

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO - PROMED

KOD OI/3PRONH1

SPIS TREŚCI

§1 Kim są strony Umowy ubezpieczenia?	3
§2 Definicje	3
§3 Co jest przedmiotem Umowy i co znajduje się w jej zakresie?	5
§4 Jakie są ogólne zasady korzystania z ubezpieczenia?	6
§5 Jak skorzystać ze Świadczeń ambulatoryjnych i Świadczeń pieniężnych?	6
§6 Jak skorzystać ze Świadczeń szpitalnych?	8
§7 Jak skorzystać ze Świadczenia Druga Opinia Medyczna?	8
§8 Czego wymagamy do zawarcia Umowy?	8
§9 Na jak długo jest zawierana Umowa i jakie są warunki przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej?	9
§10 Kiedy można odstąpić od Umowy lub ją wypowiedzieć?	10
§11 Jaka jest wysokość Składki i jak ją opłacić?	10
§12 Jakie są wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia?	11
§14 Jakie są obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego wobec nas?	14
§15 Jakie mamy obowiązki wobec Ubezpieczającego i Ubezpieczonych?	15
§16 Przetwarzanie danych osobowych Ubezpieczonych.	15
§17 W jaki sposób można zgłosić reklamację?	18
§18 Postanowienia końcowe	18

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW

Załącznik nr 1	Wariant PODSTAWOWY - szczegółowy wykaz Świadczeń
Załącznik nr 2	Wariant STANDARDOWY - szczegółowy wykaz Świadczeń
Załącznik nr 3	Wariant ROZSZERZONY - szczegółowy wykaz Świadczeń
Załącznik nr 4	Wariant KOMPLEKSOWY - szczegółowy wykaz Świadczeń
Załącznik nr 5	Wariant PREMIUM - szczegółowy wykaz Świadczeń
Załącznik nr 6	Klauzula obowiązku informacyjnego LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO - PROMED

KOD OI/3PRONH1

Informacje, o których mowa w art. 17. ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§2 pkt 13; §3; §4; §5; §6; §7 OWU*
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§12 OWU **

DODATKOWA INFORMACJA DLA UBEZPIECZONYCH I UBEZPIECZAJĄCEGO:

Informujemy, iż: istotne dla Ubezpieczającego i Ubezpieczonych:

* przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń;

** ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

znajdą się również w treści Załączników 1, 2, 3, 4 i 5 do OWU.

Dlatego też w treści każdego z Załączników znajduje się analogiczna Tabela informacyjna.

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO - PROMED

KOD OI/3PRONH1

§1 Kim są strony Umowy ubezpieczenia?

1. Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia Zdrowotnego – PROMED (dalej OWU), stanowią podstawę do zawierania Umów ubezpieczenia (dalej Umowa) pomiędzy:
 - 1) LMG Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie (102 51) (dalej my lub Ubezpieczyciel), Box 27093, Szwecja, która jest zarejestrowana w Urzędzie Rejestracji Przedsiębiorstw pod numerem 516406-0831, kapitał akcyjny: 5 800 000 Euro opłacony w całości, działającą w Polsce poprzez oddział pod nazwą LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-678), przy ul. Szturmowa 2 wpisany do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000395438, NIP: 1080011494, REGON: 145156729; posiadającą status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych, Ubezpieczyciel posługuje się nazwą handlową LUX MED Ubezpieczenia,
 - 2) a Ubezpieczającymi, będącymi osobami fizycznymi,
 - 3) na rzecz Ubezpieczonych.
2. Instytucją, która udzieliła zezwolenia Ubezpieczycielowi na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej, jest Finansinspektionen z siedzibą w Sztokholmie (Szwecja).

§2 Definicje

Aby zapewnić większą czytelność dokumentu, w OWU używamy rodzaju męskiego niezależnie od płci. Określenia użyte w niniejszych OWU oraz dokumentach stanowiących integralną część Umowy ubezpieczenia oznaczają:

1. Choroba – nieprawidłowy według ogólnie uznanej wiedzy medycznej stan fizyczny lub psychiczny organizmu.
2. Cięża wysokiego ryzyka – ciąża, w której występują czynniki ryzyka ze strony matki lub płodu, zwiększające częstotliwość powikłań przebiegu ciąży i porodu, które są zagrożeniem dla zdrowia lub życia matki lub płodu. W rozumieniu OWU wymaga opieki albo rozwiązania w ośrodku III poziomu opieki perinatalnej, wg klasyfikacji określonej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.
3. Hospitalizacja – pobyt na oddziale szpitalnym, mający na celu przeprowadzenie diagnostyki, leczenia, w tym operacji. Pobyt odbywa się w wyznaczonym terminie oraz może zostać odroczony o co najmniej 24 godziny od momentu stwierdzenia jego konieczności z zastrzeżeniem, że odroczenie nie może przekroczyć terminu, po którym może nastąpić, możliwe do przewidzenia przez lekarza, ciężkie pogorszenie stanu zdrowia lub znaczące zmniejszenie szans na powrót do zdrowia.
4. Koordynator Opieki Szpitalnej – przedstawiciel Operatora, którego zadaniem jest obsługa Ubezpieczonego przy realizacji Świadczeń szpitalnych w ramach Koordynacji Opieki Szpitalnej, której zakres wskazany jest w Załącznikach nr 3, 4 i 5 do OWU pozycja Koordynacja Opieki Szpitalnej.
5. Nieszczęśliwy wypadek – nagłe zdarzenie wywołane przez przyczynę niezależną od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, w którym Ubezpieczony doznał obrażeń fizycznych ciała lub naruszenia struktur anatomicznych układu mięśniowo – szkieletowego za wyjątkiem struktur kręgosłupa i klatki piersiowej. Nieszczęśliwym wypadkiem nie są Choroby ani stany chorobowe nawet takie, które występują nagle.

6. Okres ochrony – okres, w którym udzielamy Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej.
7. Operator medyczny (dalej Operator) – podmiot koordynujący w naszym imieniu udzielanie Świadczeń ambulatoryjnych lub Świadczeń szpitalnych.
8. Polisa – dokument potwierdzający zawarcie Umowy i jej warunki.
9. Przychodnia – wskazany przez nas podmiot leczniczy udzielający Świadczeń ambulatoryjnych w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, działający na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej – spośród podmiotów wymienionych w bieżąco aktualizowanym przez nas wykazie pod adresem: <https://www.luxmed.pl/placowki>.
10. Rocznicą polisy (dalej Rocznicą) – dzień roku odpowiadający dacie zawarcia Umowy, a jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma dnia miesiąca odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca.
11. Składka – kwota należna nam z tytułu Umowy.
12. Szpital – wskazany przez nas podmiot leczniczy udzielający Świadczeń szpitalnych w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, działający na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej, realizujący na rzecz Ubezpieczonego Świadczenia szpitalne. Definicja Szpitala w rozumieniu OWU obejmuje również Przychodnie wchodzące w skład Szpitala. Wykaz Szpitali (dalej Lista szpitali) jest na bieżąco aktualizowany i dostępny jest pod adresem: <https://www.luxmed.pl/placowki>.
13. Świadczenie – usługa, którą zrealizujemy albo kwota, którą wypłacimy Ubezpieczonemu w razie zajścia zdarzenia objętego zakresem ochrony. Świadczeniami występującymi w Umowie są:
 - 1) Świadczenie ambulatoryjne - Świadczenie zdrowotne udzielane na rzecz Ubezpieczonego przez Przychodnię w warunkach ambulatoryjnych. Zakres Świadczeń ambulatoryjnych wskazany jest w Załącznikach nr 1, 2, 3, 4 i 5 do OWU pozycja Świadczenia ambulatoryjne.
 - 2) Świadczenie Druga Opinia Medyczna – świadczenie udzielane na rzecz Ubezpieczonego będące opinią dotyczącą: diagnozy, stanu zdrowia i leczenia Ubezpieczonego sporządzoną przez zespół specjalistów WorldCare na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej. Świadczenie realizowane jest w odniesieniu do następujących schorzeń lub stanów chorobowych: nowotwór, zawał serca, choroba wieńcowa wymagająca operacji, śpiączka, udar mózgu, stwardnienie rozsiane, paraliż, porażenie, niedowład, przewlekła obturacyjna choroba płuc, rozedma płuc, choroba zapalna jelit, przewlekła choroba wątroby, niewydolność nerek, przewlekłe dolegliwości bólowe miednicy, cukrzyca, choroba zakrzepowo – zatorowa, amputacje, reumatoidalne zapalenie stawów, poważne oparzenia, nagła utrata wzroku z powodu choroby, przeszczep dużych narządów, choroba neurodegeneracyjna / choroba Alzheimer, utrata słuchu, operacja wymiany protezy biodrowej i kolanowej, utrata mowy, poważne urazy, choroba Parkinsona.
 - 3) Świadczenie pieniężne - kwota, którą wypłacimy Ubezpieczonemu w razie zajścia zdarzenia wskazanego w § 3 ust. 3 pkt. 3); Roczny limit Świadczenia pieniężnego, który jest określony kwotowo w Załącznikach nr 2, 3, 4 i 5 do OWU pozycja dyżur stomatologiczny, stanowi górną granicę naszej odpowiedzialności w stosunku do Ubezpieczonego w każdym 12 miesięcznym Okresie ochrony.
 - 4) Świadczenie szpitalne - świadczenie związane z Hospitalizacją z zakresu ortopedii, udzielane w Szpitalu, w tym Koordynacja Opieki Szpitalnej. Zakres Świadczeń szpitalnych wskazany jest w Załącznikach nr 3, 4 i 5 do OWU pozycja Opieka Ortopedyczna.
14. Ubezpieczony – Główny ubezpieczony lub Współubezpieczony, który został objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie OWU:
 - 1) Główny ubezpieczony – osoba fizyczna, na rachunek której zawarto Umowę, która w dniu rozpoczęcia Okresu ochrony miała ukończone 18 lat i nieukończony 70 rok życia.
 - 2) Współubezpieczony – osoba fizyczna, wskazana przez Ubezpieczającego we Wniosku ubezpieczeniowym, której zdrowie obejmujemy ochroną w ramach Umowy, a niebędąca Głównym ubezpieczonym, na rachunek, którego zawarto Umowę. Współubezpieczonym może być:

- a) Partner – współmałżonek lub osoba prowadząca z Głównym ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe, niezłączona pokrewieństwem, przysposobieniem lub powinowactwem, która w dniu rozpoczęcia Okresu ochrony miała ukończone 18 lat i nieukończony 70 rok życia;
 - b) Dziecko – dziecko własne lub przysposobione Głównego ubezpieczonego lub Partnera, które w dniu rozpoczęcia Okresu ochrony miało nie ukończony 26 rok życia. Osobą uprawnioną do składania oświadczeń w imieniu dziecka niepełnoletniego (do ukończenia 18 roku życia) jest jego opiekun prawny.
15. Wniosek ubezpieczeniowy – propozycja zawarcia Umowy ubezpieczenia, którą składa nam Ubezpieczający.
16. WorldCare - WorldCare International, Inc., spółka prawa stanu Delaware, USA, zarejestrowana pod numerem 2523480, z siedzibą pod adresem 7 Bulfinch Place, Suite 301, Boston, MA 02114, podmiot udzielający Świadczenia Druga Opinia Medyczna.

§3 Co jest przedmiotem Umowy i co znajduje się w jej zakresie?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje realizację na rzecz Ubezpieczonego Świadczeń, o których mowa w §2 pkt. 13. Szczegółowy zakres Świadczeń, do których Ubezpieczony jest uprawniony, zależy od wybranego Wariantu ubezpieczenia i jest wskazany w ust. 4.
3. Udzielamy Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) w zakresie Świadczeń ambulatoryjnych w razie wystąpienia uzasadnionych wskazań medycznych;
 - 2) w zakresie Świadczeń szpitalnych w odniesieniu do następstw Nieszczęśliwego wypadku, dla którego Hospitalizacja zgodnie ze wskazaniami medycznymi powinna zostać zrealizowana w okresie nie przekraczającym 30 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku. Zdarzeniem powodującym powstanie obowiązku spełnienia przez nas Świadczenia szpitalnego jest łączne wystąpienie w Okresie ochrony: Nieszczęśliwego wypadku zdefiniowanego powyżej oraz wystawienia związanego z nim skierowania na leczenie szpitalne (datą zdarzenia jest data wystawienia skierowania);
 - 3) w zakresie Świadczeń pieniężnych – zdarzeniem powodującym powstanie obowiązku spełnienia przez nas Świadczenia pieniężnego jest skorzystanie przez Ubezpieczonego w Okresie ochrony z odpłatnego Świadczenia ambulatoryjnego (dyżur stomatologiczny), którego zakres oraz warunki realizacji wskazane są w Załącznikach nr 2, 3, 4 oraz 5 do OWU pozycja dyżur stomatologiczny;
 - 4) w zakresie Świadczenia Druga Opinia Medyczna – zdarzeniem powodującym powstanie obowiązku spełnienia przez nas świadczenia jest postawienie przez lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej rozpoznania, stwierdzenie uszkodzenie ciała lub stwierdzenie konieczności przeprowadzenia leczenia operacyjnego lub wykonania zabiegu, w odniesieniu do schorzeń lub stanów chorobowych wskazanych w § 2 pkt 13 ppkt 2) OWU.
4. Umowa może być zawarta w jednym z następujących Wariantów ubezpieczenia (dalej Wariant):
 - 1) Wariant PODSTAWOWY – dla którego Świadczenia ambulatoryjne objęte ochroną ubezpieczeniową wskazane są w Załączniku nr 1 do OWU;
 - 2) Wariant STANDARDOWY – dla którego Świadczenia ambulatoryjne i Świadczenie pieniężne objęte ochroną ubezpieczeniową wskazane są w Załączniku nr 2 do OWU;
 - 3) Wariant ROZSZERZONY – dla którego Świadczenia ambulatoryjne, Świadczenie pieniężne, Świadczenia szpitalne i Koordynacja Opieki Szpitalnej, i Świadczenie Drugiej Opini Medycznej objęte ochroną ubezpieczeniową wskazane są w Załączniku nr 3 do OWU;
 - 4) Wariant KOMPLEKSOWY – dla którego Świadczenia ambulatoryjne, Świadczenie pieniężne, Świadczenia szpitalne i Koordynacja Opieki Szpitalnej, i Świadczenie Drugiej Opini Medycznej objęte ochroną ubezpieczeniową wskazane są w Załączniku nr 4 do OWU;

- 5) Wariant PREMIUM – dla którego Świadczenia ambulatoryjne, Świadczenie pieniężne, Świadczenia szpitalne i Koordynacja Opieki Szpitalnej, i Świadczenie Drugiej Opini Medycznej objęte ochroną ubezpieczeniową wskazane są w Załączniku nr 5 do OWU.
5. Umowa może być zawarta w jednym z następujących Typów ubezpieczenia (dalej Typ), które określają, kto będzie objęty ochroną ubezpieczeniową:
- 1) Typ indywidualny, gdzie Ubezpieczający:
 - a) jest jednocześnie Głównym Ubezpieczonym i zawiera Umowę na własną rzecz, albo
 - b) zawiera Umowę na rzecz osoby trzeciej, która staje się Głównym ubezpieczonym,
 - 2) Typ partnerski, gdzie Ubezpieczający:
 - a) jest jednocześnie Głównym Ubezpieczonym i zawiera Umowę na własną rzecz oraz Współubezpieczonego (jednego Partnera lub jednego Dziecka), albo
 - b) zawiera Umowę na rzecz osoby trzeciej, która staje się Głównym ubezpieczonym oraz jednego Współubezpieczonego (jednego Partnera lub jednego Dziecka),
 - 3) Typ rodzinny, gdzie Ubezpieczający:
 - a) jest jednocześnie Głównym Ubezpieczonym i zawiera Umowę na własną rzecz oraz przynajmniej dwóch Współubezpieczonych (jednego Partnera oraz jednego lub więcej Dzieci, albo
 - b) zawiera Umowę na rzecz osoby trzeciej, która staje się Głównym ubezpieczonym oraz przynajmniej dwóch Współubezpieczonych (jednego Partnera oraz jednego lub więcej Dzieci.
6. W Typie partnerskim lub Typie rodzinnym Wariant ubezpieczenia jest taki sam dla wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową.

§4 Jakie są ogólne zasady korzystania z ubezpieczenia?

1. Aby skorzystać z ubezpieczenia, Ubezpieczony powinien powiadomić nas o zdarzeniu objętym Umową. Sposób zgłoszenia zdarzenia różni się między Świadczeniami - szczegółowe informacje opisane są w §5-7 OWU.
2. Po otrzymaniu wniosku o Świadczenie (za wyjątkiem Świadczenia ambulatoryjnego), w terminie nie dłuższym niż 7 dni od daty jego otrzymania, informujemy o tym fakcie Ubezpieczonego lub osobę występującą z roszczeniem oraz podejmujemy działania zmierzające do określenia zasadności zgłoszonego roszczenia oraz ustalenia wysokości Świadczenia.
3. Jeżeli do określenia, czy osobie występującej z wnioskiem o Świadczenie (za wyjątkiem Świadczenia ambulatoryjnego) przysługuje Świadczenie, potrzebne będą dodatkowe dokumenty lub informacje, w terminie nie dłuższym niż 7 dni od daty otrzymania wniosku o Świadczenie poinformujemy o tym Ubezpieczonego lub osobę występującą z roszczeniem. Niniejszą informację przekazujemy pisemnie lub w inny sposób, na który ta osoba wyraziła zgodę.
4. Rozpoczniemy realizację Świadczenia nie później niż 30 dni od otrzymania wniosku o jego realizację. Ubezpieczony może wskazać inny, późniejszy termin.
5. Ustalenie, czy Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu przysługuje Świadczenie, może być niemożliwe w terminie określonym w ust. 4. W takiej sytuacji rozpoczniemy realizację Świadczenia w terminie 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie wszystkich okoliczności było możliwe, przy zachowaniu należytej staranności.
6. Weryfikując wniosek o realizację Świadczenia, możemy ustalić, że Świadczenie nie przysługuje Ubezpieczonemu. Poinformujemy o tym na piśmie osobę składającą wniosek i wskażemy podstawę prawną oraz okoliczności, które uzasadniają odmowę.

§5 Jak skorzystać ze Świadczeń ambulatoryjnych i Świadczeń pieniężnych?

1. Świadczenia ambulatoryjne udzielane są wyłącznie we wskazanych przez nas Przychodniach, zgodnie z godzinami i zakresem ich pracy.

2. Ubezpieczony może korzystać ze Świadczeń ambulatoryjnych w zakresie i na warunkach ich realizacji określonych w Załączniku nr 1, 2, 3, 4 lub 5 (w zależności od wybranego Wariantu) do OWU sekcja Świadczenia ambulatoryjne.
3. W przypadku wątpliwości co do zasadności medycznej lub braku bezpieczeństwa medycznego procedury medycznej wynikającej ze skierowania przedstawionego przez Ubezpieczonego, mamy prawo zweryfikować zasadność przedstawionego przez Ubezpieczonego skierowania medycznego.
4. W razie weryfikacji skierowania przedstawionego przez Ubezpieczonego możemy żądać wglądu do informacji medycznej związanej z wystawionym skierowaniem.
5. W przypadku:
 - 1) bezzasadności skierowania medycznego,
 - 2) braku bezpieczeństwa medycznego procedury medycznej wynikającej ze skierowania lub
 - 3) nieudzielenia nam dostępu do informacji medycznych i w rezultacie niemożliwości weryfikacji skierowania,odmówimy udzielenia Świadczenia ubezpieczeniowego wynikającego z Twojego skierowania.
6. Aby skorzystać ze Świadczeń ambulatoryjnych, Ubezpieczony zgłasza do Operatora wolę skorzystania ze Świadczenia w wybrany przez siebie sposób:
 - 1) elektronicznie za pośrednictwem platformy internetowej udostępnianej przez Operatora,
 - 2) telefonicznie za pośrednictwem Infolinii Operatora (telefon dostępny na stronie www.luxmed.pl),
 - 3) osobiście w Przychodni, których aktualna lista znajduje się na stronie internetowej pod adresem: <https://www.luxmed.pl/placowki>,i uzgadnia miejsce oraz termin realizacji Świadczenia ambulatoryjnego.
7. Ubezpieczony zobowiązany jest w terminie nie krótszym niż 4 godziny przed zaplanowaną wizytą do jej odwołania, jeśli nie może stawić się w terminie.
8. Jeżeli Świadczenie ambulatoryjne ma być udzielane osobie poniżej 18 roku życia, Przychodnia może żądać od przedstawiciela ustawowego przed jej realizacją przedstawiania dokumentów wskazanych w standardach obsługi pacjenta małoletniego stosowanych przez tą Przychodnię.
9. W celu skorzystania ze Świadczenia pieniężnego Ubezpieczony powinien:
 - 1) wypełnić wniosek o wypłatę Świadczenia pieniężnego, który dostępny jest na stronie internetowej pod adresem: <https://www.luxmed.pl/dla-pacjenta/ubezpieczenia-dla-klientow-indywidualnych/indywidualne-ubezpieczenie-zdrowotne-promed> w sekcji: zakresy szczegółowe / dokumenty do pobrania;
 - 2) dołączyć kopię imiennego rachunku (faktury) za zrealizowane usługi w ramach dyżuru stomatologicznego;
 - 3) dostarczyć nam dokumenty, wysyłając je na adres e-mail: roszczenia.ubezpieczenia@luxmed.pl lub pocztą na adres wskazany we wniosku o wypłatę Świadczenia pieniężnego.
10. Imienny rachunek (faktura) wystawiony przez Przychodnię, która udzieliła Świadczenia ambulatoryjnego (dyżuru stomatologicznego), powinien zawierać:
 - 1) dane Ubezpieczonego co najmniej: imię, nazwisko, adres; w przypadku Dziecka do ukończenia 18 roku życia, imienny rachunek (faktura) powinien być wystawiony na przedstawiciela ustawowego, a w jego treści powinny się znaleźć dane Dziecka,
 - 2) wykaz udzielonych Ubezpieczonemu usług zdrowotnych wraz z nazwą usługi lub kopię dokumentacji zrealizowanej usługi zdrowotnej,
 - 3) liczbę udzielonych usług zdrowotnych danego rodzaju,
 - 4) datę udzielenia usługi zdrowotnej,

5) cenę jednostkową każdej z udzielonych usług zdrowotnych.

§6 Jak skorzystać ze Świadczeń szpitalnych?

1. Świadczenia szpitalne udzielane są wyłącznie we wskazanych przez nas Szpitalach, w zakresie i na warunkach ich udzielania określonych w Załączniku nr 3, 4 lub 5 (w zależności od wybranego Wariantu) do OWU pozycja Opieka ortopedyczna.
2. Aby skorzystać ze Świadczeń szpitalnych, Ubezpieczony powinien:
 - 1) skontaktować się z Koordynatorem Opieki Szpitalnej, który udzieli mu wsparcia w zakresie wskazanym w Załączniku nr 3, 4 lub 5 (w zależności od wybranego Wariantu) do OWU pozycja Koordynacja Opieki Szpitalnej. Dane kontaktowe do Koordynatora Opieki Szpitalnej są przekazywane przez nas Ubezpieczającemu niezwłocznie po zawarciu Umowy;
 - 2) poinformować Koordynatora Opieki Szpitalnej o otrzymaniu skierowania na leczenie szpitalne następstw Nieszczęśliwego wypadku.
3. Do podjęcia decyzji o realizacji Świadczenia szpitalnego potrzebujemy następujących dokumentów:
 - 1) kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o realizację Świadczenia szpitalnego,
 - 2) kopii skierowania do Szpitala oraz kopii posiadanej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej,
 - 3) kopii dokumentacji potwierdzającej okoliczności Nieszczęśliwego wypadku:
 - a) wydanej w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę w postępowaniu sądowym, o ile tego typu postępowania były prowadzone,
 - b) lub wyrok sądu, dotyczący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku, o ile został wydany,
 - c) lub pisemny opis okoliczności Nieszczęśliwego wypadku sporządzony przez Ubezpieczonego.
4. Jeżeli Świadczenie szpitalne ma być udzielane osobie poniżej 18 roku życia, Szpital może żądać od przedstawiciela ustawowego przed jego realizacją przedstawienia dokumentów wskazanych w standardach obsługi pacjenta małoletniego stosowanych przez ten Szpital.

§7 Jak skorzystać ze Świadczenia Druga Opinia Medyczna?

1. Świadczenie Druga Opinia Medyczna przysługuje Ubezpieczonemu nie wcześniej niż po upływie 90 dni, licząc od pierwszego dnia Okresu ochrony.
2. Aby uzyskać Świadczenie Druga Opinia Medyczna, Ubezpieczony powinien skontaktować się z WorldCare w Polsce pod numerem telefonu +48 (22) 221 06 41 i przekazać: posiadaną przez Ubezpieczonego dokumentację medyczną potwierdzającą diagnozę zachorowania objętego tym Świadczeniem oraz zaproponowany plan leczenia.
3. Informacje dotyczące Świadczenia Druga Opinia Medyczna znajdują się w Załączniku nr 3, 4, lub 5 (w zależności od wybranego Wariantu) do OWU pozycja Świadczenie Druga Opinia Medyczna.

§8 Czego wymagamy do zawarcia Umowy?

1. Jeśli zawierasz Umowę zdalnie informacja o wysokości składki ubezpieczeniowej za ochronę ubezpieczeniową jest wiążąca:
 - 1) do końca jej prezentacji w aplikacji sprzedażowej lub
 - 2) do zakończenia przez Ciebie rozmowy telefonicznej w sprawie zawarcia Umowy.
2. Umowę możesz zawrzeć z nami po podaniu przez Ciebie i przez Ubezpieczonych wszystkich znanych Wam informacji i okoliczności, które są wymagane we Wniosku ubezpieczeniowym oraz innych informacji niezbędnych do zawarcia Umowy, o które zapytamy przed jej zawarciem. Przyjmujemy Wnioski, które są kompletne i poprawnie wypełnione.
3. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, które powstały z powodu niepoinformowania nas o istotnych kwestiach związanych ze stanem zdrowia Ubezpieczonego, o które zapytaliśmy.
4. Wniosek ubezpieczeniowy składasz za pośrednictwem aplikacji elektronicznej.

5. Jeżeli Wniosek ubezpieczeniowy nie będzie zawierał wszystkich wymaganych informacji lub dokumentów, wtedy niezwłocznie zawiadomimy Cię o tym i poprosimy o ich uzupełnienie, wskazując 14-dniowy termin na uzupełnienie braków.
6. Jeżeli informacje lub dokumenty nie zostaną przez Ciebie uzupełnione we wskazanym przez nas terminie, uznamy to za rezygnację z ubiegania się o zawarcie Umowy. Złożony przez Ciebie Wniosek zostaje przez nas anulowany, w konsekwencji czego nie dojdzie do zawarcia Umowy na jego podstawie, możesz jednak złożyć nowy Wniosek ubezpieczeniowy.
7. Umowa zostaje zawarta pod warunkiem łącznego spełnienia poniższych warunków:
 - 1) zaakceptowania przez nas Wniosku ubezpieczeniowego oraz
 - 2) opłacenia przez Ubezpieczającego Składki lub pierwszej raty Składki.Momentem zawarcia umowy jest spełnienie obu powyższych warunków.
8. Zawarcie Umowy ubezpieczenia potwierdzamy Polisą.
9. Korzystając z możliwości zawarcia Umowy na odległość, Ubezpieczający nie ponosi innych kosztów wynikających z korzystania ze środków porozumiewania się na odległość innych niż koszty:
 - 1) połączenia internetowego pozwalającego na skorzystanie z aplikacji elektronicznej oraz adresu pocztu elektronicznej wskazanego przez Ubezpieczającego w trakcie zawierania Umowy, na który po jej zawarciu zostanie przesłana Polisa i inne dokumenty związane z Umową,
 - 2) połączenia telefonicznego pozwalającego na kontakt z nami, jeśli to klient kontaktuje się z nami telefonicznie w celu zawarcia Umowy.

§9 Na jak długo jest zawierana Umowa i jakie są warunki przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej?

1. Umowa jest zawierana na okres 12 miesięcy, licząc od pierwszego dnia Okresu ochrony. Datę początku Okresu ochrony znajdziesz na Polisie.
2. Ubezpieczony jest objęty ubezpieczeniem od dnia, w którym zaczyna się Okres ochrony.
3. Umowa może zostać odnowiona (ochrona ubezpieczeniowa może zostać przedłużona) w Rocznicę na kolejny 12-miesięczny Okres ochrony, na warunkach określonych w ust. 4- 8 poniżej.
4. Przy przedłużeniu ochrony i odnowieniu Umowy mamy prawo zaproponować zmianę wysokości Składki w związku ze wzrostem ponoszonych przez nas kosztów świadczeń udzielanych na podstawie Umowy.
5. Propozycję zmiany Składki wyślemy Tobie na co najmniej 30 dni przed Rocznicą.
6. Jeśli Ubezpieczający zaakceptuje naszą propozycję, o której mowa w ust. 5 powyżej, powinien opłacić Składkę lub jej pierwszą ratę w nowej wysokości najpóźniej we wskazanym w naszej propozycji terminie płatności. Opłacenie Składki lub jej pierwszej raty w nowej wysokości stanowi potwierdzenie woli Ubezpieczającego przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej na kolejny 12 miesięczny Okres ochrony, licząc od pierwszego dnia następującego po ostatnim dniu poprzedniego Okresu ochrony.
7. Jeśli Ubezpieczający nie opłaci Składki lub jej pierwszej raty w nowej wysokości we wskazanym w naszej propozycji terminie płatności, uznajemy, że nie wyraża on zgody na zmianę wysokości Składki i przedłużenie ochrony ubezpieczeniowej na kolejny 12 miesięczny Okres ochrony. W takim przypadku Umowa wygaśnie z końcem okresu, na który została zawarta.
8. Ochrona nie zostanie przedłużona, a Umowa nie zostanie odnowiona na kolejny 12-miesięczny Okres ochrony, jeśli najpóźniej na 10 dni przed Rocznicą, przynajmniej jedna ze stron złoży drugiej stronie oświadczenie wyrażające brak zgody na przedłużenie ochrony.
9. Umowa ulega zakończeniu:
 - 1) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - 2) w dniu, w którym otrzymaliśmy oświadczenie o odstąpieniu od Umowy, złożone z zachowaniem 30 dniowego terminu na odstąpienie;

- 3) z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia;
- 4) z upływem ostatniego dnia okresu obowiązywania Umowy, jeżeli ochrona nie zostanie przedłużona w Rocznicę.

§10 Kiedy można odstąpić od Umowy lub ją wypowiedzieć?

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpić od Umowy bez podania przyczyny w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu Umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w ustawie o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważamy za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. Odstąpienie od Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.
2. W przypadku, gdy Ubezpieczający zawiera Umowę za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, wyraża on zgodę na rozpoczęcie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem terminu na odstąpienie od Umowy na zasadach określonych w ust. 1.
3. Odstąpienia od Umowy Ubezpieczający dokonuje, składając nam oświadczenie o odstąpieniu od Umowy. Odstąpienie można wysłać na nasz adres e-mail: obsługaubezpieczenia_ind@luxmed.pl. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie oświadczenia przed upływem terminu na odstąpienie od Umowy..
4. Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć Umowę w dowolnym momencie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, które rozpoczyna bieg od 1 dnia miesiąca przypadającego bezpośrednio po dacie złożenia przez Ubezpieczającego wypowiedzenia Umowy. Wypowiedzenie można wysłać na nasz adres e-mail: obsługaubezpieczenia_ind@luxmed.pl.
5. Możemy wypowiedzieć Umowę z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia jedynie w przypadkach wskazanych w ustawie, a także z ważnych powodów określonych poniżej:
 - 1) popełnienia przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego w związku z zawarciem lub realizacją Umowy czynu zabronionego w rozumieniu art. 115 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny;
 - 2) uporczywe naruszanie przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego dóbr osobistych lub innych praw Ubezpieczyciela lub podmiotów lub osób, za pomocą których Ubezpieczyciel wykonuje Umowę, po uprzednim pisemnym wezwaniu Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego do zaniechania ww. naruszeń;
 - 3) powtarzające się nieprzestrzeganie przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego zasad organizacji pracy w Przychodniach i Szpitalach lub niestosowanie się do poleceń personelu tychże, po uprzednim wezwaniu Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego do zaniechania ww. działań;
 - 4) powtarzające się naruszanie przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego regulaminów organizacyjnych Przychodni i Szpitali, po uprzednim wezwaniu Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego do zaniechania ww. działań.
6. Wypowiedzenie Umowy w trybie, o którym mowa w ust. 4 - 5 powyżej, nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania Składki za okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej, w tym za miesięczny okres wypowiedzenia.

§11 Jaka jest wysokość Składki i jak ją opłacić?

1. Składkę za ubezpieczenie Ubezpieczający może opłacać miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie.
2. Szczegóły dotyczące wysokości Składki oraz sposobu zapłaty, wskazane są w Polisie.
3. Dniem zapłaty Składki lub jej raty jest dzień, w którym wpłata Ubezpieczającego w pełnej należnej wysokości wpłynęła na rachunek bankowy wskazany w Polisie.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zapłacił Składki lub jej pierwszej raty w oznaczonym terminie, możemy wypowiedzieć Umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty Składki za okres, przez który udzielaliśmy ochrony. W braku wypowiedzenia przez nas Umowy zgodnie ze zdaniem poprzednim Umowa wygasa z upływem okresu, za który przypadała niezapłacona Składka lub jej pierwsza rata.

5. W przypadku nieopłacenia kolejnej raty Składki, gdy Składka opłacana jest w ratach, wezwiemy Ubezpieczającego na piśmie do jej zapłaty w dodatkowym terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania, podając do wiadomości Ubezpieczającego skutek jej nieopłacenia. Jeżeli rata Składki nie zostanie opłacona przez Ubezpieczającego w tym dodatkowym terminie, Umowa wygasa z upływem ostatniego dnia terminu dodatkowego ustalonego przez nas w wezwaniu do zapłaty Składki.
6. W przypadku rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy przed upływem okresu, na jaki została zawarta i za jaki została zapłacona Składka, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za niewykorzystany Okres ochrony.
7. Wcześniejsze rozwiązanie lub wygaśnięcie Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki za okres (w tym okres wypowiedzenia Umowy), w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

§12 Jakie są wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia?

1. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje Świadczeń szpitalnych udzielanych Ubezpieczonemu w celu ratowania życia zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
2. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje zdarzeń (a więc nie udzielimy Świadczenia w przypadkach), które są skutkiem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, wojny domowej, zamieszek, stanu wyjątkowego, cywilnego zamachu stanu, aktów terroryzmu, służby wojskowej, udziału w misjach wojskowych lub stabilizacyjnych, czynnego uczestnictwa Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach lub strajkach;
 - 2) stosowania naukowo nieuznanych metod leczenia oraz medycyny niekonwencjonalnej, ludowej i orientalnej, stosowania leków niedopuszczonych do użytku w Polsce oraz ich następstw, jak również udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych, badaniach klinicznych lub podobnych badaniach związanych ze zdrowiem, oraz ich następstw;
 - 3) transplantacji organów lub tkanek, komórek, hodowli komórkowych (pochodzenia naturalnego lub sztucznego), w tym także z wykorzystaniem autoprzeszczepu, wszczepianie implantów i urządzeń;
 - 4) wyczynowego uprawiania przez Ubezpieczonego sportu – to jest: uprawiania dyscyplin sportowych wymagających aktywności fizycznej, obejmujących: uczestnictwo w treningach w ramach klubu, związku lub stowarzyszenia sportowego, a także uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych, udział we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje, inne imprezy o charakterze sportowym) oraz sportowych obozach kondycyjnych lub szkoleniowych. Dotyczy również wypraw do miejsc o ekstremalnych warunkach klimatycznych lub przyrodniczych. Wyczynowym uprawianiem sportu nie jest:
 - a) rekreacyjne uprawianie sportu w wolnym czasie, którego celem jest wyłącznie wypoczynek, regeneracja sił psychofizycznych lub utrzymanie dobrego stanu zdrowia,
 - b) uprawianie dyscyplin sportowych przez dzieci do ukończenia 18 roku życia w ramach klubu, klasy lub szkoły sportowej.
 - 5) uprawiania przez Ubezpieczonego sportów wysokiego ryzyka – to jest takich, których uprawianie wiąże się ze szczególnym ryzykiem dla zdrowia Ubezpieczonego. W rozumieniu OWU zaliczamy do nich: sporty lotnicze oraz pilotowanie jakichkolwiek samolotów silnikowych, baloniarstwo, skoki spadochronowe, skoki na linie, kolarstwo górskie, sporty motorowe i motorowodne, jazda na skuterach wodnych, alpinizm, wspinaczka: wysokogórska, skalna i skałkowa, speleologia, taternictwo jaskiniowe, skoki narciarskie, snowboard oraz narciarstwo z wyjątkiem uprawianych rekreacyjnie na wyznaczonych trasach, bobsleje, rafting i inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, sporty walki, myślistwo oraz jazdę konną.
 - 6) stanów klęski żywiołowej, katastrof naturalnych, stanów pandemii oraz stanów epidemii ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej, jeżeli powodują dezorganizację lub brak możliwości świadczenia usług po naszej stronie;

- 7) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego oraz czynników biologicznych i chemicznych w zakresie szkodliwym dla człowieka;
 - 8) prowadzenia pojazdu bez uprawnień, prowadzenia pojazdu bez aktualnego badania technicznego zgodnie z obowiązującymi przepisami lub prowadzenia pojazdu pod wpływem alkoholu, narkotyków albo innych środków odurzających, psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 9) usiłowania popełnienia samobójstwa, usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego, samookaleczenia, świadomego spowodowania rozstroju zdrowia,
 - 10) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa lub wykroczenia;
 - 11) działania umyślnego, samodzielnego diagnozowania, leczenia, modyfikacji zaleconego leczenia lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego;
 - 12) pozostawania pod wpływem, nadużycia lub zatrucia dobrowolnie spożywanymi: alkoholem, narkotykami, innymi substancjami odurzającymi lub psychotropowymi, lekami stosowanymi niezgodnie z zaleceniem lekarza oraz nadużycia lub zatrucia tytoniem;
 - 13) detoksykacji, zabiegów odwykowych oraz leczenia odwykowego;
 - 14) leczenia chorób psychicznych, zaburzeń lub innych zakłóceń czynności psychicznych, w tym choroby Alzheimera, i ich następstw;
 - 15) uzyskania Świadczeń za pomocą czynów zakazanych, prób wyłudzenia lub celowego wprowadzenia Ubezpieczyciela w błąd.
3. Mając na uwadze standardy bezpieczeństwa medycznego, Przychodnia lub Szpital może udzielić Świadczenia określonego pacjentowi z pierwszeństwem przed innymi pacjentami.
 4. Przychodnia lub Szpital ma prawo odmówić Ubezpieczonemu Świadczenia, jeśli narusza on swoim zachowaniem zasady współżycia społecznego lub regulamin organizacyjny Przychodni lub Szpitala, a także, jeżeli utrudnia pracę lub funkcjonowanie tej placówki lub jej personelu.
 5. Ponadto nasza odpowiedzialność w zakresie Świadczeń ambulatoryjnych nie obejmuje:
 - 1) diagnozowania i leczenia zaburzeń płodności, w tym ciąży będącej wynikiem ww. postępowania o ile jest to ciążą wysokiego ryzyka;
 - 2) diagnozowania i leczenia związanego ze zmianą płci;
 - 3) przeprowadzania zabiegów aborcji oraz leczenia ich następstw;
 - 4) prowadzenia Ciężkiej ciąży wysokiego ryzyka;
 - 5) diagnozowania i leczenia protetycznego, ortodontycznego, periodontologicznego, implantologicznego;
 - 6) diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetycznej a także leczenia ich następstw;
 - 7) wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń, wniosków niezwiązanych z koniecznością kontynuacji procesu diagnostycznego i terapeutycznego prowadzonego we wskazanych przez nas Przychodniach lub Szpitalach;
 - 8) leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz pobytów rehabilitacyjnych, w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgniacyjnej, w której Ubezpieczony przebywa z przyczyn medycznych, rodzinnych lub społecznych;
 - 9) leczenia zakażenia wirusami HIV (AIDS), wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem ww. zakażeń;
 - 10) znajdujących się poza zakresem usług zdrowotnych wskazanych w Wariancie ubezpieczenia, z którego korzysta dany Ubezpieczony.

6. Ponadto nasza odpowiedzialność w odniesieniu do Świadczenia szpitalnego nie obejmuje:

- 1) natychmiastowego leczenia stanów nagłych stwierdzonych w dniu przyjęcia do oddziału szpitalnego (m.in. udaru mózgu, zawału m. sercowego, zapalenia trzustki, zatorowości płucnej), leczenia w warunkach oddziału intensywnej terapii (w szczególności: Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Oddziału Leczenia Udarów, Oddziału Intensywnej Opieki Neurologicznej, Oddziału Leczenia Stanów Astmatycznych) lub z zapewnieniem intensywnej terapii nerkowej, dializy wątrobowej, ECMO, wentylacji mechanicznej, kontrapulsacji;
- 2) Hospitalizacja, która ze względów bezpieczeństwa medycznego, stwierdzonych w dniu przyjęcia do oddziału szpitalnego lub w trakcie pobytu, wymaga jednoczasowego leczenia wysoko i wielospecjalistycznego w placówce medycznej spoza Listy szpitali lub jej zakres wykracza poza zakres opisany w § 1 pozycja Opieka Ortopedyczna Załącznik nr 3, 4 lub 5 do OWU;
- 3) badań oraz konsultacji w zakresie opieki medycznej przed Hospitalizacją, o których mowa w § 2 pozycja Opieka Ortopedyczna Załącznik nr 3, 4 lub 5 do OWU zleconych przez inną placówkę medyczną niż wskazana przez nas;
- 4) opieki medycznej po Hospitalizacji w zakresie opisanym w § 3 pozycja Opieka Ortopedyczna Załącznik nr 3, 4 lub 5 do OWU związanej z Hospitalizacją wykonaną w innych placówkach niż wskazane przez nas;
- 5) rehabilitacji innej niż wymieniona w § 4 pozycja Opieka Ortopedyczna Załącznik nr 3, 4 lub 5 do OWU;
- 6) leczenia urazów wielonarządowych (tj. urazów obejmujących jednocześnie kilka układów lub narządów i powodujący uszkodzenia przynajmniej dwóch okolic ciała w znacznym stopniu, stanowiąc możliwość zaburzenia stabilności krążeniowo-oddechowej osoby poszkodowanej. Każde z tych obrażeń może stanowić stan bezpośrednio zagrażający życiu. W szczególności taki uraz obejmuje stany wymagające pilnych interwencji torakochirurgicznych, neurochirurgicznych oraz pobytu w warunkach oddziału anestezjologii i intensywnej terapii) oraz ich następstw;
- 7) diagnozowania i leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z aberracjami chromosomalnymi oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność oraz ich następstw;
- 8) diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej wynikającej ze wskazań niemedycznych oraz kosmetologii, a także leczenia ich niepożądanych następstw;
- 9) diagnozowania i leczenia niewykonywanego w Szpitalach lub Przychodniach wskazanych przez nas oraz ich następstw;
- 10) wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń i wniosków niezwiązanych z koniecznością kontynuacji procesu diagnostycznego i terapeutycznego prowadzonego w Szpitalu lub Przychodni wskazanej przez nas (wyłączenie nie dotyczy zaświadczeń o niezdolności do pracy lub nauki);
- 11) leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz pobytów rehabilitacyjnych, w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgnacyjnej, w której Ubezpieczony przebywa;
- 12) leczenia następstw zakażenia wirusem HIV, SARS-CoV-2, wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A);
- 13) leczenia domowego jako kontynuacji terapii szpitalnej z wyłączeniem leczenia będącego następstwem procedur objętych i zrealizowanych w ramach ubezpieczenia;
- 14) diagnozowania i leczenia bez wskazań medycznych;
- 15) leczenia wynikającego ze wskazań natury psychologicznej;
- 16) detoksykacji, zabiegów odwykowych oraz leczenia odwykowego oraz ich następstw;
- 17) leczenia chorób psychicznych, otępiennych, neurodegeneracyjnych (w tym choroby Alzheimera) oraz ich następstw.

7. Nie zrealizujemy Świadczenia szpitalnego w stosunku do Ubezpieczonego, jeżeli jest ono następstwem Niebezpiecznych wypadków i urazów, które wystąpiły lub były leczone w okresie poprzedzającym początek Okresu ochrony.
8. Nie zrealizujemy Świadczeń szpitalnych i Świadczeń ambulatoryjnych w Szpitalach i w Przychodniach innych niż wskazane przez nas.
9. Nie odpowiadamy za zdarzenia wynikłe z:
 - 1) błędów medycznych,
 - 2) błędów z nienależyce prowadzonej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.Za błędy wymienione w ust. 9 pkt 1) i 2) odpowiada podmiot leczniczy udzielający Świadczenia.
10. Nie realizujemy Świadczenia Drugiej Opinii Medycznej, jeżeli:
 - 1) wniosek o Świadczenie złożony zostanie w okresie 90 dni, licząc od pierwszego dnia Okresu ochrony;
 - 2) wniosek o Świadczenie dotyczy schorzeń lub stanów chorobowych innych niż wymienione w §2 pkt 13 ppkt. 2) OWU;
 - 3) Ubezpieczony nie wykonał na terenie Rzeczypospolitej Polskiej pełnej diagnostyki schorzenia lub stanu chorobowego, o którym mowa §2 pkt 13 ppkt. 2) OWU oraz lekarz prowadzący jego leczenie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej nie postawił diagnozy i nie zaproponował planu leczenia.
11. W każdym 12-miesięcznym Okresie ochrony Świadczenia pieniężne na rzecz Ubezpieczonego wypłacane są maksymalnie do wyczerpania limitu rocznego, który kwotowo wskazany jest w Załączniku nr 2, 3, 4 lub 5 (w zależności od wybranego Wariantu) do OWU pozycja dyżur stomatologiczny.

§14 Jakie są obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego wobec nas?

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do:
 - 1) opłacania pełnej należnej Składki na rachunek bankowy wskazany w Polisie w wysokości i terminach wskazanych w Polisie;
 - 2) niezwłocznego powiadamiania nas, nie później niż w terminie 14 dni, o każdej zmianie swojego adresu korespondencyjnego;
 - 3) informowania nas o zmianie wszelkich danych dotyczących Ubezpieczonych i Ubezpieczającego mających wpływ na Umowę;
 - 4) doręczenia Ubezpieczonym warunków Umowy, w tym w szczególności OWU, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonych zgody na udzielenie im ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli taka zgoda jest wymagana lub jeżeli Ubezpieczony zgadza się na finansowanie, choćby częściowe, kosztu Składki ubezpieczeniowej - przed wyrażeniem przez niego na to zgody. Obowiązek ten dotyczy również doręczenia dokumentów wprowadzających wszelkie zmiany do Umowy w trakcie jej obowiązywania;
 - 5) poinformowania o śmierci Ubezpieczonego;
 - 6) poinformowania Ubezpieczonych o zmianie numeru infolinii, w ramach której Ubezpieczony może uzyskać informacje na temat ubezpieczenia oraz o zmianach dotyczących Operatora.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest do:
 - 1) powiadomienia nas w terminie 30 dni od wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku o zajściu Nieszczęśliwego wypadku oraz o wystawieniu skierowania na leczenie szpitalne jego następstw. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w zdaniu poprzedzającym możemy odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło nam ustalenie okoliczności i skutków wypadku;
 - 2) przestrzegania zaleceń lekarzy;
 - 3) przestrzegania zasad obowiązujących w Przychodniach i Szpitalach;

- 4) stosowania się do poleceń personelu Przychodni i Szpitali;
- 5) przestrzegania uzgodnionych z nami terminów wykonania Świadczeń;
- 6) przybycia w uzgodnionym terminie do Szpitala wskazanego przez nas lub poinformowania Operatora medycznego o rezygnacji ze Świadczenia szpitalnego, nie później niż 12 godzin przed ustalonym terminem jego wykonania. Jeżeli okoliczności nie pozwalają zachować tego terminu, Ubezpieczony powinien poinformować Operatora medycznego o rezygnacji niezwłocznie po powstaniu jej przyczyny;
- 7) powstrzymywania się od wszelkich działań utrudniających lub uniemożliwiających udzielenie Świadczenia lub zwiększających szkodę lub uniemożliwiających nam ustalenie okoliczności i skutków wypadku ubezpieczeniowego;
- 8) okazania dokumentu tożsamości ze zdjęciem przed realizacją Świadczenia. W przypadku, gdy korzystającym ze Świadczenia jest Dziecko niepełnoletnie, o okazanie dokumentu tożsamości może zostać również poproszona osoba pełnoletnia, towarzysząca;
- 9) poddania się badaniu u wskazanych przez nas lekarzy w celu ustalenia zasadności zgłoszonego roszczenia;
- 10) dostarczenia nam wraz z wnioskiem o Świadczenie całej posiadanej dokumentacji medycznej, która związana jest ze zgłaszanym zdarzeniem oraz do współpracy z nami w przypadku, gdy dostarczona dokumentacja wymagała będzie uzupełnienia lub konieczne będzie uzyskanie dodatkowych informacji niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności za zgłoszone roszczenia.

§15 Jakie mamy obowiązki wobec Ubezpieczającego i Ubezpieczonych?

1. Przed zawarciem Umowy jesteśmy zobowiązani do przekazania Ubezpieczającemu OWU wraz z Załącznikami. OWU wraz z Załącznikami udostępniamy Ubezpieczającemu w postaci elektronicznej, w taki sposób, aby Ubezpieczający mógł je przechowywać i odtwarzać w zwykłym toku czynności.
2. W celu potwierdzenia zawarcia Umowy oraz jej warunków wystawimy i dostarczymy Ubezpieczającemu Polisę.
3. Poinformujemy Ubezpieczającego, nie później niż w terminie 14 dni, o zmianie naszych adresów korespondencyjnych oraz o zmianie numeru infolinii, w ramach której Ubezpieczony może uzyskać informacje na temat ubezpieczenia.
4. Będziemy prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania wynikające z Umowy, w tym realizację Świadczeń.

§ 16 Przetwarzanie danych osobowych Ubezpieczonych.

1. Jesteśmy administratorem danych osobowych Ubezpieczającego i Ubezpieczonych w rozumieniu art. 4 ust. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej: „Rozporządzenie”). Dane przetwarzane są na potrzeby zawarcia Umowy oraz objęcia opieką ubezpieczeniową. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony wyraził zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych lub w celu otrzymywania komunikacji marketingowej, administratorami danych osobowych są podmioty z Grupy LUX MED – ich lista znajduje się na stronie internetowej www.luxmed.pl. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem przez nas danych osobowych można skontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych dostępnym pod adresem e-mail: daneosobowe@luxmed.pl.
2. Swoje dane osobowe Ubezpieczający podaje nam przy zawieraniu Umowy. Dane osobowe Ubezpieczonych przekazywane są nam przez złożenie Wniosku ubezpieczeniowego (w przypadku Współubezpieczonych, ich dane osobowe przekazywane nam są przez Ubezpieczającego, który może, ale nie musi być Głównym Ubezpieczonym). Przetwarzamy dane osobowe Ubezpieczonych, które podane zostały we Wniosku, tj. imię, nazwisko, nr PESEL, płeć, datę urodzenia, główną miejscowość opieki, adres zamieszkania. Jeżeli Ubezpieczony jest obcokrajowcem, przetwarzamy także informację o obywatelstwie oraz nr dokumentu tożsamości. W związku z udostępnieniem Ubezpieczającemu możliwości złożenia Wniosku poprzez platformę

elektroniczną, jak i przystąpienia za jej pośrednictwem do ochrony ubezpieczeniowej przez zgłaszanych przez Ubezpieczającego Ubezpieczonych, będziemy również przetwarzać adres e-mail i numer telefonu Ubezpieczającego oraz adresy e-mail i numery telefonów Ubezpieczonych. Możemy poprosić Ubezpieczonego o podanie dodatkowych informacji o jego stanie zdrowia lub na podstawie upoważnienia udzielonego przez Ubezpieczonego zwrócić się do podmiotów leczniczych, z których korzystał, w celu uzyskania informacji koniecznych do podjęcia decyzji o realizacji Świadczenia, prawidłowej jego koordynacji albo przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego w związku ze zgłoszonym roszczeniem. Jeżeli do realizacji celów, o których mowa w zdaniu poprzednim, konieczne będzie uzyskanie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, to poprosimy go o przekazanie nam kopii jego dokumentacji medycznej w niezbędnym zakresie bądź na podstawie udzielonej przez Ubezpieczonego zgody zwrócimy się do odpowiednich podmiotów leczniczych z wnioskiem o udostępnienie nam takiej dokumentacji.

3. Zgoda na przetwarzanie danych w celach marketingowych obejmuje wszelkie informacje jakie zostały nam udzielone przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego. Mogą to być np. dane identyfikacyjne (imię, nazwisko, płeć, data urodzenia, wiek, miejscowość). Zapewniamy jednak, że w żadnym wypadku nie sięgamy do dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, którą nam przekazał lub którą pozyskujemy od podmiotów leczniczych na podstawie stosownego upoważnienia – dostęp do tych informacji mają jedynie upoważnione do tego osoby.
4. Przetwarzamy dane osobowe Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonych jako Ubezpieczyciel, a celem tego przetwarzania jest realizacja Umowy. W pierwszej kolejności potrzebujemy przyjąć Wniosek. Pozwoli to później na ustalenie tożsamości Ubezpieczonego przed udzieleniem Świadczenia oraz umożliwi nam realizację Umowy i kontakt z Ubezpieczonym. Jako Ubezpieczyciel jesteśmy zobowiązani przepisami prawa do przetwarzania danych osobowych w ramach jej wykonywania, w tym w celu koordynacji procesu korzystania przez Ubezpieczonego ze Świadczeń (art. 6 ust. 1 lit. b. Rozporządzenia w związku z art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej). Podstawą prawną takiego działania po stronie Ubezpieczyciela są przepisy regulujące naszą działalność jako podmiotu ubezpieczeniowego. Informujemy jednak, że Ubezpieczony zawsze ma prawo nie podlegać decyzji opartej o zautomatyzowane przetwarzanie danych osobowych i domagać się interwencji człowieka, co oczywiście zapewniamy. Jako administrator danych będący przedsiębiorcą, mamy prawo do przetwarzania danych osobowych, aby dochodzić roszczeń z tytułu prowadzonej przez nas działalności gospodarczej (art. 6 ust. 1 lit. b. oraz f. Rozporządzenia, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, którym jest dochodzenie naszych roszczeń i obrona naszych praw). Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podzielili się z nami swoją opinią na temat Świadczeń lub złożyli reklamację, możemy przetwarzać dane osobowe, aby rozpatrzyć zgłoszenie oraz udzielić na nie odpowiedzi (art. 6 ust. 1 lit. f Rozporządzenia, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, jakim jest rozpatrzenie roszczeń reklamacyjnych oraz obrona interesów Ubezpieczyciela). Jako przedsiębiorca prowadzimy księgi rachunkowe oraz spoczywają na nas obowiązki podatkowe – wystawiamy np. rachunki za wykonane przez nas usługi, co może się wiązać z koniecznością przetwarzania danych osobowych. (art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości). Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony wyrazili zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych, to możemy przetwarzać dane osobowe, aby kierować do Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego komunikację marketingową dotyczącą działalności Grupy LUX MED. Komunikacją tą mogą być oferty, informacje o usługach, wydarzeniach organizowanych przez podmioty z Grupy LUX MED, promocjach oraz artykuły prozdrowotne. Na podstawie wyrażonej przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego zgody, możemy przetwarzać dane osobowe pozyskane w trakcie współpracy z nami w celach marketingowych, na przykład poprzez ich analizę oraz wiązanie z innymi informacjami o Ubezpieczającym, aby dostosować kierowane do Ubezpieczającego komunikaty do potrzeb Ubezpieczającego (art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia).
5. Dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców w związku z prowadzoną przez nas działalnością:

- 1) dostawcom usług zaopatrujących nas w rozwiązania techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające świadczenie usług i zarządzanie naszą organizacją (w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, firmom kurierskim i pocztowym);
 - 2) dostawcom usług prawnych i doradczych oraz wspierających nas w dochodzeniu należnych roszczeń (w szczególności kancelariom prawnym, firmom windykacyjnym);
 - 3) zakładom reasekuracji, które będą wykonywać działalność w zakresie reasekuracji ryzyka przyjętego przez nas z tytułu Umowy;
 - 4) Przychodniom lub Szpitalom.
6. W ramach procesu realizacji Świadczeń szpitalnych, dokumentacja medyczna Ubezpieczonego, którą nam przekazał lub którą pozyskaliśmy na podstawie jego zgody od odpowiednich podmiotów leczniczych, może zostać udostępniona przez Ubezpieczyciela Przychodniom lub Szpitalom za pośrednictwem Koordynatora Opieki Szpitalnej, który wspiera Ubezpieczonego w procesie: kwalifikacji do leczenia szpitalnego, przebiegu Hospitalizacji oraz leczenia po pobycie w szpitalu. Proces, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, dotyczy Świadczeń szpitalnych, o których mowa w Załącznikach nr 3, 4 oraz 5 do OWU.
7. Z uwagi na to, że korzystamy z usług innych dostawców, np. w zakresie struktury teleinformatycznej, dane osobowe Ubezpieczającego i Ubezpieczonych mogą być przekazywane poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego (na który składają się państwa Unii Europejskiej oraz Islandia, Norwegia i Liechtenstein). Zapewniamy, że w takim przypadku przekazywanie danych odbywać się będzie w oparciu o stosowną podstawę prawną, na przykład umowę zawartą pomiędzy nami a tym podmiotem zawierającą standardowe klauzule ochrony danych osobowych przyjęte przez Komisję Europejską lub na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony danych osobowych. Weryfikujemy, czy dane osobowe są przetwarzane w sposób bezpieczny przez dostawcę usług, któremu są one przekazywane.
8. Jednym ze sposobów przetwarzania przez nas danych osobowych jest tzw. profilowanie. Polega ono na tym, że możemy tworzyć profile preferencji w oparciu o informacje o Ubezpieczającym lub Ubezpieczonym, i tym samym w oparciu o nie dostosowywać nasze usługi i treści, jakie oni od nas otrzymują. Zapewniamy, że nie przetwarzamy danych osobowych w sposób w pełni automatyczny, bez ingerencji człowieka.
9. Przechowujemy dane osobowe przez okres trwania Umowy, a następnie 6 lat po wygaśnięciu lub rozwiązaniu Umowy. Jeżeli dane były przez nas przetwarzane w celu dochodzenia naszych roszczeń (np. w postępowaniach windykacyjnych), przetwarzamy dane przez okres przedawnienia roszczeń, wynikający z przepisów kodeksu cywilnego. Wszelkie dane podatkowe oraz przetwarzane na potrzeby rachunkowości przetwarzamy przez 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony wyrazili zgodę na przetwarzanie danych w celach marketingowych, przetwarzamy dane od chwili wyrażenia zgody do czasu jej cofnięcia. Po upływie wyżej wymienionych okresów dane osobowe są usuwane lub poddawane anonimizacji.
10. Zawarcie z nami Umowy jest w pełni dobrowolne, jednakże jako Ubezpieczyciel jesteśmy zobowiązani do oznaczenia tożsamości Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonych i wykonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego z wykorzystaniem danych osobowych. Niepodanie danych może skutkować odmową zawarcia Umowy lub realizacji Świadczeń. Również ze względów rachunkowych i podatkowych mamy obowiązek prawny przetwarzania danych. Brak ich podania może skutkować np. brakiem wystawienia faktury czy imiennego rachunku. Jeżeli otrzymujemy numer telefonu Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jest to dobrowolne. Brak tych danych nie ma wpływu na zawarcie Umowy, lecz znacznie utrudni nam to kontakt z osobą uprawnioną w procesie realizacji Umowy. Wyrażenie którejkolwiek ze zgód marketingowych również jest dobrowolne. Oznacza to, że odmowa ich udzielenia nie ma wpływu na skorzystanie z naszych Świadczeń. Ubezpieczający i Ubezpieczony mają prawo odwołać wyrażoną zgodę w dowolnej chwili.
11. Jako administrator danych zapewniamy Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu prawo dostępu do ich danych. Ubezpieczający i Ubezpieczony mogą je również sprostować, żądać ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Mogą także złożyć sprzeciw wobec przetwarzania ich danych oraz przenoszenia danych

do innego administratora. Aby skorzystać z tych uprawnień, należy skontaktować się z nami poprzez infolinię, stronę internetową lub z naszym Inspektorem Ochrony Danych. Informujemy także, że Ubezpieczający i Ubezpieczony mają prawo wnieść skargę do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych.

§17 W jaki sposób można złożyć reklamację?

1. Reklamacje związane z zawarciem lub wykonywaniem Umowy mogą być zgłoszone przez: Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub spadkobiercę posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu Świadczenia z Umowy ubezpieczenia:
 - 1) w postaci elektronicznej:
 - a) na adres mailowy: reklamacje.ubezpieczenia@luxmed.pl;
 - b) za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej pod adresem <https://www.luxmed.pl/zgloszenie-reklamacji-ubezpieczenia>;
 - 2) w formie pisemnej:
 - a) poprzez przesłanie na adres naszej siedziby: LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce, 02-678 Warszawa, ul. Szturmowa 2;
 - b) poprzez osobiste dostarczenie pisemnej reklamacji do naszej siedziby;
 - 3) w formie ustnej do spisywanego protokołu:
 - a) poprzez zgłoszenie telefoniczne pod numer tel.: 22 501 81 60;
 - b) poprzez osobistą wizytę w naszej siedzibie.
2. Reklamacja powinna być skierowana do nas i zawierać zwięzły opis nieprawidłowości, który pozwoli na zidentyfikowanie zdarzenia, którego reklamacja dotyczy i ustalenie wszystkich istotnych okoliczności.
3. Odpowiemy w formie pisemnej lub pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca reklamację złoży taki wniosek, maksymalnie w ciągu 30 dni od daty otrzymania reklamacji.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach możemy potrzebować więcej czasu na rozpatrzenie reklamacji. W przypadku zaistnienia takiej sytuacji przed upływem terminu na odpowiedź na reklamację:
 - 1) wyjaśnimy przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskażemy okoliczności, które muszą zostać dodatkowo ustalone do rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie będzie dłuższy niż 60 dni od daty otrzymania reklamacji.
5. Po wyczerpaniu postępowania reklamacyjnego osobie, która złożyła reklamację, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez podmiot uprawniony do rozwiązywania pozasądowych sporów, którym jest Rzecznik Finansowy (szczegóły na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: <https://rf.gov.pl/>).

§18 Postanowienia końcowe

1. Prawem właściwym stanowiącym podstawę stosunków między nami a Ubezpieczającym przed zawarciem Umowy oraz prawem właściwym do zawierania i wykonywania tej Umowy jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie przepisy prawa powszechnie obowiązującego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Językiem stosowanym w relacjach Ubezpieczyciela z Ubezpieczającym jest język polski.
3. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla:
 - 1) miejsca zamieszkania Ubezpieczającego albo
 - 2) miejsca zamieszkania Ubezpieczonego albo

- 3) miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpiezonego.
4. Kierowane do nas wnioski, oświadczenia i powiadomienia, które dotyczą realizacji Umowy zawartej na podstawie niniejszych OWU, mogą być składane:
 - 1) pod adresem: LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce, 02-678 Warszawa, ul. Szturmowa 2,
 - 2) elektronicznie na adres poczty elektronicznej: ubezpieczenia@luxmed.pl.
5. Wszelkie zmiany Umowy wymagają formy pisemnej, elektronicznej lub dokumentowej pod rygorem nieważności.
6. Roszczenia z tytułu Świadczeń wynikających z Umowy nie mogą być przedmiotem cesji w rozumieniu przepisów art. 509 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny ani zastawu w rozumieniu art. 327 Kodeksu cywilnego.
7. Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego w zakresie zgodności działalności z przepisami polskiego prawa. Wyłączny nadzór nad naszą gospodarką finansową sprawuje szwedzki organ nadzoru.
8. Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia Zdrowotnego – PROMED (KOD OI/3PRONH1) zostały zatwierdzone uchwałą zarządu Ubezpieczyciela i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych z datą 16 grudnia 2024 roku lub późniejszą.