienia [Wskazań do skorzystania z ubezpieczenia komplementarnego](#) oraz wydania polecenia rozpoczęcia [Terapii](#) przez [Lekarza prowadzącego](#), odpowiedzialnego za przebieg leczenia, pokryjemy koszt [Terapii](#) oraz zainicjujemy proces jej stosowania.
22. Okres 45-dni roboczych, w trakcie którego zobowiązujemy się rozpocząć dostarczanie technologii lekowej lub wyrobu medycznego, związanych z [Technologią medyczną](#) przypisaną do [Terapii](#), może ulec przedłużeniu o uzasadniony czas, jeśli wystąpi którakolwiek z następujących okoliczności:
 - a. w ciągu wspomnianych 45 dni roboczych stan [Uczestnika](#) pogorszy się w takim stopniu, że kryteria objęcia leczeniem w ramach [Terapii](#) danego [Uczestnika](#) nie będą już, według opinii [Lekarza prowadzącego](#), spełniane, a procesu leczenia nie będzie można rozpocząć lub będzie on wymagał odłożenia w czasie;

- b. zakup technologii lekowej lub wyrobu medycznego, związanych z [Technologią medyczną](#), znajdujących się na [Liście](#), zajmie dłużej niż 45 dni roboczych w związku z koniecznością dostarczenia go w ramach procedury importu docelowego lub konieczności nabycia leku lub wyrobu medycznego przez [Świadczeniodawcę](#) w ramach postępowania o udzielenie zamówienia publicznego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i oficjalną procedurą;
 - c. [ChPL](#) technologii lekowej lub wskazania kliniczne do użycia wyrobu medycznego, związanych z [Technologią medyczną](#), znajdujących się na [Liście](#), określają konkretne wymogi medyczne w odniesieniu do zastosowania [Technologii medycznej](#) w [Terapii](#), zalecające jej rozpoczęcie po upływie okresu dłuższego niż 45 dni roboczych;
 - d. produkcja technologii lekowej lub wyrobu medycznego, związanych z [Technologią medyczną](#), znajdujących się na [Liście](#), jest znacząco ograniczana;
 - e. import technologii lekowej lub wyrobu medycznego, związanych z [Technologią medyczną](#), znajdujących się na [Liście](#), do Rzeczypospolitej Polskiej został zawieszony na skutek rozwiązania/wygaśnięcia lub czasowej nieważności międzynarodowych umów go regulujących.
23. Nasze zobowiązanie do zapewnienia możliwości zastosowania [Terapii](#) przy użyciu [Technologii medycznej](#), wskazanej na [Liście](#), będzie miało zastosowanie pod warunkiem, że [Uczestnik](#) będzie posiadał nieprzerwaną [Ochronę ubezpieczeniową](#) podczas jej stosowania.
 24. W przypadku [Terapii](#) wykorzystujących technologie lekową lub wyrób medyczny wskazane na [Liście](#), zobowiązanie [Ubezpieczyciela](#) do zapewnienia możliwości zastosowania [Terapii](#) przy użyciu [Technologii medycznej](#) uznaje się za spełnione gdy dostarczymy lek lub wyrób medyczny w czasie rzeczywistym przebiegu [Terapii](#), zgodnie z zasadami dawkowania stosowanymi w [Terapii](#).

Dodatkowe okoliczności, które spowodują, że Terapia Uczestnika zostanie przez nas sfinansowana

25. Jeżeli zdiagnozowana u [Uczestnika](#) [Choroba](#) wymagała wdrożenia do procesu terapeutycznego terapii nie znajdującej się na [Liście](#), co oznaczało, że zarówno źródło organizacyjne jak i finansowe takiej terapii leżało poza zakresem naszej odpowiedzialności z tytułu [Umowy](#), to z chwilą umieszczenia takiej terapii na [Liście](#), [Ubezpieczyciel](#) przejmie jej finansowanie od dnia początku okresu obowiązywania zaktualizowanej [Listy](#). Ze względu na trwający proces terapeutyczny, zrobimy to wcześniej, niż w dacie [Rocznicy polisy](#), z której wynika [Ochrona ubezpieczeniowa](#) oferowana [Uczestnikowi](#), o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - a. leczona [Choroba](#) była po raz pierwszy zdiagnozowana w trakcie trwania [Umowy](#) i nie stanowi [Choroby zastanej](#), oraz
 - b. [Uczestnik](#) złożył do [Ubezpieczyciela](#) wniosek zgodny ze standardową procedurą ubiegania się o udzielenie świadczenia zgodnie z postanowieniami niniejszych [OWU](#), który następnie rozpatrzymy, oraz
 - c. nie występują potwierdzone przez [Lekarza kierującego](#) [Zdarzenia niepożądane](#) zaistniałe w trakcie leczenia będące skutkiem trwającej terapii, które, w takim wypadku, wykluczałyby naszą odpowiedzialność, oraz
 - d. [Lekarz prowadzący](#) potwierdzi rekomendację [Lekarza kierującego](#) dla zastosowania takiej [Terapii](#), oraz
 - e. [Ubezpieczający](#) zaakceptuje zaktualizowaną [Listę](#), która zawiera [Technologię medyczną](#) przypisaną przedmiotowej [Terapii](#).

Zasady ogólne

26. Ponosimy koszt zastosowania [Technologii medycznej](#) w trakcie [Terapii](#), koszt leczenia [Zdarzeń niepożądanych](#) zaistniałych w trakcie leczenia, będących bezpośrednim skutkiem zastosowania [Terapii](#), oraz koszt innych leków bezpośrednio skojarzonych z aplikacją danej [Technologii medycznej](#) użytych podczas [Terapii](#).
27. Wszystkie [Technologie medyczne](#) umieszczone na [Liście](#) dopuszczone są do obrotu i stosowania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Wszystkie technologie lekowe związane z [Technologiami medycznymi](#) umieszczonymi na [Liście](#) dopuszczone są do obrotu na terytorium Unii Europejskiej (UE) przez Europejską Agencję Leków (EMA).
28. Ubezpieczamy zastosowanie [Terapii](#) u [Uczestnika](#) poprzez zastosowanie [Technologii medycznych](#) wymienionych na [Liście](#), angażując wyłącznie [Świadczeniodawców](#) z siedzibą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
29. [Uczestnik](#) ponosi odpowiedzialność za przeprowadzanie badań i gromadzenie stosownej dokumentacji, jak też pokrywa związane z tym koszty, w tym koszt potwierdzenia [Wskazań do skorzystania z ubezpieczenia komplementarnego](#) lub uchylenia ograniczeń [Ochrony ubezpieczeniowej](#) w odniesieniu do [Chorób zastanych](#), gdy [Uczestnik](#) dokona takich ustaleń z [Ubezpieczycielem](#).
30. W przypadku wygaśnięcia stosunku łączącego [Uczestnika](#) z [Ubezpieczającym](#), o którym mowa w pkt 4 a., [Uczestnik](#) zachowuje [Ochronę ubezpieczeniową](#) do ostatniego dnia, za który jest opłacony jego [Koszt ochrony](#).
31. Świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego nie można dochodzić wielokrotnie, jeśli [Uczestnik](#) objęty jest więcej niż jedną [Umową](#) związaną z [Komplementarnym ubezpieczeniem zdrowotnym](#) u [Ubezpieczyciela](#). Jeśli taka okoliczność wystąpi, spełnimy jedno roszczenie z tytułu ubezpieczenia (o takiej samej lub wyższej wartości) należne na mocy jednej [Umowy](#), a zwrócimy opłacony za ostatnie 12 miesięcy [Koszt ochrony](#), wynikający z pozostałych [Umów](#). Dodatkowo, [Uczestnik](#) zobowiązany jest poinformować [Ubezpieczyciela](#) o innych umowach ubezpieczenia od tego samego ryzyka, zawartych u innych ubezpieczycieli, kiedy zgłasza roszczenie z tytułu [Komplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego](#) do [Ubezpieczyciela](#). [Uczestnik](#) przyjmuje ten warunek i wyraża na niego zgodę w [Deklaracji przystąpienia](#).

32. W sytuacji, gdy określona dawka technologii lekowej odnosząca się do **Technologii medycznej**, umieszczonej na **Liście**, wydawana jest **Uczestnikowi** w ogólnodostępnej aptece na podstawie recepty wystawionej osobiście dla **Uczestnika**, wówczas własność (nabycie) przedmiotowej dawki technologii lekowej zostaje przeniesiona z ogólnodostępnej apteki na **Uczestnika** wskazanego na receptę.
 33. Innej osobie niż wskazana w receptce **Uczestnika** może być wydana technologia lekowa odnosząca się do **Technologii medycznej**, umieszczonej na **Liście**, jednak jedynie jako osobie działającej w imieniu i na rzecz **Uczestnika** na podstawie odpowiedniego pełnomocnictwa o czym wcześniej poinformowano **Organizatora serwisu**.
 34. **Technologia medyczna** używana w **Terapii** może być podana **Uczestnikowi** w placówce **Świadczeniodawcy**, świadczącego **Usługi medyczne**, lub dawka technologii lekowej odnosząca się do **Technologii medycznej**, umieszczonej na **Liście**, przeznaczona do samodzielnego przyjęcia, może być wydana **Uczestnikowi** w ogólnodostępnej aptece. Metoda podania **Technologii medycznej**, umieszczonej na **Liście**, jest określona przez **Lekarza prowadzącego** w zgodzie z wybranym planem stosowania jej w **Terapii** i zgodnie z **ChPL**.
 35. W przypadku utraty, zagubienia, kradzieży, zniszczenia, uszkodzenia czy innego zdarzenia powodującego szkodę w odniesieniu do wydanej dawki technologii lekowej lub utracie dawki, **Ubezpieczyciel** nie jest zobowiązany do jej uzupełnienia bądź naprawienia szkody poniesionej przez **Uczestnika**.
 36. Ponadto, nie ponosimy odpowiedzialności za skutki samodzielnego przyjęcia technologii lekowej.
 37. Dopuszcza się sytuację, że **Lekarz prowadzący** jest tą samą osobą, co **Lekarz kierujący**.
 38. Jeśli **Uczestnik** poświadczy nieprawdę w odniesieniu do swego stanu zdrowia w **Deklaracji przystąpienia**, zgłoszeniu roszczenia o świadczenie, bądź jakimkolwiek innym przedstawionym przez nas formularzu, **Ubezpieczyciel** będzie zwolniony z odpowiedzialności za skutki okoliczności, jakie nie zostały podane do jego wiadomości.
 39. **Uczestnik** przyjmuje do wiadomości, że przerwanie **Terapii** w związku z wygaśnięciem **Ochrony ubezpieczeniowej** może prowadzić do negatywnych skutków zdrowotnych i wpłynąć na możliwość kontynuowania leczenia, bądź uniemożliwić stosowanie tej lub innej **Terapii**, co zostaje potwierdzone przez **Uczestnika** w **Deklaracji przystąpienia**.
 40. Zakończenie **Terapii** oznacza zastosowanie ostatniej dawki technologii lekowej lub zastosowanie wyrobu medycznego, odnoszących się do **Technologii medycznej**, umieszczonej na **Liście**, stosowanych w **Terapii** oraz zakończenie świadczenia **Usług medycznych** przypisanych do **Terapii**, z zastrzeżeniem jednak, że ponosimy odpowiedzialność za finansowanie leczenia **Zdarzeń niepożądanych zaistniałych w trakcie leczenia**, stanowiących bezpośredni skutek przedmiotowej **Terapii** przez okres 360 dni od dnia zakończenia **Terapii** na zasadach ogólnych.
 41. **Lekarz prowadzący** zakończy **Terapię** z powodów medycznych, gdy:
 - a. uzna, iż **Wskazania do skorzystania z ubezpieczenia komplementarnego** z wykorzystaniem danej **Technologii medycznej** zostały wyczerpane;
 - b. stwierdzi wystąpienie powikłań, związanych z **Chorobą**, nie będących **Zdarzeniem niepożądanym zaistniałym w trakcie leczenia**, wynikających z zastosowania danej **Technologii medycznej**;
 - c. stwierdzi, iż **Uczestnik** nie stosuje się w **Terapii** do zaleceń lekarza;
 - d. stwierdzi, iż nie występują już żadne wskazania medyczne do stosowania **Terapii**.
 42. **Lekarz prowadzący** może podjąć decyzję o zawieszeniu lub nawet zakończeniu **Terapii** na podstawie własnej, niezależnej opinii lekarskiej, w szczególności, jeśli **Uczestnik** nie stosuje się do zaleceń lekarskich wydawanych przez **Lekarza prowadzącego** w trakcie trwania **Terapii**, co zakłada lub utrudnia ustalony proces **Terapii** lub udaremnia możliwość uzyskania pozytywnych wyników prowadzonej **Terapii**.
 43. Jeśli ciążość **Terapii** stosowanej u **Uczestnika** zostanie przerwana z przyczyn nie leżących po stronie **Ubezpieczyciela**, wówczas **Ubezpieczyciel** jest zwolniony z zapewniania dostaw dawek **Technologii medycznej** w trakcie przerwy w **Terapii**, które to byłyby należne i wymagane w sytuacji kontynuowania **Terapii**. **Lekarz prowadzący**, w porozumieniu z **Lekarzem ekspertem**, może zdecydować o wznowieniu **Terapii** i przywróceniu dostarczania dawek **Technologii medycznej**.
 44. Nawrót **Choroby**, w szczególności nawrót guza lub wystąpienie przerzutów po okresie, w którym **Choroba Uczestnika** uległa remisji, nie upoważnia **Uczestnika** do przejścia po raz kolejny **Terapii**, która została już zakończona.
47. Jeśli **Uczestnik** skontaktuje się z **Organizatorem serwisu**, by zainicjować proces rozpatrywania wniosku o świadczenie z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, będzie proszony o podanie następujących danych:
 - a. imię i nazwisko,
 - b. adres zamieszkania,
 - c. numer **Dowodu ubezpieczenia**,
 - d. numer telefonu kontaktowego i adresu e-mail.
 48. Pracownik **Organizatora serwisu** sprawdzi dostęp do świadczeń. Jeśli weryfikacja będzie pomyślna, pracownik **Organizatora serwisu** poprosi o adres, na który niezwłocznie przesyłany zostanie komplet formularzy i zgód, które **Uczestnik** zobowiązany jest wypełnić, by uzyskać świadczenie, a następnie dostarczyć je na własny koszt do **Organizatora serwisu** wraz z pełną dokumentacją medyczną dotyczącą **Choroby Uczestnika**.
 49. Jeśli pojawią się jakiegokolwiek pytania co do sposobu wypełniania formularzy czy rodzaju i liczby wyników badań i innych dokumentów medycznych przekazywanych w formie załączników, pracownik **Organizatora serwisu** zapewni **Uczestnikowi** konieczną pomoc i niezbędne wyjaśnienia.
 50. Jeśli **Uczestnik** zdecyduje się na dokonanie zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego na piśmie, proces będzie przebiegał podobnie do opisanego powyżej.
 51. Gdy **Organizator serwisu** otrzyma od **Uczestnika** konieczne formularze, zgody i dokumentację, bezzwłocznie zaangażuje, w uzgodnionym porządku i wymaganym zakresie, wszystkich uczestników procesu weryfikacji spełnienia przez **Uczestnika Wskazań do skorzystania z ubezpieczenia komplementarnego**. Uczestnikami wspomnianego procesu weryfikacji są, jak następuje: **Lekarz Kierujący**, **Lekarz prowadzący** oraz **Lekarz ekspert**.
 52. **Ubezpieczyciel** będzie korzystać z usług **Lekarza eksperta** w celu uzyskania wyjaśnień, bądź by rozstrzygać w ewentualnych spornych kwestiach medycznych pomiędzy **Uczestnikiem**, **Lekarzem kierującym**, **Lekarzem prowadzącym** i **Świadczeniodawcą**.

Jakie są ograniczenia naszej odpowiedzialności?

53. **Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności z tytułu roszczeń osób trzecich wobec **Uczestnika**, w szczególności zgłaszanych przez **Świadczeniodawcę** lub **NFZ**, wynikających z braku aktualnej ochrony ubezpieczeniowej **Uczestnika** w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń, prowadzonego przez **NFZ** na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
54. **Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności w sytuacji zakończenia **Terapii** z powodów medycznych, wynikających z decyzji podjętej przez **Lekarza prowadzącego**.
55. **Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności w sytuacji przerwania **Terapii** na podstawie decyzji podjętej samodzielnie przez **Uczestnika**, który nie zgadza się na zastosowanie lub kontynuowanie u niego **Terapii**, bądź wycofuje taką zgodę.
56. Każda **Terapia** zastosowana u **Uczestnika** na mocy **Umowy**, uregulowana niniejszymi **OWU**, będzie finansowana do wysokości kwoty **Limitu odpowiedzialności**. **Limit odpowiedzialności** wskazany jest w **Polisie ubezpieczeniowej**. Kwota finansowania **Terapii** może ulec zmianie w trakcie trwania **Ochrony ubezpieczeniowej** – na dany dzień równa jest **Limitowi odpowiedzialności**, pomniejszonemu o wydatki poniesione przez nas na zastosowanie **Terapii** u **Uczestnika**, pomniejszonemu o nakłady poniesione przez nas na leczenie ewentualnych **Zdarzeń niepożądanych zaistniałych w trakcie leczenia** od początku okresu świadczenia **Ochrony ubezpieczeniowej Uczestnikowi** do tego dnia. Część **Limitu odpowiedzialności** nie wykorzystana do finansowania **Terapii** zastosowanej u **Uczestnika** nie zwiększa kwoty **Limitu odpowiedzialności** przypisanej do kolejnej **Terapii** stosowanej u **Uczestnika**.
57. Nie zapewnimy technologii lekowej bądź wyrobu medycznego odnoszącego się do **Technologii medycznej**, wskazanej na **Liście**, stosowanej w **Terapii** lub wyrobu medycznego (protezy), stanowiącego sztuczne uzupełnienie brakującej części kończyny, jeśli technologia lekowa bądź wyrób medyczny stosowany jest z naruszeniem warunków rejestrowych dla ich zastosowania:
 - a. w dawkach innych niż te, określone w **ChPL** lub wskazaniach klinicznych;
 - b. w innym systemie dawkowania;
 - c. wykorzystując inną drogę podania;
 - d. z naruszeniem instrukcji co do kryteriów wiekowych;
 - e. w populacji, dla której dana technologia lekowa nie jest przewidziana;
 - f. pomimo przeciwwskazań.
58. Jeśli w leczeniu tego samego wskazania medycznego można wykorzystać więcej niż jedną technologię lekową lub wyrób medyczny, a każdy z nich może przynieść pozytywny wynik terapeutyczny, można wybrać tylko jeden. Oznacza to, że podczas leczenia konkretnego przypadku medycznego u **Uczestnika** z konkretnym wskazaniem medycznym możliwe jest zastosowanie tylko jednej **Terapii**, jednej **Technologii medycznej** wykorzystującej jedną technologię lekową albo jeden wyrób medyczny.
59. Nie zapewnimy technologii lekowej lub wyrobu medycznego, odnoszących się do **Technologii medycznej**, wskazanej na **Liście**, stosowanych w **Terapii**, lub wyrobu medycznego (protezy), stanowiącego sztuczne uzupełnienie brakującej części kończyny, jeśli **Choroba** lub **Amputacja** są skutkiem:
 - a. nieuzasadnionego niezastosowania się **Uczestnika** do wskazań i poleceń lekarza, potwierdzonych w dokumentacji medycznej **Uczestnika**;
 - b. spożycia przez **Uczestnika** alkoholu, zażycia narkotyków lub substancji wpływających na ośrodkowy układ nerwowy, nieprzepisanych przez lekarza (w tym substancji psychoaktywnych, substancji psychotropowych, substytutów lub nowych substancji psychoaktywnych wskazanych w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii);

W jaki sposób Uczestnik może dokonać zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego?

45. Przed zgłoszeniem do nas zdarzenia ubezpieczeniowego **Uczestnik** powinien:
 - a. przeanalizować postanowienia niniejszych **OWU** wraz z załącznikami, aby sprawdzić zakres **Ochrony ubezpieczeniowej**, do której jest uprawniony;
 - b. zapoznać się z posiadanym **Dowodem ubezpieczenia**, zwracając szczególną uwagę na numer dokumentu;
 - c. przygotować swoje dane osobowe;
 - d. przygotować pełną dokumentację związaną ze zdarzeniem (dokumentację medyczną).
46. Zdarzenie ubezpieczeniowe można zgłosić do nas za pośrednictwem **Organizatora serwisu** w następujący sposób:
 - a. telefonicznie: +48 22 357 49 49 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora),
 - b. pisemnie na adres:

- c. sytuacji, gdy **Uczestnik** był pod wpływem alkoholu, tj. stężenie alkoholu we krwi **Uczestnika** przekroczyło 0,5 promila, pod wpływem narkotyków lub innych podobnie działających substancji szkodliwych (w tym substancji psychoaktywnych, substancji psychotropowych, substytutów lub nowych substancji psychoaktywnych wskazanych w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), leków nie przepisanych przez lekarza lub zażytych z naruszeniem zaleceń lekarza lub wskazań co do ich zażycia;
 - d. nadużywania przez **Uczestnika** alkoholu, zażycia narkotyków lub substancji wpływających na ośrodkowy układ nerwowy, wskazanych powyżej, ujawnionego w dokumentacji medycznej **Uczestnika**;
 - e. popełnienia lub próby popełnienia przez **Uczestnika** przestępstwa lub umyślnego samookaleczenia;
 - f. epidemii, pandemii, zakażeń i klęsk żywiołowych, aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - g. umyślnego i dobrowolnego udziału **Uczestnika** w aktach przemocy innych niż te, wskazane w punkcie (f), chyba, że **Uczestnik** bierze w nich udział w ramach wykonywania obowiązków zawodowych, działając w stanie wyższej konieczności lub obrony koniecznej, lub zaburzenia psychicznego;
 - h. działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w stopniu szkodliwym dla ludzi, z wyjątkiem stosowania terapii według zaleceń lekarza.
60. **Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienie lub brak możliwości zapewnienia dodatkowych **Świadczeń rzeczowych**, jeśli takie opóźnienie lub brak możliwości są wynikiem niżej wymienionych czynników i okoliczności leżących poza kontrolą **Ubezpieczyciela**:
- a. strajki, niepokój społeczny, zamieszki, akty terrorystyczne, sabotaż, wojna (wojna domowa), skutki promieniowania radioaktywnego, działanie siły wyższej, szczególne okoliczności oraz ograniczenia w przemieszczaniu się wprowadzone decyzją władz administracyjnych;
 - b. zaprzestanie produkcji technologii lekowej lub wyrobu medycznego, odnoszących się do **Technologii medycznej**, wskazanej na **Liście**, lub znaczące ograniczenie ich produkcji;
 - c. zaprzestanie importu technologii lekowej lub wyrobu medycznego, odnoszących się do **Technologii medycznej**, wskazanej na **Liście**, wynikające ze zmian przepisów regulujących import leków i wyrobów medycznych do Rzeczypospolitej Polskiej.
61. **Umowa** przewiduje **Okres karencji** (wynoszący 90 dni, który nie ma zastosowania do ubezpieczeń dodatkowych **Druga Opinia Medyczna** oraz **E-konsultacja**). Z zastrzeżeniem postanowień zawartych w zdaniu poprzednim, **Okres karencji** może zostać zastosowany lub zmieniony w związku z punktem 8 niniejszych **OWU**. **Okres karencji** obowiązuje licząc od daty przystąpienia **Uczestnika** do **Umowy** i ma zastosowanie do każdego **Uczestnika** przystępującego do **Umowy**.
62. Do **Uczestnika**, który po akceptacji **Ubezpieczyciela** przystępuje do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od uzyskania prawa do przystąpienia do ubezpieczenia, stosuje się 180-dniowy **Okres karencji** liczony od dnia przystąpienia, z wyjątkiem ubezpieczenia dodatkowego **Druga Opinia Medyczna**, dla którego stosuje się w tym przypadku 90-dniowy **Okres karencji** liczony od dnia przystąpienia.
63. **Uczestnik**, który odnawia **Ochronę ubezpieczeniową** po okresie, w którym **Ubezpieczający** nie opłacił **Składki ubezpieczeniowej** podlega 180-dniowemu **Okresowi karencji**, z wyjątkiem ubezpieczenia dodatkowego **Druga Opinia Medyczna**, dla którego stosuje się w tym przypadku 90-dniowy **Okres karencji** liczony od dnia przystąpienia.
64. Nie stosujemy protezy kończyny, jeżeli **Choroba** skutkująca **Amputacją** dotyczy **Choroby zastanej**.
65. Odpowiedzialność **Ubezpieczyciela** za **Terapię** w ramach **Ochrony ubezpieczeniowej** nie obejmuje odpowiedzialności za koszty podróży, zakwaterowania, koszty prawne, koszty wytworzenia lub zastąpienia dokumentacji medycznej lub koszty tłumaczenia dokumentacji (w szczególności dokumentacji medycznej) przez tłumacza przysięgłego czy innego tłumacza, które ponosi **Uczestnik**. Z zastrzeżeniem postanowień zawartych w zdaniu poprzednim, **Ubezpieczyciel** pokrywa wyłącznie koszty tłumaczenia dokumentacji medycznej dostarczonej przez **Uczestnika** w związku z realizacją świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego **Druga Opinia Medyczna**.
66. Jeśli metoda zastosowania **Terapii** ma się różnić od standardów jej prowadzenia i w związku z tym wzbudzi nasze zastrzeżenia, obowiązkiem **Lekarza prowadzącego** będzie przedstawienie nam wyczerpujących wyjaśnień w odniesieniu do wskazanych różnic. W odpowiedzi na naszą prośbę, dodatkową opinię w tej kwestii może wydać **Lekarz ekspert**. Negatywna opinia **Lekarza eksperta** może skutkować:
- a. zastąpieniem **Lekarza prowadzącego**,
 - b. zastąpieniem **Świadczeniodawcy** nadzorującego stosowanie **Terapii**,
 - c. innymi czynnościami zasugerowanymi w opinii.
67. **Technologie medyczne** i **Usługi medyczne** finansujemy wyłącznie w trakcie trwania **Terapii** i w celu jej stosowania. Nie finansujemy diagnostyki lub zewnętrznych opinii lekarskich w celu weryfikacji lub udowodnienia spełnienia kryteriów do objęcia **Terapią**, ani by udokumentować, iż **Uczestnik** spełnia **Wskazania do skorzystania z ubezpieczenia komplementarnego**. Wszelkie leki, wyroby medyczne, diagnostyka medyczna, kontrola medyczna, urządzenia, Usługi medyczne po zakończeniu lub przerwaniu **Terapii** nie należą do zakresu naszej odpowiedzialności oprócz leczenia **Zdarzeń niepożądanych zaistniałych w trakcie leczenia**, stanowiących bezpośredni skutek przedmiotowej **Terapii** w okresie do 360 dni od dnia zakończenia lub przerwania takiej **Terapii**.
68. Zastosowanie **Terapii** u konkretnego **Uczestnika** z użyciem **Technologii medycznej** wyklucza ponowne zastosowanie **Terapii** z wykorzystaniem tej samej **Technologii medycznej** u tego samego **Uczestnika** w ramach **Umowy**. Z zastrzeżeniem postanowień zawartych w zdaniu poprzednim, kolejna inna **Terapia** może być przeprowadzona u **Uczestnika** nie wcześniej niż po upływie 360 dni od dnia zakończenia lub przerwania poprzedniej **Terapii**.
69. **Ubezpieczyciel** nie świadczy usług medycznych.

Co powinni Państwo wiedzieć o Umowie jako Ubezpieczający?

Obowiązki Ubezpieczającego

70. **Ubezpieczający** zobowiązany jest przedstawić **OWU** i inne warunki ubezpieczenia, dotyczące konkretnego **Uczestnika**, osobie zainteresowanej przystąpieniem do ubezpieczenia.
71. W ramach **Umowy** zawartej na podstawie niniejszych **OWU**, **Ubezpieczający** będzie również zobowiązany do wykonania następujących czynności:
 - a. przedstawienia **Ubezpieczycielowi**, nie później niż w momencie opłacenia **Składki**, pisemnej listy **Uczestników** objętych **Umową** wraz ze specyfikacją przynależnych im **Kosztów ochrony**, które sumują się do kwoty należnej **Składki**;
 - b. przedstawienia **Ubezpieczycielowi** pisemnej listy **Uczestników** przystępujących i występujących z **Umowy**;
 - c. poinformowania **Ubezpieczyciela** o wystąpieniu każdego zdarzenia, skutkującego wygaśnięciem **Ochrony ubezpieczeniowej** danego **Uczestnika**;
 - d. niezwłocznie po powzięciu takiej informacji, poinformowania **Ubezpieczyciela** o wystąpieniu zdarzenia, objętego **Ochroną ubezpieczeniową**.
72. Ponadto, aby umożliwić **Ubezpieczycielowi** prawidłowe wykonywanie swych zobowiązań, wynikających z zawartej **Umowy**, **Ubezpieczający** zobowiązany jest do przekazania **Ubezpieczycielowi** na jego prośbę, następujących informacji:
 - a. listy **Uczestników** objętych ubezpieczeniem;
 - b. listy **Uczestników**, których **Ochrona ubezpieczeniowa** wygasła – **Ochrona ubezpieczeniowa** przyznana przez **Ubezpieczyciela** w ramach **Umowy**, wraz ze wskazaniem przyczyny wygaśnięcia;
 - c. dane dotyczące zatrudnienia u **Ubezpieczającego**, działalności gospodarczej **Ubezpieczającego**, oraz inne dane stanowiące podstawę do obliczenia kwoty **Kosztu ochrony** i realizacji postanowień **Umowy**;
 - d. dane adresowe **Uczestników**.
73. W celu zawarcia **Umowy** dla konkretnego **Uczestnika**, a także by dokonać zmiany **Umowy**, konieczna jest uprzednia zgoda **Uczestnika**. **Uczestnik** ma możliwość wyrażenia stosownej zgody **Ubezpieczającemu** na zmianę warunków **Umowy** i zakresu ubezpieczenia w **Deklaracji przystąpienia**. Zmiana **Umowy** bez zgody **Uczestnika** nie może naruszać jego praw, praw jako beneficjenta, ani praw osób upoważnionych na mocy **Umowy**.
74. **Uczestnik** może zażądać od **Ubezpieczyciela** przekazania mu informacji dotyczących postanowień **Umowy** oraz informacji o **OWU** – w zakresie, w którym informacje te dotyczą praw i obowiązków **Uczestnika**.
75. **Ubezpieczający** zobowiązany jest przekazać **Uczestnikowi** powiadomienie za pośrednictwem poczty elektronicznej lub, jeśli **Uczestnik** wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku wskazanym przez **Ubezpieczyciela**, zawierające następujące informacje, które otrzyma od **Ubezpieczyciela**, dotyczące:
 - a. zmiany warunków **Umowy** lub zmiany przepisów prawa ją regulujących, określające wpływ tych zmian na wartość uposażenia, do którego jest uprawniony – przed wyrażeniem przez **Ubezpieczającego** zgody na wspomniane zmiany;
 - b. zakresu świadczeń, do których uprawniony jest **Uczestnik** na mocy **Umowy**, jeśli zakres ten ulegnie zmianie w trakcie obowiązywania **Umowy** – niezwłocznie po otrzymaniu informacji od **Ubezpieczyciela**;
 - c. zmiany **Limitu odpowiedzialności** lub **Limitu amputacyjnego**, wyrażonego kwotowo, jeśli świadczenie ustalone jest na tej podstawie – niezwłocznie po otrzymaniu informacji od **Ubezpieczyciela**;
 - d. zakończenia **Umowy** oraz ustania **Ochrony ubezpieczeniowej** – niezwłocznie po otrzymaniu informacji od **Ubezpieczyciela**.
76. W przypadku niewykonania, bądź nienależytego wykonania obowiązków wskazanych w **OWU**, **Ubezpieczający** ponosi odpowiedzialność wobec **Ubezpieczyciela** na zasadach ogólnych.

W jaki sposób można zawrzeć pierwszą roczną Umowę?

77. Zawierają Państwo **Umowę** na czas określony, na okres jednego roku. **Umowa** może zostać przedłużona na kolejny roczny okres ubezpieczenia zgodnie z zasadami określonymi w **OWU**.
78. Do zawarcia **Umowy** należy dostarczyć kompletny **Wniosek o ubezpieczenie**, wypełniony i podpisany przez **Ubezpieczającego**, do którego, o ile strony nie postanowią inaczej, **Ubezpieczający** dołącza:
 - a. imienną listę przystępujących **Uczestników**,
 - b. **Deklarację przystąpienia** podpisaną przez **Uczestników** przystępujących do **Umowy** przed ich przystąpieniem,
 - c. inne wymagane dokumenty, które **Ubezpieczyciel** uzna za niezbędne do zawarcia **Umowy**.
79. W wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego **Ubezpieczyciel** może odmówić zawarcia **Umowy** lub zaproponować **Ubezpieczającemu** zawarcie **Umowy** na warunkach odbiegających od treści zawartych we **Wniosku o ubezpieczenie** (kontrafercie). Kontrafercta jest składana poprzez przekazanie **Ubezpieczającemu** **Polisy ubezpieczeniowej** wraz z informacją w odrębnym piśmie o postanowieniach **Umowy** odbiegających od treści **Wniosku o ubezpieczenie**. Jednocześnie **Ubezpieczyciel** wyznaczy **Ubezpieczającemu** co najmniej 7-(siedmio-) dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu. Jeżeli sprzeciw nie zostanie zgłoszony, uważa się, że kontrafercta **Ubezpieczyciela** została przyjęta, a **Umowę** uważa się za zawartą na warunkach zaproponowanych przez **Ubezpieczyciela** w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego na zgłoszenie sprzeciwu. W razie wniesienia sprzeciwu **Umowę** uważa się za niezawartą.

80. **Ubezpieczający** może wycofać złożoną do **Ubezpieczyciela** propozycję do czasu doręczenia mu **Polisy ubezpieczeniowej**.

Jak mogę zawrzeć kolejną roczną Umowę oraz jak rozszerzyć zakres ubezpieczenia?

81. Nie później niż 30 dni przed ostatnim dniem obowiązywania danej **Umowy**, **Ubezpieczyciel** przedstawi **Ubezpieczającemu** ofertę przedłużenia **Umowy** na kolejny okres roczny od dnia **Rocznicy polisy**, zgodnie z aktualną **Listą technologii medycznych** oraz aktualnym **Wykazem wariantów**.
82. W celu przyjęcia oferty **Ubezpieczyciela** i przedłużenia **Umowy** na kolejny roczny okres ważności, **Ubezpieczający** zobowiązany jest do zapłaty **Składki** określonej w ofercie **Ubezpieczyciela** nie później niż w dniu wygaśnięcia **Umowy**.
83. **Ubezpieczyciel** może również podjąć decyzję o nieskładaniu **Ubezpieczającemu** propozycji przedłużenia **Umowy** i **Ochrony ubezpieczeniowej** na kolejny okres roczny. W takim przypadku **Ubezpieczający** informuje o tym fakcie **Ubezpieczającego** nie później niż 30 dni przed ostatnim dniem obowiązywania danej **Umowy**.
84. Oferta **Ubezpieczyciela** dotycząca warunków przedłużenia **Umowy**, a tym samym odnowienia **Ochrony ubezpieczeniowej** na kolejny roczny okres obowiązywania będzie zawierała propozycję utrzymania wybranych wcześniej **Wariantów** w zmodyfikowanej wersji, zgodnie z regułą modyfikacji określoną w punkcie 13 niniejszych **OWU**.
85. **Ubezpieczyciel** może – na potrzeby kolejnych **Umów** lub przedłużenia już zawartych – co pewien czas aktualizować (modyfikować) **Wykaz wariantów** przez:
- korygowanie **Składki** dla poszczególnych **Wariantów**,
 - rozszerzenie zakresu **Ochrony ubezpieczeniowej** poprzez dodanie nowych **Technologii medycznych** do istniejących **Wariantów**,
 - zawężenie zakresu **Ochrony ubezpieczeniowej** poprzez usunięcie określonych **Technologii medycznych** z istniejących **Wariantów**,
 - dodanie nowych **Wariantów**.
86. W przypadku uzgodnienia między stronami rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, **Ubezpieczyciel** może zażądać od **Uczestników**, których ma objąć ta zmiana, wypełnienia **Kwestionariusza medycznego** i złożenia oświadczeń o stanie zdrowia. W przypadku udzielenia zgody na rozszerzenie zakresu ubezpieczenia, w odniesieniu do **Technologii medycznych** dotychczas nie objętych zakresem ubezpieczenia, obowiązuje 180-dniowy **Okres karencji** liczony od dnia, w którym dany **Uczestnik** po raz pierwszy zostanie objęty **Ochroną ubezpieczeniową** w ramach zmodyfikowanego **Wariantu**. Nasza ocena przedłożonego **Kwestionariusza medycznego** z oświadczeniem o stanie zdrowia może skutkować udzieleniem lub nieudzieleniem, lub zmianą warunków poprzez wprowadzenie do **Umowy** postanowień dodatkowych.

Kiedy rozpoczyna się i kończy okres ubezpieczenia?

87. **Uczestnikowi** przysługuje **Ochrona ubezpieczeniowa** z tytułu zawartej **Umowy**, której dzień zawarcia oznaczony w **Polisie ubezpieczeniowej** jest początkiem okresu udzielania **Ochrony ubezpieczeniowej** **Uczestnikom** przystępującym w dacie zawarcia **Umowy**.
88. Ostatnim dniem **Ochrony ubezpieczeniowej**, przysługującej **Uczestnikowi** jest dzień:
- śmierci **Uczestnika**;
 - wygaśnięcia lub rozwiązania **Umowy**;
 - zakazów roku ubezpieczenia, w którym **Uczestnik** kończy 67 lat;
 - ostatni dzień ostatniego **Okresu składkowego**, za który opłacona została **Składka** w przypadku, gdy zalegała **Składka** nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie 7 dni wskazanym przez **Ubezpieczyciela** w wezwaniu do zapłaty dostarczonej **Ubezpieczającemu**, informującym o konsekwencjach braku płatności w tym terminie.
89. W przypadkach określonych w punkcie 88 b oraz d, **Uczestnik**, który:
- otrzymał w trakcie **Umowy** diagnozę **Choroby** ze wskazaniem do rozpoczęcia leczenia i ta diagnoza zgodnie z aktualną wiedzą medyczną może skutkować użyciem **Technologii medycznej** zapisanej na **Listie** w trakcie pierwszej linii leczenia lub w kolejnych liniach leczenia tej **Choroby**; lub
 - znajduje się w trakcie **Terapii** w ramach **Umowy**;
- wówczas taki **Uczestnik** może podjąć decyzję o kontynuacji **Ochrony ubezpieczeniowej** w ramach indywidualnej kontynuacji **Umowy**. W indywidualnej kontynuacji **Umowy** zakres **Ochrony ubezpieczeniowej** ogranicza się wyłącznie do leczenia, które umożliwiło **Uczestnikowi** rozpoczęcie indywidualnej kontynuacji **Umowy**, jak ją określono powyżej. W takiej sytuacji **Uczestnik** powinien złożyć **Ubezpieczycielowi** oświadczenie o zamiarze kontynuacji najpóźniej w ostatnim dniu **Ochrony ubezpieczeniowej**.
90. W okresie kontynuacji **Ochrona ubezpieczeniowa** jest udzielana tylko w zakresie realizacji leczenia przypadków określonych w pkt. 89 a. i 89 b. i na warunkach określonych w niniejszych **OWU**. Postanowienia **OWU** odnoszące się do **Ubezpieczającego** stosują się odpowiednio do **Uczestnika**.
91. W okresie kontynuacji **Uczestnik** zobowiązany jest uiszczać składkę w wysokości równej jego dotychczasowemu **Kosztowi ochrony** w terminach wynikających z dotychczas obowiązującej **Umowy**. W razie braku zapłaty składki, **Ubezpieczyciel** wezwie **Uczestnika** do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.
92. **Ochrona ubezpieczeniowa** w ramach indywidualnej kontynuacji wygasa z upływem 24 miesięcy od jej rozpoczęcia, lecz nie trwa dłużej niż 12 miesięcy realizacji leczenia w okresie indywidualnej kontynuacji **Umowy**. Okres realizacji leczenia rozpoczyna się wraz z rozpoczęciem leczenia w okresie trwania indywidualnej kontynuacji i kończy się 12 miesięcy po rozpoczęciu leczenia.

Uczestnik może wypowiedzieć kontynuację ubezpieczenia z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

Ile wynosi Składka i jakie są zasady jej opłacania?

93. Jako **Ubezpieczający** są Państwo zobligowani do przekazania nam **Składki** z tytułu **Umowy** w wysokości i z częstotliwością określoną w **Umowie**.
94. Wysokość **Składki** odpowiada całkowitemu **Kosztowi ochrony**, której udzielamy w ramach **Umowy**. **Koszt ochrony** dla każdego **Uczestnika** jest stały w czasie trwania jednej rocznej **Umowy**. **Koszt** ten nie może być zmieniony do momentu przedłużenia **Umowy** na kolejny roczny okres ubezpieczenia obowiązujący w dniu **Rocznicy polisy**.
95. **Składka** opłacana jest regularnie w okresie trwania **Umowy**. **Umowa** może określać miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną częstotliwość przekazywania **Składki**. W zależności od wybranej przez Państwa częstotliwości opłacania **Składki**, będzie ona płatna odpowiednio za okresy miesięczne, kwartalne, półroczne lub roczne **Ochrony ubezpieczeniowej**, którą świadczymy **Uczestnikom**. Wysokość **Kosztu ochrony** uwzględnia **Okres karencji**.
96. **Składka** ubezpieczeniowa płatna jest z dołu do 28 dnia po rozpoczęciu danego okresu, za który jest należna.
97. W przypadku przekroczenia terminu przekazania należnej i wymagalnej **Składki** o ponad 30 dni mamy prawo wezwać Państwa do zapłaty zaległej **Składki**, wyznaczając dodatkowy termin jej zapłaty wynoszący co najmniej 14 dni, licząc od daty otrzymania przez Państwa naszego wezwania. Jeżeli **Składka** nie zostanie uregulowana w dodatkowym terminie, który Państwu wyznaczaliśmy, **Umowa** wygasa z końcem ostatniego dnia okresu, za który opłacona była **Składka**.

Jakie są konsekwencje podania nieprawdziwych informacji?

98. Są Państwo zobowiązani do poinformowania nas o wszystkich znanych Państwu okolicznościach, o które pytamy we **Wniosku o ubezpieczenie** lub w innych pismach przed zawarciem **Umowy**. Obowiązki określone w poprzednim zdaniu dotyczą Państwa, **Uczestników** i kontrahentów.
99. Jeżeli wbrew prawdzie poinformuj nas Państwo o okolicznościach, o których mowa w powyższym punkcie, nie będziemy ponosić odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeśli obowiązki, o których mowa w powyższym punkcie, zostaną naruszone z powodu umyślnego wykroczenia, wówczas w przypadku wątpliwości przyjmiemy, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest wynikiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzednim.
100. Wnosząc o zmianę zakresu ubezpieczenia, są Państwo zobowiązani do poinformowania nas o wszystkich znanych Państwu okolicznościach, o które pytamy we **Wniosku o ubezpieczenie** w celu zmiany **Umowy**, lub w innych pismach przed rozpatrzeniem **Wniosku o ubezpieczenie** w celu dokonania zmiany.

Kiedy można rozwiązać Umowę?

101. **Umowa** zostaje rozwiązana w następujących przypadkach:
- odstąpienia przez Państwa od **Umowy** w terminie 30 dni od jej zawarcia. W takim przypadku **Ochrona ubezpieczeniowa** zapewniona jest do dnia, w którym otrzymamy od Państwa oświadczenie woli o odstąpieniu od **Umowy**. Odstąpienie od **Umowy** nie zwalnia Państwa z obowiązku zapłaty **Składki** za okres, w którym zapewniliśmy **Ochronę ubezpieczeniową**;
 - wypowiedzenia przez Państwa **Umowy** zgodnie z punktem 103;
 - upływu okresu, na jaki została zawarta **Umowa**, chyba że zostanie ona przedłużona;
 - z końcem ostatniego dnia dodatkowego terminu, o którym mowa w punkcie 97 powyżej.
102. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta **Umowa**, **Ubezpieczającemu** przysługuje zwrot **Składki** za niewykorzystany okres **Ochrony ubezpieczeniowej**.
103. **Ubezpieczający** może rozwiązać **Umowę** w każdym czasie. W takim przypadku zostanie ona rozwiązana po upływie 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia.
104. **Ubezpieczyciel** może wypowiedzieć **Umowę** ze skutkiem natychmiastowym z ważnych powodów, którymi są:
- poważne, powtarzające się naruszenie **Umowy** przez **Ubezpieczającego**;
 - sytuacja, kiedy liczba **Uczestników** w grupie objętej **Umową** będzie stanowiła mniej niż 80% całkowitego stanu zatrudnienia w prowadzonej przez **Ubezpieczającego** działalności gospodarczej, której dotyczy dana **Umowa**, o ile strony nie postanowiły inaczej.

W jaki sposób nowi Uczestnicy mogą przystąpić do Umowy w trakcie jej obowiązywania oraz jak można z niej wystąpić

105. **Ubezpieczyciel** może objąć **Ochroną ubezpieczeniową** nowo przystępujących **Uczestników** do **Umowy**, w trakcie jej obowiązywania, na podstawie dostarczonej przez **Ubezpieczającego** listy **Uczestników** przystępujących i podpisanych przez nich **Deklaracji przystąpienia** i o ile **Ubezpieczyciel** tego zażąda, wypełnienia przez nich **Kwestionariusza medycznego**.
106. Wystąpienie **Uczestnika** z **Umowy** dokonuje się na podstawie dostarczonej listy **Uczestników** występujących, przekazanej **Ubezpieczycielowi** przez **Ubezpieczającego** w terminie

poprzedzającym wymagalność należnej **Składki**, która obejmuje i pokrywa **Koszt ochrony** występującego z ubezpieczenia **Uczestnika**.

107. Przy obejmowaniu **Ochroną ubezpieczeniową** nowo przystępujących **Uczestników**, o których mowa w punkcie poprzedzającym, mają zastosowanie niniejsze **OWU**.
108. **Ubezpieczyciel** wyposaża **Ubezpieczającego** w stosowną procedurę realizacji przystąpienia i wystąpienia **Uczestników** w trakcie obowiązywania **Umowy**.

Proteza kończyny dla Uczestnika po Amputacji Informacja o ubezpieczeniu dodatkowym

109. W ramach działań związanych z zapewnieniem protezy, zapewnimy wykonanie nowoczesnej protezy kończyny dla **Uczestnika**, który przeszedł **Amputację** w rozumieniu niniejszych **OWU**.
110. Proteza będzie dopasowana w sposób umożliwiający **Uczestnikowi** wykonywanie codziennych czynności w sposób i w zakresie jak najbardziej zbliżonym do sposobu i zakresu, który **Uczestnik** wykonywał przed **Amputacją**.
111. W procesie dopasowania protezy będziemy brać pod uwagę następujące czynniki jako istotne:
 - a. sprawność fizyczną i poziom aktywności fizycznej,
 - b. ogólny stan zdrowia i wagę,
 - c. poziom amputacji,
 - d. stan kikutu,
 - e. poziom motywacji,
 - f. oczekiwania co do protezy,
 - g. a także warunki zawodowe i prywatne, w jakich funkcjonuje **Uczestnik**.
112. Dopasowanie protezy przeprowadzane jest przez placówkę ortopedyczną specjalizującą się w dopasowywaniu sztucznych kończyn zastępczych tej części kończyny, którą **Uczestnik** utracił w wyniku **Amputacji**.
113. W procesie wykonywania protezy będziemy stosować następujące zasady:
 - a. zakładamy, że podstawowym celem wykonania protezy jest zrekomensowanie w największym możliwym stopniu niepełnosprawności w ramach **Limitu amputacyjnego**;
 - b. wszystkie części protezy będą dopasowywane indywidualnie z wykorzystaniem dostępnych technik medycznych, w tym również tych, które są zdefiniowane jako technika na poziomie światowym.
114. W wyniku działań, o których mowa w poprzednim punkcie, zapewnimy **Uczestnikowi** protezę, która według oceny niezależnych specjalistów w ośrodku ortopedycznym wykonującym protezę będzie optymalna dla danego **Uczestnika** pod względem przywrócenia sprawności, funkcjonalności, łatwości obsługi i komfortu użytkowania, z zastrzeżeniem postanowień punktów poniżej.
115. Wyboru typu protezy dokonywać będą niezależni technicy ortopedzi lub lekarze specjalizujący się w chirurgii lub ortopedii lub rehabilitacji ortopedycznej z ośrodka ortopedycznego dostarczającego protezę po przeprowadzeniu wielopłaszczyznowej analizy potrzeb i warunków **Uczestnika** pod kątem medycznych i technicznych możliwości dopasowania protezy kończyny lub części kończyny **Uczestnika**.
116. Zapewnimy protezę (lub protezy, w przypadku współistniejącej **Amputacji** więcej niż jednej kończyny), której łączny koszt nie będzie wyższy niż **Limit amputacyjny** odnoszący się do **Uczestnika**, określony w dokumencie **Polisy ubezpieczeniowej** oraz **Dowodzie ubezpieczenia**.
117. Zapewnienie protezy związane z przeprowadzoną **Amputacją** będzie finansowane do wysokości **Limitu amputacyjnego**, określonego w **Polisie ubezpieczeniowej**. Wysokość finansowania protezy lub protez w związku z daną **Amputacją** może ulec zmianie w okresie obowiązywania **Ochrony ubezpieczeniowej** wynikającej z niniejszej **Umowy**. W danym dniu będzie ona równa różnicy pomiędzy **Limitem amputacyjnym** a sumą wydatków związanych z wykonaniem protezy (lub protez), o której mowa w zdaniu poprzednim, poniesionych do dnia, w którym wysokość pozostałej kwoty jest określana.
118. Odnowiony w dniu **Rocznicy polisy Limit amputacyjny** nie służy do pokrycia żadnej części kosztów dostarczenia protezy w związku z **Amputacją**, która miała miejsce przed datą odnowienia tego limitu. **Limit amputacyjny** odnowiony w dniu **Rocznicy polisy** służy pokryciu kosztów dostarczenia protezy **Uczestnikowi**, jeżeli po dacie **Rocznicy polisy**, w kolejnym roku trwania **Ochrony ubezpieczeniowej** miałaby miejsce kolejna **Amputacja**.
119. Wybór, wykonanie, dopasowanie i zaopatrzenie **Uczestnika**, który doznał **Amputacji**, w protezę, może rozpocząć się nie wcześniej niż po przygotowaniu części kończyny pozostającej po **Amputacji** (tzw. kikutu) do zaprotezowania. Decyzję o możliwości podjęcia działań zmierzających do zaopatrzenia **Uczestnika** w protezę podejmuje uprawniony specjalista zatrudniony w ośrodku ortopedycznym, w którym proteza zostanie wykonana.
120. W procesie wyposażania **Uczestnika** w protezę nie mają zastosowania ograniczenia czasowe określone w niniejszych **OWU** dotyczące terminów dostarczenia **Uczestnikowi** danej **Technologii medycznej** przypisanej do **Terapii**.
121. Po złożeniu przez **Uczestnika** wniosku o wykonanie świadczenia i dostarczeniu nam przez niego wszystkich wymaganych dokumentów, w tym pełnej dokumentacji medycznej dotyczącej **Amputacji**, niezwłocznie przystąpimy do rozpatrywania wniosku o świadczenie.

122. Po uznaniu zgłoszenia za uzasadnione, niezwłocznie rozpoczniemy proces zaopatrzenia **Uczestnika** w protezę.
123. **Uczestnik** zostanie zaopatrzony w protezę, której koszt nie przekracza pozostałej części kwoty **Limitu amputacyjnego**, a my uznamy, że wypełniliśmy nasze zobowiązanie w zakresie zapewnienia protezy opisane w **OWU**, kiedy:
 - a. niezależny lekarz ze współpracującego ośrodka ortopedycznego we współpracy z technikami ortopedą dokonał wyboru najodpowiedniejszej protezy; następnie dostarczymy **Uczestnikowi** protezę, dopasujemy ją, łącznie z wykonaniem ostatecznego dopasowania leja protezy i przeszkolimy **Uczestnika** w jej użytkowaniu; lub
 - b. **Uczestnik** zrezygnuje z dostarczenia mu protezy; lub
 - c. upoważniony lekarz lub specjalista współpracujący z ośrodkiem ortopedycznym podjął decyzję o przerwaniu procesu dostarczania protezy z przyczyn medycznych.
124. **Ubezpieczyciel** może wyrazić zgodę na dofinansowanie ze środków własnych **Uczestnika** w wysokości różnicy pomiędzy kosztami zapewnienia protezy a pozostałą częścią **Limitu amputacyjnego** do wykorzystania.
125. W ramach zapewnienia **Uczestnikowi** protezy wykonamy następujące czynności uzupełniające dla **Uczestnika**, który wymaga protezy:
 - a. jako przygotowanie do wykonania protezy przeprowadzimy niezbędną rehabilitację i dokonamy adaptacji leja lub, w przypadku zmian fizjologicznych w okolicy kikutu, które nastąpiły w trakcie zapewniania protezy, wymienimy lej;
 - b. w ramach edukacji zdrowotnej przeszkolimy **Uczestnika** w zakresie zakładania i zdejmowania protezy, prawidłowego obchodzenia się z protezą oraz pielęgnacji kikutu.
126. Odpowiedzialność **Ubezpieczyciela** w zakresie zapewnienia **Uczestnikowi** protezy w związku z **Amputacją** wygasa z chwilą zaistnienia jednej z poniższych okoliczności:
 - a. wywiązaliśmy się z obowiązku dostarczenia **Uczestnikowi** protezy zgodnie z postanowieniami powyższych punktów; lub
 - b. w związku z wykonaniem protezy (lub protez) związaną z daną **Amputacją**, kwota **Limitu amputacyjnego** została wyczerpana, zaś **Uczestnik** nie pokryje ze środków własnych kwoty różnicy pomiędzy kosztami wykonania protezy a pozostałą częścią **Limitu amputacyjnego** do wykorzystania;
 - c. upłynęło 360 dni od dnia wydania przez ośrodek ortopedyczny decyzji kwalifikującej **Uczestnika** do rozpoczęcia procesu wykonania protezy, która to decyzja wydawana jest niezależnie od **Ubezpieczyciela** na podstawie badania stanu ogólnego **Uczestnika** i stanu kikutu. Okres 360 dni, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, może zostać przedłużony za zgodą **Ubezpieczyciela**, jeżeli wystąpią warunki medyczne uzasadniające takie przedłużenie.
127. Po dostarczeniu **Uczestnikowi** protezy i wypełnieniu naszych zobowiązań, niewykorzystana kwota **Limitu amputacyjnego** nie podlega wypłacie lub zwrotowi na rzecz **Uczestnika**.
128. Wszelkie spory pomiędzy **Ubezpieczycielem** a **Uczestnikiem**, dotyczące rodzaju protezy i sposobu jej wykonania, mogą być kierowane do **Lekarza eksperta** w celu ich rozstrzygnięcia.

Druga Opinia Medyczna – ubezpieczenie dodatkowe

Kto może korzystać z ubezpieczenia Drugiej Opinii Medycznej?

129. Z **Drugiej Opinii Medycznej (DOM)**, która jest zawarta w **Umowie**, może korzystać **Uczestnik** oraz jego **Członek rodziny**.
130. **Uczestnik** i jego **Członek rodziny** otrzymują dostęp do **DOM**, zaś **Ubezpieczający** jest zobowiązany do opłacenia **Składki** pokrywającej **Koszt ochrony** dotyczący **Uczestnika**, co zarazem pokrywa koszt ochrony **Członka rodziny**.

Druga Opinia Medyczna – wprowadzenie

131. W ramach **DOM**, **Uczestnik** oraz **Członek rodziny** mają możliwość indywidualnego uzyskania **DOM**, jeżeli w trakcie trwania **Ochrony ubezpieczeniowej** u **Uczestnika** lub **Członka rodziny** zostanie zdiagnozowana **Choroba**. Diagnoza oznacza jakąkolwiek formę ostatecznego rozpoznania klinicznego dokonanego przez **Lekarza**, które to ma na celu zdefiniowanie **Choroby** lub stanu zdrowia **Uczestnika** lub **Członka rodziny**.
132. Za datę postawienia diagnozy uważa się datę postawienia diagnozy przez **Lekarza**, tj. pojawienia się pierwszej diagnozy w dokumentacji medycznej **Uczestnika** lub **Członka rodziny**. W przypadku choroby nowotworowej za datę postawienia diagnozy uznaje się datę uzyskania wyniku badania histopatologicznego potwierdzającego diagnozę. W przypadku niezłośliwego guza mózgu lub innych **Chorób** objętych **DOM** – jest to data wskazana w dokumentacji medycznej, kiedy to jednoznacznie potwierdzono rozpoznanie łagodnego guza mózgu lub **Choroby**.
133. W celu rozpoczęcia realizacji **DOM**, **Uczestnik** lub **Członek rodziny** powinien zadzwonić pod numer telefonu +48 22 357 49 49
134. Poniższe informacje są niezbędne do prawidłowej weryfikacji uprawnień **Uczestnika** lub **Członka rodziny**:
 - a. imię/imiiona i nazwisko **Uczestnika** lub **Członka rodziny**;
 - b. miejsce zamieszkania **Uczestnika** lub **Członka rodziny**;
 - c. numer PESEL lub data urodzenia **Uczestnika** lub **Członka rodziny**;
 - d. dane kontaktowe: numer telefonu, adres e-mail.

Proces przygotowania Drugiej Opinii Medycznej

135. Na proces przygotowania **DOM** składają się:

Powiadomienie i weryfikacja

- Po zgłoszeniu telefonicznym, **Organizator serwisu**, w sposób uzgodniony z **Uczestnikiem** lub **Członkiem rodziny** (przesyłka pocztowa, e-mail, kurier), przesyła dokumenty niezbędne do przeprowadzenia sprawy, m.in. „Zgodę na **żądanie dokumentacji medycznej**” wraz ze „Zgodą na **przetwarzanie danych osobowych**”, które upoważniają **Organizatora serwisu** do uzyskania w imieniu **Uczestnika** lub **Członka rodziny** dokumentacji z placówek medycznych, jak również do ich przetwarzania w sposób niezbędny do sporządzenia **DOM**.

Dokumentacja medyczna i wywiad

- Po otrzymaniu podpisanych dokumentów, pracownik **Organizatora serwisu** ustali z **Uczestnikiem** lub **Członkiem rodziny**, w jaki sposób możliwe jest jak najszybsze uzyskanie kompletnej dokumentacji medycznej, na podstawie której świadczona jest **DOM**. Jeżeli **Uczestnik** lub **Członek rodziny** nie posiada kompletnej dokumentacji, wówczas zostanie poproszony o wskazanie placówek medycznych, w których **Organizator serwisu** poprosi o dostęp do odpowiednich dokumentów.
- Dokumentacja medyczna odnosi się do pisemnych dokumentów medycznych powiązanych z **Uczestnikiem** lub **Członkiem rodziny** w formie jakiej zostały one opracowane przez **Lekarza**, innych pracowników służby zdrowia lub zaangażowane placówki medyczne. Na ogół, zawierają one pisemne podsumowanie pierwszej diagnozy, podsumowanie rekomendowanej lub wprowadzonej metody leczenia, jak również dokumentację powiązaną taką jak: badania rentgenowskie; raporty patologiczne; dane obrazowania komputerowego; wyniki badań laboratoryjnych czy informacje dodatkowe uzyskane przez placówki medyczne.
- W tym czasie przeprowadzany jest ogólny wywiad dotyczący schorzeń psychofizycznych, które mogą mieć wpływ na postawioną diagnozę: waga, wzrost, choroby przewlekłe, uzależnienia, dalsze informacje niezbędne do wydania opinii medycznej, jak również uzgodnienie pytań, które **Uczestnik** lub **Członek rodziny** chciałby zadać specjalistycznej placówce medycznej w związku z postawioną **Uczestnikowi** lub **Członkowi rodziny** diagnozą **Choroby**.
- Do uzyskania **DOM** niezbędne jest posiadanie przez **Uczestnika** lub **Członka rodziny** dokumentacji medycznej związanej z daną **Chorobą**, nie starszej niż 12 miesięcy. Tylko dzięki aktualnej dokumentacji medycznej przedstawiona **DOM** będzie adekwatna do stanu zdrowia **Uczestnika** lub **Członka rodziny**.
- Na tym etapie **Uczestnikowi** lub **Członkowi rodziny** mogą być zadawane dodatkowe pytania dotyczące przebiegu **Choroby**, leczenia, innych aspektów wpływających na zdrowie **Uczestnika** lub **Członka rodziny**.

Wybór Wiodących Ośrodków Medycznych na Świecie

- Na podstawie diagnozy **Choroby** i zebranej dokumentacji medycznej wskazuje się 3 (trzy) **Wiodące Ośrodki Medyczne na Świecie**, które są rekomendowane do przygotowania **DOM**. Lista wyboru przekazywana jest **Uczestnikowi** lub **Członkowi rodziny** w uzgodniony sposób (przesyłką pocztową, pocztą elektroniczną, kurierem). W celu dalszego postępowania w sprawie konieczne jest pisemne potwierdzenie wyboru **Wiodącego Ośrodka Medycznego na Świecie** przez **Uczestnika** lub **Członka rodziny** lub jego przedstawiciela.

Przygotowanie Drugiej Opinii Medycznej

- Wiodący Ośrodek Medyczny na Świecie** wskazany przez **Uczestnika** lub **Członka rodziny**, na podstawie dokumentacji, przygotowuje **DOM**, jak również udziela odpowiedzi na zadane pytania. Na tym etapie mogą ponownie pojawić się dodatkowe pytania do **Uczestnika** lub **Członka rodziny** dotyczące przebiegu **Choroby**, leczenia, innych aspektów wpływających na jego zdrowie.
- Przygotowana **DOM** jest wysyłana do **Uczestnika** lub **Członka rodziny** w uzgodniony sposób (e-mailem lub przesyłką pocztową/kurierem).
- DOM**, ze względu na swą wyjątkowość informacyjną rolę, może potwierdzić diagnozę **Choroby** i proponowane leczenie, zmodyfikować je lub całkowicie zmienić. **Uczestnik** lub **Członek rodziny** ma możliwość zadawania pytań w przypadku jakichkolwiek wątpliwości co do wydanej opinii. **Organizator usługi** przekazuje te pytania do **Wiodącego Ośrodka Medycznego na Świecie** przygotowującego **DOM** lub zorganizuje telekonferencję według uznania **Uczestnika** lub **Członka rodziny**.

Jakie są specyficzne zastrzeżenia i ograniczenia stosowane w odniesieniu do Drugiej Opinii Medycznej?

- Zdalna realizacja **DOM** umożliwia **Uczestnikowi** lub **Członkowi rodziny** skonsultowanie diagnozy i najodpowiedniejszej, zalecanej opcji leczenia dla ich konkretnego schorzenia. **Uczestnik** lub **Członek rodziny** mogą w większości przypadków zwrócić się o **DOM**, z następującymi wyjątkami:
 - Uczestnik** lub **Członek rodziny** nie otrzymał diagnozy **Choroby** – aby **Wiodący Ośrodek Medyczny na Świecie** mógł potwierdzić diagnozę i przedstawić zalecenia terapeutyczne dotyczące konkretnego stanu chorobowego, **Uczestnik** lub **Członek rodziny** musi posiadać oficjalną diagnozę wystawioną przez lekarza prowadzącego, jako warunek konieczny do potwierdzenia diagnozy i przedstawienia zaleceń terapeutycznych dotyczących konkretnego stanu chorobowego;
 - Uczestnik** lub **Członek rodziny** nie był badany przez lekarza prowadzącego w ciągu ostatnich 12 miesięcy – **Wiodący Ośrodek Medyczny na Świecie** wymaga najnowszej dokumentacji medycznej w celu dostarczenia **Uczestnikowi** lub **Członkowi rodziny** odpowiednich zaleceń dotyczących leczenia;
 - u **Uczestnika** lub **Członka rodziny** rozwinął się stan ostry lub zagrażający życiu – jeżeli **Uczestnik** lub **Członek rodziny** wymaga natychmiastowej pomocy medycznej, powinien pilnie zwrócić się o pomoc do lekarza prowadzącego leczenie, a nie zwlekać w oczekiwaniu na otrzymanie **DOM**;
 - wymagane jest badanie fizykalne **Uczestnika** lub **Członka rodziny** – pewne schorzenia będą zawsze wymagały osobistego badania i oceny (choroba psychiczna). Zrozumiałe jest, że takie przypadki nie kwalifikowałyby się do uzyskania **DOM** na odległość.

- Jeżeli **Uczestnik** lub **Członek rodziny** nie dostarczy wszystkich oczekiwanych dokumentów, **DOM** jest wydawana na podstawie dostępnych dokumentów, chyba że nie jest możliwe wydanie opinii na podstawie tych dokumentów, wówczas **Organizator serwisu** przekazuje **Uczestnikowi** lub **Członkowi rodziny** informację o odmowie wraz z jej uzasadnieniem i kompletem dokumentów.

Kiedy Uczestnik i Członek rodziny może skorzystać z Drugiej Opinii Medycznej?

- Uczestnik** i **Członek rodziny** mogą korzystać z **DOM** po opłaceniu **Składki**, która obejmuje i pokrywa **Koszt ochrony** dotyczący **Uczestnika**, co zarazem pokrywa koszt ochrony **Członka rodziny**. Nie stosuje się **Okresu karencji**, z zastrzeżeniem punktu 8 niniejszych **OWU**.
- Świadczenie **DOM** na rzecz danego **Uczestnika** i **Członka rodziny** wygasa:
 - w dniu śmierci **Uczestnika**,
 - gdy **Składka**, która obejmuje **Koszt ochrony** dotyczący **Uczestnika**, co zarazem pokrywa koszt ochrony **Członka rodziny**, nie zostanie zapłacona, o czym mowa w punkcie 88 d. i 91 niniejszych **OWU**,
 - w dniu wygaśnięcia **Umowy**.
 Przy czym śmierć danego **Członka rodziny** powoduje wygaśnięcie świadczenia **DOM** wyłącznie dla danego zmarłego **Członka rodziny**, natomiast nie powoduje wygaśnięcia świadczenia **DOM** dla **Uczestnika** oraz innego **Członka rodziny**.

E-KONSULTACJA I E-KONSULTACJA PLUS –

ubezpieczenie dodatkowe

Kto może korzystać z E-konsultacji i E-Konsultacji PLUS?

- E-konsultacje** i **E-konsultacje PLUS** mogą być świadczone tylko na rzecz **Uczestnika**.
- Z **E-konsultacji** i **E-Konsultacji PLUS** mogą korzystać wyłącznie osoby fizyczne posiadające pełną zdolność do czynności prawnych, do których **Organizator serwisu** skierował ofertę skorzystania z **E-konsultacji** oraz **E-Konsultacji PLUS** i za które została zapłacona należna **Składka** pokrywająca **Koszt ochrony** zgodnie z postanowieniami **Umowy**.
- Uczestnik** uzyskuje dostęp do **E-konsultacji** i **E-Konsultacji PLUS**, która jest objęta **Umową**, a **Ubezpieczający** jest zobowiązany do zapłaty **Składki** pokrywającej miesięczny **Koszt ochrony** **Uczestnika**.

E-konsultacje i E-Konsultacje PLUS – wprowadzenie

- W ramach **E-konsultacji** **Uczestnik** ma możliwość skorzystania z usługi konsultacji medycznej,
- Ubezpieczenie:
 - W ramach **E-konsultacji** lekarz w uzasadnionych medycznie przypadkach może:
 - wystawić e-receptę
 - wystawić zdalne skierowania na badania lub procedury
 - zdalnie wystawić zwolnienie lekarskie (o ile obowiązujące przepisy dopuszczają taką możliwość),
 - zinterpretować wyniki badań
 - W ramach **E-Konsultacji PLUS** zawarty jest zakres z pkt. 144.1 z zastrzeżeniem zakresu Świadczeń medycznych zawartych w załączniku 3, świadczonych w ramach **E-konsultacji PLUS**

Proces organizacji E-konsultacji i E-konsultacji PLUS

- Na proces organizacji **E-konsultacji** oraz **E-konsultacji PLUS** składają się:

Powiadomienie i weryfikacja

- Aby skorzystać z **E-konsultacji**, **E-konsultacji PLUS** **Uczestnik** powinien zadzwonić pod numer telefonu +48 22 357 49 49. Poniższe informacje są niezbędne do prawidłowej weryfikacji uprawnień **Uczestnika**:
 - ✓ imię/imiiona i nazwisko,
 - ✓ numer PESEL lub data urodzenia **Uczestnika** (w przypadku cudzoziemca),
 - ✓ płeć,
 - ✓ nazwa ubezpieczenia.
- Operator** weryfikuje tożsamość **Uczestnika** i jego prawo do korzystania z **E-konsultacji** lub **E-konsultacji PLUS**
- W przypadku, gdy **Uczestnik** jest uprawniony do korzystania z **E-konsultacji** lub z **E-konsultacji PLUS**, może on skorzystać ze świadczeń medycznych
 - ✓ za pośrednictwem infolinii
 - ✓ za pośrednictwem portalu pacjenta
- Uczestnik** musi posiadać urządzenie umożliwiające komunikację w formie w jakiej prowadzona będzie **E-konsultacja** lub **E-konsultacja PLUS**. Koszty połączeń i usług internetowych **Uczestnicy** ponoszą we własnym zakresie.
- 145.1 Aby skorzystać z **E-konsultacji** oraz **E-konsultacji PLUS** za pośrednictwem portalu należy założyć konto pacjenta.
- 145.2. Do założenia konta pacjenta konieczne jest:
 - uzupełnienie danych wymaganych przez portal pacjenta operatora,
 - zaakceptowanie regulaminu operatora
- Osoby kontaktujące się za pośrednictwem Infolinii pod numerem telefonu +48 22 357 49 49, powinny podać następujące informacje:
 - imię/imiiona i nazwisko, numer PESEL lub data urodzenia **Uczestnika** numer dokumentu tożsamości (w przypadku cudzoziemca) oraz dane teledoresowe.
 - płeć, nazwa ubezpieczenia..

- W przypadku korzystania ze Świadczenia medycznego, operator gwarantuje wykonanie świadczenia medycznego w poniżej wskazanych terminach:

- a) E-konsultacje oraz E-konsultacje PLUS lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej będą realizowane w ciągu 2 godzin (w godzinach od 8:00 do 22:00) oraz w ciągu 4 godzin (w godzinach 22:00 – 8:00) od momentu zgłoszenia chęci skorzystania z E-konsultacji oraz E-konsultacji PLUS. W godzinach 22:00 - 8:00 zgłoszenia chęci skorzystania z E-konsultacji oraz E-konsultacji PLUS możliwe jest wyłącznie za pośrednictwem portalu pacjenta
- b) E-konsultacje PLUS lekarzy specjalistów będą realizowane najpóźniej w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia chęci skorzystania z E-konsultacji PLUS
- c) Badania laboratoryjne będą realizowane w ciągu 2 dni roboczych od momentu zgłoszenia potrzeby ich uzyskania, w godzinach pracy placówek medycznych,
- d) Konsultacje stacjonarne lekarzy będą realizowane w ciągu 5 dni roboczych od momentu zgłoszenia potrzeby ich uzyskania, w godzinach pracy placówek medycznych

146.1 Świadczenia medyczne są realizowane w placówkach medycznych wskazanych przez operatora.

146.2. Na badania laboratoryjne i diagnostyczne Uczestnik musi posiadać skierowanie wystawione przez lekarza podczas E-konsultacji /E-konsultacji PLUS i lub wizyty stacjonarnej.

146.3. Świadczenia medyczne są realizowane po uprzednim kontakcie ubezpieczonego lub współubezpieczonych z Infolinią.

146.4 . Świadczenia medyczne nie obejmują: konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.

146.5 Świadczenia medyczne nie obejmują sytuacji zagrażających życiu, wymagających działań w trybie nagłym, wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego.

147. Ubezpieczenie dodatkowe **E-konsultacji** oraz **E-konsultacji PLUS** nie obejmuje: wydawania e-recept na leki psychotropowe i opioidowe, wystawiania skierowań na konsultacje, badania i zabiegi, które będą uznawane przez podmioty medyczne (w rozumieniu Ustawy o działalności leczniczej) świadczące usługi medyczne na podstawie umowy z NFZ (skierowania wystawiane przez lekarza będą uznawane wyłącznie w placówkach komercyjnych), przypadków, w których problem wynikający z objawów i stanu zdrowia zgłaszanych przez Uczestnika nie może być rozwiązany przez **E-konsultację** lub **E-konsultację PLUS**.

Jakie są specyficzne zastrzeżenia i ograniczenia dotyczące E-konsultacji oraz E-konsultacji PLUS ?

148. **Uczestnik** ma prawo do korzystania z

- E-konsultacji** 4 (cztery) razy w każdym 12-miesięcznym okresie, począwszy od daty przystąpienia do Umowy.
- E-konsultacji PLUS** – bez ograniczeń zgodnie z załącznikiem 3 niniejszych OWU
- Uczestnik może korzystać z **E-konsultacji** oraz **E-konsultacji PLUS** od dnia zapłaty pierwszej Składki, która obejmuje i pokrywa Koszt ochrony dotyczący Uczestnika. Nie stosuje się Okresu karencji.

149. Ubezpieczenie **E-konsultacji** oraz **E-konsultacji PLUS** nie obejmuje:

- wydawania e-recept na leki psychotropowe i opioidowe,
- przypadków, w których problem wynikający z objawów i stanu zdrowia zgłaszanych przez **Uczestnika** nie może być rozwiązany przez **E-konsultację** lub **E-konsultację PLUS**

Kiedy Uczestnik może skorzystać z E-konsultacji oraz E-konsultacji PLUS ?

150. **Uczestnik** może korzystać z **E-konsultacji** oraz **E-konsultacji PLUS** od dnia zapłaty pierwszej Składki, która obejmuje i pokrywa Koszt ochrony dotyczący Uczestnika. Nie stosuje się Okresu karencji.

151. Świadczenie **E-konsultacji** oraz **E-konsultacji PLUS** na rzecz danego **Uczestnika** wygasa:

- w dniu śmierci **Uczestnika**,
- gdy Składka, która obejmuje Koszt ochrony dotyczący **Uczestnika**, nie zostanie zapłacona, o czym mowa w punkcie 88 d. oraz 91 niniejszych OWU,
- w dniu wygaśnięcia Umowy.

Postanowienia dodatkowe

Oświadczenia woli

152. Oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i zawiadomienia przewidziane w OWU i składane w związku z wykonywaniem i realizacją Umowy muszą być sporządzone na piśmie lub w innej formie uzgodnionej przez strony.

153. Wszelkie dokumenty, które muszą być nam przekazane zgodnie z postanowieniami OWU, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski.

Prawo właściwe, sąd właściwy

154. Prawem właściwym dla Umowy jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.

155. Postępowanie sądowe o roszczenia z tytułu Umowy może być wszczęte albo na podstawie przepisów o jurysdykcji ogólnej, albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Uczestnika, lub osoby upoważnionej na podstawie Umowy (lub ich spadkobierców, jeżeli okoliczność ta ma zastosowanie).

Rozpatrywanie skarg

156. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy, Ubezpieczający, Uczestnik, uprawniony z umowy ubezpieczenia, bądź ich spadkobiercy mogą złożyć Ubezpieczycielowi:

- ustnie – telefonicznie na numer telefonu: +423 237 15 65 (dostępny w dni robocze w godzinach 8–16) albo osobiście do protokołu w siedzibie Ubezpieczyciela,
- na piśmie – przesyłką pocztową na adres korespondencyjny: Squarelife Insurance AG, Landstrasse 33, 9491 Ruggell, Liechtenstein lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela, lub Laven S.A. ul. Legnicka 57 d lok. B/C, 54 – 203 Wrocław
- w postaci elektronicznej – za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: info@squarelife.eu lub kontakt@laven.pl

157. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin rozpatrzenia reklamacji może ulec wydłużeniu do 60 dni, o wydłużonym terminie rozpatrywania reklamacji wraz z uzasadnieniem składający reklamację zostanie poinformowany na piśmie.

158. Odpowiedź na reklamację udzielana jest na piśmie za pośrednictwem poczty tradycyjnej, na adres do doręczeń wskazany przez składającego reklamację w jej treści. Na wniosek składającego reklamację odpowiedź może być wysłana pocztą elektroniczną.

159. Składającemu reklamację przysługuje prawo do odwołania się od uzyskanej odpowiedzi na reklamację poprzez złożenie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy na piśmie lub w postaci elektronicznej w terminie 30 dni od jej otrzymania do Dyrektora SQUARELIFE INSURANCE AG. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest na piśmie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania i przesyłana jest za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub zgodnie z pkt. 156.

160. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Uczestnikiem lub uprawnionym z Umowy, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.

161. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Uczestnikiem lub uprawnionym z Umowy przysługuje, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w Ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich, o którym mowa w Ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl.

Biuro Rzecznika Finansowego

ul. Nowogrodzka 47A

1-695 Warszawa

tel. +48 22 333 73 26 – Recepcja

+48 22 333 73 27 – Recepcja

faks +48 22 333 73 29

www.rf.gov.pl

162. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawieranych za pośrednictwem strony internetowej lub innych środków elektronicznych pomiędzy SQUARELIFE INSURANCE AG a konsumentami, istnieje możliwość wykorzystania internetowego systemu rozstrzygania sporów – platformy ODR. W tym celu konsument powinien wypełnić elektroniczny formularz skargi dostępny pod adresem <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

163. Ubezpieczyciel nie udzieli ochrony ubezpieczeniowej ani też nie będzie zobowiązany do wypłaty odszkodowania lub zapewnienia świadczenia majątkowego w zakresie udzielonej ochrony, jeżeli wypłata odszkodowania lub inne świadczenia majątkowe mogą narazić Ubezpieczyciela na jakiegokolwiek sankcje, zakazy lub restrykcje wprowadzone na mocy rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub jakichkolwiek sankcji handlowych i gospodarczych, przepisów ustawowych lub wykonawczych Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, prawa polskiego lub Stanów Zjednoczonych Ameryki.

164. Konsument ma prawo zwrócić się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumenta.

165. Ubezpieczyciel notyfikował działalność do Komisji Nadzoru Finansowego (KNF). Niniejsze OWU przyjęte zostały uchwałą Ubezpieczyciela z dnia 29.10.2024 roku i wchodzi w życie z dniem 1.11.2024 r.

Ruggell, 29.10.2024
J. Feisow

Notatki