



OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

Witamy i dziękujemy za wybór Planu Opieki Zdrowotnej MediSky

Prosimy o zapoznanie się z Certyfikatem Ubezpieczenia/Uczestnictwa i sprawdzenie wszystkich danych.

W razie jakichkolwiek zmian, prosimy o niezwłoczny kontakt z Nami.

Prosimy o zapoznanie się z Polisą i dokładne zaznajomienie się z następującymi kwestiami:

- Zakres ochrony (zarówno świadczenia, jak i ograniczenia odpowiedzialności);
- Obsługa administracyjna Polisy;
- Korzystanie z Polisy, w tym Leczenie oraz zaspokajanie Roszczeń.

Poniżej przedstawiamy Ogólne Warunki Ubezpieczenia zawierające wszystkie niezbędne informacje, począwszy od realizacji Leczenia, a skończywszy na rozliczeniu wydatków za opiekę zdrowotną.

SPIS TREŚCI

1 Przedmiot umowy – 3

- 1.1. Warianty oceny ryzyka ubezpieczeniowego – 3

2 Świadczenia i usługi – 4

- 2.1. Osoby objęte ubezpieczeniem – 4
- 2.2. Zmiana poziomu Planu – 5
- 2.3. Katalog świadczeń – 5
- 2.4. Świadczenia pośmiertne – 9
- 2.5. Stomatologia – 10
- 2.6. Okulistyka – 10
- 2.7. Świadczenia na wypadek śmierci – 10
- 2.8. Druga Opinia Medyczna – 11

3 Ogólne Warunki Ubezpieczenia – 11

- 3.1. Rozpoczęcie i zakończenie ochrony ubezpieczeniowej, Okres Ubezpieczenia i Data Przedłużenia – 11
- 3.2. Obowiązki Ubezpieczonego – 12
- 3.3. Zmiany – 12
- 3.4. Cesja – 13
- 3.5. Informacje – Reklamacje – Mediacje – 13
- 3.6. Ochrona danych – 13
- 3.7. Podstawa prawna i prawo właściwe – 14
- 3.8. Ograniczenie i wyłączenie odpowiedzialności z powodu sankcji – 14
- 3.9. Inne ubezpieczenie – 14
- 3.10. Kwalifikacja do ubezpieczenia – 15
- 3.11. Rozpoczęcie ochrony – 15
- 3.12. Wypowiedzenie lub zawieszenie ochrony – 16

4 Wyłączenia – 17

- 4.1. Ryzyka i świadczenia objęte wyłączeniem – 17

5 Rozpatrywanie i obsługa Roszczeń – 19

- 5.1. Obsługa administracyjna Planu – 19
- 5.2. Procedury ogólne – 19
- 5.3. Zgłaszanie Roszczenia – 19
- 5.4. Wstępna zgoda i karta płatnicza – 20
- 5.5. Badanie lekarskie – 21
- 5.6. Składanie nieprawdziwych oświadczeń – 22

6 Składki – 22

- 6.1. Wysokość i podstawa naliczania składek – 22
- 6.2. Płatność składek – 22

7 Definicje – 23

Załącznik 1 – Tabela Świadczeń – 28

1. PRZEDMIOT UMOWY

Międzynarodowy Program MediSky jest Planem Opieki Zdrowotnej ubezpieczonym przez firmę Inter Partner Assistance S.A. Oddział Polska, dalej zwaną „Ubezpieczycielem”, i reasekurowanym przez AXA PPP Healthcare Limited. Ponadto niektóre aspekty obsługi administracyjnej Państwa Polisa pozostają w gestii AXA Global Healthcare (UK) Limited i/lub AXA Global Healthcare (Singapore) Pte. Limited, czyli łącznie AXA Global Healthcare (część Grupy AXA, jednej z największych marek ubezpieczeniowych na świecie).

Państwa Polisa podlega prawu polskiemu.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia zawierają opis wszystkich świadczeń dostępnych w ramach Naszych 5 (pięciu) Planów, lecz zakres ochrony świadczonej na rzecz Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego wynika z wybranego programu zgodnie z Certyfikatem Ubezpieczenia/Uczestnictwa wystawionym Ubezpieczonemu/uczestnikom oraz Tabelą Świadczeń. Koszty wszelkich świadczeń nieuwzględnionych w wybranym Planie nie będą pokrywane.

Do wyboru mają Państwo jeden z 5 (pięciu) poziomów rocznej ochrony ubezpieczeniowej, przy czym w przypadku niektórych elementów ochrony obowiązują oddzielne limity określone w Tabeli Świadczeń:

1. PLAN **YELLOW** → € 500 000
2. PLAN **SUNRISE** → € 1 200 000
3. PLAN **HONEY** → € 1 500 000
4. PLAN **MARIGOLD** → € 1 750 000
5. PLAN **SAFFRON** → € 2 000 000

11. WARIANTY OCENY RYZYKA UBEZPIECZENIOWEGO

Zawarta przez Państwa Polisa ma na celu pokrycie kosztów Leczenia nowych chorób zaistniałych po przystąpieniu do Planu przez Państwa oraz Osoby Zależne.

Warunki oceny ryzyka ubezpieczeniowego zależą od wybranego przez Państwa wariantu.

1.1.1. Plany Indywidualne

Pełna Ocena Ryzyka (POR)

Zgodnie z tą opcją ubezpieczenia będą Państwo zobowiązani do wypełnienia wniosku i jednego lub więcej oświadczeń o stanie zdrowia, w których należy ujawnić pełną historię medyczną Państwa oraz Osób Zależnych. Zostaną one zweryfikowane przez Naszego ubezpieczyciela. Choroby Wcześniej Istniejące lub Leczenie zaistniałe u Państwa lub Osób Zależnych, a także jakiegokolwiek objawy podmiotowe i przedmiotowe zaistniałe przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej w ramach niniejszej Polisy, nie będą objęte ochroną ubezpieczeniową, chyba że ujawnią je Państwo we wniosku i oświadczeniu(ach) o stanie zdrowia, a My z naszej strony wyrazimy zgodę na piśmie na zapewnienie ochrony ubezpieczeniowej. Wszelkie wyłączenia i/lub ograniczenia opieki zdrowotnej potwierdzone na mocy niniejszej Polisy zostaną szczegółowo określone w Państwa Certyfikacie Ubezpieczenia/Uczestnictwa.

Przeniesienie Indywidualnych Wykluczeń (PIW)

Jeżeli już Państwo posiadacie polisę ubezpieczeniową, oferujemy możliwość skorzystania z wariantu PIW w celu przeniesienia do Nas posiadanego prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego na tych samych indywidualnych warunkach, jakie zastosowano u poprzedniego Ubezpieczyciela, o ile nie doszło do przerwania ciągłości ochrony. Jednakże wszelkie wyłączenia lub ograniczenia opieki zdrowotnej zastosowane przez poprzedniego Ubezpieczyciela w ramach Państwa prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego będą obowiązywać również w przypadku wystawionej przez Nas polisy. Uwaga: w przypadku wariantu PIW zastrzegamy sobie prawo do wyłączenia dodatkowych objawów lub Chorób na podstawie informacji podanych w oświadczeniu(ach) o stanie zdrowia.

1.1.2. Plany Grupowe

W przypadku wariantu POR/PIW, przyznanie ochrony ubezpieczeniowej jest uwarunkowane zatwierdzeniem przez Nas wniosku grupowego i wniosków indywidualnych każdego z uczestników ubezpieczenia grupowego, a także wypełnionego przez Pracownika oświadczenia (oświadczeń) o stanie zdrowia.

Wariant POR/PIW dotyczy grup od 3 do 19 Pracowników.

W przypadku ubezpieczenia bez oceny ryzyka (BOR) wymagane jest złożenie wniosku grupowego i wykazu uczestników ubezpieczenia grupowego. Powyższe dotyczy sytuacji, w której Ubezpieczony przystępuje do Planu jako uczestnik grupy lub w ramach programu ubezpieczenia dla Pracodawcy, obejmującego 20 lub więcej Pracowników w wieku do 64 (sześćdziesięciu czterech) lat w Dacie Rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a grupa lub Pracodawca zdecydowali się na wariant BOR. Plan nie będzie wyłączał Chorób Wcześniej Istniejących, o ile wyrazimy na to zgodę. Plan będzie podlegał Ogólnym Warunkom Ubezpieczenia, z uwzględnieniem wykluczeń i ograniczeń określonych w niniejszej Polisie. W przypadku wnioskodawcy mającego w dacie wniosku więcej niż 64 (sześćdziesiąt cztery) lata, wymagane jest złożenie wniosku indywidualnego oraz oświadczenia o stanie zdrowia przez wnioskodawcę w celu dokonania weryfikacji przez Ubezpieczyciela.

2. ŚWIADCZENIA I USŁUGI

2.1. OSOBY OBJĘTE UBEZPIECZENIEM

Osobami objętymi ubezpieczeniem mogą być:

- Albo:

2.1.1. Ubezpieczony

Wyłącznie Ubezpieczony.

Wnioskodawca starający się o objęcie ubezpieczeniem po raz pierwszy kwalifikuje się do objęcia ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszej Polisy pod warunkiem, że w dacie przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończył 69 (sześćdziesiątego dziewiątego) roku życia, oraz wypełnił odpowiedni wniosek indywidualny oraz oświadczenia o stanie zdrowia. W ramach wariantu BOR, jeżeli wnioskodawca liczy 65 (sześćdziesiąt pięć) lat lub więcej, również wymagane jest złożenie wniosku indywidualnego oraz oświadczenia o stanie zdrowia przez wnioskodawcę.

- Albo:

2.1.2. Ubezpieczony (Ubezpieczający) oraz niżej wymienione Osoby Zależne:

- Obecny Współmałżonek lub osoba pozostająca z Ubezpieczonym (Ubezpieczającym) w rejestrowanym związku partnerskim lub osoba pozostająca z Ubezpieczonym (Ubezpieczającym) w podobnym stałym związku bez względu na płeć;
- Dziecko, dziecko nieślubne, pasierb/pasierbica lub dziecko przysposobione, gdy ma ono mniej niż 18 lat i jest stanu wolnego; dzieci w wieku 18–25 lat pozostające na utrzymaniu Ubezpieczonego (Ubezpieczającego) są objęte ochroną pod warunkiem kontynuowania nauki w trybie dziennym;
- Za Osobę Zależną może zostać uznany tylko jeden Współmałżonek.

W dacie zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczający i Osoby Zależne nabywają status Ubezpieczonych od momentu przystąpienia do Planu Ubezpieczenia. Ochrona ubezpieczeniowa Osób Zależnych wygasa, gdy przestają oni spełniać wyżej wymienione kryteria, a także, w każdym przypadku, w dacie wypowiedzenia Polisy.

Nasza odpowiedzialność z tytułu wszelkich Roszczeń ze strony Ubezpieczonego wygasa ze skutkiem natychmiastowym z dniem wygaśnięcia lub wypowiedzenia Polisy.

- Albo:

2.1.3. Plan Grupowy:

Poniższe postanowienia znajdują zastosowanie wyłącznie w przypadku, gdy Państwa Polisa została wystawiona w ramach Planu Grupowego, a Państwa Pracodawca zobowiązał się opłacać składki za ochronę dla Państwa oraz Osób Zależnych uprawnionych do objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Polisy.

Jeżeli niniejsza Polisa została wystawiona na Państwa rzecz w ramach pracowniczej grupy Pracodawcy lub firmy:

- Może Państwu przysługiwać prawo do skorzystania z dodatkowych ulg i/lub świadczeń wykraczających poza te określone w niniejszej Polisie;
- Państwa warunki ubezpieczenia mogą być odmienne od Ogólnych Warunków Ubezpieczenia określonych w niniejszym dokumencie.

W takim przypadku szczegóły dotyczące określonych powyżej ulg i/lub świadczeń i/lub zmian w zakresie warunków określonych w niniejszej Polisie zostaną zawarte w aneksie określającym szczegółowe warunki umowy ubezpieczenia lub na certyfikacie potwierdzającym przedłużenie polisy (w zależności od tego, który dokument wystawiono później). W przypadku rozbieżności pomiędzy opisem ulg i/lub świadczeń zawartym w aneksie określającym szczegółowe warunki umowy ubezpieczenia lub w certyfikacie potwierdzającym przedłużenie polisy (w zależności od tego, który dokument wystawiono później) a tym znajdującym się w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, obowiązuje opis zawarty w aneksie określającym szczegółowe warunki umowy ubezpieczenia lub w certyfikacie potwierdzającym przedłużenie polisy (w zależności od tego, który dokument wystawiono później).

O ile nie postanowiliśmy inaczej na piśmie i nie zapisaliśmy w aneksie określającym szczegółowe warunki umowy ubezpieczenia, aby być uprawnionym do ochrony w ramach niniejszej Polisy, uczestnik grupy musi być:

- Państwa Pracownikiem, w wieku od 18 (osiemnastu) do 69 (sześćdziesięciu dziewięciu) lat, chyba że postanowiliśmy inaczej na piśmie, Czynn timer zatrudnionym w swojej Dacie Kwalifikacji do objęcia ochroną ubezpieczeniową. W przypadku gdy Pracownik nie jest Czynn timer zatrudniony w swojej Dacie Kwalifikacji do objęcia ochroną ubezpieczeniową, Pracownik zostanie zakwalifikowany do objęcia ochroną ubezpieczeniową w momencie, gdy zostanie Czynn timer zatrudniony.
- Co do Osób Zależnych od Pracownika będących w wieku od 15 (piętnastu) do 69 (sześćdziesięciu dziewięciu) lat, o ile nie postanowiliśmy inaczej na piśmie, zdolnych w Dacie Kwalifikacji Pracownika do wykonywania wszystkich Czynności Dnia Codziennego, przy założeniu, iż Pracownik został objęty ochroną ubezpieczeniową, kwalifikują się one do objęcia ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszej Polisy zgodnie z zatwierdzonymi przez Nas ustaleniami poczynionymi przed Datą Wejścia Polisy w Życie lub przed Rocznicą Polisy, stosownie do okoliczności.

Osoba Zależna od Pracownika, która w Dacie Kwalifikacji Pracownika do objęcia ochroną ubezpieczeniową nie jest w stanie wykonywać wszystkich Czynności Dnia Codziennego, zostanie zakwalifikowana do objęcia ochroną ubezpieczeniową tylko wtedy, gdy będzie w stanie wykonywać wszystkie Czynności Dnia Codziennego. Dziecko (dzieci) zakwalifikowane do objęcia ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszej Polisy nie będzie nią objęte po dacie Rocznic Polisy przypadającej po ukończeniu przez nie 18. (osiemnastego) roku życia. Jednakże ochrona ubezpieczeniowa takiego dziecka może zostać przedłużona do osiągnięcia przez nie 25. (dwudziestego piątego) roku życia pod warunkiem, że będzie ono stanu wolnego, nie będzie pracować i będzie kontynuować naukę w trybie dziennym

2.2. ZMIANA POZIOMU PLANU

O ile Ubezpieczyciel wyrazi na to zgodę, Ubezpieczający może wnioskować o zmianę poziomu ochrony ubezpieczeniowej jedynie w przypadającej raz na rok Dacie Przedłużenia Polisy poprzez poinformowanie Ubezpieczyciela o takim zamiarze co najmniej 2 (dwa) miesiące przed Datą Przedłużenia. Wszyscy członkowie rodziny powinni być objęci ochroną ubezpieczeniową w ramach tego samego indywidualnego lub grupowego Planu ubezpieczeniowego.

2.3. KATALOG ŚWIADCZEŃ

Świadczenia polegają na pokryciu poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów opieki zdrowotnej i Leczenia Szpitalnego (patrz rozdział 7. „Definicje”). Świadczenia przypisane do poszczególnych Planów przedstawiono w Tabeli Świadczeń (Załącznik 1).

Opieka zdrowotna, której koszty mają zostać pokryte, musi być uznawana przez miejscowe organy opieki zdrowotnej i świadczona przez posiadających odpowiednie kwalifikacje praktyków (zgodnie z przepisami ustawowymi, wykonawczymi i innymi regulacjami odnoszącymi się do praktykowania przedmiotowej gałęzi medycyny w danym kraju).

W każdym przypadku Nasze świadczenia ograniczać się będą do kosztów Uzasadnionych i Zwyczajowych. W przypadku każdego ze świadczeń określonych w katalogu świadczeń, Ochrona Ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie świadczenia Medycznie Uzasadnione.

Kosztami leczenia są koszty poniesione na wybranym Terytorium Obowiązywania Ochrony Ubezpieczeniowej w czasie trwania Okresu Ubezpieczenia (patrz rozdział 7. „Definicje”).

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej i szpitalnej jest zdefiniowana zgodnie z poniższym katalogiem.

2.3.1. Świadczenia opieki zdrowotnej i szpitalnej

2.3.1.1. Usługi Karetki Pogotowia

W nagłych przypadkach, w celu przetransportowania Ubezpieczonego do Szpitala lub pomiędzy Szpitalami i gdy przedstawiciel personelu medycznego orzeknie, iż jest to Medycznie Uzasadnione, zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu Ubezpieczonego do najbliższego spełniającego określone wymogi Szpitala do wysokości Limitów określonych dla danej usługi w Tabeli Świadczeń, wykorzystując optymalne dostępne środki transportu, przez co rozumie się miejscową drogową lub lotniczą karetkę pogotowia.

2.3.1.2. Koszty hospitalizacji

Zorganizujemy i pokryjemy koszty Medycznie Uzasadnionej opieki zdrowotnej nad Ubezpieczonym w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym lub w ramach Opieki Jednego Dnia, a także następujących wydatków medycznych i usług, jeśli są one Medycznie Uzasadnione i jedynie w zakresie wynikającym z Medycznie Uzasadnionych przyczyn:

- Zakwaterowanie w pokoju jednoosobowym o podstawowym standardzie w szpitalu prywatnym (z wanną lub prysznicem), posiłki, pełny dostęp do zaplecza medycznego Szpitala;
- Procedury diagnostyczne (w tym tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, pozytonowa tomografia emisyjna), Leczenie i świadczenia zalecone przez Lekarza w ramach przyjęcia do Szpitala w Trybie Stacjonarnym lub w ramach Opieki Jednego Dnia, włączając w to honorarium Lekarza;
- Przyrządy chirurgiczne i protezy (wykorzystywane przez Lekarza podczas zabiegu, co nie obejmuje dostawy ani dopasowania zewnętrznych protez ani przyrządów potrzebnych z jakichkolwiek powodów, np. kul, stabilizatorów stawów itp.), pod warunkiem przeprowadzenia weryfikacji, że zastosowane przyrządy chirurgiczne i protezy zostały dopuszczone do obrotu przez Amerykańską Agencję do spraw Żywności i Leków, są używane zgodnie z przeznaczeniem i wykazano ich skuteczność;
- Fizjoterapia oraz Leki na Receptę;

- Koszty Opieki Onkologicznej i Leczenia Nowotworów* (chemioterapii i radioterapii);
- Honoraria związane z zabiegami operacyjnymi, włączając w to koszty pracy Chirurgów i Anestezjologów;
- Pobyt na oddziale intensywnej terapii;
- Leki, środki farmakologiczne i opatrunki;
- W przypadku, gdy Ubezpieczonym jest wymagające przyjęcia do Szpitala dziecko poniżej 16. (szesnastego) roku życia, oraz gdy Ubezpieczony zostanie poddany kwalifikującemu się Leczeniu Szpitalnemu w Trybie Stacjonarnym w Szpitalu znajdującym się na Terytorium Obowiązującego Ochrony Ubezpieczeniowej, świadczenie obejmuje niezbędne noclegi dla 1 (jednego) rodzica w tym samym pokoju szpitalnym, a w przypadku, gdy taki nocleg nie jest dostępny – niezbędne zakwaterowanie na nocleg w pobliskim hotelu/motelu w cenie do 50 EUR za dobę. Zakwaterowanie w pobliskim hotelu/motelu nie znajduje zastosowania w przypadku, gdy Leczenie Szpitalne w Trybie Stacjonarnym odbywa się w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego;
- Zabiegi chirurgiczne w ramach Opieki Jednego Dnia, które w przeszłości wykonywano w Trybie Stacjonarnym;
- Leczenie po pobycie w Szpitalu realizowane w ramach Opieki Ambulatoryjnej w okresie 3 (trzech) miesięcy bezpośrednio po wypisaniu Ubezpieczonego ze Szpitala, gdzie otrzymał on Leczenie w Trybie Stacjonarnym – pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostaje pod kontrolą i nadzorem Lekarza prowadzącego lub specjalisty lub takie Leczenie zostało zalecone przez Lekarza i Leczenie to odbywa się bezpośrednio na skutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby będących powodem przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala.

*W przypadku leczenia onkologicznego i Leczenia Nowotworów w Trybie Stacjonarnym, pokrywamy koszt do 120 (stu dwudziestu) dni w odniesieniu do każdego przyjęcia do Szpitala.

2.3.1.3. Świadczenia związane z przeszczepami narządów i tkanek

Pokrywamy koszt Przeszczepu Narządów i Przeszczepu Tkanek zgodnie z Limitami określonymi w Tabeli Świadczeń.

2.3.1.4. Szpitalne/Położnicze Świadczenie Gotówkowe

W przypadku, gdy Leczenie wykonywane jest bezpłatnie, a także pod warunkiem, iż wybrany Program obejmuje to świadczenie, wypłacimy Szpitalne lub Położnicze Świadczenie Gotówkowe do maksymalnej liczby dni określonej w Tabeli Świadczeń.

W odniesieniu do Położniczego Świadczenia Gotówkowego, oczekiwana data realizacji przypada po upływie co najmniej 12 (dwunastu) miesięcy od pierwotnej Daty Wejście w Życie dla tego świadczenia ubezpieczeniowego.

2.3.1.5. Rehabilitacja w Trybie Stacjonarnym

Pod warunkiem, że wybrany Program obejmuje to świadczenie, pokrywamy koszt Leczenia przeprowadzonego podczas pobytu w Szpitalu lub w Ośrodku Rehabilitacji po wypisaniu ze Szpitala po zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego, do wysokości Limitu określonego dla tego świadczenia w Tabeli Świadczeń.

Koszty Rehabilitacji w Trybie Stacjonarnym pokrywamy pod warunkiem, że:

- Rehabilitacja jest konsekwencją ostrego urazu mózgu, takiego jak udar albo nieszczęśliwy wypadek; jak również
- Rehabilitacja stanowi jeden z elementów Leczenia objętego Polisą; jak również
- Leczenie jest nadzorowane przez lekarza specjalizującego się w Rehabilitacji; jak również
- Koszty zostały przez Nas zatwierdzone przed rozpoczęciem Rehabilitacji przez Ubezpieczonego; jak również
- Leczenia nie da się przeprowadzić w trybie ambulatoryjnym.

2.3.1.6. Domowa Opieka Pielęgniarska

W ślad za Roszczeniem z tytułu Leczenia w Trybie Stacjonarnym zgodnie z postanowieniami niniejszego ustępu, po wypisie ze Szpitala pokrywamy koszty dla tego świadczenia do wysokości Limitu Programu określonego w Tabeli Świadczeń z tytułu Medycznie Uzasadnionych usług medycznych świadczonych przez wykwalifikowaną pielęgniarkę w Domu Ubezpieczonego, pod warunkiem, że zostały one zalecone przez Lekarza i są bezpośrednio powiązane z przedmiotowym Leczeniem.

2.3.1.7. Opieka Ambulatoryjna

Pod warunkiem, że świadczenie znajduje się w wybranym Programie, pokrywamy jego koszt do wysokości Limitu Programu określonego w Tabeli Świadczeń z tytułu Medycznie Uzasadnionych, kwalifikujących się świadczeń Opieki Ambulatoryjnej, włączając w to następujące elementy składowe:

- Honoraria lekarskie (konsultacje ambulatoryjne), ambulatoryjne zabiegi operacyjne, Leki na Receptę;
- Opieka onkologiczna i Leczenie Nowotworów (chemioterapia oraz radioterapia);
- Fizjoterapia;
- Terapia mowy po nieszczęśliwym wypadku/udarze objętym ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszej Polisy;
- Konsultacje z terapeutami oraz leki uzupełniające przepisane lub podawane w ramach planu Leczenia Ubezpieczonego;
- Badania laboratoryjne, koszty diagnostyki rentgenowskiej, badania diagnostyczne;
- Leczenie Ambulatoryjne w Nagłych Przypadkach;
- Konsultacje, Leczenie oraz świadczenia zdrowotne realizowane w gabinecie lekarza lub placówce medycznej;
- Konsultacje tele-medyczne świadczone przez zatwierdzony podmiot świadczący usługi z zakresu tele-medycyny. Jedna konsultacja dziennie.

2.3.1.8. Opieka Położnicza

Pod warunkiem, że świadczenie znajduje się w wybranym Programie, zorganizujemy i pokryjemy jego koszt do wysokości Limitów określonych dla tego świadczenia w Tabeli Świadczeń, poniesiony z tytułu Standardowej Opieki Położniczej i Powikłań Położniczych, z zastrzeżeniem, że przewidywana data porodu przypada po upływie co najmniej 12 (dwunastu) miesięcy od pierwotnej Daty Wejście w Życie dla tego świadczenia ubezpieczeniowego.

W odniesieniu do Standardowej Opieki Położniczej, pokrywamy następujące koszty do wysokości Limitów Polisy określonych sumarycznie w skali Roku dla tego świadczenia w Tabeli Świadczeń:

- Zakwaterowanie w pokoju jednoosobowym o podstawowym standardzie w szpitalu prywatnym;
- Badania przedporodowe wykonywane przez Lekarza;
- Wszelkie koszty związane z porodem przebiegającym bez powikłań;
- Badania poporodowe wykonywane przez Lekarza do 6 (sześciu) tygodni po porodzie;
- Poród domowy;
- Limit określony dla każdego noworodka znajduje zastosowanie przez pierwsze 30 (trzydzieści) dni świadczenia standardowej opieki od momentu narodzin bez wymogu dokonania zgłoszenia (z zastrzeżeniem, że przewidywany termin porodu wypada po upływie co najmniej 12 (dwunastu) kolejnych miesięcy od pierwotnej Daty Wejście w Życie dotyczącej tego świadczenia ubezpieczeniowego) i zostanie wypłacony z położniczego świadczenia gotówkowego matki. Nie jesteśmy zobowiązani do wypłaty świadczenia w ramach Opieki nad Noworodkiem w przypadku dzieci urodzonych w wyniku zastosowania Metod Wspomagane go Rozrodu lub Zapłodnienia, urodzonych przez matkę surogatkę, a także dzieci przysposobionych..

2.3.1.9. Badania Okresowe oraz Szczepienia Uzupełniające

Pod warunkiem, że świadczenie znajduje się w wybranym Programie, pokrywamy jego koszt do wysokości Limitów określonych dla tego świadczenia w Tabeli Świadczeń poniesiony z tytułu 1 (jednej) dorocznej kontroli stanu zdrowia Ubezpieczonego, obejmujący koszty badania Ubezpieczonego celem przeprowadzenia miarodajnej profilaktyki umożliwiającej wczesne wykrycie choroby lub potwierdzenia potencjalnej obecności choroby lub schorzenia; m.in. w następującym zakresie:

- Konsultacje z lekarzami rodzinnymi i specjalistami;
- Badanie parametrów życiowych, w tym ciśnienia krwi, cholesterolu, pulsu, oddechu, temperatury;
- Badania układu sercowo-naczyniowego i układu nerwowego;
- Badania przesiewowe w kierunku nowotworów piersi/jajnika/jelita grubego/gruczołu krokowego;
- Badania bilansowe dzieci zdrowych;
- Szczepienia Uzupełniające podawane do 10. roku życia, z wyjątkiem szczepionek dla osób podróżujących.

2.3.2. Międzynarodowa Pomoc Medyczna w Nagłych Przypadkach (ewakuacja i repatriacja)

Usługa ta jest dostępna dla każdego Ubezpieczonego, który uległ urazowi lub nagle zachorował i wymaga natychmiastowego Leczenia Szpitalnego w Trybie Stacjonarnym.

Usługa ta jest dostępna wyłącznie w następujących okolicznościach i w następujący sposób:

- W przypadku, gdy Ubezpieczony został przyjęty do Szpitala w czasie pobytu poza granicami swojego Kraju Zamieszkania (kraju, w którym Ubezpieczony zwykle mieszka), a w opinii Wyznaczonego Lekarza miejscowe placówki medyczne nie zapewniają odpowiednich świadczeń w należyтым standardzie, Ubezpieczony ma możliwość ewakuacji lub repatriacji;
- W przypadku, gdy Ubezpieczony został przyjęty do Szpitala w swoim Kraju Zamieszkania (kraju, w którym Ubezpieczony zwykle mieszka), a w opinii Wyznaczonego Lekarza placówki medyczne w Kraju Zamieszkania (kraj, w którym Ubezpieczony zwykle mieszka) nie zapewniają odpowiednich świadczeń w należyтым standardzie, Ubezpieczony ma możliwość ewakuacji do najbliższej lokalizacji, w której odpowiednie usługi są dostępne;
- Po przeprowadzeniu ewakuacji jak wyżej, Ubezpieczony ma możliwość powrotu rejsem pasażerskich linii lotniczych, chyba że stwierdzimy, iż konieczne jest wykorzystanie innego środka transportu w celu przetransportowania Ubezpieczonego do Kraju Zamieszkania (kraju, w którym Ubezpieczony zwykle mieszka).

Szczegółne definicje:

- Wyznaczony Lekarz: lekarz wybrany przez Nas do informowania Nas o stanie zdrowia Ubezpieczonego i/lub konieczności zapewnienia usługi i/lub dostępności odpowiednich świadczeń w należyтым standardzie w placówkach medycznych w kraju, w którym Ubezpieczony został przyjęty do Szpitala.
- Usługa: przetransportowanie Ubezpieczonego do innego Szpitala posiadającego niezbędną infrastrukturę i zaplecze medyczne na terenie kraju, w którym Ubezpieczony zachorował lub w innym pobliskim kraju (ewakuacja), bądź sprowadzenie Ubezpieczonego z powrotem do Kraju Zamieszkania.

Pokrywamy koszt ewakuacji w nagłych przypadkach, gdy:

- Ubezpieczony jest lub powinien być przyjęty do Szpitala w Trybie Stacjonarnym w Nagłych Przypadkach,
- Nasz Wyznaczony Lekarz i Lekarz Prowadzący orzekli, iż placówka medyczna, w której Ubezpieczony przebywa ani najbliższe placówki medyczne nie są w stanie zapewnić Ubezpieczonemu wymaganego Leczenia.

Koszt repatriacji Ubezpieczonego pokrywamy pod warunkiem, że zgodziliśmy się na pokrycie kosztu ewakuacji Ubezpieczonego w trybie nagłym.

Nie pokrywamy kosztu ewakuacji ani repatriacji Ubezpieczonego w przypadku, gdy Ubezpieczony zdecydował się na wyjazd w celu Leczenia, a w naszej opinii najbliższe placówki medyczne zapewniają standard umożliwiający zapewnienie Ubezpieczonemu Leczenia. Dotyczy to również sytuacji, w której Ubezpieczony zdecydował się na powrót do kraju, w którym zwykle mieszka (tj. Kraju Zamieszkania) w celu przeprowadzenia Leczenia.

2.3.2.1. Jak działa ochrona ubezpieczeniowa w zakresie ewakuacji i repatriacji w nagłych przypadkach?

Jeśli Ubezpieczony został przyjęty do Szpitala w Trybie Stacjonarnym z powodu nagłego zachorowania lub urazu ze wskazań nagłych, a w opinii Ubezpieczonego lub Lekarza Prowadzącego miejscowe placówki medyczne nie oferują standardu wystarczającego do przeprowadzenia Leczenia Ubezpieczonego, należy poprosić osobę trzecią (członka rodziny) o kontakt z naszym zespołem. Wyznamy wówczas lekarza, który będzie w stanie ocenić jakość placówek i uruchomimy procedury ewakuacji i repatriacji określone na początku niniejszego ustępu.

2.3.2.2. Jakie koszty zostaną przez Nas pokryte?

W przypadku, gdy wyznaczony przez nas Lekarz zdecyduje, że dana placówka nie zapewnia standardu wystarczającego do przeprowadzenia Leczenia Ubezpieczonego, pokrywamy uzasadnione koszty:

- Ewakuacji Ubezpieczonego do odpowiedniej placówki medycznej w celu przeprowadzenia Leczenia w kraju, w którym przebywa Ubezpieczony; albo
- Ewakuacji Ubezpieczonego do odpowiedniej placówki medycznej w innym kraju w celu przeprowadzenia Leczenia.

Po wypisie Ubezpieczonego z placówki medycznej, do której został wcześniej ewakuowany, pokrywamy koszt sprowadzenia Ubezpieczonego do:

- Miejsca lub kraju, w którym Ubezpieczony zwykle mieszka (tj. Kraju Zamieszkania); albo
- Kraju, którego paszport posiada Ubezpieczony.

Pokryjemy te koszty pod warunkiem uprzedniego zatwierdzenia przez nas środka transportu, który ma zostać wykorzystany, oraz daty i godziny ewakuacji lub repatriacji Ubezpieczonego.

Pokryjemy również koszty niezbędnego Leczenia Ubezpieczonego zapewnianego przez wybraną przez nas specjalistyczną agencję w trakcie transportu Ubezpieczonego.

Jednakże w przypadku, gdy Ubezpieczający, Ubezpieczony lub członek rodziny zdecyduje się na powrót do Kraju Ojczystego, koszty późniejszego powrotu do Kraju Zamieszkania (kraju, w którym Ubezpieczony zwykle mieszka) zostaną pokryte przez Ubezpieczającego.

2.3.3. Czy inni członkowie mojej rodziny lub przyjaciele mogą skorzystać z transportu razem ze mną?

W przypadku gdy Ubezpieczony, który ma zostać ewakuowany lub repatriowany, jest osobą poniżej 18. (osiemnastego) roku życia, pokrywamy dodatkowe uzasadnione i niezbędne koszty transportu i zakwaterowania dla osoby w wieku 18 (osiemnastu) lub więcej lat, która towarzyszy Ubezpieczonemu w podróży. W przypadku gdy Ubezpieczony, który ma zostać ewakuowany lub repatriowany, jest osobą powyżej 18. (osiemnastego) roku życia, możemy zgodzić się na pokrycie tych kosztów, jeżeli uznamy, że jest to zasadne ze względów medycznych.

Po dotarciu przez Ubezpieczonego do miejsca docelowego nie pokrywamy żadnych dalszych kosztów w związku z obecnością osoby towarzyszącej.

2.3.4. Jaką ochroną jestem objęty w przypadku ewakuacji lub repatriacji członka mojej rodziny ubezpieczonego w ramach Międzynarodowego Planu Prywatnego Ubezpieczenia Zdrowotnego?

Zakres ochrony zależy od tego, czy członek Państwa rodziny zostanie ewakuowany lub repatriowany z miejsca, w którym oboje zwykle mieszkacie (tj. Kraju Zamieszkania), czy też będziecie w tym czasie razem w podróży. W przypadku pobytu poza granicami własnego kraju z członkiem rodziny, który jest objęty Międzynarodowym Planem Prywatnego Ubezpieczenia Zdrowotnego, a który zostanie ewakuowany lub repatriowany, pokrywamy dodatkowe uzasadnione i niezbędne koszty transportu i zakwaterowania wynikające z ewakuacji lub repatriacji. Powyższe znajduje zastosowanie do sytuacji, w których Państwa podróż z członkiem rodziny jest zasadna ze względów medycznych.

W razie pobytu Państwa i członka Państwa rodziny w miejscu, w którym oboje zwykle mieszkacie (tj. Kraju Zamieszkania), skąd członek Państwa rodziny musi zostać ewakuowany lub repatriowany, pokrywamy dodatkowe uzasadnione i niezbędne koszty transportu wynikające z ewakuacji lub repatriacji. Powyższe znajduje zastosowanie do sytuacji, w których Państwa podróż z członkiem rodziny jest zasadna ze względów medycznych. Nie pokrywamy kosztów Państwa zakwaterowania.

2.3.5. Co z moim biletem podróży?

Wszelkie niewykorzystane składniki biletów podróży należących do Państwa lub każdej osoby, którą razem z Państwem ewakuujemy, natychmiast stają się naszą własnością i są Państwo zobowiązani nam je przekazać.

2.3.6. Czy mogę wybrać kraj, do którego chcę się udać na Leczenie?

Ubezpieczony może wybrać kraj, do którego chce się udać w celu przeprowadzenia Leczenia, lecz My nie pokrywamy kosztów podróży do tego kraju. Gdy Ubezpieczony już przebywa w tym kraju, warunki Polisy obowiązują na dotychczasowych zasadach.

2.3.7. Wyłączenia odpowiedzialności dotyczące ewakuacji i repatriacji

Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie ewakuacji i repatriacji w nagłych przypadkach nie obowiązuje, gdy:

- Stan zdrowia nie wymaga natychmiastowego Leczenia Szpitalnego w Trybie Stacjonarnym w Nagłych Przypadkach;
- Stan zdrowia nie uniemożliwia Państwu odbywania podróży ani wykonywania pracy;
- Stan zdrowia wynika bezpośrednio lub pośrednio z celowego samookaleczenia, samobójstwa lub usiłowania samobójstwa;
- Stan zdrowia jest w jakikolwiek sposób powiązany z nadużywaniem alkoholu, narkotyków lub innych substancji odurzających;
- Stan zdrowia jest konsekwencją uprawiania lub trenowania dowolnej dyscypliny sportowej za wynagrodzeniem lub rekompensatą pieniężną, włączając w to dotacje lub sponsoring (chyba że pokrywane są wyłącznie koszty Państwa podróży);
- Stan zdrowia jest konsekwencją wykonywania skoków base jumping, nurkowania z klifu, lotu nielicencjonowanym statkiem powietrznym lub w roli ucznia, uprawiania sztuk walki, wspinaczki klasycznej, alpinizmu z zabezpieczeniem lub bez, nurkowania z akwalungiem na głębokości ponad 10 (dziesięciu) metrów, trekkingu na wysokości ponad 2 500 (dwóch tysięcy pięciuset) metrów, skoków na linie, kanioningu, lotniarstwa, paralotniarstwa lub motolotniarstwa, spadochroniarstwa, speleologii, narciarstwa poza wyznaczonymi trasami lub innych sportów zimowych uprawianych poza wyznaczonymi trasami;
- Ewakuacja wymagałaby przetransportowania Państwa ze statku, platformy wiertniczej lub podobnej lokalizacji na morzu;
- Ewakuacja lub repatriacja nie zostały przez nas uprzednio zatwierdzone i/lub zorganizowane;
- Nie zostaliśmy poinformowani o stanie zdrowia w ciągu 30 (trzydziestu) dni od momentu, w którym zaistniał on jako nagły przypadek (chyba że nie było to racjonalnie możliwe);
- Stan zdrowia jest konsekwencją skażenia jądrowego, biologicznego lub chemicznego, działań wojennych (bez względu na to, czy doszło do wypowiedzenia wojny, czy też nie), działań nieprzyjacielskich, inwazji, wojny domowej, zamieszek, buntu, powstania, rewolucji, obalenia prawnie ustanowionego rządu, wybuchów na skutek zastosowania sprzętu wojennego lub jakiegokolwiek zdarzenia o charakterze podobnym do jednego ze zdarzeń określonych powyżej;
- Do nagłego zdarzenia doszło w czasie, gdy byli Państwo w podróży wypoczynkowej do miejsca docelowego, w przypadku którego rząd lub ministerstwo w Kraju Zamieszkania lub brytyjskie Ministerstwo Spraw Zagranicznych i Wspólnoty Narodów zaleca powstrzymanie się od podróży niezależnie od okoliczności lub powstrzymanie się od podróży wypoczynkowych i innych niż ważne podróże służbowe.

2.3.8. Ograniczenie odpowiedzialności wynikającej z Państwa ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ewakuacji i repatriacji w nagłych przypadkach

Nie ponosimy odpowiedzialności za:

- Zaniechanie lub opóźnienie ewakuacji i repatriacji w nagłych przypadkach;
- Obrażenia ciała lub śmierć podczas transportu Ubezpieczonego.

Powyższe ograniczenia odpowiedzialności nie znajdują zastosowania w przypadku, gdy wspomniane zaniechanie lub opóźnienie zostało spowodowane naszym zaniedbaniem lub zaniedbaniem osoby trzeciej wyznaczonej przez Nas do działania w Naszym imieniu.

Dane kontaktowe podano w rozdziale 5.

Szczególne warunki znajdujące zastosowanie do ustępu 2.3.2.

- Nasza decyzja jest ostateczna i jesteśmy uprawnieni do odrzucenia każdego wniosku, który stoi w sprzeczności ze stanem zdrowia i bezpieczeństwem Ubezpieczonego.
- Zmobilizujemy zespół medyczny i zasoby, które w razie potrzeby zostaną wykorzystane w celu zapewnienia Ubezpieczonemu bezpiecznych warunków podczas Transportu Medycznego lub Ewakuacji w Nagłych Przypadkach.
- Jeżeli Ubezpieczony odrzuca proponowane przez nas procedury pomocy, jesteśmy zwolnieni ze zobowiązań wynikających z niniejszego ustępu.
- W przypadku gdy Ubezpieczony lub członek rodziny Ubezpieczonego podejmuje jakiegokolwiek kroki na własną rękę, poniesione koszty nie zostaną przez Nas pokryte. Należy pamiętać, iż prawo do skorzystania z przedmiotowej usługi nie oznacza, że Leczenie przeprowadzone po dokonaniu ewakuacji lub repatriacji znajdzie się w zakresie ochrony. Każdy przypadek Leczenia podlega postanowieniom Państwa planu..

2.4. ŚWIADCZENIA POŚMIERTNE

2.4.1 Repatriacja zwłok

od warunkiem, że świadczenie znajduje się w wybranym Programie, podejmujemy wszelkie niezbędne kroki zgodnie z odnośnymi przepisami międzynarodowymi.

W przypadku, gdy Ubezpieczony poniósł śmierć poza terytorium kraju, którego paszport posiada, pokrywamy koszt transportu zwłok do portu lub na lotnisko położone na terytorium:

- Kraju, w którym Ubezpieczony zwykle mieszka (tj. Kraju Zamieszkania), albo
- Kraju, którego paszport posiada Ubezpieczony.

Odpowiednie wyłączenia dotyczące ewakuacji i repatriacji w nagłych przypadkach stosują się również do repatriacji zwłok.

2.5. STOMATOLOGIA

Pod warunkiem, że świadczenie znajduje się w wybranym Programie i upłynął Okres Karencji określony w Tabeli Świadczeń, zapewniamy świadczenia stomatologiczne (obejmującej profilaktykę, leczenie zachowawcze oraz leczenie rekonstrukcyjne).

Uzasadnione i Zwyczajowe koszty podstawowej opieki stomatologicznej są refundowane zgodnie z Tabelą Świadczeń do maksymalnej kwoty € 1000 (jednego tysiąca euro) rocznie na jednego Ubezpieczonego.

Objęte ubezpieczeniem wydatki z tytułu opieki stomatologicznej:

- Badania stomatologiczne i niezbędna diagnostyka rentgenowska,
- Profilaktyka, czyszczenie i leczenie zapobiegawcze,
- Uzupełnienia amalgamatowe,
- Ekstrakcje,
- Leczenie kanałowe,
- Wypełnienia złotem,
- Uzupełnienia stałe,
- Korony,
- Mosty,
- Protezy,
- Chirurgia stomatologiczna (w tym apektomia – zęby trzonowe, zęby przedtrzonowe, chirurgiczne usunięcie zębów zatrzymanych/niewyrzniętych lub zębów zaklinowanych).

Koszty operacji lub zabiegów wykonywanych ze wskazań kosmetycznych nie będą refundowane.

W przypadku poważnych zabiegów stomatologicznych Ubezpieczyciel pokrywa Uzasadnione i Zwyczajowe koszty z rocznym maksymalnym limitem zwrotu kosztów za każdy ząb, zgodnie z Tabelą Świadczeń

2.6. OKULISTYKA

Pod warunkiem, że świadczenie znajduje się w wybranym Programie, zapewniamy świadczenia okulistyczne.

Objęte ubezpieczeniem wydatki z tytułu opieki okulistycznej:

- Jedno badanie oczu/wzroku rocznie.
- Jedna para oprawek i jedna para szkielek okularowych lub soczewek kontaktowych (soczewek korekcyjnych) przepisanych przez okulistę do maksymalnej kwoty € 200 (dwustu euro) rocznie. (corrective lenses) where prescribed by an ophthalmologist are reimbursed at up to a limit of maximum € 200 per Year.

Okulary przeciwsłoneczne nie są objęte ubezpieczeniem.

2.7. ŚWIADCZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI

2.7.1 Wypłata jednorazowego odszkodowania w przypadku śmierci, niezależnie od przyczyny zgonu

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, wskazanej osobie uposażonej (osobom uposażonym) wypłaca się jednorazowe odszkodowanie w wysokości podanej poniżej:

1. PLAN **YELLOW** → € 5 000
2. PLAN **SUNRISE** → € 5 000
3. PLAN **HONEY** → € 5 000
4. PLAN **MARIGOLD** → € 10 000
5. PLAN **SAFFRON** → € 15 000

Aby uzyskać prawo do świadczenia należy zadbać o to, by każdy nieszczęśliwy wypadek, który może skutkować wcześniejszą wypłatą jednorazowego odszkodowania, został zgłoszony w ciągu 6 (sześciu) miesięcy od zaistnienia.

O ile nie zostanie wskazana konkretna osoba uposażona, w przypadku śmierci Ubezpieczonego suma ubezpieczenia zostanie wypłacona według ustalonego porządku, jak niżej:

- Na rzecz Współmałżonka, niepozostającego w orzeczonej sądownie separacji z Ubezpieczonym, albo na rzecz osoby pozostającej z Ubezpieczonym w rejestrowanym związku partnerskim lub konkubenta (należy przedstawić wyciąg z rejestru urzędu stanu cywilnego i dowód zawarcia małżeństwa);
- W dalszej kolejności, na rzecz narodzonych lub nienarodzonych dzieci Ubezpieczonego, w równych częściach dla każdego z nich, przy czym część przypadająca dzieciom już nieżyjącym przechodzi na ich dzieci lub, wobec braku takowych, na ich rodzeństwo;
- W dalszej kolejności, na rzecz ojca i matki Ubezpieczonego w równych częściach, przy czym część przypadająca już nieżyjącemu ojcu lub matce przechodzi na osobę pozostającą przy życiu;
- W dalszej kolejności, na rzecz spadkobierców ustawowych.

Ubezpieczony ma prawo w dowolnym momencie dokonać zmian w powyższych ustaleniach i wskazać dowolnie wybraną osobę fizyczną lub prawną poprzez wysłanie Nam listu poleconego za potwierdzeniem odbioru.

W przypadku wskazania osób uposażonych z imienia i nazwiska, należy również podać ich pełne dane kontaktowe, tak abyśmy mogli je wykorzystać w przypadku śmierci Ubezpieczonego. W przypadku, gdy wskazanie danej osoby wygaśnie, obowiązuje wyżej określona standardowa formuła wskazania osób uposażonych.

Wskazanie osoby uposażonej staje się nieodwołalne w momencie wyrażenia na to zgody przez osobę uposażoną. Aby zgoda nabrała mocy, Ubezpieczony oraz osoba uposażona zobowiązani są do poinformowania Nas o wyrażeniu zgody dokonany przez podpisanie aktu notarialnego lub umowy cywilnoprawnej.

W przypadku śmierci Ubezpieczonego i jednej lub więcej wskazanych osób uposażonych podczas tego samego zdarzenia, gdy nie można ustalić kolejności zgonów, a także w przypadku, gdy osoba uposażona zmarła przed Ubezpieczonym i nie zdążyła przyjąć świadczenia, przy ustalaniu osób uposażonych uprawnionych do otrzymania świadczenia przyjmuje się, że taka osoba nie dożyła śmierci Ubezpieczonego.

Należy zwrócić uwagę, że po wypłaceniu wyznaczonej osobie uposażonej Świadczenia na Wypadek Śmierci jesteśmy zwolnieni z wszelkich zobowiązań i odpowiedzialności w tytułu niniejszej Polisy i na tym kończy się Nasza odpowiedzialność prawna.

2.8. DRUGA OPINIA MEDYCZNA

Oferujemy pomoc w sytuacji, gdy stan zdrowia lub diagnoza wystawiona Ubezpieczonemu jest niejasna, a Ubezpieczony nie jest pewien, jakie powziąć kroki. Nasz zespół umożliwi dostęp do sieci wiodących ekspertów w dowolnym miejscu na świecie, którzy zajmą się analizą Państwa przypadku.

3. OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

3.1. ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ, OKRES UBEZPIECZENIA I DATA PRZEDŁUŻENIA

Członkostwo Ubezpieczonego potwierdzone jest Certyfikatem Ubezpieczenia/Uczestnictwa, w którym określono:

- numer Polisy;
- daty rozpoczęcia i zakończenia ochrony ubezpieczeniowej;
- Osoby Zależne od Ubezpieczonego;
- wybrany Plan;
- składki za ochronę ubezpieczeniową.

Dodatkowo Ubezpieczyciel ma prawo do rozwiązania umowy w przypadku braku płatności składek zgodnie z warunkami określonymi w rozdziale 6.1., art. 6.1.

Prawo do odstąpienia od umowy w przypadku sprzedaży bezpośredniej lub sprzedaży na odległość.

Ubezpieczyciel, za pośrednictwem MediSky, ma obowiązek przesłać głównemu Ubezpieczonemu informacje na temat przysługującego mu prawa do odstąpienia od umowy w przypadku sprzedaży bezpośredniej lub sprzedaży na odległość.

Sprzedaż bezpośrednia: Ubezpieczony ma prawo do odstąpienia od umowy w przypadku sprzedaży bezpośredniej w domu lub w miejscu pracy, jeżeli w takich okolicznościach podpisano propozycję ubezpieczenia lub umowy w celach, które nie wchodzą w zakres działalności zarobkowej lub zawodowej Ubezpieczonego. Ubezpieczony ma 14 (czternaście) dni kalendarzowych od Daty Rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

Sprzedaż na odległość: Przepisy dotyczące sprzedaży na odległość stosuje się, gdy Polisa zawierana jest za pomocą jednej lub więcej metod sprzedaży na odległość, w szczególności jeżeli została zawarta korespondencyjnie lub przez Internet. W przypadku sprzedaży na odległość obowiązuje termin na odstąpienie od umowy wynoszący 14 (czternaście) dni kalendarzowych od Daty Rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub od daty otrzymania przez Ubezpieczonego warunków Polisy i informacji towarzyszących.

Data Rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej jest tożsama z datą rozpoczęcia uczestnictwa. Prawo do odstąpienia od umowy nie znajduje zastosowania, jeżeli Polisa została w całości wykonana przez obydwie strony na wyraźne żądanie Ubezpieczonego, zanim Ubezpieczony skorzystał z prawa do odstąpienia od umowy.

Chcąc skorzystać z prawa do odstąpienia od umowy (sprzedaż bezpośrednia lub sprzedaż na odległość), Ubezpieczony zobowiązany jest wysłać do Ubezpieczyciela, za pośrednictwem MediSky, ul. Karolkowa 28/201, 00-074 Warszawa, Polska, list polecony z wnioskiem o rezygnację z uczestnictwa. Można skorzystać z poniższego szablonu:

„Niniejszym, ja, niżej podpisany(a) (imię i nazwisko oraz adres), odstępuję od mojej Polisy, którą podpisałem(am) w dniu w (miejsce podpisania) i zwracam się z wnioskiem o zwrot dokonanej przeze mnie płatności w kwocie EUR [słownie: euro]. (Data i podpis).”

Ubezpieczyciel zwraca już uiszczone składki w ciągu 30 (trzydziestu) dni kalendarzowych od daty otrzymania powiadomienia, pod warunkiem, że nie wystąpił Państwo jeszcze z żadnym Roszczeniem i przyjmujecie do wiadomości, że nie będziecie mieli możliwości wystąpienia z Roszczeniami w przyszłości. Od momentu otrzymania przez Ubezpieczyciela wysłanego listem poleconym pisma z powiadomieniem o odstąpieniu od umowy uznaje się, że umowa uczestnictwa nigdy nie została podpisana i ochrona ubezpieczeniowa nie znajduje zastosowania. Po upływie 30 (trzydziestu) dni do należnej kwoty doliczane są odsetki ustawowe.

3.2. OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

Ubezpieczony ma obowiązek:

3.2.1. Dostarczyć Ubezpieczycielowi, za pośrednictwem MediSky, następujące dokumenty:

W przypadku ubiegania się o członkostwo: indywidualny wniosek i oświadczenie o stanie zdrowia podpisane przez Ubezpieczonego, ze wskazaniem wybranego Planu opieki zdrowotnej.

Szczególne postanowienie dotyczące świadczenia na wypadek śmierci: indywidualny wniosek oraz oświadczenie o stanie zdrowia wypełnia się wraz z kwestionariuszem medycznym. Ubezpieczyciel może uzależnić przyjęcie zgłoszenia od tego, czy otrzyma wszelkie dodatkowe informacje, jakie uzna za konieczne.

Ubezpieczony zgadza się w każdej chwili przedstawić uzasadnienie oświadczenia (oświadczeń) dla Ubezpieczyciela.

W przypadku gdy doszło do zatajenia lub zafałszowania informacji przez Ubezpieczonego/Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel ma prawo unieważnić umowę lub kontynuować umowę na zmienionych warunkach wyznaczonych przez Ubezpieczyciela, lub powziąć jeden lub więcej z poniższych kroków:

- Odmówić zaspokojenia jakichkolwiek Roszczeń;
- Uzyskać od Ubezpieczonego i/lub Osób Zależnych rekompensatę za wszelkie straty spowodowane niedotrzymaniem zobowiązań;
- Odmówić przedłużenia Polisy.

Ochrona Ubezpieczeniowa wchodzi w życie po zapłaceniu uzgodnionej składki i otrzymaniu jej przez Ubezpieczyciela.

Ubezpieczyciel, za pośrednictwem MediSky, zobowiązuje się przekazać każdemu Ubezpieczonemu, z chwilą przystąpienia przez niego do Ubezpieczenia, niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia i poinformowania Ubezpieczonych/Ubezpieczającego na piśmie o ewentualnych zmianach, wprowadzanych stosownie do okoliczności, dotyczących ich praw i obowiązków, a w szczególności z wyprzedzeniem o każdej zmianie zakresu ochrony lub wysokości składki i o rozwiązaniu umowy.

Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność za niestosowanie się do tych zapisów.

W odniesieniu do Planu Grupowego:

3.2.2. Obowiązki Pracodawcy i/lub Pracownika/Ubezpieczonego:

- Ubezpieczający wyznacza osobę („sekretarza grupy” lub „administratora”) do zarządzania niniejszą Polisą zgodnie z jej warunkami oraz wszelkimi wytycznymi okresowo przedstawianymi przez Ubezpieczyciela. Dodatkowo, sekretarz grupy powiadamia Ubezpieczyciela na piśmie o wszelkich zmianach dotyczących wyznaczonej osoby. Sekretarz grupy zobowiązany jest do jak najszybszego poinformowania wszystkich Pracowników w przypadku, gdyby z jakiegokolwiek powodu niniejsza Polisa została wypowiedziana lub nie została przedłużona, a także gdyby niniejsza Polisa została wypowiedziana zgodnie z postanowieniami rozdziału 3, art. 3.12, aby Pracownicy dowiedzieli się, że nie są już objęci ochroną i że koszty Leczenia poniesione po dacie wypowiedzenia nie będą refundowane.
- Ubezpieczający i/lub Pracownik/Ubezpieczony ma obowiązek zadbać o to, by wszystkie dane i informacje przekazywane Ubezpieczycielowi były należycie dokładne, kompletne i prawdziwe.
- Ubezpieczający i/lub Pracownik/Ubezpieczony ma obowiązek każdorazowo informować Ubezpieczyciela na piśmie o zmianie adresu lub danych kontaktowych lub innych danych osobowych.
- Ubezpieczający i/lub Pracownik/Ubezpieczony ma obowiązek każdorazowo informować Ubezpieczyciela o tym, że zmienił się kraj, w którym Pracownik/Ubezpieczony lub Osoby Zależne zwykle mieszkają.
- Ubezpieczający i/lub Pracownik/Ubezpieczony ma obowiązek przestrzegać postanowień wynikających z niniejszej Polisy, nawet w przypadku, gdy Ubezpieczający oraz Pracownik/Ubezpieczony przekazali całość lub część swoich obowiązków pośrednikowi lub agentowi, którego uznaje się za agenta Ubezpieczającego i Pracownika/Ubezpieczonego.
- Ubezpieczający oraz Pracownik/Ubezpieczony ponoszą przez Ubezpieczyciela odpowiedzialność za wszelkie koszty, straty i wydatki poniesione przez Ubezpieczyciela w wyniku niewywiązania się Ubezpieczającego i/lub Pracownika/Ubezpieczonego ze swoich obowiązków wynikających z niniejszej Polisy, niezależnie od przyczyny ich zaistnienia.

3.3. ZMIANY

W warunkach niniejszej umowy uwzględniono przepisy ustawowe i wykonawcze obowiązujące w dniu jej wejścia w życie. Jeżeli jednak w okresie obowiązywania umowy przepisy ulegną zmianie, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zmiany postanowień umowy, najwcześniej od daty wejścia w życie nowych przepisów.

Jednocześnie, Ubezpieczający/Ubezpieczony może zażądać rozwiązania umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia w terminie 30 (trzydziestu) dni od daty przedstawienia propozycji zmian przez Ubezpieczyciela. Rozwiązanie umowy staje się skuteczne od pierwszego dnia miesiąca następującego bezpośrednio po złożeniu wniosku o rozwiązanie umowy. Do dnia rozwiązania umowy, warunki ochrony oraz składki obowiązują na dotychczasowych zasadach.

3.4. CESJA

Ubezpieczyciel może przejąć prawo osoby uprawnionej do otrzymywania świadczeń w celu skorzystania z prawa do wystąpienia z roszczeniami regresowymi przeciwko jakimkolwiek osobom trzecim ponoszącym odpowiedzialność. Ubezpieczyciel zrzeka się prawa do wystąpienia z roszczeniami regresowymi przeciwko Ubezpieczonemu.

W przypadku zgłoszenia Roszczenia, Ubezpieczyciel albo osoba lub firma wyznaczona przez Ubezpieczyciela nabywa prawo do wystąpienia z roszczeniami regresowymi w imieniu Ubezpieczającego lub którejkolwiek z Osób Zależnych. Oznacza to, że Ubezpieczyciel wstąpi w prawa Ubezpieczającego lub którejkolwiek z Osób Zależnych do odzyskania wszelkich kwot, do których mają one prawo, a które Ubezpieczyciel pokrył już na mocy niniejszej Polisy. Na przykład, Ubezpieczyciel może odzyskać kwoty od kogoś, kto spowodował Uraz lub doprowadził do wystąpienia Choroby, lub od innego Ubezpieczyciela lub organu odpowiedzialnego za realizację opieki zdrowotnej.

W tym celu, Ubezpieczyciel może skorzystać z usług zewnętrznych doradców prawnych lub innych konsultantów. Ubezpieczający zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi wszelkie dokumenty, włącznie z dokumentacją medyczną, oraz okazać wszelką uzasadnioną pomoc, jakiej Ubezpieczyciel może zażądać, aby skorzystać z nabytych praw. Ubezpieczający nie może podejmować żadnych kroków, które mogłyby uniemożliwić Ubezpieczycielowi wykonane nabytych przez niego praw. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odliczenia od wszelkich płatności z tytułu Roszczeń skądinąd należnych Ubezpieczonemu lub Osobom Zależnym kwoty, która zostanie odzyskana od osoby trzeciej lub organu odpowiedzialnego za realizację opieki zdrowotnej.

3.5. INFORMACJE – REKLAMACJE – MEDIACJE

W związku z wszelkimi informacjami lub reklamacjami dotyczącymi Polisy będącej przedmiotem niniejszego prospektu, bez uszczerbku dla prawa Ubezpieczonego do wszczęcia postępowania sądowego mającego na celu wykonanie Polisy w przypadku sporu, Ubezpieczony może kontaktować się z przedstawicielem MediSky w następujących okolicznościach:

- Informacje i reklamacje dotyczące warunków przystąpienia;
- Informacje i reklamacje dotyczące płatności składek;
- Informacje i reklamacje dotyczące Roszczenia.

Po otrzymaniu reklamacji, MediSky prześle Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub Osobom Zależnym – przed upływem 10 (dziesięciu) dni roboczych – potwierdzenie otrzymania reklamacji. Odpowiedź na reklamację zostanie udzielona Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub Osobom Zależnym w terminie kolejnych 2 (dwóch) miesięcy, chyba że wystąpią wyjątkowe okoliczności.

W przypadku gdy odpowiedź MediSky nie spełnia oczekiwań Ubezpieczonego, może on wysłać standardowe pismo pocztą na adres: Dział Jakości, Inter Partner Assistance Polska S.A., ul. Prosta 68, 00-838 Warszawa; albo pocztą elektroniczną na adres: quality@axa-assistance.pl

W przypadku, gdy Ubezpieczony nie zgadza się z decyzją wydaną przez Ubezpieczyciela, po wyczerpaniu wszystkich środków odwoławczych udostępnionych przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Osoby Zależne mogą – w terminie nieprzekraczającym 60 (sześćdziesięciu) dni od daty zgłoszenia reklamacji – skontaktować się z właściwym miejscowo Powiatowym Rzecznikiem Konsumentów.

3.6. OCHRONA DANYCH

Tworzenie, modyfikowanie, usuwanie lub wykorzystywanie jakichkolwiek zautomatyzowanych procesów przetwarzania danych osobowych związanych bezpośrednio lub pośrednio z wykonaniem Polisy przebiega zgodnie z przepisami ustawowymi i wykonawczymi. Jak stanowi ogólne rozporządzenie o ochronie danych w UE (2016/679) z dnia 27 kwietnia 2016 r. („RODO”), obowiązujące od 25 maja 2018 r., gromadzenie danych osobowych jest niezbędne do zarządzania umową ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela, administratorów, usługodawców, podwykonawców lub reasekuratorów. Dane są przetwarzane w związku z zawieraniem, zarządzaniem oraz wykonywaniem umów ubezpieczeniowych; opracowywaniem statystyk i analiz aktuarialnych; dochodzeniem roszczeń regresowych, zarządzaniem Roszczeniami i prowadzeniem sporów sądowych; stosowaniem obowiązujących przepisów ustawowych i wykonawczych; przeciwdziałaniem praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu oraz zwalczaniem nadużyć finansowych; zarządzaniem bazą klientów i rozwojem biznesu. Odbiorcy danych to należycie upoważniony personel Ubezpieczyciela, administrator, usługodawcy, podwykonawcy lub reasekuratorzy, organizacje społeczne lub pośrednicy ubezpieczeniowi.

Ubezpieczyciel i MediSky zobowiązują się do podjęcia wszelkich stosownych działań na rzecz bezpieczeństwa informacji, w szczególności zapobiegających jej zniekształceniu, uszkodzeniu lub przekazaniu osobom nieupoważnionym.

Dane osobowe mogą zostać przekazane usługodawcom lub podwykonawcom mającym swoje siedziby w krajach poza Unią Europejską. Przekazanie danych może nastąpić wyłącznie do krajów zapewniających poziom ochrony danych osobowych uznany przez Komisję Europejską za wystarczający, lub do odbiorców stosujących odpowiednie zabezpieczenia. Dane będą przechowywane przez cały okres obowiązywania umowy, aż do upłynięcia terminów przedawnienia Roszczeń oraz wygaśnięcia przewidzianego prawem obowiązku przechowywania danych.

Ubezpieczonemu przysługuje prawo dostępu do jego danych osobowych oraz żądania ich sprostowania i usunięcia. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych Ubezpieczonego jest jego zgoda, Ubezpieczonemu przysługuje prawo do jej wycofania. Na podstawie przepisów, Ubezpieczony ma również prawo zażądać ograniczenia przetwarzania jego danych osobowych lub wnieść sprzeciw wobec ich przetwarzania.

Ponadto, Ubezpieczonemu przysługuje prawo do przedstawienia zaleceń w zakresie przetwarzania jego danych osobowych po jego śmierci. Wnioski o wykonanie praw Ubezpieczonego w tym zakresie należy kierować pod adresem Inspektorów Ochrony Danych przy pomocy wybranego kanału komunikacji.

AXA Assistance:

- email: iodo@axa-assistance.pl or
- Formularz kontaktowy na stronie www.axa-assistance.pl

Dodatkowe informacje znajdują się na stronie <https://www.axa-assistance.pl/iodo/>

MediSky International: iod.medisky@dpag.pl

3.7. PODSTAWA PRAWNA I PRAWO WŁAŚCIWE

Międzynarodowy Plan Opieki Zdrowotnej jest reasekurowany przez Inter Partner Assistance S.A. Oddział Polska, firmę ubezpieczeniową z siedzibą w Unii Europejskiej.

Wszelkie spory wynikające z umowy ubezpieczenia lub z nią związane rozstrzygają sądy na terenie Unii Europejskiej posiadające właściwość miejscową do rozstrzygnięcia w sprawie Państwa Polisy. O ile w porozumieniu z Państwem nie zadecydujemy inaczej, obowiązują w tym zakresie przepisy polskiego prawa.

W przypadku zmiany Państwa miejsca zamieszkania na kraj spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego, po przeprowadzce może się okazać, że w świetle prawa nie możemy dłużej wywiązywać się z obowiązków wynikających z Państwa Polisy. W takiej sytuacji możemy wypowiedzieć Państwa polisę z dniem Państwa przeprowadzki do takiego kraju lub we wspólnie uzgodnionym terminie, w którym to przypadku przysługuje Państwu prawo do proporcjonalnego zwrotu składki za niewykorzystaną część Państwa Polisy.

3.8. OGRANICZENIE I WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI Z POWODU SANKCJI

Uznaje się, że Ubezpieczyciel nie udziela ochrony ubezpieczeniowej, nie zaspokaja Roszczeń i nie zapewnia świadczeń na podstawie niniejszej umowy w zakresie, w jakim udzielenie takiej ochrony ubezpieczeniowej, zaspokojenie Roszczeń lub zapewnienie świadczeń naraziłoby Ubezpieczyciela na jakiegokolwiek sankcje, zakazy lub restrykcje wprowadzone na mocy rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub na jakiegokolwiek sankcje handlowe lub gospodarcze wynikające z odpowiednich przepisów ustawowych lub wykonawczych Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, USA lub innych znajdujących zastosowanie przepisów ustawowych lub wykonawczych.

W przypadku, gdy Państwo lub członek Państwa rodziny podlega sankcjom gospodarczym, bezpośrednio lub pośrednio, włączając w to sankcje wobec kraju, w którym Państwo zwykle mieszka, zastrzegamy sobie prawo do podjęcia następujących kroków:

- Natychmiastowe zakończenie ochrony ubezpieczeniowej (nawet w przypadku, gdy posiadacie Państwo zgodę odpowiednie organu na kontynuację ochrony ubezpieczeniowej lub płacenie składek);
- Zaprzestanie zaspokajania Roszczeń z tytułu Państwa Polisy (nawet w przypadku, gdy posiadacie Państwo zgodę odpowiedniego organu na kontynuację ochrony ubezpieczeniowej lub płacenie składek);
- Wypowiedzenie Państwa Polisy lub usunięcie z niej członka Państwa rodziny ze skutkiem natychmiastowym.

W razie podjęcia przez Nas któregośkolwiek z powyższych kroków, zostaną Państwo o tym fakcie poinformowani.

Jeżeli jest Państwu wiadomo, że Państwo lub członek Państwa rodziny (lub Pracownicy, gdy mamy do czynienia z Planem Grupowym) podlega sankcjom lub innym podobnym restrykcjom, macie Państwo obowiązek poinformować Nas o tym fakcie w terminie 7 (siedmiu) dni od uzyskania takiej informacji.

3.9. INNE UBEZPIECZENIE

Jeżeli istnieje jakiegokolwiek inne prywatne ubezpieczenie pokrywające którekolwiek ze świadczeń przysługujących na podstawie Polisy, w odniesieniu do której wystąpiono z Roszczeniem, wówczas Ubezpieczony/Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować o tym Ubezpieczyciela w momencie występowania z Roszczeniem. W takim przypadku Ubezpieczyciel nie ma obowiązku wypłacić więcej niż przypadającą na niego po dokonaniu właściwych obliczeń część.

Jeżeli okaże się, że Ubezpieczonemu/Ubezpieczającemu wypłacono całość lub część kwoty Roszczenia z innego źródła lub ubezpieczenia, Ubezpieczyciel ma prawo wystąpić o zwrot wszelkich zapłaconych odszkodowań. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odliczenia takiej kwoty zwrotu należnego od Ubezpieczonego od wszelkich potencjalnych lub przyszłych kwot Roszczeń lub do wypowiedzenia danej Polisy od daty jej zawarcia bez obowiązku zwrotu składki.

Ponadto, w przypadku zwrotu kosztów z obowiązkowego systemu ubezpieczenia społecznego, Ubezpieczyciel dokona zwrotu kosztów równoległe z obowiązkowym systemem ubezpieczenia społecznego na podstawie faktur i zgodnie z zakresem świadczeń przewidzianych w wybranym Planie.

3.10. KWALIFIKACJA DO UBEZPIECZENIA

Do objęcia ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszego Planu kwalifikują się wszystkie osoby w wieku poniżej 69. (sześćdziesiątego dziewiątego) roku życia pod warunkiem, że mieszkają w Polsce, a także obywatele polscy mieszkający w Niemczech, Wielkiej Brytanii lub Holandii, dla których kraje te nie są jeszcze miejscem stałego pobytu. Należy upewnić się, że dana osoba spełnia wszelkie wymogi prawa ubezpieczeniowego na danym terytorium, a oferowana ochrona ubezpieczeniowa dotyczy odpowiedniego Terytorium Obowiązywania Ochrony Ubezpieczeniowej. W przypadku, gdy Ubezpieczony mieszka w kraju spoza Terytorium Obowiązywania Ochrony Ubezpieczeniowej lub podróżuje do takiego kraju, Plan może oferować ograniczoną ochronę w zakresie Opieki Szpitalnej w Trybie Stacjonarnym w Nagłych Przypadkach. Należy dokładnie zapoznać się z wybranym Programem Ubezpieczeniowym i Tabelą Świadczeń.

Takie osoby muszą w momencie składania wniosku o przystąpienie do ochrony ubezpieczeniowej wypełnić i podpisać indywidualny wniosek o przystąpienie do ochrony ubezpieczeniowej i oświadczenie o stanie zdrowia, a także dodatkowy formularz ze wskazaniem uposażonych na wypadek śmierci.

Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do podjęcia decyzji o objęciu danej osoby ochroną ubezpieczeniową w zależności od tego, czy otrzyma wszelkie dodatkowe informacje, jakie Ubezpieczyciel uzna za konieczne.

Ubezpieczony, jak również – w stosownych przypadkach – Osoby Zależne, uzyskują status Ubezpieczonego w momencie objęcia ich ochroną ubezpieczeniową.

Dopisywanie Osób Zależnych od Ubezpieczonego. W dowolnym momencie Okresu Ubezpieczenia, Ubezpieczony może wystąpić z wnioskiem o objęcie ochroną ubezpieczeniową uprawnionej Osoby Zależnej, pod warunkiem opłacenia wymaganej składki. W przypadku wariantu POR lub PIW, od Ubezpieczającego wymaga się dostarczenia indywidualnego wniosku oraz oświadczenia o stanie zdrowia, stosownie do okoliczności. Ubezpieczający ma obowiązek poinformować Nas o wszystkich istotnych faktach. Po podjęciu pozytywnej decyzji przekazemy informację o dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, przy czym nie świadczymy ochrony z datą wsteczną. Zakres ochrony ubezpieczeniowej tak dopisanej Osoby Zależnej pokrywa się z zakresem ochrony udzielonej osobom lub uczestnikom już objętym ochroną ubezpieczeniową.

- Dopisanie Współmałżonka/osoby pozostającej z Ubezpieczonym/Ubezpieczającym w rejestrowanym związku partnerskim jest możliwe pod warunkiem, że wniosek dla takiej Osoby Zależnej złożono w terminie 1 (jednego) miesiąca od daty zawarcia małżeństwa/wstąpienia w rejestrowany związek partnerski.
- Nowo narodzone dziecko może zostać dodane do umowy ubezpieczenia od daty narodzin pod warunkiem, że Ubezpieczyciel otrzymał wniosek o dodanie takiego nowo narodzonego dziecka w terminie 30 (trzydziestu) dni od daty jego narodzin. Po upływie tego terminu Ubezpieczyciel doda nowo narodzone dziecko od daty otrzymania przez Nas pisemnego powiadomienia, a nie od daty narodzin dziecka. W każdym przypadku, wymagane jest spełnienie poniższych kryteriów dotyczących nowo narodzonego dziecka.
- Nowo narodzone dziecko urodzone przez matkę, która była objęta Polisą przez okres co najmniej 12 (dwunastu) kolejnych miesięcy przed datą urodzenia dziecka, może zostać dopisane do Polisy od daty urodzenia bez oceny ryzyka, pod warunkiem że dziecko nie przyszło na świat w wyniku sztucznego zapłodnienia, Leczenia niepłodności u któregokolwiek z rodziców, z ciąży mnogiej, nie zostało przysposobione ani urodzone przez matkę surogatkę.
- W przypadku dziecka niespełniającego powyższych kryteriów, objęcie ochroną wymaga złożenia wniosku, oświadczenia o stanie zdrowia oraz kwestionariusza medycznego, przy czym mamy prawo takie dziecko objąć ochroną, odmówić udzielenia ochrony ubezpieczeniowej, albo zaoferować ochronę na określonych przez Nas warunkach.

3.11. ROZPOCZĘCIE OCHRONY

Z chwilą wejścia w życie umowy, ochrona ubezpieczeniowa staje się skuteczna dla każdej osoby, która uzyska status Ubezpieczonego, w następujących terminach:

- Osoba fizyczna zarejestrowana w dacie wejścia w życie Polisy indywidualnej – od tej daty.
- Osoba fizyczna zarejestrowana po dacie wejścia w życie Polisy indywidualnej – w dacie zapłaty składki, wskazanej w Certyfikacie Ubezpieczenia/Uczestnictwa

Ochrona ubezpieczeniowa dla Osób Zależnych, zdefiniowana w rozdziale 2, wchodzi w życie w tym samym czasie, co ochrona ubezpieczeniowa dla Ubezpieczonego albo wtedy, gdy dana osoba spełni obowiązujące kryteria.

W przypadku Planu Grupowego, rejestracja jest skuteczna wyłącznie wtedy, gdy Ubezpieczający udostępnił Ubezpieczycielowi imienny wykaz uczestników i kategorie Pracowników, którzy mają zostać objęci ochroną ubezpieczeniową, z wyszczególnieniem ubiegających się o ochronę Pracowników i Osób Zależnych. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić dokonania rejestracji. Ubezpieczyciel ma również prawo zażądać dodatkowych informacji, jakie uzna za konieczne, przed dokonaniem rejestracji.

Ochrona ubezpieczeniowa zaczyna obowiązywać dla każdego uczestnika w ramach danej kategorii w dacie otrzymania przez Ubezpieczyciela wyżej wspomnianego imiennego wykazu. Ochrona ubezpieczeniowa dla Osób Zależnych zaczyna obowiązywać w tym samym dniu, co ochrona ubezpieczeniowa Pracownika albo wtedy, gdy dana osoba spełni obowiązujące kryteria, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpi później.

W przypadku gdy Pracownik nie jest Czynn timer zatrudniony w dniu, w którym w innym razie kwalifikowałby się do objęcia ochroną ubezpieczeniową, objęcie ochroną ubezpieczeniową zostanie odroczone do pierwszego dnia, w którym Pracownik będzie Czynn timer zatrudniony przez Ubezpieczającego. Jeżeli Osoba Zależna jest niezdolna do pracy lub przebywa w Szpitalu w dniu, w którym kwalifikowałaby się do objęcia ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszej Polisy, objęcie ochroną ubezpieczeniową zostanie odroczone do dnia, w którym Osoba Zależna wyzdrowieje i zostanie wypisana ze Szpitala.

Niniejszą Polisé wystawia się przy założeniu, że wszyscy Pracownicy Ubezpieczającego kwalifikują się do objęcia ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszej Polisy, a w momencie objęcia ich ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszej Polisy są Czynniciem zatrudnieni w miejscu prowadzenia działalności przez Ubezpieczającego lub w miejscu, w którym przebywają oni z przyczyn służbowych, w dni ustawowo wolne od pracy, w czasie zwyczajowego urlopu wypoczynkowego, urlopu macierzyńskiego, urlopu naukowego, urlopu okolicznościowego i/lub w inne dni wolne od pracy, a nie z powodu choroby lub urazu. W przypadku stwierdzenia, iż którykolwiek z Pracowników nie był Czynnikiem zatrudniony w momencie objęcia ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wypowiedzenia lub zmiany warunków niniejszej Polisy. Ochronę ubezpieczeniową kwalifikujących się Osób Zależnych zapewnia się w ramach tego samego Planu, którym objęty jest Pracownik, z zastrzeżeniem uzgodnionych kryteriów kwalifikacyjnych.

W przypadku, gdy do objęcia ochroną ubezpieczeniową kwalifikuje się nowy uczestnik, lub w celu usunięcia z Polisy Osób Zależnych, które nie kwalifikują się już do objęcia ochroną ubezpieczeniową, jesteście Państwo zobowiązani do wystosowania do Nas pisma w tej sprawie w terminie 30 (trzydziestu) dni od daty, w której taki nowy uczestnik może ubiegać się o objęcie ochroną ubezpieczeniową lub w której dana osoba nie jest już uznawana za Pracownika lub Osobą Zależną. Jeśli wniosek zostanie rozpatrzony pozytywnie, zaktualizujemy wykaz uczestników i wystawimy odpowiedni aneks do niniejszej Polisy.

Polisy indywidualne i grupowe podlegają corocznemu przedłużeniu.

Prawa wynikające z niniejszej Polisy przysługują wyłącznie Ubezpieczającemu i Ubezpieczycielowi. Prawo do egzekwowania któregokolwiek z postanowień niniejszej Polisy przysługuje wyłącznie podmiotom będącym stronami niniejszej Polisy.

Przedłużenie

Przed końcem każdego Roku Polisowego skontaktujemy się z Ubezpieczającym, aby poinformować go o warunkach kontynuacji ochrony, jeżeli Polisa będzie nadal dostępna. Następnie przedłużymy Polisé na nowych warunkach, chyba że Ubezpieczający zawnióskuje o wprowadzenie zmian lub poinformuje Nas o zamiarze wypowiedzenia Polisy. Składka zostanie pobrana tą samą metodą płatności, co w roku poprzednim.

Stawka składki nie jest gwarantowana, a wysokość składki należnej w rocznicę Polisy jest ustalana w każdą rocznicę Polisy na podstawie wieku osiągniętego przez każdego uczestnika, obowiązujących w tym czasie stawek składek oraz wszelkich innych czynników, które mogą mieć istotny wpływ na ryzyka objęte ubezpieczeniem.

W przypadku Planu Grupowego Państwa pracodawca zobowiązany jest do opłacenia należnej składki. Wszelkie powiadomienia dotyczące przedłużenia Polisy przesłane przez Nas do Państwa lub do Pracodawcy przekazywane są wyłącznie w celach informacyjnych i w żaden sposób nie naruszają zobowiązania Pracodawcy do uiszczenia składki określonej dla przedłużanej Polisy w terminie nieprzekraczającym rocznicy Polisy. Wysokość składki zostanie przez Nas sprecyzowana na początku każdego Roku Polisowego i zostaną Państwo o niej poinformowani. Pracodawca ma prawo opłacić składkę w uzgodniony z Nami sposób. Niniejszym postanawia się, że całkowita należna składka musi zostać opłacona i otrzymana przez Nas w całości w terminie nieprzekraczającym daty wymagalności składki.

Limit obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej w przypadku, gdy krajem, w którym Państwo zwykle mieszkają są Stany Zjednoczone Ameryki: Zgodnie z warunkami niniejszej umowy, ochrona ubezpieczeniowa nie jest dostępna w przypadku, gdy Stany Zjednoczone Ameryki są lub staną się Państwem Krajem Zamieszkania. W przypadku, gdy Stany Zjednoczone Ameryki staną się Państwem Krajem Zamieszkania, są Państwo zobowiązani poinformować Nas o tym fakcie. Państwa ochrona ubezpieczeniowa zostanie automatycznie wypowiedziana od daty zamieszkania przez Państwa w Stanach Zjednoczonych Ameryki.

Wymogi dotyczące kraju, w którym Państwo zwykle mieszkają: Spoczywa na Państwie obowiązek zapewnienia, iż posiadają Państwo ochronę ubezpieczeniową spełniającą wymogi kraju, w którym Państwo zwykle mieszkają.

3.12. WYPOWIEDZENIE LUB ZAWIESZENIE OCHRONY

Z wyjątkiem przypadku zatajenia informacji, zaniechania podania informacji lub złożenia nieprawdziwego oświadczenia przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony zalicza się do kategorii Ubezpieczonych w ramach Planu, Ubezpieczony nie może zostać wyłączony z ochrony ubezpieczeniowej wbrew swojej woli.

W każdym przypadku, ochrona wygasa w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego:

- W przypadku braku zapłaty składki zgodnie z określonymi warunkami;
- W przypadku złożenia nieprawdziwego oświadczenia;
- Z inicjatywy Ubezpieczonego/Ubezpieczającego – wypowiedzenie w rocznicę Polisy;
- W przypadku śmierci Ubezpieczonego;
- W przypadku wszczęcia postępowania likwidacyjnego w odniesieniu do Ubezpieczyciela;
- W dniu, w którym Ubezpieczony osiągnął ustawowy wiek emerytalny w kraju, w którym jest zatrudniony;
- W dniu, w którym ustało zatrudnienie Ubezpieczonego przez Grupę/Spółkę/Pracodawcę;
- W przypadku zmiany Kraju Zamieszkania, gdy kraj ten znajduje się poza wybranym Terytorium Obowiązywania Ochrony Ubezpieczeniowej – chyba że Ubezpieczony/Ubezpieczający lub Spółka (w przypadku Planu Grupowego) wystąpi do Ubezpieczyciela z wnioskiem o zatwierdzenie takiej zmiany, a wniosek zostanie rozpatrzony pozytywnie. Powyższe podlega przepisom prawa obowiązującymi w Kraju Zamieszkania;
- W przypadku, gdy Krajem Zamieszkania Ubezpieczonego stały się Stany Zjednoczone Ameryki; lub
- Niezwłocznie po osiągnięciu przez Ubezpieczonego górnej granicy wieku dopuszczalnego na mocy niniejszej umowy..

Ochrona ubezpieczeniowa dla Osób Zależnych, o której mowa w rozdziale 2, zostanie wypowiedziana (lub zawieszona) w tym samym czasie, co ochrona głównego Ubezpieczonego lub Uczestnika Grupy (Pracownika).

Wypowiedzenie ochrony ubezpieczeniowej skutkuje – zarówno w odniesieniu do Ubezpieczonego (lub Pracownika w ramach Planu Grupowego), jak i Osób Zależnych – ustaniem prawa do korzystania ze świadczeń w zakresie wszelkich usług opieki zdrowotnej realizowanych po dacie wypowiedzenia umowy, nawet jeżeli zlecono je lub przystąpiono do ich realizacji przed tą datą.

4. WYŁĄCZENIA

4.1. RYZYKA I ŚWIADCZENIA OBJĘTE WYŁĄCZENIEM

Ubezpieczyciel nie zwraca Ubezpieczonemu żadnych kosztów, które wynikają z któregokolwiek z niżej wymienionych, są nim spowodowane lub z nim związane, bezpośrednio lub pośrednio:

1. Wszelkie koszty, Leczenie, schorzenia wpływające na ogólny stan zdrowia i uzębienia, a także związane z nimi zabiegi, które nie są wyraźnie wymienione w niniejszej Polisie jako podlegające ochronie ubezpieczeniowej;
2. Kwoty przewyższające limity określone dla danego Planu;
3. Wszelkie koszty przewyższające kwotę 500 EUR (pięciuset euro), jeżeli zostały poniesione bez uzyskania Naszej wcześniejszej zgody;
4. Koszty, które zostałyby poniesione nawet gdyby nie doszło do Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
5. Koszty poniesione poza Terytorium Obowiązywania Ochrony Ubezpieczeniowej;
6. Koszty opieki paliatywnej, jeżeli nie była objęta danym Planem;
7. Udział Własny określony w Certyfikacie Ubezpieczenia/Uczestnictwa;
8. Wszelkie Roszczenia oparte na działaniach niezgodnych z prawem, podaniu nieprawdziwych informacji lub zatajeniu informacji lub wynikających z tego konsekwencjach;
9. Wszelkie Roszczenia wynikające z:
 - Samookaleczenia (włączając w to samobójstwo lub usiłowanie samobójstwa) na skutek winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa;
 - Nieuzasadnionego narażania się na niebezpieczeństwo (z wyjątkiem prób ratowania życia ludzkiego) na skutek winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa;
 - Podróży podjętej wbrew zaleceniom lekarskim
10. Leczenie w przypadku nadużywania narkotyków i innych substancji odurzających (w tym alkoholu) lub wszelkiego typu uzależnień i jakichkolwiek stanów chorobowych z nich wynikających;
11. Antykoncepcja, sterylizacja (lub jej odwrócenie), sztuczne zapłodnienie, wazektomia, choroby weneryczne, infekcje przenoszone drogą płciową, zmiana płci lub wszelkie stany chorobowe powiązane z życiem seksualnym;
12. Badania i/lub Leczenie niepłodności lub metody wspomaganego rozrodu i wszelkie wynikające z nich powikłania;
13. Wszelkie Leczenie podjęte wyłącznie w celu złagodzenia objawów spowodowanych starzeniem się lub przyczynami natury fizjologicznej, np. chirurgia plastyczna;
14. Podróże poza Terytorium Obowiązywania Ochrony Ubezpieczeniowej określone w Certyfikacie Ubezpieczenia/Uczestnictwa, na czas dłuższy niż liczba dni wskazana w Tabeli Świadczeń w danym Okresie Ubezpieczenia;
15. Roszczenia wynikające z urazów okołoporodowych lub Wad Wrodzonych, Wad lub Chorób Dziedzicznych bądź nieprawidłowości wrodzonych po upływie 60 lub 90 dni od narodzin – w zależności od wybranego Planu; lub z Wad Wrodzonych, Wad lub Chorób Dziedzicznych bądź nieprawidłowości wrodzonych w przypadku dzieci urodzonych w wyniku Leczenia niepłodności lub zastosowania jakiegokolwiek metody sztucznego zapłodnienia, dzieci przysposobionych lub urodzonych przez matkę surogatkę;
16. Wszczepienie sztucznego serca;
17. Wszelkie koszty powstałe po wygaśnięciu bieżącego okresu ubezpieczenia, chyba że Polisa została przedłużona na kolejne 12 miesięcy;
18. Koszty przewyższające kwotę 50 000 EUR (pięćdziesięciu tysięcy euro) w całym okresie życia danego Ubezpieczonego związane z opieką zdrowotną lub Leczeniem w następstwie zakażenia ludzkim wirusem niedoboru odporności (wirusem HIV), w tym nabytego zespołu niedoboru odporności (AIDS) lub zespołu wyczerpania (ARC) oraz wszelkich podobnych zakażeń, Chorób, Urazów lub dolegliwości wynikających z powyższych schorzeń, niezależnie od ich powstania;
19. Leczenie i konsekwencje Eksperymentalnych i nielicencjonowanych zabiegów medycznych lub farmakoterapii. Leki i inne środki farmakologiczne zakupione bez recepty lekarskiej oraz środki farmakologiczne zwyczajowego użytku lub profilaktyczne, szczepienia i rutynowe badania lekarskie, chyba że zostały ujęte w Tabeli Świadczeń;
20. Chirurgia plastyczna lub chirurgia korekcyjna, usuwanie tkanki tłuszczowej lub innych nadmiarowych tkanek ciała i wszelkie konsekwencje takiego Leczenia, utrata masy ciała lub problemy z wagą/zaburzenia odżywiania, bez względu na to, czy zaistniały na tle psychicznym, chyba że jest to wymagane bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku lub zabiegu chirurgicznego w Leczeniu Nowotworów występującego w okresie ubezpieczenia;
21. Zabiegi chirurgiczne mające na celu korektę krótko- lub długowzroczności lub innej wady wzroku, chyba że doszło do niej na skutek nieszczęśliwego wypadku lub Choroby występujących w okresie ubezpieczenia;
22. Badanie lub Leczenie bezdechu sennego, chrapania lub innych zaburzeń oddychania występujących w czasie snu;

23. Leczenie wykonywane przez spokrewnionego z Ubezpieczonym personel medyczny, spokrewnionego z Ubezpieczonym Lekarza pierwszego kontaktu lub specjalistę, o ile nie zostało przez Nas uprzednio zatwierdzone;
24. Leczenie związane z kroji-konserwacją, transplantacją lub replantacją żywych komórek lub żywej tkanki, zarówno autologicznie, jak i od dawcy, chyba że będą to Przeszczepy Tkanek zdefiniowane w niniejszym, których koszt nie przekroczy zapisanych w Polisie limitów;
25. Roszczenia wynikające z zawodowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego (wyłączając rekreacyjne i amatorskie uprawianie sportu) lub jakiegokolwiek sportu bądź aktywności ruchowej o niebezpiecznym/ekstremalnym charakterze, takich jak: sporty motorowe, sporty lotnicze, nurkowanie z akwalungiem poniżej 30 metrów lub bez certyfikatu PADI, wszelkie sporty z udziałem zwierząt, wspinaczka na czas, wspinaczka klasyczna lub alpinizm (z zabezpieczeniem lub bez), trekking powyżej 2 500 m n.p.m., sztuki walki, skoki na linie, skoki spadochronowe, skoki base jumping, narciarstwo poza wyznaczonymi trasami i wysięgi w jakiegokolwiek formie (inne niż piesze). Jeżeli dany sport lub aktywność ruchowa o niebezpiecznym charakterze nie zostały uwzględnione w niniejszym wykazie, Ubezpieczony ma obowiązek skontaktować się z Nami, aby sprawdzić, czy jest ona dopuszczalna w ramach ubezpieczenia – w przeciwnym razie ochrona nie obowiązuje;
26. Wszelkie Roszczenia powstałe w czasie pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej lub uczestnictwa w działaniach z użyciem broni palnej lub wymagających walki wręcz lub na terenach objętych konfliktami zbrojnymi, z wyjątkiem prywatnych wycieczek turystycznych w czasie urlopu wypoczynkowego;
27. Wszelkie wydatki związane z akcjami poszukiwawczymi i ratowniczymi przeprowadzanymi w celu odnalezienia Ubezpieczonego w górach, na morzu, na pustyni, w dżungli i podobnych niedostępnych miejscach, w tym kosztów akcji powietrznych/morskich związanych z transportem na stały ląd z jednostki pływającej lub morza;
28. Zakwaterowanie i koszty Leczenia w domu opieki, ośrodku odnowy biologicznej, klinice zdrowia naturalnego, farmie zdrowia lub podobnych placówkach lub Szpitalu, gdzie dana placówka stała się faktycznie Domem lub Miejscem Stałego Pobytu Ubezpieczonego, a przyjęcie do niej odbywa się wyłącznie lub częściowo w celach mieszkaniowych;
29. Rehabilitacja, chyba że stanowi ona integralną część Leczenia wykonywanego w ramach Opieki w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym i przebiega pod kontrolą lub nadzorem specjalisty w uznanej Placówce Rehabilitacyjnej;
30. Badania lekarskie, ocena medyczna lub Leczenie w zakresie rozwoju neurologicznego, rozwoju poznawczego, trudności w nauce, opóźnień rozwoju mowy, problemów wychowawczych, osiągnięcia kamieni milowych w rozwoju, rozwoju fizycznego, rozwoju psychologicznego, nadpobudliwości, zaburzeń koncentracji, autyzmu, dysleksji, problemów behawioralnych lub rozwoju dziecka;
31. Leczenie zaburzeń psychicznych i nerwowych, Leczenie Psychiatryczne i koszty psychoterapii, terapii psychologicznej, rodzinnej lub po utracie bliskiej osoby, chyba że zostało ujęte w Państwa Planie;
32. Wszelkie Roszczenia będące skutkiem lub do których powstania w jakikolwiek sposób przyczyniło się użycie lub groźba użycia wszelkiego rodzaju broni nuklearnej lub instalacji nuklearnych bądź też skażenie lub groźba skażenia czynnikami chemicznymi lub biologicznymi;
33. Wszelkie Roszczenia powstałe w wyniku wojny, inwazji, działań nieprzyjacielskich, działań wojennych (bez względu na to, czy doszło do wypowiedzenia wojny), aktów terroryzmu, wojny domowej, rebelii, rewolucji, powstania, wojskowego zamachu stanu lub innego przejęcia władzy lub udziału w rozruchach lub zamieszkach wszelkiego rodzaju. Wyjątek: pokryjemy koszt każdego Zdarzenia Ubezpieczeniowego dla każdego Ubezpieczonego pod warunkiem, że Ubezpieczony był niewinnym obserwatorem, a nie aktywnym uczestnikiem wyżej wymienionych zdarzeń, oraz że nie działał lekkomyślnie lub z narażeniem się na niebezpieczeństwo poprzez świadomy wstęp na terytorium objęte konfliktem; (Na potrzeby niniejszego wyłączenia akt terroryzmu oznacza, między innymi, akt użycia siły lub przemocy i/lub groźbę takiego użycia, dokonany przez jakąkolwiek osobę lub grupę osób, działającą samodzielnie lub w imieniu lub w związku z inną organizacją (organizacjami) lub rządem (rządami), z powodów politycznych, religijnych, ideologicznych lub im podobnych lub z zamiarem wywarcia wpływu na jakikolwiek rząd i/lub zastraszenia społeczeństwa lub jego części);
34. Wszelkie koszty, które w chwili zaistnienia są lub byłyby – gdyby nie zawarcie niniejszej Polisy – objęte inną istniejącą prywatną Polisa ubezpieczeniową. Jeżeli obowiązuje jakakolwiek inna ochrona ubezpieczeniowa, która może pokryć koszty zdarzenia, z tytułu którego Ubezpieczony wystąpił z Roszczeniem, Ubezpieczony zobowiązany jest poinformować Nas o tym przy pierwszym kontakcie;
35. Wszelkie straty, które nie podlegają ochronie na mocy Ogólnych Warunków Ubezpieczenia dla niniejszej Polisy (przykład: nie pokrywamy kosztów utraty zarobków z tytułu niezdolności do pracy w wyniku Choroby lub Urazu);
36. Szczególne wyłączenia mające zastosowanie do ustępu 2.3.1.3 – Przeszczep Narządów i Tkanek:
 - Koszty związane z poszukiwaniem Narządu lub Tkanki do przeszczepu (zgodnie z definicją) lub wszelkie koszty poniesione w związku z pobraniem Narządu lub Tkanki od dawcy, koszty transportu Narządu lub Tkanki oraz wszelkie związane z tym koszty administracyjne, a także wszelkie koszty związane z Narządami lub Tkankami nieujęte w definicji Przeszczepu Narządów lub Przeszczepu Tkanek;
37. Szczególne wyłączenia mające zastosowanie do ustępu 2.3.1.8. – Opieka Położnicza:
 - Przerwanie ciąży inne niż poronienie, ciąża pozamaciczna i obumarcie płodu;
 - Cesarskie cięcie na żądanie, gdy nie jest ono Medycznie Uzasadnione oraz Leczenie w następstwie takiego porodu;
 - Zajęcia tzw. szkoły rodzenia, koszty usług świadczonych przez położną, gdy nie są one bezpośrednio związane z porodem;
 - Powikłania, do których może dojść w trakcie lub w wyniku planowanego porodu w Domu;
 - Transport kobiety ciężarnej do Szpitala w celu odbycia porodu o standardowym przebiegu, chyba że taki transport jest Medycznie Uzasadniony z uwagi na powikłania;
 - Koszty Leczenia, które nie zostały przeprowadzone (np. Leczenie w ramach pakietu świadczeń);
38. Szczególne wyłączenia mające zastosowanie do ustępu 2.3.1.5 oraz 2.3.1.6 – Rehabilitacja oraz Domowa Opieka Pielęgniarska:
 - Choroba Psychiczna, zaburzenia psychiczne lub nerwowe

39. Szczególne wyłączenie mające zastosowanie do ustępu 2.3.2 – Transport Medyczny w Nagłych Przypadkach, ewakuacja i repatriacja:
- Wszelkie kolejne koszty transportu wynikające z tego samego Zdarzenia Ubezpieczeniowego po przewiezieniu Ubezpieczonego z powrotem do Miejsca Zamieszkania;
40. Sztuczne podtrzymywanie życia przez ponad 60 (sześćdziesiąt) kolejnych dni, w przypadku gdy Ubezpieczony znajduje się w trwałym stanie wegetatywnym i jest utrzymywany przy życiu wyłącznie dzięki interwencji medycyny, takiej jak mechaniczna wentylacja płuc;
41. Podologia i pielęgnacja stóp, nawet gdy usługi te świadczone są przez chirurga podologa, analiza chodu i ortotyka;
42. Leczenie pajączków naczyniowych lub żyłaków żył powierzchniowych, wszelkie zabiegi chirurgiczne lub Leczenie nawracających żyłaków;
43. Choroby Wcześniej Istniejące oraz wszelkie związane z nimi lub wtórne stany chorobowe, o których nie poinformowano Ubezpieczyciela przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia i na objęcie których niniejszą Polisą nie wyraziliśmy zgody na piśmie. Powyższe wyłączenie dotyczy wyłącznie Polisy w wariantach POR lub PIW;
44. Leczenie, co do którego nie wykazano skuteczności działania lub które stanowi Eksperymentalne lub pionierskie techniki medyczne lub chirurgiczne i/lub do którego wykorzystywany jest sprzęt medyczny niedopuszczony do obrotu przez właściwe instytucje lub organ regulacyjny; badania kliniczne w zakresie produktów leczniczych, które Ubezpieczony zdecyduje się przyjąć pomimo dostępności tradycyjnego, zwyczajowego i Konwencjonalnego Leczenia. Jednakże pokryjemy koszt w przypadku, gdy przed rozpoczęciem Leczenia uzyskamy potwierdzenie, że dane Leczenie zostało uznane za właściwe przez miarodajny organ opieki zdrowotnej, a honorarium zostało przez Nas uzgodnione z Lekarzem na piśmie. W przypadku uznanej metody leczenia oznacza to procedury i praktyki, które przeszły odpowiednie badania kliniczne i ocenę, a w publikowanych specjalistycznych czasopismach medycznych przedstawione zostały wystarczające dowody na ich bezpieczeństwo i skuteczność;
45. Stosowanie jakichkolwiek leków i poza-rejestryjne stosowanie leków, których skuteczność nie została potwierdzona lub których stosowanie jest Eksperymentalne lub odbywa się w ramach badań klinicznych. Nie będziemy uwzględniać doniesień opisujących indywidualne przypadki, badań przeprowadzanych na niewielkiej liczbie osób ani badań klinicznych, które nie zostały zarejestrowane. Oznacza to, że lek musi być dopuszczony do obrotu przez Europejską Agencję Leków w przypadku, gdy ubezpieczony jest poddawany Leczeniu w Europie, lub przez Amerykańską Agencję do Spraw Żywności i Leków w przypadku, gdy ubezpieczony jest poddawany Leczeniu gdziekolwiek indziej na świecie, dodatkowo leki te muszą być stosowane zgodnie z warunkami określonymi dla dopuszczenia ich do obrotu;
46. Chirurgia robotyczna z wyjątkiem prostatektomii, częściowej nefrektomii i pyeloplastyki za pomocą robota chirurgicznego da Vinci.

5. ROZPATRYWANIE I OBSŁUGA ROSZCZEŃ

5.1. OBSŁUGA ADMINISTRACYJNA PLANU

MediSky International to podmiot, któremu Ubezpieczyciel powierzył część zadań związanych z obsługą administracyjną Planu na terytorium Europy, w tym m.in. rozpatrywanie i realizowanie Roszczeń, a także wydawanie wstępnych zgód („Usługi”) w odniesieniu do niektórych Międzynarodowych Planów Ubezpieczenia Zdrowotnego opracowanych przez MediSky International, na podstawie których Ochrona Ubezpieczeniowa jest udzielana oraz reasekurowana przez Ubezpieczyciela.

5.2. PROCEDURY OGÓLNE

W razie zapytań dotyczących Roszczeń, Polisy, wstępnych zgód, ewakuacji i repatriacji, prosimy o kontakt od poniedziałku do piątku w godzinach 9.00 – 17.30, telefonicznie pod numerem **+48 22 826 11 46** lub za pośrednictwem poczty elektronicznej: customer-care@medisky.pl

Poza godzinami pracy MediSky, wyłącznie w nagłych przypadkach, w razie konieczności przeprowadzenia ewakuacji i repatriacji, do Państwa dyspozycji pozostaje numer: (+48) 573 923 263.

*Szczegółowe informacje na temat „Usług” dostępnych w ramach Międzynarodowej Pomocy Medycznej w Nagłych Przypadkach (Ewakuacja i Repatriacja) znajdują się w rozdziale 2, ustęp 2.3.2.

5.3. ZGŁASZANIE ROSZCZENIA

Zwrotowi podlegają wszystkie kwalifikowalne, Uzasadnione i Zwyczajowe Koszty Leczenia powiązane ze świadczeniami objętymi ochroną ubezpieczeniową w ramach wybranego Planu. W celu uzyskania zwrotu Kosztów Leczenia należy przesłać do Nas następujące dokumenty:

- Wszystkie dokumenty związane ze Zdarzeniem Ubezpieczeniowym wydane przez Lekarza prowadzącego – opinia lekarska lub skierowanie na dalsze leczenie;
- Szczegółową fakturę za usługi medyczne;

- Potwierdzenie zapłaty;
- W pełni wypełniony Formularz Zgłoszenia Roszczenia.

Okres ważności Roszczenia wynosi 6 (miesiące) miesięcy od daty wykonania usługi medycznej.

Współpracujemy z międzynarodowymi tłumaczami, nie stawiamy więc wymogu, aby Roszczenia były wnoszone w języku angielskim.

Nie akceptujemy kopii, kserokopii ani duplikatów faktur za Leczenie Ambulatoryjne o wartości przekraczającej 500 EUR (pięćset euro). Oryginały należy zachować przez 24 (dwadzieścia cztery) miesiące od daty przeprowadzenia Leczenia. W tym okresie możemy poprosić o przekazanie Nam oryginałów, w przeciwnym razie może dojść do zakwestionowania już wypłaconego zwrotu kosztów.

Możemy się do Państwa zwrócić z wnioskiem o dodatkowe informacje, które pomogą nam w rozpatrzeniu Państwa Roszczenia, na przykład: zaświadczenia lekarskie lub inne informacje o Państwa stanie zdrowia. W takich przypadkach, jeżeli okaże się to konieczne, mogą nastąpić opóźnienia w realizacji Roszczenia.

Pokrywamy koszty:

- Leczenia i stanów chorobowych podlegających ochronie ubezpieczeniowej zgodnie z wybranym Planem w okresie Państwa uczestnictwa w ubezpieczeniu;
- Określone w Tabeli Świadczeń koszty obowiązujące w dacie (datach) realizacji Leczenia;
- Leczenia, które jest dla Państwa odpowiednie i właściwe z klinicznego punktu widzenia;
- Aktywnego Leczenia schorzenia, Choroby lub Urazu, które prowadzi do Państwa wyzdrowienia, zachowania przez Państwa stanu zdrowia lub przywrócenia Państwu wcześniejszego stanu zdrowia;
- Leczenia, które zostało przeprowadzone na Państwa rzecz, co nie obejmuje zadatków ani zaliczek na Leczenie, które ma zostać przeprowadzone w przyszłości, ani opłat rejestracyjnych/administracyjnych pobieranych przez placówki opieki zdrowotnej;
- Uzasadnione i Zwyczajowe. Oznacza to, że koszty naliczone przez placówkę opieki zdrowotnej nie powinny być wyższe niż koszty zwyczajowe naliczane przez taką placówkę i powinny być porównywalne z kosztami naliczanymi przez inne placówki opieki zdrowotnej na tym samym terytorium*.
- Leczenia i stanów chorobowych uwzględnionych w Państwa Planie w okresie Państwa uczestnictwa w ubezpieczeniu po odliczeniu rocznej kwoty Wkładu Własnego dla każdego Roszczenia. W przypadku Planu z roczną kwotą Wkładu Własnego, Ubezpieczony jest obowiązany pokryć roczną kwotę Wkładu Własnego zanim zaczniemy wypłatę jakiegokolwiek świadczenia z tytułu Polisy. W sytuacji gdy kwota uzasadnionego Roszczenia Ubezpieczonego jest niższa od rocznej kwoty Wkładu Własnego, Ubezpieczony powinien mimo wszystko złożyć Roszczenie, abyśmy mogli je uwzględnić w rozliczeniu rocznej kwoty Wkładu Własnego dla każdego Ubezpieczonego. Wypłata świadczeń rozpocznie się w momencie, gdy kwota należnych świadczeń przekroczy wybraną kwotę Wkładu Własnego.

W takich przypadkach, albo gdy istnieją standardy opracowane przez branżę ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel może się na nie powołać w procesie oceny i wypłaty Roszczeń. Mamy prawo odmówić pokrycia kosztów, które przekraczają wartości określone w opublikowanych wytycznych lub poziom kosztów uznawanych za Uzasadnione i Zwyczajowe.

Nie pokrywamy kosztów Leczenia, które uznamy za niewłaściwe w oparciu o przyjętą praktykę kliniczną i medyczną; możemy też dokonać weryfikacji Państwa Leczenia w przypadku zaistnienia uzasadnionych podstaw.

*Państwowe organy i instytucje odpowiedzialne za opiekę zdrowotną publikują wytyczne dotyczące opłat i praktyki medycznej (w tym przyjęte plany Leczenia określające przebieg i zakres opieki, zabiegów chirurgicznych lub procedur adekwatnych do danego stanu chorobowego).

5.4. WSTĘPNA ZGODA I KARTA PŁATNICZA

Ubezpieczony musi mieć na uwadze, że w celu uzyskania od Nas wstępnej zgody należy się z Nami skontaktować z wyprzedzeniem wynoszącym co najmniej:

- 48 (czterdzieści osiem) godzin w przypadku Leczenia Ambulatoryjnego,
- 5 (pięć) dni w przypadku Leczenia Szpitalnego w Trybie Stacjonarnym,

zanim Ubezpieczony poniesie koszty jakiegokolwiek Leczenia, które po zakończeniu Leczenia mogą przekroczyć kwotę 500 EUR (pięciuset euro), w przeciwnym razie możemy odmówić wypłaty Roszczenia. Wspomniana kwota obejmuje koszty Leczenia Szpitalnego w Trybie Stacjonarnym, Opieki Jednego Dnia oraz Leczenia Ambulatoryjnego, a także koszty transportu i koszty dodatkowe. W celu dokonania przez nas weryfikacji Państwa wniosku o wydanie wstępnej zgody, każdorazowo wystąpimy do Państwa o określenie daty wykonania usługi, nazwy placówki opieki zdrowotnej oraz kosztów.

Jeżeli zaplanowane Leczenie kwalifikuje się do objęcia ochroną ubezpieczeniową, możemy potwierdzić wartość świadczenia przysługującego placówce opieki zdrowotnej i wydać zgodę na przeprowadzenie Leczenia, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia. Następnie, gdy Roszczenie zostanie w pełni udokumentowane, przeprowadzimy rozliczenie kosztów Leczenia Szpitalnego w Trybie Stacjonarnym bezpośrednio z placówką opieki zdrowotnej, o ile ta wyrazi na to zgodę.

Lista placówek opieki zdrowotnej, w przypadku których istnieje możliwość dokonania bezgotówkowego rozliczenia w przypadku hospitalizacji znajduje się na stronie: <https://axaglobalhealthcare.com/find-medisky>

Należy zwrócić uwagę, że jeżeli wyrazimy zgodę na przeprowadzenie Leczenia, które ostatecznie okaże się być związane ze stanem chorobowym wyłączonym z zakresu ochrony, jak np. Leczenie niezgłoszonych i niezatwierdzonych Chorób Wcześniej Istniejących, to Ubezpieczony ponosić będzie odpowiedzialność za wszystkie koszty, włączając w to koszty przez Nas rozliczone. W takich okolicznościach Ubezpieczony zobowiązany jest zwrócić Nam wszystkie poniesione przez Nas wydatki.

Ubezpieczony nie może wziąć na siebie żadnej odpowiedzialności, złożyć oferty ani obietnicy lub dokonać płatności bez Naszej uprzedniej zgody.

W nagłych przypadkach, jeżeli Ubezpieczony nie może się z Nami natychmiast skontaktować, Ubezpieczony lub osoba przez niego wyznaczona powinna skontaktować się z Nami w ciągu 48 (czterdziestu ośmiu) godzin.

W odniesieniu do wszelkich innych kosztów lub wydatków, Ubezpieczony zwróci Nam w terminie 1 (jednego) miesiąca od daty skierowania przez Nas żądania do Ubezpieczonego wszelkie koszty lub wydatki, które zostały przez Nas wypłacone na rzecz Ubezpieczonego, a które nie są objęte ochroną na podstawie Polisy.

Tak często, jak uznamy za konieczne, Ubezpieczony podda się badaniom lekarskim na Nasz koszt. W przypadku śmierci Ubezpieczonego mamy prawo do przeprowadzenia autopsji na Nasz koszt (jeżeli nie zabraniają tego miejscowe przepisy). Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć nam (na własny koszt) pisemne oświadczenie uzasadniające Roszczenie, wraz z wszystkimi wymaganymi przez nas oryginalnymi fakturami, zaświadczeniami, informacjami, dowodami i pokwitowaniami.

W przypadku, gdy zostali Państwo poddani Leczeniu Ambulatoryjnemu, którego koszt mieści się poniżej 500 EUR (pięciuset euro) i Leczenie nie wymaga wstępnej zgody, są Państwo zobowiązani do pokrycia wszystkich kosztów w momencie przeprowadzenia Leczenia. Następnie należy wystąpić do Nas z Roszczeniem o zwrot kosztów. Prosimy upewnić się, że Formularz Zgłoszenia Roszczenia został poprawnie wypełniony przez Ubezpieczonego i Lekarza prowadzącego. Prosimy o przedłożenie go wraz ze szczegółowymi pokwitowaniami i wszystkimi innymi informacjami uzasadniającymi Roszczenie, w tym m. in. zdjęciami rentgenowskimi, wynikami badań, opiniami lekarskimi itp., w terminie 6 (sześciu) miesięcy od daty przeprowadzenia Leczenia.

5.4.1. Wstępna zgoda w przypadku ochrony Ubezpieczonego obejmującej terytorium Stanów Zjednoczonych Ameryki:

- Przed przeprowadzeniem Leczenia Szpitalnego w Trybie Stacjonarnym lub w ramach Opieki Jednego Dnia, Leczenia Nowotworów, rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, pozytonowej tomografii emisyjnej w Stanach Zjednoczonych Ameryki, Ubezpieczony ma obowiązek skontaktować się z Nami w celu uzyskania wstępnej zgody w związku z takim Leczeniem i usługami. Nasz doradca potwierdzi prawo Ubezpieczonego do uzyskania świadczenia w zakresie proponowanego Leczenia, pomoże znaleźć odpowiedniego usługodawcę w ramach Sieci Placówek Medycznych oraz dokona wszelkich uzgodnień co do bezgotówkowego rozliczenia z wybranym usługodawcą.
- W przypadku gdy Ubezpieczony zdecyduje się na przeprowadzenie Leczenia Szpitalnego w Trybie Stacjonarnym lub w ramach Opieki Jednego Dnia, Leczenia Nowotworów, rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, pozytonowej tomografii emisyjnej w Stanach Zjednoczonych Ameryki bez uzyskania Naszej wstępnej zgody, pokryjemy 50 procent Uzasadnionych i Zwyczajowych kosztów po odliczeniu Udziału Własnego.
- W razie poważnego wypadku wymagającego przeprowadzenia natychmiastowego, pilnego Leczenia Szpitalnego w Trybie Stacjonarnym w Nagłych Przypadkach, Państwo lub członek Państwa rodziny jest obowiązany skontaktować się z Nami w ciągu 72 (siedemdziesięciu dwóch) godzin od takiego nieszczęśliwego wypadku; świadczenie z tytułu kwalifikującego się Leczenia będzie w takim przypadku wypłacone w oparciu o wartość Uzasadnionych i Zwyczajowych kosztów.

5.4.2. Karta płatnicza

Ubezpieczony powinien aktywować swoją kartę płatniczą, gdy tylko zostanie ona mu dostarczona przez MediSky. Niezastosowanie się do tego zalecenia może ograniczyć możliwość skorzystania z karty w razie potrzeby, szczególnie w nagłych przypadkach.

Karta płatnicza pozwala opłacić usługę medyczną bezpośrednio w wybranej placówce opieki zdrowotnej. Posiadacz karty zobowiązany jest do poinformowania MediSky telefonicznie (pod numerem +48 22 826 11 46) lub korzystając z poczty elektronicznej (pod adresem: customer-care@medisky.pl) co najmniej 24 (dwadzieścia cztery) godziny przed odbyciem wizyty u Lekarza. Karta płatnicza służy wyłącznie do opłacania kosztów usług medycznych świadczonych przez uprawniony personel medyczny/Lekarza.

Ubezpieczony powinien przedłożyć MediSky wszystkie istotne dokumenty (np. opinię lekarską, fakturę, itp.) w terminie maksymalnie 48 (czterdziestu ośmiu) godzin od daty przeprowadzenia Leczenia.

5.5. BADANIE LEKARSKIE

Zastrzegamy sobie prawo do weryfikacji stanu zdrowia Ubezpieczonego i udzielonej opieki zdrowotnej. W razie potrzeby możemy zażądać przedstawienia wszelkich dokumentów lub przeprowadzenia badań lub innych czynności medycznych w celu weryfikacji prawa do świadczenia.

5.6. SKŁADANIE NIEPRAWDZIWYCH OŚWIADCZEŃ

Oświadczenia składane przez Ubezpieczonego/Ubezpieczającego wobec MediSky i Ubezpieczyciela stanowią podstawę uznania Roszczenia. Niezależnie od przyczyn nieważności, ochrona ubezpieczeniowa przyznana Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela traci ważność w razie zatajenia informacji lub umyślnego wprowadzenia w błąd przez Ubezpieczonego/Ubezpieczającego, gdy – w opinii Ubezpieczyciela – działanie takie ma na celu zatajenie faktycznego ryzyka lub jego umniejszenie, nawet jeśli ryzyko zatajone lub przedstawione jako niższe przez Ubezpieczonego było dla danego Roszczenia nieistotne.

W powyższym przypadku opłacone składki pozostają po stronie Ubezpieczyciela, który jest uprawniony do dochodzenia zapłaty wszystkich składek należnych jako odszkodowania.

6. SKŁADKI

6.1. WYSOKOŚĆ I PODSTAWA NALICZANIA SKŁADKI

Składkę ubezpieczeniową oblicza się na podstawie oceny ryzyka, a jej wysokość zależy od wybranego Planu, Kraju Zamieszkania i wieku Ubezpieczonego. Wysokość składki, bez podatku, zapisana jest w Certyfikacie Ubezpieczenia/Uczestnictwa wydanym Ubezpieczonemu.

Wysokość składki może ulec zmianie zgodnie z postanowieniami niniejszej umowy. Stawki mogą być zmieniane corocznie zgodnie z parametrami Polisy. Jednakże tak zmienione stawki wchodzi w życie w rocznicę zawarcia umowy.

W przypadku ustalenia przez Ubezpieczyciela nowej stawki składek, MediSky poinformuje o tym Ubezpieczonego/Ubezpieczającego na trzy (3) miesiące przed wejściem zmian w życie.

W sytuacji gdy Ubezpieczony/Ubezpieczający (Pracodawca w przypadku Planu Grupowego) nie zgadza się na nowe stawki, może on wnioskować o rozwiązanie swojego certyfikatu uczestnictwa listem poleconym w terminie 2 (dwóch) miesięcy od powiadomienia wysłanego przez MediSky.

6.2. PŁATNOŚĆ SKŁADEK

Składki są opłacane w rytmie rocznym, półrocznym lub kwartalnym, z góry, bezpośrednio przez Ubezpieczonego/Ubezpieczającego (Pracodawcę w przypadku Planu Grupowego). Ewentualne podatki i opłaty, zgodnie z obowiązującymi przepisami, są doliczane do kwoty składki i muszą zostać w całości zapłacone przez Ubezpieczonego/Ubezpieczającego lub Pracodawcę.

W przypadku, gdy Ubezpieczony/Ubezpieczający/Pracodawca nie zapłacił wszystkich składek w ciągu miesiąca następującego po dacie wymagalności składki, ochrona ubezpieczeniowa zostaje zawieszona na TRZYDZIEŚCI (30) dni od wystawienia przez Ubezpieczyciela listu poleconego z informacją o zawieszeniu ochrony ubezpieczeniowej. W tym 30-dniowym (trzydziestodniowym) okresie Ubezpieczyciel nie przyjmuje żadnych Roszczeń z tytułu Kosztów Leczenia poniesionych w dacie lub po terminie wymagalności składki, aż do momentu opłacenia należnej składki przez Ubezpieczonego/Ubezpieczającego /Pracodawcę. Powyższe dotyczy również Leczenia, na które Ubezpieczyciel wyraził wstępną zgodę. Jeżeli po upływie tego okresu Ubezpieczony/Ubezpieczający/Pracodawca nie dokonał wymaganej płatności, Polisa może zostać rozwiązana bez żadnych dodatkowych formalności w terminie DZIESIĘCIU (10) kolejnych dni. Po wypowiedzeniu przez Nas ochrony ubezpieczeniowej, Państwa Ubezpieczający lub Pracodawca będzie zobowiązany do ponownego wystąpienia o udzielenie ochrony ubezpieczeniowej i wypełnienia nowego wniosku, który będzie podlegał ocenie ryzyka.

7. DEFINICJE

Poniższe definicje odnoszą się do świadczeń objętych Państwa Planem oraz niektórych innych zwyczajowo stosowanych pojęć. Świadczenia objęte Państwa Planem są określone w Tabeli Świadczeń. Wszędzie tam, gdzie w dokumentach dotyczących Państwa umowy pojawiają się następujące wyrazy/wyrażenia, należy je rozumieć w następujący sposób:

Aktywne Leczenie Nowotworów leczenie mające na celu zmniejszenie, stabilizację lub spowolnienie rozprzestrzeniania się nowotworu, w odróżnieniu od leczenia mającego na celu wyłącznie złagodzenie objawów.

Całkowity Limit Maksymalny – maksymalna kwota, którą pokrywamy z tytułu wszystkich świadczeń, przypadająca na jednego Ubezpieczonego w okresie jednego Roku objętego umową.

Cesja – przysługujące Nam prawo do zastąpienia Państwa w celu dochodzenia wszelkich praw przysługujących Państwu wobec osób trzecich ponoszących odpowiedzialność za Roszczenia zrealizowane przez Nas na podstawie Polisy.

Certyfikat Ubezpieczenia/Członkostwa – szczególne warunki wchodzące w skład Polisy Ubezpieczonego i zawierające dane takie jak: imię (imiona) i nazwisko Ubezpieczonego, Terytorium Obowiązywania Ochrony Ubezpieczeniowej, Okres Ubezpieczenia, poziom ochrony i wszelkie wybrane dodatkowe rozszerzenia ochrony, a także wszelkie postanowienia specjalne uwzględnione w Polisie.

Choroba – wszelkie dolegliwości, schorzenia, zaburzenia lub zmiany stanu zdrowia Ubezpieczonego zdiagnozowane przez Lekarza.

Choroby Wcześniej Istniejące – wszelkie stany chorobowe lub Choroby:

- które zaistniały i zostały wyleczone lub nadal występowały przed pierwotną Datą Rozpoczęcia obowiązywania niniejszej Polisy lub datą jej przywrócenia (w zależności od tego, która data nastąpiła później); lub
- których objawy podmiotowe lub przedmiotowe pojawiły się u Ubezpieczonego (nawet jeżeli Ubezpieczony nie skontaktował się w tej sprawie z Lekarzem) w dacie lub przed pierwotną Datą Rozpoczęcia obowiązywania niniejszej Polisy lub datą wystąpienia z wnioskiem o niniejszą Polisy lub świadczenia; lub
- w przypadku których badania diagnostyczne wykazały istnienie patologicznego stanu chorobowego lub Choroby w dacie lub przed pierwotną Datą Rozpoczęcia obowiązywania niniejszej Polisy lub datą wystąpienia z wnioskiem o niniejszą Polisy lub świadczenie.

Coroczna Data Przedłużenia – dzień następujący po dniu wygaśnięcia wskazanym w Certyfikacie Ubezpieczenia/Członkostwa.

Data Rozpoczęcia – data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, wyszczególniona w Certyfikacie Ubezpieczenia/Członkostwa, przypadająca nie wcześniejszą niż data płatności składki ubezpieczeniowej.

Data Wejścia w Życie – data, w której pierwotnie rozpoczyna się ochrona ubezpieczeniowa na podstawie Planu Opieki Zdrowotnej MediSky.

Diagnoza – ustalenie przez posiadającego wymagane uprawnienia Lekarza, oznaką jakiej choroby lub stanu są występujące u danej osoby objawy przedmiotowe i podmiotowe.

Dom – główne i/lub dodatkowe miejsce (miejsca) zamieszkania Ubezpieczonego w Kraju lub Krajach Zamieszkania wskazane we Wniosku i Certyfikacie Ubezpieczenia/Członkostwa.

Doradca Medyczny – wybrany przez Nas Lekarz, którego zadaniem jest wydawanie opinii w związku z Roszczeniami wnoszonymi na podstawie Polisy zawartej w ramach Planu Opieki Zdrowotnej MediSky.

Eksperymentalne – takie metody Leczenia lub leki, których skuteczność i bezpieczeństwo w Naszej opinii nie zostały dotychczas potwierdzone i co do których brak jest wiarygodnych wyników badań klinicznych opartych na dowodach. Obejmuje to również metody leczenia lub leki, które nie są ogólnie uznawane przez środowisko medyczne za skuteczne ze względu na brak dowodów w tym względzie lub nie są uznane przez profesjonalne organizacje medyczne za pozostające w zgodzie z przyjętą praktyką medyczną. Definicja ta obejmuje również sprzęt wykorzystywany do celów innych niż te określone dla dopuszczenia go do obrotu lub co do którego nadal przeprowadzane są analizy, badania i testy.

Fizjoterapia – Leczenie zalecone przez Lekarza z przyczyn zdrowotnych w następstwie Zdarzenia Ubezpieczeniowego, przeprowadzone przez posiadającego odpowiednie uprawnienia Fizjoterapeutę.

Indywidualny Limit Świadczeń – maksymalna kwota, którą pokrywamy z tytułu wybranych świadczeń.

Koszty Leczenia – wydatki poniesione na Leczenie w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub Choroby w wyniku Zdarzenia Ubezpieczeniowego.

Kraj Zamieszkania – kraj, w którym znajduje(a) się główne i/lub dodatkowe miejsce(a) zamieszkania Ubezpieczonego, w którym przebywa on przez większą część Roku Polisowego, wskazany we Wniosku i Certyfikacie Ubezpieczenia/Członkostwa.

Leczenie – wszelkie Medycznie Uzasadnione zabiegi chirurgiczne lub interwencje lekarskie, których przeprowadzenie jest wymagane w celu usunięcia Urazu lub wyleczenia Choroby lub w celu przyniesienia ulgi w schorzeniach przewlekłych.

Leczenie Ambulatoryjne w Nagłych Przypadkach – Medycznie Uzasadnione Leczenie w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub nagłej Choroby, przeprowadzone w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym/na Pogotowiu Ratunkowym w ciągu 48 (czterdziestu ośmiu) godzin od zajścia Nieszczęśliwego Wypadku lub wystąpienia Choroby, które jednak nie wymaga przyjęcia do Szpitala w Trybie Stacjonarnym lub w ramach Opieki Jednego Dnia.

Leczenie Konwencjonalne – takie Leczenie, które:

- Uznaje się za najlepszą praktykę medyczną i jest szeroko praktykowane; oraz
- Jest dobrze dobrane klinicznie pod względem potrzeby, rodzaju, częstotliwości, zakresu, trwania oraz placówki lub miejsca, w którym się odbywa; oraz
- Wykazano, że jest skuteczne w odniesieniu do stanu chorobowego Ubezpieczonego poprzez przedstawienie merytorycznych, poddanych weryfikacji dowodów klinicznych w publikowanych miarodajnych czasopismach medycznych; bądź też
- Zostało zatwierdzone przez instytut NICE lub inny powołany do tego organ i/lub uznane stowarzyszenie medyczne kraju, w którym ma zostać przeprowadzone Leczenie jako metoda, która może być stosowana w powszechnej praktyce lekarskiej.

W przypadku, gdy Leczenie polega na podaniu leku, lek ten musi być:

- Dopuszczony do obrotu decyzją Europejskiej Agencji Leków albo powołanej do tego instytucji lub organu regulacyjnego ds. leków i produktów leczniczych właściwego miejscowo dla terytorium, w którym przeprowadzone ma być leczenie, lub Amerykańską Agencją ds. Żywności i Leków; oraz
- Stosowany zgodnie z warunkami określonymi dla dopuszczenia go do obrotu i w oficjalnie zatwierdzonych dawkach.

Leczenie Konwencjonalne ma również zastosowanie do sprzętu medycznego oraz materiałów.

Leczenie Stomatologiczne w Nagłych Przypadkach – Leczenie konieczne w następstwie nieszczęśliwego wypadku na skutek uderzenia od zewnętrznej strony jamy ustnej, które zostało przeprowadzone w ciągu 48 (czterdziestu ośmiu) godzin od daty i godziny zajścia Nieszczęśliwego Wypadku w celu natychmiastowego złagodzenia bólu spowodowanego utratą lub uszkodzeniem własnego uzębienia w takim nieszczęśliwym wypadku.

Leczenie w Nagłych Przypadkach – Leczenie, które zostało rozpoczęte w ciągu 24 (dwudziestu czterech) godzin od wystąpienia Choroby lub zajścia nieszczęśliwego wypadku skutkujących bezpośrednim zagrożeniem dla zdrowia i potrzebą pilnej pomocy medycznej.

Lekarz – posiadający odpowiednie kwalifikacje medyk wykonujący zawód lekarza zgodnie z prawem kraju, w którym przeprowadzone będzie Leczenie objęte Polisa, przy czym prowadzone przez niego Leczenie mieści się w zakresie posiadanych przez takiego Lekarza uprawnień i zdobytych kwalifikacji.

Leki na Receptę – leki, których sprzedaż i stosowanie zgodnie z przepisami wymaga wydania recepty przez Lekarza. Produkty, które można nabyć bez recepty lekarskiej, nie są objęte tą definicją i poniesione w związku z nimi koszty nie podlegają zwrotowi.

Limity Świadczeń – limity finansowe określone dla Naszych zobowiązań wobec Ubezpieczonego w odniesieniu do poszczególnych świadczeń dla jednego Zdarzenia Ubezpieczeniowego, na każdy Rok ochrony ubezpieczeniowej lub dożywotnio, zgodnie z Tabelą Świadczeń. „Dożywotnio” odnosi się do maksymalnego, sumarycznego limitu obejmującego czas okres uczestnictwa Ubezpieczonego w Planie/Polisie.

MediSky International Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ulicy Karolkowej 28/201, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000628122, NIP 5252669863 – agent ubezpieczeniowy wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych pod numerem 11232800/A.

MediSky jest administratorem Planu dla Polisy.

Medycznie Uzasadnione – oznacza odpowiednie działania diagnostyczne lub terapeutyczne wykonywane w celu zdiagnozowania lub leczenia choroby, urazu, stanu chorobowego, schorzenia lub ich objawów w sposób spełniający powszechnie przyjęte standardy medyczne.

My lub Nam/Nasz – Ubezpieczyciel lub odnoszący się do Ubezpieczyciela.

Nowotwór – złośliwy guz, tkanki lub komórki, charakteryzujące się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych z naciekaniem tkanek.

Okres Karencji – okres rozpoczynający się w dniu wejścia umowy w życie lub przystąpienia przez Ubezpieczonego do Planu, w trakcie którego Ubezpieczony nie może korzystać z pewnych świadczeń.

Okres Ubezpieczenia – okres wskazany w Certyfikacie Ubezpieczenia/Członkostwa, za który opłacono należną składkę.

Opieka Ambulatoryjna – Leczenie zrealizowane na rzecz Ubezpieczonego lub zalecone przez Lekarza, gdy przyjęcie Ubezpieczonego do Szpitala lub innej placówki w celu objęcia go opieką zdrowotną w Trybie Stacjonarnym lub w ramach Opieki Jednego Dnia nie byłoby Medycznie Uzasadnione.

Opieka Jednego Dnia – Leczenie wykonywane w Szpitalu po tym, jak Ubezpieczony został przyjęty do Szpitala, jednak pobyt trwający całą dobę lub dłużej nie byłoby Medycznie Uzasadnione.

Opieka nad Noworodkiem – koszty Leczenia noworodka będącego w ostrym w stanie chorobowym w okresie do 30 (trzydziestu) dni od daty narodzin, pod warunkiem że noworodek został dopisany do Planu przed upływem 30 dni od narodzin, a składka została zapłacona. W sytuacji gdy przed dopisaniem noworodka do Planu wymagamy przedłożenia dokumentacji medycznej noworodka, zastrzegamy sobie prawo do przedstawienia oferty z określonymi ograniczeniami. Świadczeń z tytułu Opieki nad Noworodkiem nie wypłaca się, gdy dziecko przyszło na świat na skutek metod wspomaganego rozrodu lub zapłodnienia, zostało urodzone przez surogatkę albo przysposobione – w takich przypadkach dziecko można dopisać do Planu po upływie 90 dni i po dokonaniu przez Nas oceny ryzyka.

Opieka Paliatywna – Leczenie w sytuacji, gdy u Ubezpieczonego rozpoznano nieuleczalną Chorobę z prognozą terminalną. Głównym celem takiego Leczenia jest łagodzenie objawów, a nie wyleczenie wywołującej takie objawy Choroby lub Urazu. Powyższe świadczenie wymaga wydania przez Nas wstępnej zgody i pisemnego zaświadczenia od Lekarza, stwierdzającego stan terminalny niepoddający się Leczeniu, które mogłoby doprowadzić do wyzdrowienia Ubezpieczonego. Opieka Paliatywna i Hospicyjna obejmuje pobyt w Szpitalu lub hospicjum oraz opiekę pielęgniarską świadconą przez wykwalifikowany personel, lecz nie obejmuje kosztów transportu, materiałów ani usług nieobjętych niniejszą Polisą.

Osoba Zależna – wskazany we Wniosku lub w Certyfikacie Ubezpieczenia/Członkostwa legalny Współmałżonek Ubezpieczonego (lub partner tej samej lub przeciwnej płci, który w momencie zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego zamieszkiwał z Ubezpieczonym nieprzerwanie od co najmniej sześciu miesięcy), który nie pozostaje w orzeczonej sądowo separacji z Ubezpieczonym, a także dziecko Ubezpieczonego, włączając to dzieci nieślubne (pasierb/pasierbica, dziecko przybrane lub przysposobione), które w pierwotnej dacie przyznania Ubezpieczonemu opieki ubezpieczeniowej na podstawie Planu Opieki Zdrowotnej lub w każdej kolejnej dacie Przedłużenia Polisy nie miało ukończonego 19. (dziewiętnastego) roku życia (lub 25. [dwudziestego piątego] roku życia pod warunkiem wykazania, że dziecko kontynuuje naukę w trybie dziennym, jest stanu wolnego i nie pracuje), finansowo zależne od Ubezpieczonego.

Plan – poziom świadczeń (zgodnie z Certyfikatem Ubezpieczenia/Członkostwa).

Plan Świadczeń – szczegółowy opis świadczeń objętych wybranym przez Państwa planem, z którym – podobnie jak z Certyfikatem Ubezpieczenia/Członkostwa – powinni się Państwo zapoznać.

Plan Ubezpieczenia – poziom świadczeń określony w Certyfikacie Ubezpieczenia/Członkostwa.

Powikłania Ciąży – krwotok poporodowy, zatrzymanie łożyska, Medycznie Uzasadnione cesarskie cięcie, ciąża pozamaciczna, poronienie, obumarcie płodu.

Proteza – proteza zewnętrznych części ciała konieczna na skutek Nieszczęśliwego Wypadku lub zabiegu chirurgicznego przeprowadzonego w związku ze stanem chorobowym objętym ochroną ubezpieczeniową jako jeden z elementów Leczenia. Pokrywamy koszt pierwszej protezy, lecz nie pokrywamy kosztu kolejnych protez (wymiana protezy).

Przedłużenie Polisy – zawarcie Polisy na podstawie Planu Opieki Zdrowotnej MediSky na drugi i kolejne Okresy Ubezpieczenia, a także udzielenie ochrony ubezpieczeniowej na drugi i kolejne Okresy Ubezpieczenia.

Przeszczep Organów – Leczenie obejmujące przeszczep nerki, serca, płucoserca, wątroby, trzustki, lecz NIE OBEJMUJĄCE wszczepienia sztucznego serca. Jeżeli przeszczep organu wynika z nieprawidłowości Dziedzicznych lub Wrodzonych, ochronę ubezpieczeniową ograniczają postanowienia dotyczące świadczeń w zakresie nieprawidłowości Dziedzicznych i Wrodzonych, o ile są przewidziane w Planie danego Ubezpieczonego.

Przeszczep Tkanek – Leczenie obejmujące przeszczep szpiku kostnego lub rogowki. Jeżeli przeszczep tkanki wynika z nieprawidłowości Dziedzicznych lub Wrodzonych, ochronę ubezpieczeniową ograniczają postanowienia dotyczące świadczeń w zakresie nieprawidłowości Dziedzicznych i Wrodzonych, o ile są przewidziane w Planie danego Ubezpieczonego.

Rehabilitacja – Leczenie mające ułatwić powrót do zdrowia po Urazie, Chorobie lub schorzeniu (z wyłączeniem Chorób lub zaburzeń psychicznych), tak aby umożliwić pacjentowi uzyskanie najwyższego możliwego poziomu niezależności, kondycji i sprawności w stopniu jak najbardziej zbliżonym do normy.

Rok – okres 12 (dwunastu) miesięcy od Daty Wejścia Polisy w Życie lub ostatniej Daty Przedłużenia Polisy.

Roszczenie – Państwa wnioski o wypłatę świadczenia na podstawie Polisy zawartej w ramach Planu Opieki Zdrowotnej MediSky.

Sprzęt Medyczny Trwałego Zastosowania – następujące przyrządy, urządzenia i narzędzia medyczne przepisane przez Lekarza jako Medycznie Uzasadniona pomoc w funkcjonowaniu lub wsparcie wydolności: opaski brzuszne, biustonosze pooperacyjne (po mastektomii), pończochy uciskowe, aparaty słuchowe, aparaty wspomaganie mowy (krtań elektroniczna), wózki inwalidzkie, kule, szyny korekcyjne, buty pneumatyczne i temblaki kończyn górnych.

Szczepienia i Szczepienia Przypominające – leki, których podanie służy immunizacji i immunizacji przypominającej i jest obowiązkowe na mocy przepisów w Kraju Zamieszkania lub inne podobne leki.

Szczepienia Uzupełniające – szczepienia wykonywane do 10. roku życia, które mogą obejmować szczepienia przeciwko: błonicy, WZW typu A i B, odrze, śwince, krztuścowi, polio, różyczce, tężcowi, ospie wietrznej, zakażeniu Haemophilus Influenzae typu B, rotawirusom, meningokokom i pneumokokom (skoniugowane).

Szpital – każda placówka posiadająca uprawnienia do świadczenia usług szpitalnej opieki zdrowotnej lub chirurgicznej zgodnie z przepisami kraju, na którego terytorium działa, w której pacjent podlega stałemu nadzorowi lekarskiemu. Za Szpital nie uznaje się następujących placówek: dom spokojnej starości, dom opieki, ośrodek odnowy biologicznej, ośrodek terapeutyczny, sanatorium.

Szpitalne Świadczenie Gotówkowe/Położnicze Świadczenie Gotówkowe – wypłacane przez Nasz dzienne Świadczenie Gotówkowe należne w przypadku przeprowadzenia Leczenia w Szpitalu, w którym pozostali Państwo włącznie z noclegiem i nie ponieśli żadnych opłat na rzecz Szpitala.

Tabela Świadczeń – załączony do Polisy dokument wyszczególniający m.in. świadczenia objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie określonych Planów oraz limity finansowe obowiązujące w przypadku tych świadczeń.

Terapia Wiązką Protonową – stosownie do dostępności i limitów określonych dla danych świadczeń (w zależności od przypadku) w Tabeli Świadczeń w odniesieniu do danego Planu, pokrywamy koszty Leczenia w okolicznościach przedstawionych poniżej:

- Nowotwór ośrodkowego układu nerwowego (mózgu i rdzenia kręgowego) lub złośliwe guzy lite u uczestników do 21. (dwudziestego pierwszego) roku życia (włącznie);
- Struniaki lub chrzestniakomięsaki (rodzaje raka kręgosłupa) podstawy czaszki lub odcinka szyjnego kręgosłupa (kości szyi), które nie dały przerzutów;
- Nowotwór tęczówki, ciała rzęskowego lub naczyniówki oka (czerniak błony naczyniowej gałki oka), który nie dał przerzutów.

Nie pokrywamy kosztów terapii przyspieszonymi cząstkami naładowanymi innymi niż limit określony dla Terapii Wiązką Protonową w okolicznościach wymienionych powyżej.

Termin Przedawnienia – okres, po upływie którego strona nie może powoływać się na swoje prawa.

Terytorium Obowiązywania Ochrony Ubezpieczeniowej – jedno z poniższych terytoriów (należy dokonać wyboru): kraje członkowskie Unii Europejskiej (UE) lub Cały Świat z wyłączeniem Stanów Zjednoczonych Ameryki i Kanady (CS wyl. USA i KAN) lub Cały Świat (CS). Państwa ochrona ubezpieczeniowa ograniczona jest do Terytorium Obowiązywania Ochrony Ubezpieczeniowej określonego w Certyfikacie Ubezpieczenia/Członkostwa.

Tkanina do Przeszczepu – biomateriał przeznaczony do wykorzystania w celu naprawy lub wymiany tkanek biologicznych.

Transport Medyczny lub Ewakuacja w Nagłych Przypadkach – przeprowadzenie transportu w trybie nagłym po uzyskaniu zgody od Naszego Zespołu Wsparcia działającego 24 godziny na dobę, jak również zapewnienie opieki zdrowotnej w czasie takiego transportu, w celu przemieszczenia Ubezpieczonego w krytycznym stanie zdrowia do najbliższego spełniającego wymogi Szpitala zapewniającego właściwą opiekę oraz infrastrukturę, który nie musi być położony w Kraju Zamieszkania Ubezpieczonego.

Tryb Stacjonarny – Leczenie przeprowadzone w Szpitalu, do którego Ubezpieczony został przyjęty i w którym – ze względu na konieczność przeprowadzenia interwencji medycznej – zajmuje łóżko przez jedną dobę (zmiana daty) lub dłużej, jednakże przez okres nie dłuższy niż 12 (dwanaście) miesięcy, sumarycznie, w odniesieniu do jednego Zdarzenia Ubezpieczeniowego.

Ubezpieczający – osoba fizyczna lub prawna bądź jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która jest stroną Polisy zawartej na rzecz Ubezpieczonych, a także osoba fizyczna, która zawarła Polisę w celu uzyskania ochrony ubezpieczeniowej dla siebie samego lub dla siebie samego i Osób Zależnych.

Ubezpieczony – główny Ubezpieczony wraz z Osobami Zależnymi (w przypadku Planów Grupowych oznacza to Pracowników wraz z ich Osobami Zależnymi, jeżeli tak ustalono), zgodnie z zapisami Certyfikatu Ubezpieczenia/Członkostwa wydanym na rzecz Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego lub Pracodawcy, któremu przysługuje ochrona ubezpieczeniowa na mocy Polisy zawartej w ramach Planu Opieki Zdrowotnej MediSky w celu uzyskania ochrony ubezpieczeniowej dla siebie lub dla siebie i Osób Zależnych.

Ubezpieczyciel – towarzystwo ubezpieczeniowe zapewniające Ochronę Ubezpieczeniową: Inter Partner Assistance S.A. Oddział – Polska, ul. Prosta 68, 00–838 Warszawa.

Udział Własny – roczna kwota zapisana w Tabeli Świadczeń, którą każdy Ubezpieczony jest obowiązany uiścić w danym Okresie Ubezpieczenia, zanim jakiegokolwiek Roszczenie na podstawie niniejszej Polisy zostanie zaspokojone. Wysokość Udziału Własnego jest podana w Certyfikacie Ubezpieczenia/Uczestnictwa. W przypadku Planów: Honey, Marigold i Saffron, Wkład Własny ma zastosowanie wyłącznie do świadczeń związanych z pobytem w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym. W przypadku Planów: Yellow i Sunrise, Wkład Własny ma zastosowanie do wszystkich świadczeń.

Uraz – uszkodzenia fizyczne lub szkody na ciele w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Usługi Karetki Pogotowia – konieczny transport medyczny do lub z najbliższego odpowiedniego Szpitala.

Uszkodzenie Ciała – uszkodzenia fizyczne lub szkody na ciele w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Uzasadnione i Zwyczajowe – takie Medycznie Uzasadnione opłaty lub wydatki na Leczenie, opiekę zdrowotną, usługi i/lub materiały, które My lub Nasi Doradcy Medyczni uznajemy za Uzasadnione i Zwyczajowe w tym sensie, że nie przekraczają one zwykłego poziomu opłat za podobne Leczenie, usługi i/lub materiały w kraju, w którym zostały poniesione, z uwzględnieniem opłat i wydatków, które nie zostałyby poniesione przy braku ochrony ubezpieczeniowej.

Wydatki poniesione na takie usługi medyczne lub Leczenie, które Naszym zadaniem lub w opinii Naszego zespołu medycznego są Uzasadnione i Zwyczajowe i których nie można było w zasadny sposób uniknąć bez szkody dla zdrowia Ubezpieczonego. Wydatki te nie mogą przewyższać ogólnego poziomu opłat naliczanych przez inne placówki opieki zdrowotnej o podobnej pozycji na danym terytorium za przeprowadzenie podobnego lub porównywalnego Leczenia, realizację świadczeń lub zapewnienie materiałów na rzecz osób tej samej płci, w porównywalnym wieku, w odniesieniu do podobnego schorzenia, Choroby lub Urazu.

Zwykle obliczamy, co jest Uzasadnione i Zwyczajowe na podstawie średniego wynegocjowanego kosztu leczenia w sieci placówek adekwatnej dla Państwa polisy w kraju lub na terytorium, w którym prowadzone jest Leczenie. W przypadku braku takiej sieci lub wynegocjowanych kosztów w Szpitalu w ramach danej sieci, lub gdy Leczenie nie jest dostępne w takim Szpitalu w ramach danej sieci, obliczenia są oparte na międzynarodowym doświadczeniu wspartym informacjami statystycznymi z organów opieki zdrowotnej oraz danymi pozyskanymi od niezależnych lekarzy specjalistów oraz chirurgów prowadzących praktykę w kraju lub na terytorium, w którym prowadzone jest Leczenie.

Aby uniknąć wątpliwości, porównując koszty Leczenia bierzemy również pod uwagę poziom zaawansowania procedury, a także standard oferowany przez placówkę prowadzącą Leczenie. W sytuacji gdy Leczenie wymaga obecności więcej niż jednego lekarza specjalisty lub chirurga w czasie jednej sesji operacyjnej (chirurgicznej), weryfikujemy medyczną zasadność takiego podejścia do zaistniałego problemu chirurgicznego lub stanu chorobowego pod względem wymaganych umiejętności i złożoności świadczonych usług, co pozwoli nam na ustalenie całkowitej kwoty podlegającej wypłacie. Nie wypłacamy dodatkowych świadczeń ani nie pokrywamy kosztów asysty chirurgicznej podczas takiej sesji. W przypadku rozbieżności zdań między Naszymi Doradcami Medycznych albo lekarzami a Państwa Lekarzem, decydujące będzie zdanie Naszych Doradców Medycznych i Lekarzy.

Współmałżonek – osoba pozostająca w związku małżeńskim z Ubezpieczonym lub Pracownikiem lub uczestnikiem Planu Grupowego, niepozostająca z nim w prawomocnie orzeczonej separacji ani po prawomocnie orzeczonym rozwodzie. Powyższe oznacza rejestrowany związek dwóch osób przeciwnej lub tej samej płci. Dla celów niniejszej Polisy, osoba pozostająca z Ubezpieczonym lub Pracownikiem lub uczestnikiem Planu Grupowego w rejestrowanym związku partnerskim uznawana jest za Współmałżonka.

Zaburzenia Zdrowia Psychicznego – wszelkie zaburzenia skutkujące znacznym napięciem nerwowym lub upośledzeniem, które wpływają na zdolność Ubezpieczonego do podejmowania czynności życia codziennego, między innymi pracy zawodowej. Zaburzenia te muszą spełniać międzynarodowe kryteria klasyfikacji.

Zdarzenie Ubezpieczeniowe – nieszczęśliwy wypadek lub Choroba, a także ciąża i poród lub w przypadku, gdy wybrana opcja ubezpieczenia obejmuje również świadczenia określone w niniejszej Umowie – również śmierć Ubezpieczonego, które wystąpiły w Okresie Ubezpieczenia na Terytorium Obowiązywania Ochrony Ubezpieczeniowej i uprawniają Ubezpieczonego do otrzymania świadczeń na mocy niniejszej Polisy zawartej w ramach Programu Opieki Zdrowotnej; uznaje się, że Zdarzenie Ubezpieczeniowe obejmuje nieszczęśliwe wypadki lub Choroby występujące poza Terytorium Obowiązywania Ochrony Ubezpieczeniowej na potrzeby Leczenia w Nagłych Przypadkach wyłącznie do wysokości odnośnego Limitu.

Dodatkowe Definicje dla Planów Grupowych

Czynnie Zatrudniony – Pracownik, który pracuje w Dacie Rozpoczęcia obowiązywania Polisy i wywiązuje się ze wszystkich obowiązków wynikających z obecnie pełnionego stanowiska w zwyczajowym zakresie oraz w pełnym wymiarze czasu pracy. Pracownika uznaje się również za Czynnie Zatrudnionego, gdy przebywa on na zwyczajowym urlopie wypoczynkowym i nie jest nieobecny w pracy z powodu Choroby, Urazu lub niepełnosprawności innego rodzaju. Pracownik, który nie jest Czynnie Zatrudniony w Dacie Rozpoczęcia, nie może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową.

Czynności Życia Codziennego – odnoszą się do Osoby Zależnej będącej partnerem lub dzieckiem Ubezpieczonego, która kwalifikuje się do uzyskania ochrony ubezpieczeniowej w ramach programu grupowego, jest w wieku co najmniej 3 (trzech) lat i potrafi wykonywać wszystkie następujące czynności:

- Ubieranie się: samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich niezbędnych części garderoby, w tym - w stosownych przypadkach - wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych;
- Spożywanie posiłków: samodzielne spożywanie przygotowanych i podanych posiłków;
- Poruszanie się: poruszanie się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
- Toaleta: samodzielne korzystanie z toalety lub zdolność do zarządzania funkcjami jelit i pęcherza moczowego w inny sposób w stopniu pozwalającym na utrzymanie zadowalającego poziomu higieny osobistej;
- Przemieszczanie się: samodzielne przemieszczanie się z łóżka na krzesło lub fotel inwalidzki i z powrotem;
- Mycie się: samodzielne wzięcie prysznica lub kąpeli (w tym samodzielne wejście do wanny lub pod prysznic i wyjście z wanny lub spod prysznica) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie zadowalającego poziomu higieny osobistej.

Data Rocznicy Polisy Grupowej – data, w której następuje weryfikacja składek dla grupy. Pierwsza Data Rocznicy Polisy Grupowej następuje po upływie 12 (dwunastu) miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w ramach programu grupowego, a następnie co 12 (dwanaście) kolejnych miesięcy. Na potrzeby interpretacji Państwa Polisy, wszystkie wzmianki o Rocznicy Polisy oznaczają Datę Rocznicy Polisy Grupowej.

Data Kwalifikacji – data lub okres zapisany w specyfikacji warunków umowy ubezpieczeniowej i/lub aneksie do niej, w której (którym) uczestnik zakwalifikował się do objęcia ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszej Polisy.

Pracodawca – osoba prawna zatrudniająca Pracownika, odpowiedzialna za opłacanie składek należnych z tytułu niniejszej Polisy.

Pracownik – pełnoetatowy uczestnik Planu zatrudniony bezpośrednio przez Pracodawcę i Czynnie Zatrudniony w dniu kwalifikacji do objęcia ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszej Polisy.

Poniższe limity dotyczą danego Roku Polisowego, chyba że aktualne warunki ubezpieczenia lub Polisa stanowią inaczej.

PLAN	YELLOW	SUNRISE	HONEY	MARIGOLD	SAFFRON
Terytorium Obowiązywania Ochrony Ubezpieczeniowej	<p>Opcja 1: EU, Opcja 2: CS wyl. USA i KAN, Opcja 3: CS</p> <p>+ € 30 000 (30 dni) na wypadek Opieki w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym w nagłych przypadkach poza wybranym Terytorium Obowiązywania Ochrony Ubezpieczeniowej</p> <p>Swoboda wyboru i dostęp do każdej przychodni/Szpitala</p>	<p>Opcja 1: EU, Opcja 2: CS wyl. USA i KAN, Opcja 3: CS</p> <p>+ € 30 000 (30 dni) na wypadek Opieki w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym w nagłych przypadkach poza wybranym Terytorium Obowiązywania Ochrony Ubezpieczeniowej</p> <p>Swoboda wyboru i dostęp do każdej przychodni/Szpitala</p>	<p>Opcja 1: EU, Opcja 2: CS wyl. USA i KAN, Opcja 3: CS</p> <p>+ € 30 000 (30 dni) na wypadek Opieki w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym w nagłych przypadkach poza wybranym Terytorium Obowiązywania Ochrony Ubezpieczeniowej</p> <p>Swoboda wyboru i dostęp do każdej przychodni/Szpitala</p>	<p>Opcja 1: EU, Opcja 2: CS wyl. USA i KAN, Opcja 3: CS</p> <p>+ € 30 000 (30 dni) na wypadek Opieki w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym w nagłych przypadkach poza wybranym Terytorium Obowiązywania Ochrony Ubezpieczeniowej</p> <p>Swoboda wyboru i dostęp do każdej przychodni/Szpitala</p>	<p>Opcja 1: EU, Opcja 2: CS wyl. USA i KAN, Opcja 3: CS</p> <p>+ € 30 000 (30 dni) na wypadek Opieki w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym w nagłych przypadkach poza wybranym Terytorium Obowiązywania Ochrony Ubezpieczeniowej</p> <p>Swoboda wyboru i dostęp do każdej przychodni/Szpitala</p>
CAŁKOWITY LIMIT MAKSYMALNY	€ 500 000	€ 1 200 000	€ 1 500 000	€ 1 750 000	€ 2 000 000
Opieka w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym (w nagłych przypadkach/planowo)	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona
Rehabilitacja (wymagana wstępna zgoda)	Nie podlega ochronie	€ 2 000 (po zabiegu operacyjnym)	Pełna ochrona (30 dni/każdy przypadek zachorowania)	Pełna ochrona (30 dni/każdy przypadek zachorowania)	Pełna ochrona (30 dni/każdy przypadek zachorowania)
Zaawansowana diagnostyka obrazowa (rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, pozytonowa tomografia emisyjna)	Pełna ochrona (Opieka w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym + Opieka Ambulatoryjna)	Pełna ochrona (Opieka w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym + Opieka Ambulatoryjna)	Pełna ochrona (Opieka w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym + Opieka Ambulatoryjna)	Pełna ochrona (Opieka w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym + Opieka Ambulatoryjna)	Pełna ochrona (Opieka w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym + Opieka Ambulatoryjna)
Leczenie Nowotworów (zabiegi operacyjne, opieka szpitalna, opieka ambulatoryjna, leki, Leczenie, terapie)	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona
Przeszczepy	Pełna ochrona (Opieka w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym); € 20 000 (Opieka Ambulatoryjna)	Pełna ochrona (Opieka w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym); € 25 000 (Opieka Ambulatoryjna)	Pełna ochrona (Opieka w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym); € 30 000 (Opieka Ambulatoryjna)	Pełna ochrona (Opieka w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym); € 45 000 (Opieka Ambulatoryjna)	Pełna ochrona (Opieka w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym); € 45 000 (Opieka Ambulatoryjna)
Opieka Położnicza	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	€ 5 000 (Opieka w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym + Opieka Ambulatoryjna) lub € 300/noc (Gotówkowe Świadczenie Położnicze) Roczny Okres Karencji	€ 6 000 (Opieka w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym + Opieka Ambulatoryjna) lub € 350/noc (Gotówkowe Świadczenie Położnicze) Roczny Okres Karencji	€ 7 000 (Opieka w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym + Opieka Ambulatoryjna) lub € 350/noc (Gotówkowe Świadczenie Położnicze) Roczny Okres Karencji

PLAN	YELLOW	SUNRISE	HONEY	MARIGOLD	SAFFRON
Powikłania Cięży	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	Pełna ochrona Roczny Okres Karencji	Pełna ochrona Roczny Okres Karencji	Pełna ochrona Roczny Okres Karencji
Opieka nad Noworodkiem	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	Pełna ochrona (o ile ubezpieczona matka spełniła wymóg rocznego Okresu Karencji dla Opieki Położniczej)	Pełna ochrona (o ile ubezpieczona matka spełniła wymóg rocznego Okresu Karencji dla Opieki Położniczej)	Pełna ochrona (o ile ubezpieczona matka spełniła wymóg rocznego Okresu Karencji dla Opieki Położniczej)
Protetyka (implanty chirurgiczne)	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona
Sprzęt Medyczny Trwałego Zastosowania (kończyny/uszy)	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	€ 2 500	€ 2 500	€ 2 500
Wady Dziedziczne i Wrodzone	Pełna ochrona przez okres pierwszych 60 dni po narodzeniu (Opieka w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym)	Pełna ochrona przez okres pierwszych 60 dni po narodzeniu (Opieka w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym)	Pełna ochrona przez okres pierwszych 90 dni po narodzeniu (Opieka w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym)	Pełna ochrona przez okres pierwszych 90 dni po narodzeniu (Opieka w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym)	Pełna ochrona przez okres pierwszych 90 dni po narodzeniu (Opieka w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym)
HIV/AIDS	€ 50 000/dożywotnio	€ 50 000/dożywotnio	€ 50 000/dożywotnio	€ 50 000/dożywotnio	€ 50 000/dożywotnio
Domowa Opieka Pielęgniarska (po Opiece w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym)	€ 1 000	€ 5 000	Pełna ochrona (30 dni/po każdym przypadku Opieki w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym)	Pełna ochrona (30 dni/po każdym przypadku Opieki w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym)	Pełna ochrona (30 dni/po każdym przypadku Opieki w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym)
Opieka Hospicyjna i Paliatywna	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	€ 10 000	€ 20 000	€ 30 000
Świadczenia Gotówkowe (Opieka w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym w systemie publicznym – w tym kraju, w którym Ubezpieczony płaci podatki)	€ 100/doba (maks. 10 dob/Rok)	€ 100/doba (maks. 10 dob/Rok)	€ 120/doba	€ 150/doba	€ 150/doba
Chirurgia ambulatoryjna	Nie podlega ochronie	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona

PLAN	YELLOW	SUNRISE	HONEY	MARIGOLD	SAFFRON
Konsultacje ambulatoryjne (w tym: Konsultacje telemedyczne – wyłącznie 1 (jedna) konsultacja dziennie z zatwierdzonym podmiotem świadczącym usługi z zakresu telemedycyny) (zalecane przy diagnozie wstępnej)	Nie podlega ochronie	€ 1 000			
Leki na Receptę	Nie podlega ochronie (w leczeniu ambulatoryjnym) (Pełna ochrona w czasie leczenia szpitalnego)				
Analizy laboratoryjne, diagnostyka rentgenowska, badania diagnostyczne	Nie podlega ochronie	€ 2 000		Pełna ochrona	Pełna ochrona
Fizjoterapia	Nie podlega ochronie	€ 1 800			
Konsultacje terapeutyczne i medycyna uzupełniająca	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie			
Terapia mowy (powypadkowa/poudarowa)	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie			
Pogotowie ratunkowe – leczenie ambulatoryjne	€ 500	Pełna ochrona	Pełna ochrona		
Leczenie psychiatryczne	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	30 dni – Opieka w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym, € 3 000 (20 wizyt – Leczenie Ambulatoryjne)	60 dni – Opieka w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym, € 3 000 (20 wizyt – Leczenie Ambulatoryjne)	60 dni – Opieka w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym, € 3 000 (20 wizyt – Leczenie Ambulatoryjne)
Badania Okresowe oraz Szczepienia Uzupełniające	Nie podlega ochronie	€ 100 Profilaktyka (po upływie rocznego Okresu Karencji)	€ 100 Profilaktyka (po upływie rocznego Okresu Karencji) € 200 Szczepienia (po upływie rocznego Okresu Karencji)	€ 500 Profilaktyka (po upływie rocznego Okresu Karencji) € 350 Szczepienia (po upływie rocznego Okresu Karencji)	€ 500 € 350 (Szczepienia)
Leczenie Stomatologiczne w Nagłych Przypadkach (powypadkowe/pourazowe)	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	€ 500	€ 1 000	€ 1 000
Leczenie Stomatologiczne (profilaktyka, leczenie zachowawcze oraz leczenie rekonstrukcyjne)	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	€ 1 000 limit maksymalny Profilaktyka € 200, Badania okresowe oraz leczenie rekonstrukcyjne € 200/ząb – maks. 4 zęby (6-miesięczny Okres Karencji)

PLAN	YELLOW	SUNRISE	HONEY	MARIGOLD	SAFFRON
Świadczenia Okulistyczne (całkowity limit roczny na badania okulistyczne oraz okulary korekcyjne lub soczewki kontaktowe)	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	Jedno badanie wzroku/oczu na Rok Jedne szkła okularowe lub soczewki kontaktowe przepisane przez okulistę maks. € 200/ Rok
Międzynarodowa Pomoc Medyczna w Nagłych Przypadkach (MPMNP) (Ewakuacja i Repatriacja) (przypadki zagrażające życiu i Opieka w Szpitalu w Trybie Stacjonarnym jako nagły przypadek). Usługi podlegają zatwierdzeniu przez wyznaczonego przez Nas Lekarza.	Nie podlega ochronie	Do € 10 000 (repatriacja zwłok); Do € 25 000 (ewakuacja drogą powietrzną)	Do € 10 000 (repatriacja zwłok); Pełna ochrona do określonego w Polisie limitu (ewakuacja drogą powietrzną)	Do € 10 000 (repatriacja zwłok); Pełna ochrona do określonego w Polisie limitu (ewakuacja drogą powietrzną)	Do € 10 000 (repatriacja zwłok); Pełna ochrona do określonego w Polisie limitu (ewakuacja drogą powietrzną)
Rodzaje karettek pogotowia: • drogową karetką pogotowia • lotniczą karetką pogotowia (w razie potrzeby). Okoliczności uzasadniające transport karetką pogotowia: • transport w nagłych przypadkach do lub pomiędzy Szpitalami; lub • gdy uprawniony przedstawiciel personelu medycznego orzeknie, iż jest to konieczne ze względów medycznych.	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona
Wypłata jednorazowego odszkodowania w przypadku śmierci	€ 5 000	€ 5 000	€ 5 000	€ 10 000	€ 15 000
Druga Opinia Medyczna	Objęta ochroną ubezpieczeniową	Objęta ochroną ubezpieczeniową	Objęta ochroną ubezpieczeniową	Objęta ochroną ubezpieczeniową	Objęta ochroną ubezpieczeniową
MediSky Assistance	Dział Obsługi Klienta (9:00 – 17:30, Pon.–Pt.)				