

Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia Zdrowotnego PROMED w Typie Indywidualnym, Partnerskim i Rodzinnym Kod OWU I/001/2022

Informacje, o których mowa w art. 17. ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015 r. poz. 1844 z późn.zm.):

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	<p>CZĘŚĆ OGÓLNA UMOWY</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Postanowienia wspólne <ol style="list-style-type: none"> 1) § 2 (Definicje) 2) § 4 (Zawarcie Umowy ubezpieczenia) ust. 3, ust. 5-7, ust. 10, ust. 12-13 3) § 6 (Rozpoczęcie i wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela) ust. 2 4) § 8 (Realizacja świadczeń z tytułu Umowy) ust.1-2 5) § 9 (Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego) ust.1, ust.4 <p>CZĘŚĆ SZCZEGÓLNA UMOWY</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Moduł Ambulatoryjny <ol style="list-style-type: none"> 1) § 1 (Zasady ogólne) ust.1-4 2) § 3 (Realizacja świadczeń) ust.1-6 3. Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED – Koordynacja <ol style="list-style-type: none"> 1) § 3 (Co jest przedmiotem Umowy?)
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	<p>CZĘŚĆ OGÓLNA UMOWY</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Postanowienia wspólne <ol style="list-style-type: none"> 1) § 2 (Definicje) 2) § 4 (Zawarcie Umowy ubezpieczenia) ust. 2-7, ust. 9-11, ust.13-15 3) § 5 (Składka) ust. 6-8 4) § 6 (Rozpoczęcie i wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela) ust. 2-3 5) § 7 (Ograniczenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela) 6) § 7 (Prawa i obowiązki Ubezpieczyciela) ust. 2 <p>CZĘŚĆ SZCZEGÓLNA UMOWY</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Moduł Ambulatoryjny <ol style="list-style-type: none"> 1) § 1 (Zasady ogólne) ust.1-5 2) § 2 (Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela) 3) § 3 (Realizacja świadczeń) ust.1, ust. 5-6 3. Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED – Koordynacja <ol style="list-style-type: none"> 1) § 5 (Jakie są wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy świadczenia?)

Część ogólna

§ 1 Postanowienia ogólne

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia Zdrowotnego („OWU”), **LMG Försäkrings AB SA** z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Box 27093, Szwecja, zarejestrowana w Urzędzie Rejestracji Przedsiębiorstw pod numerem 516406-0831, kapitał akcyjny: 4 800 000 Euro opłacony w całości, działająca w Polsce poprzez oddział LMG Försäkrings AB Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie wpisany do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy KRS pod nr KRS 0000395438, NIP: 1080011494 („Ubezpieczyciel”), zawiera Umowy ubezpieczenia („Umowy”) z Ubezpieczającymi, zawsze na rzecz osoby fizycznej imiennie wskazanej w Umowie (Ubezpieczony).
2. Ubezpieczający może zawrzeć Umowę ubezpieczenia w Typie ubezpieczenia: Indywidualnym (na własną rzecz albo na rzecz osoby trzeciej), Rodzinnym albo Partnerskim, z tym, że Ubezpieczony, będący osobą fizyczną, zawsze jest wskazany imiennie w Umowie.
3. Strony mogą wprowadzić do Umowy postanowienia dodatkowe lub odmienne od zawartych w OWU, z tym, że różnice pomiędzy OWU, a Umową zostaną przedstawione Ubezpieczającemu w formie pisemnej przed zawarciem rzeczony Umowy.
4. W przypadku rozbieżności między postanowieniami zawartymi w OWU i w Umowie, pierwszeństwo mają postanowienia Umowy.

§ 2 Definicje

Określenia użyte w niniejszych OWU, Wniosku ubezpieczeniowym, Polisie oraz innych dokumentach stanowiących integralną część Umowy, oznaczają:

- 1) **Centrum Obsługi Klienta** – dedykowana infolinia, w ramach której Ubezpieczony może uzyskać informacje na temat ubezpieczenia;
- 2) **Choroba** – nieprawidłowy według ogólnie uznanej wiedzy medycznej stan fizyczny lub psychiczny organizmu;
- 3) **Ciąża o przebiegu fizjologicznym** – ciąża o przebiegu prawidłowym, niewymagająca podczas swojego przebiegu objęcia opieką perinatalną w ośrodku referencyjnym, hospitalizacji będącej w bezpośrednim związku z ciążą, w szczególności na oddziale patologii ciąży z przyczyn leżących po stronie zarówno matki jak i płodu;
- 4) **Ciąża wysokiego ryzyka** – ciąża charakteryzująca się zagrożeniem dla zdrowia lub życia matki lub płodu, związanym z występowaniem czynników ryzyka statystycznie zwiększających częstość powikłań ciąży i porodu, które mogą mieć związek ze schorzeniami występującymi przed ciążą, schorzeniami występującymi w trakcie ciąży, nałogami;
- 5) **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego, Współmałżonka lub Partnera, a także dziecko przez nich przysposobione, od pierwszego dnia jego życia, a które w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie ukończyło 18 roku życia, a w przypadku uczęszczania przez Dziecko do szkoły [w rozumieniu art. 2 pkt. 2 ustawy z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty (Dz. U. 2004.256.2572 tekst jednolity z dnia 4 grudnia 2015 r. (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156) z późn.zm.), oraz do szkoły wyższej [w rozumieniu ustawy z dnia 27 lipca 2005 roku Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. 2005.164.1365, tekst jednolity z dnia 26 marca 2012 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 572) z późn.zm.), nie ukończyło 26 lat;
- 6) **Główny Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rachunek której zawarto Umowę, zamieszkała na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, która w przypadku Typu ubezpieczenia Indywidualnego nie ukończyła 70 lat, a w przypadku Typu ubezpieczenia Partnerskiego lub Rodzinnego w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ukończyła 18 lat i nie ukończyła 70 lat;
- 7) **Lekarz** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje i uprawnienia, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami polskiego prawa, w tym w szczególności ustawą z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tj. z dnia 10 marca 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 464 z późn.zm.);
- 8) **Okres ubezpieczenia** – 12 miesięczny okres obowiązywania Umowy;
- 9) **Okres ochrony** – okres, w którym Ubezpieczonemu udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa, tj. okres w którym Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy za Zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe w Okresie ubezpieczenia. Okres ochrony kończy się zawsze z dniem rozwiązania albo wygaśnięcia Umowy;
- 10) **Operator** – podmiot koordynujący w imieniu Ubezpieczyciela udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Umowy;
- 11) **Partner życiowy** – osoba prowadząca z Głównym Ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Głównym Ubezpieczonym w związku małżeńskim, niezłączona pokrewieństwem ani stosunkiem prawnym takim jak przysposobienie lub powinowactwo;
- 12) **Placówka medyczna** – jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnych, działająca na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej;
- 13) **Placówka medyczna wskazana przez Ubezpieczyciela** – jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnych, działająca na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej, wskazana przez

- Ubezpieczyciela, jako właściwa do realizacji Świadczeń medycznych w ramach Umowy;
- 14) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy, zwanym także dokumentem ubezpieczeniowym;
 - 15) **Rabat** – wskazana w „Wykazie Świadczeń ambulatoryjnych” zniżka procentowa lub kwotowa od ustalonej w Placówce medycznej aktualnej w momencie udzielania ceny Świadczenia ambulatoryjnego;
 - 16) **Rocznica** – dzień w każdym kolejnym roku obowiązywania Umowy, odpowiadający dacie początku Okresu ubezpieczenia;
 - 17) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu Umowy, której wysokość i termin płatności zostały określone w Umowie;
 - 18) **Sporty wysokiego ryzyka** – wszelkie sporty lotnicze, motolotniarstwo, parolotniarstwo, szybownictwo oraz pilotowanie jakichkolwiek samolotów silnikowych, baloniarstwo, wszelkie odmiany skoków spadochronowych, skoki na linie, kolarstwo górskie, sporty motorowe i motorowodne, jazda na skuterach wodnych, kitesurfing, alpinizm, wspinaczka wysokogórska, skalna, 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 jazda konna;
 - 19) **Świadczenie ambulatoryjne (także Świadczenie medyczne)** – świadczenie zdrowotne, objęte zakresem ubezpieczenia (Umowy), pozostające w bezpośrednim związku z Chorobą, zaburzeniem lub uszkodzeniem ciała, którego realizacja wynika ze wskazań medycznych i którego odroczenie w czasie może spowodować zagrożenie trwałym pogorszeniem stanu zdrowia lub spowodować znaczący wzrost ryzyka powikłań przy późniejszym wykonaniu, które zwyczajowo wykonywane są w ramach leczenia otwartego i są możliwe do wykonania w sposób zgodny z wiedzą i sztuką medyczną w warunkach ambulatoryjnych, wykonywane przez Placówkę medyczną wskazaną przez Ubezpieczyciela na rzecz Ubezpieczonego;
 - 20) **Typ ubezpieczenia** – Rodzaj ubezpieczenia zdrowotnego zawieranego z Ubezpieczającym, określający podmioty na rzecz, których zawarto umowę ubezpieczenia, dostępny w ramach niniejszego OWU w trzech typach: Typ ubezpieczenia Indywidualnego, Typ ubezpieczenia Partnerskiego, Typ ubezpieczenia Rodzinnego;
 - 21) **Typ ubezpieczenia Indywidualnego** – Rodzaj umowy ubezpieczenia zawieranej przez Ubezpieczyciela z Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonego, będącego w ramach niniejszego OWU Głównym Ubezpieczonym, wskazanego imiennie w Umowie;
 - 22) **Typ ubezpieczenia Partnerskiego** – Rodzaj umowy ubezpieczenia zawieranej przez Ubezpieczyciela z Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych: Głównego Ubezpieczonego i jednego Współubezpieczonego, wskazanych imiennie w Umowie;
 - 23) **Typ ubezpieczenia Rodzinnego** – Rodzaj umowy ubezpieczenia zawieranej przez Ubezpieczyciela z Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych: Głównego Ubezpieczonego i Współubezpieczonych, wskazanych imiennie w Umowie;
 - 24) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna zawierająca Umowę zawsze na rzecz osoby/ osób fizycznych, imiennie wskazanych w Umowie i zobowiązana z tytułu Umowy w szczególności do opłacania Składki zgodnie z terminami i na warunkach przewidzianych w Umowie; Ubezpieczający może ale nie musi być jednocześnie Głównym Ubezpieczonym;
 - 25) **Ubezpieczony** – Główny Ubezpieczony lub Współubezpieczony, na rzecz którego zawarto umowę ubezpieczenia. Jeżeli w OWU występuje termin Ubezpieczony oznacza to, że dane postanowienie OWU stosuje się zarówno do Głównego Ubezpieczonego, jak i Współubezpieczonego;
 - 26) **Udział własny (Dopłata)** – kwotowy albo procentowy udział Ubezpieczonego w koszcie udzielanego mu z tytułu Umowy świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 27) **Umowa ubezpieczenia (Umowa)** – Umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU;
 - 28) **Wiek Ubezpieczonego** – liczba ukończonych pełnych lat Ubezpieczonego w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową, a następnie w dniu każdej Rocznicy;
 - 29) **Wniosek ubezpieczeniowy** – oświadczenie Ubezpieczającego złożone Ubezpieczycielowi w przedmiocie zawarcia Umowy na warunkach określonych w OWU; Wniosek ubezpieczeniowy może zawierać również inne oświadczenia woli lub wiedzy;
 - 30) **Współubezpieczony** – osoba fizyczna (Partner życiowy, małżonek lub Dziecko) wskazana przez Głównego Ubezpieczonego w ramach Typu ubezpieczenia Partnerskiego lub Typu ubezpieczenia Rodzinnego, na rachunek której zawarto Umowę, zamieszkała na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, która w dniu złożenia wniosku ukończyła 18 lat i nie przekroczyła 70 lat, a w przypadku Dziecka nie przekroczyła 26 lat; postanowienia odnoszące się w OWU do Ubezpieczonego stosuje się odpowiednio do Współubezpieczonego;
 - 31) **Wyczynowe uprawianie sportu** – za wyczynowe uprawianie sportu uważa się: uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych, polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach i zawodach sportowych, jak również uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych oraz uczestniczenie w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi;
 - 32) **Wykaz Świadczeń ambulatoryjnych** – wykaz Świadczeń ambulatoryjnych przysługujących Ubezpieczonemu z tytułu Umowy ubezpieczenia, stanowiący załącznik do Umowy;
 - 33) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – przewidziane w Umowie zdarzenie, którego wystąpienie powoduje powstanie obowiązku spełnienia świadczenia przez Ubezpieczyciela.

§ 3 Przedmiot i Zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. W ramach Umowy dostępne są Moduły ubezpieczenia określone w Części szczególnej Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
3. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela, sposób ustalenia wysokości i warunki realizacji świadczeń z tytułu Umowy, wyłączenia szczególne lub ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela określone są w Umowie.

§ 4 Zawarcie Umowy ubezpieczenia

1. Umowa zawierana jest na okres 12 miesięcy (Okres ubezpieczenia).
2. Umowa zawierana jest na podstawie Wniosku ubezpieczeniowego, wraz z podpisanymi przez Ubezpieczającego, Głównego Ubezpieczonego lub Współubezpieczonych oświadczeniami, zawartymi w formularzu Wniosku ubezpieczeniowego, niezbędnymi do świadczenia usług przez Ubezpieczyciela w ramach Umowy.
3. Jeżeli Wniosek ubezpieczeniowy nie zawiera wszystkich wymaganych informacji lub nie zostały do Wniosku dołączone wszystkie wymagane dokumenty, Ubezpieczający zobowiązany jest do uzupełnienia Wniosku ubezpieczeniowego w zakresie i terminie wskazanym przez Ubezpieczyciela.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie uzupełni braków, o których mowa w ust. 3. powyżej, we wskazanym terminie, Wniosek ubezpieczeniowy nie wywołuje skutków prawnych i nie dochodzi do zawarcia Umowy ubezpieczenia.
5. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie informacje i okoliczności, które są wymagane we Wniosku ubezpieczeniowym oraz te, o które Ubezpieczyciel zapytywał przed zawarciem Umowy ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
6. W Okresie ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest zawiadomić Ubezpieczyciela o zmianie okoliczności, o których mowa w ust. 5., niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
7. Zawierając umowę na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 5. i 6. spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu Umowy ubezpieczenia na jego rachunek.
8. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności na podstawie Umowy za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 5.-7., nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 5.-7. doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany Umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu pierwszym.
9. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie Umowy lub objęcie poszczególnych osób ochroną ubezpieczeniową od uzyskania dodatkowych informacji mających wpływ na ocenę ryzyka, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
10. Ubezpieczyciel może skierować osoby zgłaszane do Ubezpieczenia na dodatkowe badania medyczne w celu dokonania oceny ryzyka. Koszty tych badań ponosi Ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczyciel na podstawie dokonanej oceny ryzyka ubezpieczeniowego może odmówić zawarcia Umowy albo uzależnić jej zawarcie od wprowadzenia do Umowy postanowień odmiennych lub dodatkowych w stosunku do niniejszych OWU.
12. Treść Umowy stanowią OWU, informacje zawarte we Wniosku ubezpieczeniowym oraz w każdym innym dokumencie dołączonym Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, który został zaakceptowany przez Ubezpieczyciela, jako część Umowy, w tym w szczególności wszystkie oświadczenia dotyczące stanu zdrowia składane przez Ubezpieczonego, inne dokumenty stworzone przez Strony Umowy lub Ubezpieczyciela, które zostały dołączone do Umowy, a także informacje zawarte w Polisie.
13. Jeżeli w odpowiedzi na złożony przez Ubezpieczającego Wniosek ubezpieczeniowy, Ubezpieczyciel doręczy Ubezpieczającemu Polisę zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego Wniosku ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel będzie obowiązany zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu Polisy, wyznaczając mu co najmniej 7 dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku przez Ubezpieczyciela, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne a Umowa jest zawarta zgodnie z warunkami określonymi we Wniosku ubezpieczeniowym.
14. W przypadku opisanym w ust. 13. powyżej, przy braku sprzeciwu, Umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią Polisy następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

§ 5 Składka

1. Składka obliczana jest za czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy (za Okres ubezpieczenia) na podstawie oceny ryzyka wyrażona kwotowo w Polisie zgodnie z danym Typem ubezpieczenia.
2. Składka jest należna i płatna za cały Okres ubezpieczenia, przy czym strony mogą ustalić, że Składka należna za cały Okres ubezpieczenia będzie płatna w ratach. Wysokość należnej Składki, częstotliwość oraz terminy płatności potwierdzone są w Polisie.
3. W przypadku wygaśnięcia albo rozwiązania Umowy ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta i za jaki została zapłacona Składka, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki jedynie za okres niewykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej.
4. Płatność Składki następuje przelewem na wskazany w Polisie rachunek bankowy.

5. Za dzień opłacenia Składki uznaje się dzień uznania rachunku Ubezpieczyciela całą należną kwotą Składki; ta sama zasada dotyczy poszczególnych rat Składki.
6. Jeżeli Składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty Składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia Umowy wygasa ona z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona Składka lub jej pierwsza rata.
7. W przypadku opłacania Składki w ratach i nieopłaceniu kolejnej raty Składki, Ubezpieczyciel może wezwać Ubezpieczającego do zapłaty raty Składki w dodatkowym terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania, pod rygorem wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w przypadku braku zapłaty raty Składki w dodatkowym terminie albo pod rygorem ograniczenia zakresu Ochrony ubezpieczeniowej do czasu uregulowania należności.
8. W wezwaniu Ubezpieczyciel poda do wiadomości Ubezpieczającego skutki niezapłacenia Składki lub jej raty.
9. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłacenia Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy.

§ 6 Rozpoczęcie i wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Data początku okresu ochrony ubezpieczeniowej potwierdzona jest w Polisie, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 poniżej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa oraz odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się w terminie wskazanym w Polisie, przy czym warunkiem rozpoczęcia Okresu ochrony jest otrzymanie przez Ubezpieczyciela podpisanych przez Ubezpieczonego i Współubezpieczonych oświadczeń, zawartych w formularzu Wniosku ubezpieczeniowego, niezbędnych do świadczenia usług w ramach Umowy przez Ubezpieczyciela oraz opłacenie przez Ubezpieczającego pełnej Składki lub jej pierwszej pełnej raty zgodnie z informacją zawartą w Polisie. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności przed terminem wskazanym w Polisie.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych:
 - z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia;
 - z dniem odstąpienia od Umowy przez Ubezpieczającego;
 - z ostatnim dniem upływu 7-dniowego terminu na zapłatę kolejnej raty Składki, jeżeli Ubezpieczyciel uprzednio wezwie Ubezpieczającego do zapłaty raty Składki, liczonego od dnia doręczenia wezwania Ubezpieczającemu, a w wezwaniu wskaże, że brak zapłaty będzie skutkowało rozwiązaniem Umowy;
 - z dniem wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczyciela, jeżeli Ubezpieczyciel ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem Składki lub jej pierwszej raty a Składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie,

a Ubezpieczyciel wypowiedział Umowę ze skutkiem natychmiastowym;

- z dniem śmierci Ubezpieczonego;
- z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończył 71 lat, w przypadku Współubezpieczonego będącego Dzieckiem odpowiednio 18 albo 26 lat;
- z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczyciela w przypadku wypowiedzenia tej Umowy z ważnych przyczyn określonych w niniejszych OWU.

§ 7 Ograniczenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń ubezpieczeniowych, będących bezpośrednim lub pośrednim następstwem:

1. działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, wojny domowej, rewolucji, 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 lub orientalnej;
3. stosowania leków niedopuszczonych do użytku w Polsce oraz ich następstw;
4. udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych lub badaniach klinicznych, oraz ich następstw;
5. transplantacji organów lub tkanek, komórek, hodowli komórkowych (pochodzenia naturalnego lub sztucznego);
6. wykorzystanie autoprzeszczepu, wszczepiania implantów i urządzeń;
7. wyczynowego uprawiania sportów lub uprawnia Sportów wysokiego ryzyka;
8. epidemii lub stanów kłęski żywiołowej ogłoszonych przez organy administracji państwowej;
9. działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego;
10. prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego bez uprawnień lub prowadzenia pojazdu bez aktualnego badania technicznego, zgodnych 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 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jednolity z dnia 10 stycznia 2012 r. Dz. U. z 2012 r. poz. 124 z późn. zm.);
11. usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
12. dokonania przez Ubezpieczonego samookaleczenia lub świadomego spowodowania rozstroju zdrowia;
13. popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa lub wykroczenia;

14. samodzielnego diagnozowania, leczenia, modyfikacji przez Ubezpieczonego zaleconego leczenia lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego;
15. pozostawiania pod wpływem lub zatrucia narkotykami lub innymi substancjami odurzającymi lub psychotropowymi, środkami zastępczymi w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jednolity z dnia 10 stycznia 2012 r. Dz. U. z 2012 r. poz. 124 z późn. zm.) lub lekami stosowanymi niezgodnie z zaleceniem lekarza;
16. detoksykacji, zabiegów odwykowych oraz leczenia odwykowego;
17. leczenia choroby Alzheimera, i jej następstw;
18. uzyskania świadczeń zdrowotnych wskutek przestępstwa lub wykroczenia, wyłudzenia lub celowego wprowadzenia w błąd Ubezpieczyciela;
19. Chorób, następstw nieszczęśliwych wypadków, objawów chorobowych i dolegliwości, które wystąpiły, lub przyczyny ich wystąpienia były znane Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu na 24 miesiące przed zawarciem Umowy ubezpieczenia lub o których, przy zachowaniu należytej staranności Ubezpieczający lub Ubezpieczony mógł się dowiedzieć.

§ 8 Realizacja świadczeń z tytułu Umowy

1. Ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić swoje zobowiązania z tytułu Umowy w terminie do 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w terminie 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia z tytułu Umowy Ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w ust. 1 powyżej.

§ 9 Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał we Wniosku ubezpieczeniowym albo przed zawarciem Umowy. Jeżeli Ubezpieczyciel zawarł Umowę mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego/Ubezpieczonego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do:
 - 1) opłacania pełnej Składki w wysokości i terminach określonych w Polisie;
 - 2) powiadamiania Ubezpieczyciela niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni o każdej zmianie swojego adresu korespondencyjnego;

- 3) informowania Ubezpieczyciela o zmianie wszelkich danych dotyczących Ubezpieczonych i Ubezpieczającego mających wpływ na Umowę ubezpieczenia;
 - 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 Umową lub jeżeli ubezpieczony zgadza się na finansowanie kosztu Składki ubezpieczeniowej – przed wyrażeniem przez niego na to zgody, oraz do doręczania Ubezpieczonym dokumentów statujących wszelkie zmiany Umowy i OWU w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia;
 - 5) poinformowania o śmierci Ubezpieczonego.
3. Ubezpieczający ponosi pełną odpowiedzialność za działania i zaniechania w ramach Umowy, w tym w szczególności za naruszenie postanowień ust. 2. powyżej.
 4. Ubezpieczony jest zobowiązany do:
 - 1) ścisłego przestrzegania zaleceń lekarskich, wydawanych przez Lekarzy;
 - 2) przestrzegania zasad organizacji pracy w Placówkach medycznych w części dotyczącej pacjentów;
 - 3) stosowania się do poleceń personelu Placówek medycznych;
 - 4) informowania Ubezpieczyciela o wszelkich zmianach danych osobowych i adresowych; w przypadku kiedy Współubezpieczony nie jest pełnoletni obowiązek ten spoczywa na Ubezpieczonym lub Ubezpieczającym;
 - 5) przestrzegania terminów wykonania świadczeń medycznych uzgodnionych z Ubezpieczycielem;
 - 6) przybycia w uzgodnionym terminie do Placówki medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela lub poinformowania Operatora o rezygnacji ze Świadczenia ambulatoryjnego nie później niż 12 godzin przed ustalonym terminem jej wykonania, chyba że z okoliczności wynika, że nie można było tego uczynić – wówczas niezwłocznie po powstaniu przyczyny uzasadniającej rezygnację;
 - 7) powstrzymania się od wszelkich działań utrudniających lub uniemożliwiających udzielenie Świadczenia medycznego przez Ubezpieczyciela lub personel Placówki medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela.

§ 10 Prawa i obowiązki Ubezpieczyciela

1. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do:
 - 1) wystawienia Polisy i przekazania jej Ubezpieczającemu;
 - 2) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową;
 - 3) poinformowania Ubezpieczającego o zmianie siedziby lub adresu korespondencyjnego;
 - 4) poinformowania Ubezpieczającego o zmianie Operatora oraz numeru infolinii Centrum Obsługi Klienta.

2. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę z miesięcznym okresem wypowiedzenia jedynie w przypadkach wskazanych w ustawie, a także z ważnych powodów określonych poniżej:

- 1) podanie przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego nieprawdziwych informacji wpływających na zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 2) 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 (Dz. U. Nr 88, poz. 553);
- 3) 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;
- 4) powtarzające się używanie przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego w stosunku do Ubezpieczyciela lub podmiotów lub osób, za pomocą których Ubezpieczyciel wykonuje Umowę, słów powszechnie uważanych za wulgarne, po uprzednim pisemnym wezwaniu Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego do zaniechania ww. działań;
- 5) powtarzające się nieprzestrzeganie przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego zasad organizacji pracy w Placówkach medycznych lub niestosowania się do poleceń personelu Placówek medycznych, po uprzednim wezwaniu Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego do zaniechania ww. działań;
- 6) powtarzające się naruszanie przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego regulaminów organizacyjnych Placówek medycznych, po uprzednim wezwaniu Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego do zaniechania ww. działań.

§ 11 Odstąpienie od Umowy

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni, od dnia zawarcia Umowy. Odstąpienie od Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej. Odstąpienie od Umowy, czy też jej rozwiązanie przed upływem terminu na jaki została zawarta przez Ubezpieczyciela z powodu nieopłacenia Składki, jej pierwszej albo kolejnej raty, nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia pełnej Składki za **Okres ochrony**, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.

§ 12 Reklamacje

1. Reklamacje związane z zawarciem lub wykonaniem Umowy mogą być kierowane przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy do Ubezpieczyciela pisemnie, za pomocą adresu poczty elektronicznej reklamacje.ubezpieczenia@luxmed.pl bądź poprzez formularz znajdujący się na stronie internetowej Ubezpieczyciela.

Reklamacja może być również złożona osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub za pośrednictwem poczty lub postańca.

2. Reklamacja powinna być kierowana do Ubezpieczyciela i zawierać zwięzły opis nieprawidłowości, pozwalający na jednoznaczną identyfikację zdarzenia będącego podstawą reklamacji i wszystkich istotnych jego okoliczności.
3. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi na reklamację w formie papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, ewentualnie w formie elektronicznej, gdy osoba składająca reklamację wyrazi zgodę na jej zastosowanie.
4. Odpowiedź na reklamację udzielana jest bez zbędnej zwłoki jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa ust. 4., Ubezpieczyciel:
 - 1) wyjaśni przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
6. Reklamacja może być złożona również przez pełnomocnika.
7. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego (<https://www.knf.gov.pl>).
8. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub uposażonemu z tytułu Umowy po wyczerpaniu postępowania reklamacyjnego, w ramach Umowy ubezpieczenia, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie jego sprawy do podmiotu uprawnionego do pozasądowego rozwiązywania sporów, którym jest Rzecznik Finansowy (szczegółowe informacje dostępne na stronie internetowej Rzecznika Finansowego <https://rf.gov.pl/>).

§ 13 Postępowanie odwoławcze

1. Od decyzji Ubezpieczyciela w sprawach związanych z zawarciem, wykonaniem i rozwiązaniem Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu przysługuje prawo wniesienia odwołania do Ubezpieczyciela pisemnie, za pomocą poczty elektronicznej, poprzez formularz znajdujący się na stronie internetowej oraz telefonicznie na numer Infolinii. Reklamacja może być złożona osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela.
2. Odwołania są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania. Decyzja Ubezpieczyciela podjęta w wyniku odwołania jest ostateczna.
3. Ponadto Ubezpieczający lub Ubezpieczony, w innych sprawach niż opisane w ust. 1. powyżej, mogą zgłaszać skargi i zażalenia do Zarządu Ubezpieczyciela za pośrednictwem Oddziału w Polsce.

4. Skargi i zażalenia są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania, a o sposobie ich rozpatrzenia osoba, która je złożyła, jest informowana niezwłocznie po ich rozpatrzeniu.
5. O zakwalifikowaniu otrzymanego pisma jako odwołania bądź skargi lub zażalenia decyduje treść otrzymanego pisma.
6. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.

§ 14 Właściwość sądu oraz opodatkowanie świadczeń Ubezpieczyciela

1. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego (Uposażonego) z Umowy ubezpieczenia.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego (Uposażonego) z Umowy ubezpieczenia.

§ 15 Cesja praw z Umowy ubezpieczenia

Roszczenia z tytułu świadczeń ubezpieczeniowych wynikających z Umowy nie mogą być przedmiotem cesji w rozumieniu przepisów art. 509 Kodeksu Cywilnego, ani zastawu w rozumieniu art. 327 Kodeksu Cywilnego.

§ 16 Postanowienia końcowe

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez Strony w związku z Umową powinny być dokonywane na piśmie, chyba że co innego wynika z Umowy.

Część szczególna Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

Moduły Ubezpieczenia

Tytuł I. Moduł Ambulatoryjny

§ 1 Zasady ogólne

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym w Module Ambulatoryjnym jest wystąpienie Choroby u Ubezpieczonego w Okresie ochrony.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje realizację Świadczeń ambulatoryjnych, określonych w załączniku do Umowy „Wykaz Świadczeń ambulatoryjnych”, udzielonych w Okresie ochrony z zastrzeżeniem poniższych postanowień.
3. Zakres Świadczeń ambulatoryjnych jest uzależniony od wybranego zakresu ubezpieczenia.
4. Świadczenia ambulatoryjne udzielane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w Placówkach medycznych wg wyboru Ubezpieczonego spośród Placówek medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela. Lista Placówek medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela znajduje się na właściwej podstronie internetowej <http://www.luxmed.pl/ubezpieczenia> oraz jest dostępna u Ubezpieczyciela oraz w Centrum Obsługi Klienta.
5. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje świadczeń zdrowotnych udzielanych w celu ratowania życia zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity z dnia 19 kwietnia 2013 r. (Dz. U. z 2013 r. poz. 757 z późn. zm.).

§ 2 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Jeżeli Umowa nie stanowi inaczej, oprócz wyłączeń określonych w § 7 „Ograniczenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela”, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w Module Ambulatoryjnym nie obejmuje udzielania świadczeń zdrowotnych będących następstwem lub w zakresie:
 - 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 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 kosmetologii a także leczenia ich następstw;
 - 7) diagnozowania i leczenia niezleconego przez Ubezpieczyciela lub niewykonanego w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela;

- 8) wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń, wniosków niezwiązanych z koniecznością kontynuacji procesu diagnostycznego i terapeutycznego prowadzonego w Placówce wskazanej przez Ubezpieczyciela;
 - 9) 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;
 - 10) leczenia zakażenia wirusami HIV (AIDS), wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem ww. zakażeń;
 - 11) będących wynikiem uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nielicencjonowanych linii lotniczych;
 - 12) badań diagnostycznych niezbędnych do planowego leczenia szpitalnego, realizowanego w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Jeśli Świadczenia ambulatoryjne, jakie mają być udzielone Ubezpieczonemu wykraczają poza zakres Świadczeń medycznie niezbędnych, Ubezpieczyciel może odpowiednio zredukować Świadczenia medyczne do Świadczenia medycznie niezbędnego albo wykonać świadczenie odpłatnie po uzyskaniu na to zgody Ubezpieczonego.
 3. **Ubezpieczyciel nie** odpowiada za Zdarzenia ubezpieczeniowe wynikłe z:
 - 1) błędów medycznych;
 - 2) błędów wynikających z nienależyście prowadzonej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.

Za błędy wymienione w ust. 3 pkt 1) i 2) odpowiada Placówka medyczna udzielająca świadczenia zdrowotnego.

§ 3. Realizacja świadczeń

1. Świadczenia ambulatoryjne udzielane są przez Placówki medyczne wskazane przez Ubezpieczyciela, zgodnie z godzinami i zakresem pracy danej placówki.
2. W celu uzyskania Świadczenia ambulatoryjnego w Placówce medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczony obowiązany jest:
 - 1) skontaktować się telefonicznie lub za pośrednictwem innych kanałów udostępnionych przez Ubezpieczyciela lub Operatora;
 - 2) uzgodnić termin i miejsce wykonania Świadczenia ambulatoryjnego;
 - 3) okazać w Placówce medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela dokument tożsamości ze zdjęciem, potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego;

- 4) zastosować się do regulaminów lub poleceń i wskazówek otrzymanych od Pracownika Placówki medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela, obowiązujących w danej placówce;
 - 5) udzielić Placówce medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela wszelkich informacji dotyczących podstawy udzielenia Świadczenia ambulatoryjnego (tj. Choroba, nieszczęśliwy wypadek).
3. Ubezpieczony obowiązany jest do odwołania zarezerwowanego terminu wykonania Świadczenia ambulatoryjnego, jeśli nie może stawić się w terminie, przy użyciu kanałów kontaktu wskazanych przez Operatora.
 4. Świadczenia ambulatoryjne są udzielane przez Placówki medyczne wskazane przez Ubezpieczyciela zgodnie obowiązującymi przepisami prawa i standardami obsługi obowiązującymi w danej placówce.
 5. Jeżeli Świadczenia ambulatoryjne udzielane są osobom poniżej 18 roku życia, Placówka medyczna wskazana przez Ubezpieczyciela może żądać przed udzieleniem świadczenia przedstawiania dokumentów wskazanych w standardach obsługi pacjenta małoletniego stosowanych przez taką placówkę.
 6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za udzielenie przez Placówkę medyczną wskazaną przez Ubezpieczyciela Świadczeń ambulatoryjnych nie objętych zakresem Umowy oraz świadczeń zleconych lub wykonanych przez Placówkę medyczną inną niż wskazaną przez Ubezpieczyciela, o ile Umowa nie stanowi inaczej.
 7. Ubezpieczyciel zapewnia, że udzielenie Świadczenia ambulatoryjnego przez Placówkę medyczną wskazaną przez Ubezpieczyciela nastąpi bez zbędnej zwłoki w możliwie najszybszym terminie.

Tytuł II. Moduł Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED – Koordynacja

§1. Wstęp

Niniejsze postanowienia określają działanie Modułu Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED – Koordynacja.

§2. Definicje

- Hospitalizacja** – pobyt na oddziale szpitalnym, mający na celu przeprowadzenie diagnostyki, przyjęcie porodu lub leczenie, w tym operację. 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, ciężkie pogorszenie stanu zdrowia lub znaczące zmniejszenie szans na powrót do zdrowia.
- Izba Przyjęć** - dział Szpitala, który:
 - 1) kwalifikuje pacjentów do Hospitalizacji;
 - 2) przygotowuje dokumenty niezbędne do rejestracji Hospitalizacji;
 - 3) przekazuje pacjenta pod opiekę zespołu oddziału szpitalnego.
- Lekarz** – osoba, która posiada wymagane kwalifikacje i uprawnienia, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa polskiego, w tym w szczególności ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarzy i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 poz. 537 z późn. zm.).
- Szpital** – 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, wskazany przez nas na stronie www.luxmed.pl/ubezpieczenia/oferta/koordynacja-opieki-szpitalnej-dla-klienta-indywidualnego-i-korporacyjnego.
- Transport Medyczny** - wynikający ze wskazań medycznych (niemożność samodzielnego poruszania się z przyczyn medycznych, konieczność ciągłej opieki i nadzoru medycznego) transport z miejsca pobytu do Szpitala. Transport ze Szpitala do Szpitala w przypadku, gdy Szpital, w którym przebywa Ubezpieczony zleca transport medyczny do innej jednostki w ramach kontynuacji leczenia objętego zakresem ubezpieczenia. Transport ze Szpitala do miejsca pobytu Ubezpieczonego na podstawie zlecenia wystawionego przez Lekarza Szpitala, w którym zrealizowano Hospitalizację, w przypadku, gdy Hospitalizacja została zakończona, a stan zdrowia Ubezpieczonego wymaga przewozu transportem medycznym.

§3. Co jest przedmiotem Modułu?

1. Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej na podstawie niniejszego Modułu jest zdrowie Ubezpieczonego.

2. W ramach Modułu zapewniamy **Koordynację Opieki Szpitalnej**, której celem jest wsparcie Ubezpieczonego w korzystaniu ze Szpitali wskazanych przez nas. Zakres świadczeń zapewnianych w ramach Koordynacji Opieki Szpitalnej został opisany w §6 Modułu.
3. Ubezpieczony może skorzystać z ubezpieczenia Koordynacji Opieki Szpitalnej w przypadku zajścia zdarzenia powodującego konieczność skorzystania ze świadczeń medycznych Szpitala, w szczególności w przypadku:
 - 1) otrzymania przez Ubezpieczonego skierowania na leczenie szpitalne,
 - 2) planowanego porodu.
4. Koszty świadczeń nie objętych zakresem opisany w §6 Modułu i udzielonych przez Szpitale, ponosi Ubezpieczony.
5. Odpowiadamy za zdarzenia, które mają miejsce w Okresie Ochrony.

§4. Jak skorzystać z Koordynacji Opieki Szpitalnej?

1. Niezwłocznie po zawarciu Umowy prześlemy Ubezpieczającemu dane kontaktowe do zespołu Koordynacji Opieki Szpitalnej. Dane zostaną przekazane wiadomością email, wiadomością sms lub listownie, w zależności od tego, jakie dane do kontaktu otrzymaliśmy.
2. Ubezpieczony korzysta z ubezpieczenia kontaktując się z zespołem Koordynacji Opieki Szpitalnej w sposób dla siebie wygodny.
3. Ubezpieczony korzysta z Koordynacji Opieki Szpitalnej według swoich potrzeb. Może skorzystać z części lub z całości oferowanego zakresu.

§5. Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Nie zrealizujemy świadczenia w szpitalach innych, niż wskazane przez nas.
2. Jeżeli Umowa nie stanowi inaczej, oprócz wyłączeń określonych w § 7 „Ograniczenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela”, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w Ubezpieczeniu Szpitalnym LUX MED. - Koordynacja nie obejmuje udzielania świadczeń zdrowotnych będących następstwem lub w zakresie:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, wojny domowej, rewolucji, 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, stosowania leków niedopuszczonych do użytku na terenie Unii Europejskiej, udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych, badaniach klinicznych lub podobnych badaniach związanych ze zdrowiem.

- 3) transplantacji organów lub tkanek, komórek, hodowli komórkowych (pochodzenia naturalnego lub sztucznego), w tym także z wykorzystaniem autoprzeszczepu, wszczepiania implantów i urządzeń.
 - 4) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego oraz czynników biologicznych i chemicznych w zakresie szkodliwym dla człowieka.
 - 5) prowadzenia pojazdu bez uprawnień lub prowadzenia pojazdu bez aktualnego badania technicznego, zgodnych 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 (tekst jednolity Dz. U. z 2019 poz. 852 z późn. zm.).
 - 6) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa lub wykroczenia.
 - 7) detoksykacji, zabiegów odwykowych oraz leczenia odwykowego.
 - 8) zakażeniem wirusami HIV (AIDS) i SARS-CoV-2.
3. Nie zrealizujemy świadczenia, jeżeli w wyniku stanu klęski żywiołowej, katastrofy naturalnej, stanu pandemii lub stanu epidemii, ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej, nastąpi brak możliwości świadczenia usług po naszej stronie.
4. Nie odpowiadamy za:
- a. błędy medyczne,
 - b. błędy z nienależycie prowadzonej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.
- Za błędy wymienione w ust. 4 pkt a. i b. odpowiada podmiot leczniczy udzielający świadczenia.

§6. Zakres Modułu Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Koordynacja

Zakres świadczeń, które oferujemy w ramach Koordynacji Opieki Szpitalnej obejmuje:

1. przyjęcie zgłoszenia od Ubezpieczonego.
2. koordynację opieki nad Ubezpieczonym przed Hospitalizacją:
 - 1) przedstawienie propozycji Hospitalizacji – przedstawienie do wyboru dostępnych Szpitali i Lekarzy, a także położnej, w przypadku osoby Ubezpieczonej planującej poród;
 - 2) umówienie pobytu zgodnie z wyborem Ubezpieczonego;
 - 3) pomoc w umówieniu na badania i konsultacje kwalifikujące do Hospitalizacji;
 - 4) monitorowanie realizacji przez Ubezpieczonego badań i konsultacji;
 - 5) przypomnienie Ubezpieczonemu o terminie przyjęcia do Szpitala i wymaganych dokumentach, a także potwierdzenie obecności Ubezpieczonego w Szpitalu;