

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego LUX MED dla firm

KOD OWU G/002/2022

Informacje, o których mowa w art. 17. ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tj. z dnia 17 stycznia 2019 r. Dz.U. z 2019 r. poz. 381 z późn.zm.)

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
<p>Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń</p>	<p style="text-align: center;">CZĘŚĆ OGÓLNA UMOWY</p> <p>1. Postanowienia wspólne</p> <ul style="list-style-type: none">1) § 2 (Definicje);2) § 4 (Zawarcie Umowy ubezpieczenia) ust. 3, ust. 5-7, ust. 10, ust. 13-14;3) § 4 (Przystąpienie i wystąpienie Ubezpieczonych z Umowy) ust. 1-11;4) § 9 (Realizacja świadczeń z tytułu Umowy) ust.1, ust. 2;5) § 11 (Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego) ust. 1, ust. 3;
	<p style="text-align: center;">CZĘŚĆ SZCZEGÓLNA UMOWY</p> <p>2. Moduł Ambulatoryjny</p> <ul style="list-style-type: none">1) § 1 (Zasady ogólne) ust. 1-2, ust. 4-5;2) § 3 (Realizacja świadczeń) ust.1-7;

CZĘŚĆ OGÓLNA UMOWY

1. Postanowienia wspólne
 - 1) § 2 (Definicje);
 - 2) § 4 (Zawarcie Umowy ubezpieczenia) ust. 4, ust. 8-11;
 - 3) § 4 (Przystąpienie i wystąpienie Ubezpieczonych z Umowy) ust. 9-11;
 - 4) § 5 (Składka) ust. 9-11;
 - 5) § 7 (Wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela) ust.1;
 - 6) § 8 (Ograniczenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela);

CZĘŚĆ SZCZEGÓLNA UMOWY

2. Moduł Ambulatoryjny
 - 1) § 1 (Zasady ogólne) ust. 4-6;
 - 2) § 2 (Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela) ust. 1-3;
 - 3) § 3 (Realizacja świadczeń) ust.1, ust. 5-6;

CZĘŚĆ OGÓLNA UMOWY

§ 1 Postanowienia ogólne

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego („OWU”), LMG Försäkrings AB S.A. z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Box 27093, Szwecja, zarejestrowana w Urzędzie Rejestracji Przedsiębiorstw pod numerem 516406-0831, kapitał akcyjny: 4 800 000 Euro opłacony w całości, działająca w Polsce poprzez oddział LMG Försäkrings AB Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie wpisany do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy KRS pod nr KRS 0000395438, NIP: 1080011494 będąca dużym przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 8 marca 2013 r o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych („Ubezpieczyciel” lub „LMG”), zawiera Umowy ubezpieczenia z osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nieposiadającymi osobowości prawnej, którym ustawa przyznaje zdolność prawną („Ubezpieczającymi”).
2. Ubezpieczający może zawrzeć Umowę ubezpieczenia grupowego („Umowa”) na cudzy rachunek, z tym, że Ubezpieczony będący osobą fizyczną jest wskazany imiennie w Umowie.

3. Strony mogą wprowadzić do Umowy postanowienia dodatkowe lub odmienne od zawartych w OWU, z tym, że różnice pomiędzy OWU a Umową zostaną przedstawione Ubezpieczającemu w formie pisemnej przed zawarciem rzeczony Umowy.
4. W przypadku rozbieżności między postanowieniami zawartymi w OWU i w Umowie, pierwszeństwo mają postanowienia Umowy.

§ 2 Definicje

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

1. **Centrum Obsługi Klienta** – infolinia, w ramach której Ubezpieczony może uzyskać informacje na temat ubezpieczenia;
2. **Choroba** – nieprawidłowy według ogólnie uznanej wiedzy medycznej stan fizyczny lub psychiczny organizmu;
3. **Ciąża o przebiegu fizjologicznym** – ciąża o przebiegu prawidłowym, niewymagająca podczas swojego przebiegu objęcia opieką perinatalną w ośrodku referencyjnym, hospitalizacji będącej w bezpośrednim związku z ciążą, w szczególności na oddziale patologii ciąży z przyczyn leżących po stronie zarówno matki jak i płodu;

4. **Ciąża wysokiego ryzyka** – ciąża charakteryzująca się zagrożeniem dla zdrowia lub życia matki lub płodu, związanym z występowaniem czynników ryzyka statystycznie zwiększających częstość powikłań ciąży i porodu, które mogą mieć związek ze schorzeniami występującymi przed ciążą, schorzeniami występującymi w trakcie ciąży, nałogami, przeszłością położniczą i ginekologiczną, schorzeniami występującymi w rodzinie;
5. **Data początku ochrony** – data, w której rozpoczyna się odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy wobec Ubezpieczonego w danym Module Ubezpieczenia;
6. **Deklaracja przystąpienia** – formularz udostępniany przez Ubezpieczyciela, na podstawie którego Ubezpieczeni przystępują do Umowy;
7. **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego Głównego, Współmałżonka lub Partnera a także dziecko przez nich przysposobione, od pierwszego dnia jego życia, a które w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie ukończyło 18 roku życia, a w przypadku uczęszczania przez Dziecko do szkoły [w rozumieniu art. 2 pkt. 2 ustawy z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty (tj. Dz.U. z 2019 poz. 1481), oraz do szkoły wyższej lub uczelni w rozumieniu ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (tj. Dz.U. z 2018 poz. 1669 ze zm.)], nie ukończyło 26 lat;
8. **Grupa** – wskazana grupa albo podgrupa Pracowników Ubezpieczającego, która ma zostać objęta ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy; Grupa może być Grupą fakultatywną albo Grupą obligatoryjną;
9. **Grupa fakultatywna** – grupa jest Grupą fakultatywną, jeżeli decyzja przystąpienia do Umowy lub wybór zakresu ubezpieczenia jest autonomiczną decyzją każdego członka tej grupy (każdego Ubezpieczonego Głównego), przy czym Ubezpieczyciel wskazuje Ubezpieczającemu minimalną liczbę członków (Ubezpieczonych Głównych) niezbędnych do utworzenia Grupy fakultatywnej;
10. **Grupa obligatoryjna** – grupa (lub wskazana część Grupy – Podgrupa) jest Grupą obligatoryjną, jeżeli przystąpienie do Umowy lub wybór zakresu ubezpieczenia jest decyzją Ubezpieczającego. W takim przypadku Ubezpieczeni zostają objęci ochroną ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia wybranym przez Ubezpieczającego. W przypadku Grupy obligatoryjnej, nie przeprowadza się indywidualnej oceny ryzyka osób mających przystąpić do ubezpieczenia (Ubezpieczonych), pod warunkiem, że zakres ubezpieczenia zawiera jedynie Moduł Ambulatoryjny;
11. **Lekarz** – osoba posiadająca odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami polskiego prawa, w tym w szczególności ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tj. z dnia 10 marca 2015 r. (Dz. U. z 2019 poz.537z późn.zm.).
12. **Lista Ubezpieczonych** – wykaz osób zgłaszanych do ubezpieczenia lub Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową wraz z zakresem ubezpieczenia, sporządzony według wzoru wskazanego przez Ubezpieczyciela;
13. **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie będące następstwem ekspozycji na fizyczne czynniki zewnętrzne, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Chorób występujących w sposób nagły;
14. **Miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu początku Okresu ubezpieczenia, a następnie każdy kolejny miesiąc rozpoczynający się w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca;
15. **Moduły Ubezpieczenia („MU”)** – stanowiące załącznik do OWU i jego integralną część postanowienia dodatkowe w stosunku do OWU, definiujące zakres ubezpieczenia; warunki ochrony ubezpieczeniowej określone w MU mogą być odmienne od tych określonych w OWU, przy czym w przypadku braku odmiennej regulacji w MU zastosowanie mają postanowienia OWU;
16. **Okres karencji** – określony w Umowie okres od początku Okresu ochrony, w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego, w którym odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest ograniczona; W Okresie karencji Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe oraz Choroby. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona również po Okresie karencji, jeżeli przyczyna Zdarzenia ubezpieczeniowego zaistniała w Okresie karencji;
17. **Okres ochrony** – okres, w którym udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego, tj. okres w którym Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy za Zdarzenia ubezpieczeniowe. Okres ochrony kończy się zawsze z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy;
18. **Okres ubezpieczenia** – 12 miesięczny okres obowiązywania Umowy;
19. **Operator** – podmiot koordynujący w imieniu Ubezpieczyciela udzielanie Świadczeń ambulatoryjnych;
20. **Partner życiowy** – osoba prowadząca z Ubezpieczonym Głównym wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, niezłączona pokrewieństwem ani stosunkiem prawnym takim, jak przysposobienie lub powinowactwo;
21. **Placówka medyczna** – jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnych,

działająca na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej;

22. **Placówka medyczna wskazana przez Ubezpieczyciela** – jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnych, działająca na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej, wskazana przez Operatora, jako właściwa do realizacji Świadczeń medycznych;
23. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy;
24. **Poważne zachorowania** – Choroby lub stany chorobowe określone w załączniku do Umowy „Wykaz Poważnych zachorowań”;
25. **Pracownik** – osoba fizyczna pozostająca w stosunku prawnym z Ubezpieczającym, na podstawie umowy cywilnoprawnej, umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania albo innej umowy, której przedmiotem jest świadczenie pracy albo usług, albo osoba fizyczna będąca członkiem organu jednostki organizacyjnej będącej Ubezpieczającym;
26. **Rabat** – wskazana w Umowie, określona w odniesieniu do Modułu Ubezpieczenia zniżka procentowa lub kwotowa od ustalonej w Placówce medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela aktualnej ceny Świadczenia ambulatoryjnego;
27. **Rocznica** – dzień w każdym roku obowiązywania Umowy, odpowiadający dacie początku Okresu ubezpieczenia;
28. **Rodzic** – rodzic Ubezpieczonego Głównego, Współmałżonka albo Partnera życiowego, który w dniu przystąpienia do ubezpieczenia (Umowy) nie ukończył 80 roku życia;
29. **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu Umowy;
30. **Sporty wysokiego ryzyka** – wszelkie sporty lotnicze, motolotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo oraz pilotowanie jakichkolwiek samolotów silnikowych, baloniarstwo, wszelkie odmiany skoków spadochronowych, skoki na linie, kolarstwo górskie, sporty motorowe i motorowodne, jazda na skuterach wodnych, kitesurfing, alpinizm, wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, speleologia, taternictwo jaskiniowe, skoki narciarskie, snowboard oraz narciarstwo z wyjątkiem uprawianych rekreacyjnie na wyznaczonych trasach, bobsleje, rafting i inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, sporty walki, myślistwo oraz jazda konna;
31. **Standardy Bezpieczeństwa Medycznego** – oparte na wiedzy medycznej standardy uprawniające Operatora oraz placówki współpracujące z Operatorem do preferencyjnego udzielania Świadczeń medycznych Ubezpieczonym z uwagi na ich stan zdrowia lub wiek (w szczególności: pacjentom zagrożonym, pacjentom posiadających skierowania na badania w trybie pilnym, dzieciom w wieku do 3 lat, kobietom w ciąży).
32. **Suma Ubezpieczenia** – określona w Umowie kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy w stosunku do Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia;
33. **Świadczenie ambulatoryjne** – Świadczenie medycznie niezbędne, udzielane przez Placówkę medyczną wskazaną przez Ubezpieczyciela, które zwyczajowo wykonywane są w ramach lecznictwa otwartego i są możliwe do wykonania w sposób zgodny z wiedzą i sztuką medyczną w warunkach ambulatoryjnych;
34. **Świadczenie medyczne** – świadczenie zdrowotne, objęte zakresem ubezpieczenia, pozostające w bezpośrednim związku z Chorobą, zaburzeniem lub uszkodzeniem ciała, wykonywane przez Placówkę medyczną na rzecz Ubezpieczonego;
35. **Świadczenie medycznie niezbędne** – Świadczenie medyczne realizowane dla Ubezpieczonego, którego realizacja wynika ze wskazań medycznych i którego odroczenie w czasie może spowodować zagrożenie trwałym pogorszeniem stanu zdrowia lub spowodować znaczący wzrost ryzyka powikłań przy późniejszym wykonaniu Świadczenia medycznego;
36. **Świadczeniodawca** – Placówka medyczna, współpracująca z Ubezpieczycielem lub Operatorem w zakresie udzielania Świadczeń ambulatoryjnych;
37. **Typ ubezpieczenia** – ubezpieczenie zdrowotne w ramach Umowy dostępne jest w Typach: Typ Indywidualny, Typ Rodzinny, Typ Partnerski oraz Typ Rodzic;
38. **Typ Indywidualny** – Typ ubezpieczenia, w ramach którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony Główny;
39. **Typ Partnerski** – Typ ubezpieczenia, w ramach którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony Główny i jeden Współubezpieczony;
40. **Typ Rodzic** – Typ ubezpieczenia, w ramach którego ochroną ubezpieczeniową objęci są Rodzice, w liczbie nie wyższej niż 4 na jednego Ubezpieczonego Głównego;
41. **Typ Rodzinny** – Typ ubezpieczenia, w ramach którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony Główny, Współmałżonek albo Partner życiowy oraz Dzieci;
42. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, osoba prawna lub jednostka organizacyjna

nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną, zawierająca Umowę i zobowiązana z tytułu Umowy w szczególności do opłacania Składki zgodnie z terminami i na warunkach przewidzianych w Umowie;

43. **Ubezpieczony** – Ubezpieczony Główny, Współubezpieczony lub Rodzic. Jeżeli OWU posługują się terminem Ubezpieczony oznacza to, że dane postanowienie OWU stosuje się zarówno do Ubezpiezonego Głównego, Współubezpiezonego, Rodzica;
44. **Ubezpieczony Główny** – osoba fizyczna, będąca Pracownikiem Ubezpieczającego, na rachunek której zawarto Umowę, zamieszkała na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, która w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ukończyła 18 lat i nie ukończyła 70 lat;
45. **Udział własny („Dopłata”)** – kwotowy lub procentowy udział Ubezpiezonego w koszcie udzielanego mu z tytułu Umowy świadczenia ubezpieczeniowego;
46. **Umowa ubezpieczenia (Umowa)** – Umowa ubezpieczenia grupowego zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU;
47. **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpiezonego uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku śmierci Ubezpiezonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
48. **Uprawniony** – osoba uprawniona zgodnie z Umową do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego;
49. **Wiek Ubezpiezonego** – liczba ukończonych pełnych lat Ubezpiezonego w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a następnie w dniu każdej Rocznicy;
50. **Wniosek ubezpieczeniowy** – formularz Ubezpieczyciela, na którym Ubezpieczający wnioskuje o zawarcie Umowy;
51. **Współubezpieczony** – osoba fizyczna (Partner życiowy, Współmałżonek, lub Dziecko) wskazana przez Ubezpiezonego Głównego, zamieszkała na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, która w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie ukończyła 70 lat a w przypadku Dziecka nie ukończyła 26 lat;
52. **Wyczynowe uprawianie sportu** – za wyczynowe uprawianie sportu uważa się: uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych, polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach lub zawodach sportowych, jak również uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych oraz uczestniczenie w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi;

53. **Wykaz Poważnych zachorowań** – wykaz Chorób i stanów chorobowych, których wystąpienie u Ubezpiezonego objęte jest ochroną ubezpieczeniową zgodnie z zakresem ubezpieczenia wynikającym z Umowy;

54. **Wykaz Świadczeń ambulatoryjnych** – wykaz Świadczeń ambulatoryjnych, objętych zakresem ubezpieczenia zgodnie z Umową;

55. **Zakres ubezpieczenia** – zakres świadczeń przysługujący Ubezpieczonym z tytułu Umowy;

56. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – przewidziane w Umowie zdarzenie, którego wystąpienie powoduje powstanie obowiązku spełnienia świadczenia przez Ubezpieczyciela;

§ 3 Przedmiot i Zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpiezonego, a w przypadku Nieszczęśliwego wypadku, jego określone w Umowie następstwa.
2. W ramach Umowy dostępne są Moduły ubezpieczenia określone w Części szczególnej Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
3. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wyłączenia szczególne, sposób ustalenia wysokości i warunki realizacji świadczeń z tytułu Umowy, Sumy ubezpieczenia bądź limity odpowiedzialności określone są w Umowie.

§ 4 Umowa ubezpieczenia

Zawarcie Umowy ubezpieczenia

1. Umowa zawierana jest na okres 1 roku (Okres ubezpieczenia).
2. Umowa zawierana jest na podstawie Wniosku ubezpieczeniowego, wraz z dołączonymi do niego wymaganymi dokumentami.
3. Jeżeli Wniosek ubezpieczeniowy nie zawiera wszystkich wymaganych informacji lub nie zostały do Wniosku dołączone wszystkie wymagane dokumenty, Ubezpieczający zobowiązany jest do uzupełnienia Wniosku ubezpieczeniowego w zakresie i terminie wskazanym przez Ubezpieczyciela.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie uzupełni braków, o których mowa w ust. 3 powyżej, we wskazanym terminie, Wniosek ubezpieczeniowy nie wywołuje skutków prawnych i nie dochodzi do zawarcia Umowy ubezpieczenia.
5. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie informacje i okoliczności, które są wymagane we Wniosku

ubezpieczeniowym oraz te, o które Ubezpieczyciel zapytywał przed zawarciem Umowy ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.

6. W Okresie ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest zawiadomić Ubezpieczyciela o zmianie okoliczności, o których mowa w ust. 5, niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
7. Zawierając umowę na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 5 i 6 spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu Umowy ubezpieczenia na jego rachunek.
8. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności na podstawie Umowy za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 5–7, nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 5–7 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany Umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu pierwszym.
9. Do zawarcia Umowy dochodzi z chwilą akceptacji Wniosku ubezpieczeniowego przez Ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie Umowy lub objęcie poszczególnych osób ochroną ubezpieczeniową od uzyskania dodatkowych informacji mających wpływ na ocenę ryzyka, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
10. Ubezpieczyciel może skierować osoby zgłaszane do ubezpieczenia na dodatkowe badania medyczne w celu dokonania oceny ryzyka. Koszty tych badań ponosi Ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczyciel na podstawie dokonanej oceny ryzyka ubezpieczeniowego może odmówić zawarcia Umowy albo uzależnić jej zawarcie od wprowadzenia do Umowy postanowień odmiennych lub dodatkowych w stosunku do niniejszych OWU.
12. Ubezpieczyciel potwierdza zawarcie Umowy Polisy.
13. Treść Umowy stanowią OWU, informacje zawarte we Wniosku ubezpieczeniowym oraz w każdym innym dokumencie dołączonym Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego lub Ubezpiezonego, który został zaakceptowany przez Ubezpieczyciela, jako część Umowy, w tym w szczególności wszystkie oświadczenia dotyczące stanu zdrowia składane przez Ubezpiezonego, inne dokumenty stworzone przez Strony Umowy lub Ubezpieczyciela, które zostały dołączone do Umowy, a także informacje zawarte w Polisie.
14. Jeżeli w odpowiedzi na złożony przez Ubezpieczającego Wniosek ubezpieczeniowy, Ubezpieczyciel doręczy Ubezpieczającemu Polisy zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści

złożonego przez niego Wniosku ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel będzie obowiązany zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu Polisy, wyznaczając mu, co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku przez Ubezpieczyciela, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne a Umowa jest zawarta zgodnie z warunkami określonymi we Wniosku ubezpieczeniowym.

15. W przypadku opisanym w ust. 14, przy braku sprzeciwu, Umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią Polisy następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
16. Postanowień ust. 14 nie stosuje się, jeżeli Umowa zostanie zawarta w drodze negocjacji.

Przystąpienie i wystąpienie Ubezpieczonych z Umowy

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmowani są wszyscy Pracownicy Ubezpieczającego albo wskazana przez niego Grupa, o ile Strony nie uświadczą inaczej.
2. Warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową jest przekazanie przez Ubezpieczającego:
 - 1) wykazu osób przystępujących do ubezpieczenia, w formie trybie określonym przez Ubezpieczyciela (Lista Ubezpieczonych);
 - 2) kompletnych, poprawnie wypełnionych Deklaracji przystąpienia;
 - 3) innych dokumentów, jeżeli były one wskazane, jako niezbędne do zawarcia Umowy przez Ubezpieczyciela;
 - 4) pierwszej raty Składki.
3. Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczycielowi Listę Ubezpieczonych wraz z wszystkimi wymaganymi dokumentami nie później niż 10 dni roboczych przed datą początku Okresu ubezpieczenia lub w przypadkach szczególnych w innym terminie wskazanym przez Ubezpieczyciela.
4. W Okresie ubezpieczenia Ubezpieczający może zgłaszać osoby przystępujące do, a także osoby występujące z Umowy, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5-7 poniżej.
5. Ubezpieczający może zgłosić do Umowy nowych Ubezpieczonych z datą początku Okresu ochrony przypadającą na Miesiąc polisy, przy czym objęcie Ochroną ubezpieczeniową ww. Ubezpieczonych następuje od pierwszego dnia Miesiąca polisy po miesiącu, w którym zostaną spełnione warunki określone w ust.2.
6. W przypadku Grupy fakultatywnej zmiana zakresu ubezpieczenia jest możliwa jedynie w Rocznicę.

7. W przypadku Grupy obligatoryjnej zmiana zakresu ubezpieczenia wynika z zasad określonych przez Ubezpieczającego, definiujących Grupę obligatoryjną i określonych na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia.
 8. Ubezpieczający zobowiązuje się do informowania Ubezpieczyciela o wszelkich zmianach dotyczących Ubezpieczonych na Liście Ubezpieczonych przynajmniej na 10 dni przed kolejnym Miesiącem polisy, od którego mają nastąpić zmiany (w szczególności o osobach przystępujących do Umowy ubezpieczenia i Ubezpieczonych występujących z Umowy ubezpieczenia).
 9. Wystąpienie z Umowy poszczególnych Ubezpieczonych jest możliwe z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, zaś wystąpienie Ubezpieczonych, którzy przestali spełniać definicję Pracownika (i odpowiednio wskazanych przez niego Współubezpieczonych), Współubezpieczonego lub Rodzica jest możliwe z upływem ostatniego dnia Miesiąca polisy – pod warunkiem przekazania przez Ubezpieczającego wykazu Ubezpieczonych występujących z Umowy w formie i terminie określonym przez Ubezpieczyciela.
 10. Wystąpienie z Umowy Ubezpieczonego Głównego jest równoznaczne z wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do zgłoszonych przez niego Współubezpieczonych i Rodziców (z wystąpieniem przez nich z Umowy).
 11. Wystąpienie z Umowy przez Ubezpieczonego powoduje brak możliwości ponownego przystąpienia tego Ubezpieczonego do Umowy przez okres 12 miesięcy od dnia zakończenia okresu Ochrony ubezpieczeniowej.
5. Płatność Składki następuje przelewem na wskazany w Polisie rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
 6. Za dzień opłacenia Składki uznaje się dzień uznania rachunku Ubezpieczyciela całą należną kwotą Składki; ta sama zasada dotyczy poszczególnych rat Składki.
 7. W przypadku, gdy wpłacona kwota jest niższa od należnej Składki, Składkę uważa się za niezapłaconą.
 8. W przypadku powstania zaległości w opłacaniu rat Składki, dokonane wpłaty w pierwszej kolejności są przekazywane na pokrycie wcześniej nieuregulowanych rat.
 9. Jeżeli Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem Składki lub jej pierwszej raty a Składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty Składki za okres przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia Umowy wygasa ona z końcem okresu za który przypadała niezapłacona Składka lub jej pierwsza rata.
 10. W razie opłacania Składki w ratach i nieopłaceniu kolejnej raty Składki, Ubezpieczyciel może wezwać Ubezpieczającego do zapłaty raty Składki w dodatkowym terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania, pod rygorem wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w przypadku braku zapłaty raty Składki w dodatkowym terminie albo pod rygorem ograniczenia zakresu Ochrony ubezpieczeniowej do czasu uregulowania należności.
 11. W wezwaniu Ubezpieczyciel poda do wiadomości Ubezpieczającego skutki niezapłacenia Składki lub jej raty.
 12. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłacenia Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy.

§ 5 Składka

1. Składka obliczana jest za czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy na podstawie oceny ryzyka.
2. Wysokość należnej Składki, częstotliwość oraz terminy jej płatności potwierdzone są w Polisie.
3. W przypadku wygaśnięcia albo rozwiązania Umowy ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta i za jaki została zapłacona Składka, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej.
4. Wysokość Składki należnej ustalana będzie jako iloczyn Składki za jednego Ubezpieczonego albo za określony zakres ubezpieczenia w Typie Indywidualnym, Typie Partnerskim, Rodzinnym lub Rodzic oraz liczby Ubezpieczonych albo odpowiednio liczby zakresów ubezpieczenia z uwzględnieniem zakresu ochrony ubezpieczeniowej według aktualnej, w danym okresie Listy Ubezpieczonych.

§ 6 Zmiany w Umowie ubezpieczenia

Zmiany Umowy Strony mogą dokonać w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Ubezpieczyciel potwierdza uzgodnioną i dokonaną zmianę Umowy aneksem do Polisy albo nową Polisą.

§ 7 Wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się:
 - 1) w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych z:
 - dniem odstąpienia od Umowy przez Ubezpieczającego;
 - upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia Umowy, z powodu wypowiedzenia jej przez Ubezpieczyciela w przypadku niezapłacenia przez Ubezpieczającego Składki lub pierwszej raty Składki;

- upływem ostatniego dnia 7-dniowego terminu na zapłatę kolejnej raty Składki, jeżeli Ubezpieczyciel uprzednio wezwie Ubezpieczającego do zapłaty raty Składki, liczonego od dnia doręczenia wezwania Ubezpieczającemu;
 - upływem Okresu ubezpieczenia.
- 2) w stosunku do danego Ubezpieczonego z:
- a) dniem jego śmierci;
 - b) upływem ostatniego dnia okresu, za który została zapłacona Składka lub rata Składki za danego Ubezpieczonego;
 - c) upływem ostatniego dnia Miesiąca polisy, w którym złożony został wniosek przez Ubezpieczającego o wyłączenie Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej;
 - d) upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończył 71 lat, w przypadku Współubezpieczonego będącego Dzieckiem odpowiednio 18 lub 26 lat, a Rodzica 81 lat;
 - e) z dniem wykorzystania sumy ubezpieczenia z tytułu Opieki medycznej za granicą (FindBestCare) w odniesieniu do Ubezpieczonych objętych ochroną w Module Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP.

§ 8 Ograniczenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela

Ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, mające zastosowanie do wszystkich Modułów Ubezpieczenia

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

1. działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, wojny domowej, rewolucji, stanu wyjątkowego, cywilnego zamachu stanu, aktów terroryzmu, służby wojskowej, udziału w misjach wojskowych lub stabilizacyjnych, czynnego uczestnictwa Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach lub strajkach;
2. stosowania naukowo nieuznanych metod leczenia oraz medycyny niekonwencjonalnej, ludowej i orientalnej, stosowania leków niedopuszczonych do użytku w Polsce (lub poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lecz wyłącznie w związku z Modułem Leczenia Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP) oraz ich następstw, jak również udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych, badaniach klinicznych lub podobnych badaniach związanych ze zdrowiem, oraz ich następstw;
3. transplantacji organów lub tkanek, komórek, hodowli komórkowych (pochodzenia naturalnego lub sztucznego), w tym także z wykorzystaniem autoprzeszczepu, wszczepianie implantów i urządzeń, przy czym wyłączenie to nie dotyczy Modułu Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą - BEST HELP;
4. wyczynowego uprawiania sportów lub uprawiania sportów wysokiego ryzyka, przy czym wyłączenie to nie dotyczy Modułu Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą - BEST HELP;
5. epidemii, stanów kłęski żywiołowej lub katastrof naturalnych ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej;
6. działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego oraz czynników biologicznych i chemicznych w zakresie szkodliwym dla człowieka;
7. prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego bez uprawnień lub prowadzenia pojazdu bez aktualnego badania technicznego, zgodnych z obowiązującymi przepisami lub prowadzenia pojazdu pod wpływem alkoholu, narkotyków albo innych środków odurzających, psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jednolity Dz. U. z 2019 poz.852 z późn. zm.););
8. usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia, świadomego spowodowania rozstroju zdrowia,
9. popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa lub wykroczenia;
10. działania umyślnego, samodzielnego diagnozowania, leczenia, modyfikacji zaleconego leczenia lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego;
11. pozostawiania pod wpływem, nadużycia lub zatrucia dobrowolnie spożywanymi: alkoholem, narkotykami, innymi substancjami odurzającymi lub psychotropowymi, tytoniem, lekami stosowanymi niezgodnie z zaleceniem Lekarza;
12. detoksykacji, zabiegów odwykowych oraz leczenia odwykowego;
13. leczenia chorób psychicznych, zaburzeń lub innych zakłóceń czynności psychicznych, w tym choroby Alzheimera, i ich następstw;
14. uzyskania świadczeń medycznych za pomocą czynów zakazanych, prób wyłudzenia lub celowego wprowadzenia Ubezpieczyciela w błąd;
15. Mając na uwadze Standardy Bezpieczeństwa Medycznego, Operator może udzielić Świadczenia medycznego określonego pacjentowi z pierwszeństwem przed innymi pacjentami.

16. Ubezpieczyciel lub Operator ma prawo odmowy udzielania Świadczenia medycznego Ubezpieczonemu, który naruszając przepisy prawa, zasady współzycia społecznego lub regulaminu organizacyjnego Placówki własnej Operatora, Placówki medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela utrudnia pracę, udzielenie Świadczenia medycznego lub funkcjonowanie tej placówki lub jej personelu. W przypadku, gdy powyższe działanie ma charakter uporczywy Ubezpieczyciel może wyłączyć z ochrony ubezpieczeniowej takiego Ubezpieczonego informując o tym Ubezpieczającego w formie pisemnej.

§ 9 Realizacja świadczeń z tytułu Umowy

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

§ 10 Roszczenia regresowe

1. Z dniem realizacji świadczenia (odszkodowania) przez Ubezpieczyciela roszczenie Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na Ubezpieczyciela do wysokości zrealizowanego świadczenia lub zapłaconego odszkodowania. Jeżeli Ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje, co do pozostałej części, pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem Ubezpieczyciela.
2. Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. W przypadku, gdy Ubezpieczony bez zgody Ubezpieczyciela zrzekł się roszczenia przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę lub je ograniczył Ubezpieczyciel może odmówić realizacji świadczenia lub wypłaty odszkodowania albo je zmniejszyć. Jeżeli zrzeczenie się lub ograniczenie roszczenia zostanie ujawnione po realizacji świadczenia lub wypłacie odszkodowania, Ubezpieczyciel może żądać od

Ubezpieczonego zwrotu całości lub części wartości zrealizowanego świadczenia lub wypłaconego odszkodowania.

4. Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest udzielić Ubezpieczycielowi wszelkiej pomocy przy dochodzeniu roszczeń regresowych, w tym dostarczyć odpowiednie dokumenty oraz udzielić wymaganych informacji i pełnomocnictw.

§ 11 Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał we Wniosku ubezpieczeniowym lub przed zawarciem Umowy w innych okolicznościach. Jeżeli Ubezpieczyciel zawarł Umowę mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do:
 - 1) opłacania Składki w wysokości i terminach określonych w Umowie;
 - 2) dostarczenia Ubezpieczycielowi List Ubezpieczonych wraz ze wszystkimi wymaganymi dokumentami;
 - 3) powiadamiania Ubezpieczyciela niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni o każdej zmianie swojej siedziby lub adresu korespondencyjnego;
 - 4) informowania Ubezpieczyciela o zmianie wszelkich danych dotyczących Ubezpieczonych i Ubezpieczającego mających wpływ na Umowę ubezpieczenia;
 - 5) doręczenia Ubezpieczonym warunków Umowy, w tym w szczególności OWU przed wyrażeniem przez Ubezpieczonych zgody na udzielenie im ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli taka zgoda jest wymagana Umową lub jeżeli ubezpieczony zgadza się na finansowanie kosztu Składki ubezpieczeniowej - przed wyrażeniem przez niego na to zgody, oraz do doręczenia Ubezpieczonym dokumentów statuujących wszelkie zmiany Umowy i OWU w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia;
 - 6) poinformowania Ubezpieczonych o zmianie numeru Centrum Obsługi Klienta oraz zmian dotyczących Operatora.
3. Ubezpieczający ponosi pełną odpowiedzialność za działania i zaniechania w ramach Umowy, w tym w szczególności za naruszenie postanowień ust. 2 powyżej.
4. Ubezpieczony jest zobowiązany do:
 - 1) ścisłego przestrzegania zaleceń lekarskich wydawanych przez Lekarzy;

- 2) przestrzegania zasad organizacji pracy w Placówkach medycznych w części dotyczącej pacjentów;
- 3) informowania Ubezpieczyciela o wszelkich zmianach danych osobowych i adresowych; w przypadku kiedy Współubezpieczony nie jest pełnoletni obowiązek ten spoczywa na Ubezpieczonym Głównym lub Ubezpieczającym;
- 4) przestrzegania terminów wykonania Świadczeń medycznych uzgodnionych ze Świadczeniodawcą;
- 5) przybycia w uzgodnionym terminie do Placówki medycznej lub poinformowania Operatora o rezygnacji ze Świadczenia ambulatoryjnego, niezwłocznie, nie później niż 12 godzin przed ustalonym terminem jego wykonania;
- 6) powstrzymania się od wszelkich działań utrudniających lub uniemożliwiających udzielenie świadczenia przez Świadczeniodawcę.

§ 12 Prawa i obowiązki Ubezpieczyciela

Ubezpieczyciel zobowiązany jest do:

1. wystawienia Polisy i przekazania jej Ubezpieczającemu;
2. prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową;
3. poinformowania Ubezpieczającego o zmianie siedziby lub adresu korespondencyjnego;
4. poinformowania Ubezpieczającego o zmianie numeru infolinii Centrum Obsługi Klienta oraz zmian dotyczących Operatora.

§ 13 Dane osobowe

1. LMG oświadcza, iż jako podmiot wykonujący działalność ubezpieczeniową przetwarza dane osobowe Ubezpieczonych w celu i zakresie niezbędnym dla wykonania jego obowiązków wynikających z Umowy ubezpieczenia i występuje w stosunku do tych danych w roli administratora w rozumieniu Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanego dalej „Rozporządzeniem”). Postanowienia §13 ust. 2 – 25 OWU mają zastosowanie do przetwarzania przez Ubezpieczającego danych osobowych Ubezpieczonych.
2. LMG powierza a Ubezpieczający przyjmuje do przetwarzania dane osobowe Ubezpieczonych w celu i zakresie oraz na warunkach określonych niniejszymi postanowieniami. Powierzone do przetwarzania dane osobowe obejmować będą dane Ubezpieczonych wskazane na Listach Ubezpieczonych oraz w wypełnionych Deklaracjach przystąpienia (tj. imię, nazwisko, data urodzenia, nr PESEL (a w przypadku

obcokrajowców – numer paszportu, informacja o obywatelstwie), adres e-mail, numer telefonu, adres zamieszkania, główna miejscowość opieki zdrowotnej, stosunek współubezpieczonego do Głównego Ubezpieczonego (relacja/pokrewieństwo), a jeżeli przystąpienie do opieki ubezpieczeniowej odbywa się za pośrednictwem udostępnionej platformy on-line, wyłącznie dane osobowe Ubezpieczonych Głównych w zakresie niezbędnym do prawidłowego oznaczenia tożsamości Ubezpieczonego Głównego i tym samym weryfikacji uprawnień w zakresie przystąpienia do ochrony ubezpieczeniowej (tj. imię, nazwisko, adres e-mail, numer PESEL, data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL). Ubezpieczający oświadcza, że będzie przekazywał LMG dane osobowe tylko takich Ubezpieczonych, którzy zostali przez niego poinformowani o objęciu ich opieką ubezpieczeniową oraz wobec których zrealizował obowiązek informacyjny LMG

3. Przetwarzanie danych osobowych przez Ubezpieczającego polegać będzie na ich zebraniu w formie uzgodnionej przez Stronę, ich przekazaniu do LMG oraz aktualizacji w razie zgłoszonej Ubezpieczającemu zmiany, a także wykonaniu obowiązku informacyjnego LMG według wzoru przekazanego przez LMG stanowiącego załącznik do Umowy ubezpieczenia. W przypadku, gdy Ubezpieczający gromadzi Deklaracje przystąpienia, jest on zobowiązany do ich przekazania LMG.
4. Jeżeli należyta realizacja obowiązków Ubezpieczającego wynikających z zawartej Umowy będzie tego wymagała, Ubezpieczający może dokonać dalszego powierzenia przetwarzania danych. Uprawnienie do dalszego powierzenia przetwarzania danych osobowych przez Ubezpieczającego nie obejmuje przekazywania danych osobowych do państwa trzeciego w rozumieniu Rozporządzenia. W takim przypadku wymagana jest uprzednia zgoda LMG wyrażona w formie pisemnej lub elektronicznej.
5. Warunkiem dalszego powierzenia danych osobowych przez Ubezpieczającego jest uprzednie powiadomienie LMG o tym fakcie, z jednoczesnym oświadczeniem Ubezpieczającego, iż podmiot któremu zostaną podpowierzone dane osobowe spełnia wymogi, o których mowa w art. 28 Rozporządzenia i zostanie to zagwarantowane w umowie dalszego powierzenia przetwarzania danych. Uprawnienia podmiotu, któremu Ubezpieczający dalej powierzy przetwarzanie danych osobowych nie mogą być szersze, aniżeli uprawnienia Ubezpieczającego, wynikające z niniejszych postanowień OWU.
6. Uprawnienie, o którym mowa w ust. 5 powyżej nie wyłącza możliwości wyrażenia przez LMG sprzeciwu wobec dalszego powierzenia, który LMG może wyrazić w terminie 5 dni roboczych od poinformowania go o zamiarze podpowierzenia. Brak reakcji LMG w terminie, o którym

mowa w zdaniu poprzednim jest równoznacznym z brakiem sprzeciwu.

7. Ubezpieczający uprawniony jest do przetwarzania powierzonych danych przez okres niezbędny do ich zgromadzenia oraz przekazania do LMG w sposób wynikający z instrukcji LMG, nie dłużej niż do dnia wygaśnięcia lub rozwiązania Umowy ubezpieczenia. Jeżeli przystąpienie do opieki ubezpieczeniowej odbywa się za pośrednictwem platformy on-line poprzez złożenie elektronicznych deklaracji przystąpienia, przetwarzanie danych osobowych przez Ubezpieczającego ma charakter systematyczny i odbywa się w cyklach miesięcznych na potrzeby zgłaszania grup Ubezpieczonych do objęcia opieką ubezpieczeniową w poszczególnych okresach ubezpieczenia – po przesłaniu listy Ubezpieczonych zgłaszanych do ubezpieczenia w zdefiniowanym okresie ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest niezwłocznie usunąć te dane, które przekazał do LMG.
8. W terminie 14 dni od wygaśnięcia lub rozwiązania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest usunąć powierzone dane osobowe, chyba że obowiązek ich dalszego przetwarzania przez Ubezpieczającego wynika z odrębnych przepisów prawa. LMG przysługuje prawo do otrzymania protokołu usunięcia danych przez Zleceniodawcę.
9. Dostęp do powierzonych Ubezpieczającemu danych osobowych mogą mieć jedynie pracownicy lub współpracownicy Ubezpieczającego, którzy otrzymali jego upoważnienie do przetwarzania tych danych, poprzedzone złożeniem przez te osoby oświadczenia o zachowaniu tych danych oraz sposobów ich zabezpieczenia w tajemnicy.
10. Ubezpieczający zobowiązany jest zapewnić bezpieczeństwo przetwarzania powierzonych danych osobowych poprzez wdrożenie odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych, adekwatnych do rodzaju powierzonych danych oraz ryzyka naruszenia praw osób, których te dane dotyczą. Ubezpieczający oświadcza, że znane mu są oraz stosuje przepisy Rozporządzenia.
11. Ubezpieczający zobowiązany jest współpracować z LMG w zakresie udzielania odpowiedzi na żądania osoby, której dane dotyczą, opisane w rozdziale III Rozporządzenia (w szczególności informowanie i przejrzysta komunikacja, dostęp do danych, obowiązek informacyjny, prawo dostępu, prawo do sprostowania danych, usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, prawo sprzeciwu). W tym celu Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować LMG o każdym żądaniu Ubezpieczonego w ramach wykonywania przez niego praw wynikających z Rozporządzenia oraz udzielania LMG wszelkich niezbędnych informacji w tym zakresie.
12. Mając na uwadze charakter przetwarzania powierzonych danych oraz dostępnych Ubezpieczającemu informacji, zobowiązany jest on wspierać LMG w wywiązywaniu się przez LMG z obowiązków w zakresie bezpieczeństwa

danych, zarządzania naruszeniami ochrony danych osobowych oraz ich zgłaszaniem do organu nadzoru oraz osoby, której dane dotyczą, oceny skutków dla ochrony danych oraz konsultacjami z organem nadzoru (Art. 32-36 Rozporządzenia).

13. Ubezpieczający zobowiązany jest niezwłocznie, jednakże nie później niż w terminie 24 h po stwierdzeniu naruszenia bezpieczeństwa ochrony danych osobowych lub uzasadnionego podejrzenia takiego naruszenia poinformować LMG w formie elektronicznej na adres e-mail: **daneosobowe@luxmed.pl**. Informacja przekazana LMG powinna zawierać co najmniej:
 - a) opis charakteru naruszenia oraz - o ile to możliwe - wskazanie kategorii i przybliżonej liczby osób, których dane zostały naruszone i ilości/rodzaju danych, których naruszenie dotyczy,
 - b) imię, nazwisko i dane kontaktowe inspektora ochrony danych lub innej jednostki/osoby, z którą LMG może kontaktować się w związku z wystąpieniem naruszenia,
 - c) opis możliwych konsekwencji naruszenia,
 - d) opis zastosowanych lub proponowanych do zastosowania przez Ubezpieczającego środków w celu zaradzenia naruszeniu, w tym minimalizacji jego negatywnych skutków.
14. Zgłoszenie, o którym mowa w ust. 13 powyżej powinno być przesłane w sposób zapewniający bezpieczeństwo przekazywanych informacji, tj. w formie zaszyfrowanej.
15. Zmiana adresu e-mail, o którym mowa w ust. 13 powyżej lub zmiana sposobu zgłaszania incydentów LMG może być dokonana w formie elektronicznej lub dokumentowej w ramach wiadomości e-mail przesłanej na adres Ubezpieczającego i nie stanowi zmiany Umowy ubezpieczenia.
16. Adres e-mail, o którym mowa w ust. 13 powyżej jest także adresem kontaktowym LMG, pod którym Ubezpieczający może kierować wszelkie informacje oraz zgłaszać wszelkie kwestie związane z przetwarzaniem danych osobowych powierzonych Ubezpieczającemu.
17. Ubezpieczający zobowiązuje się na bieżąco śledzić zmiany regulacji ochrony danych osobowych i dostosowywać sposób przetwarzania danych, w szczególności procedury wewnętrzne i sposoby zabezpieczenia danych osobowych do aktualnych wymagań prawnych.
18. Ubezpieczający zobowiązany jest udzielać LMG wszelkich informacji niezbędnych dla wykazania przez LMG wywiązywania się ze wszystkich obowiązków określonych w umowie ubezpieczenia, niniejszych postanowieniach OWU oraz przepisach prawa, w szczególności Rozporządzenia.
19. LMG jest uprawniona do przeprowadzania audytów zgodności przetwarzania przez Ubezpieczającego powierzonych danych osobowych z przepisami Rozporządzenia, ustaw, postanowień OWU oraz umowy ubezpieczenia, polegających w szczególności na żądaniu

udzielenia pisemnej informacji lub wyjaśnień oraz – w uzasadnionych przypadkach - inspekcjach miejsc przetwarzania danych osobowych przez Ubezpieczającego. Ubezpieczający ma prawo do odmowy udzielenia pisemnej informacji lub wyjaśnień oraz udzielenia dostępu do miejsc przetwarzania danych osobowych w zakresie, w którym audyt mógłby zagrażać ujawnieniu innych danych osobowych, aniżeli powierzonych Ubezpieczającemu na mocy OWU. W takim przypadku Ubezpieczający zobowiązany jest w sposób jasny i wyczerpujący, w formie pisemnej uzasadnić swoje stanowisko.

20. Informacja o planowanej inspekcji zostanie przekazana Ubezpieczającemu z co najmniej 7-dniowym wyprzedzeniem, z jednoczesnym wskazaniem zakresu inspekcji oraz osób upoważnionych przez LMG do przeprowadzenia inspekcji. Powyższe nie wyklucza zlecenia wykonania inspekcji przez podmiot zewnętrzny upoważniony przez LMG, jednakże każda z osób działająca w imieniu podmiotu zewnętrznego może dokonywać inspekcji wyłącznie po uprzednim przedstawieniu Ubezpieczającemu upoważnienia imiennego do dokonania inspekcji oraz wyłącznie w zakresie wskazanym w tym upoważnieniu. W przypadku, gdyby przedstawiony przez LMG zakres inspekcji bądź narzędzia do wykonania czynności podczas inspekcji stanowiłyby naruszenie przepisów prawa ochrony danych przez Ubezpieczającego, jest on uprawniony do sprzeciwienia się przeprowadzeniu przez LMG inspekcji jednocześnie zobowiązany do niezwłocznego powiadomienia o tym fakcie LMG w formie elektronicznej lub pisemnej.
21. Prawo kontroli, o którym mowa w ust. 18-20 powyżej będzie realizowane przez LMG nie częściej niż raz do roku, z takim zastrzeżeniem, że w przypadku wystąpienia okoliczności poddających pod uzasadnioną wątpliwość zgodność przetwarzania powierzonych Ubezpieczającemu danych z przepisami prawa oraz postanowieniami umowy ubezpieczenia lub w przypadku wystąpienia naruszenia bezpieczeństwa danych osobowych, LMG ma prawo do wszczęcia dodatkowej kontroli, nieobjętej limitem, o którym mowa w zdaniu pierwszym.
22. LMG przysługuje prawo wydawania Ubezpieczającemu rekomendacji co do sposobu przetwarzania powierzonych danych oraz stosowanych przez Ubezpieczającego środków technicznych i organizacyjnych zabezpieczających powierzone dane osobowe. Rekomendacje LMG nie są wiążące dla Ubezpieczającego, jednakże wydana rekomendacja zobowiązuje Ubezpieczającego do weryfikacji możliwości jej wdrożenia w wewnętrzne procedury przetwarzania danych osobowych. Rekomendacje wydane przez LMG nie mogą zakładać naruszenia przepisów prawa przez Ubezpieczającego w przypadku ich wdrożenia.
23. Ubezpieczający zobowiązany jest niezwłocznie powiadamiać LMG o wszelkich skargach, pismach,

kontrolach organu nadzoru, postępowaniach sądowych i administracyjnych pozostających w związku z powierzonymi danymi osobowymi oraz współdziałać z LMG w tym zakresie, w szczególności poprzez udostępnianie LMG wszelkiej dokumentacji z tym związanej.

24. Ubezpieczający odpowiada za działania i zaniechania osób, przy pomocy których będzie przetwarzał powierzone dane osobowe, jak za działania lub zaniechania własne.
25. W przypadku, gdy w związku z niezgodnym z przepisami Rozporządzenia przetwarzaniem danych osobowych powierzonych Ubezpieczającemu, z przyczyn leżących po stronie Ubezpieczającego (wina), LMG poniesie jakiegokolwiek koszty, w szczególności związane z wypłatą zadośćuczynienia lub koszty obsługi prawnej, Ubezpieczający zobowiązany będzie pokrycia tych kosztów w pełnej wysokości a w przypadku wytoczonego postępowania sądowego - do udzielenia LMG wszelkiego wsparcia w takim postępowaniu, a także do przejęcia odpowiedzialności w przypadku przyznania Ubezpieczonemu odszkodowania w takim postępowaniu, w wysokości odpowiadającej równowartości przyznanego odszkodowania lub kosztów zadośćuczynienia oraz wszelkich kosztów niezbędnych do obrony przed zgłaszanymi roszczeniami a poniesionych przez LMG w takim postępowaniu.

§ 14 Odstąpienie od Umowy

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy.
2. Odstąpienie od Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

§ 15 Reklamacje

1. Reklamacje związane z zawarciem lub wykonaniem Umowy mogą być kierowane przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy do Ubezpieczyciela pisemnie, za pomocą adresu poczty elektronicznej reklamacje.ubezpieczenia@luxmed.pl bądź poprzez formularz znajdujący się na stronie internetowej Ubezpieczyciela. Reklamacja może być również złożona osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub za pośrednictwem poczty lub postańca.
2. Reklamacja powinna być kierowana do Ubezpieczyciela i zawierać zwięzły opis nieprawidłowości, pozwalający na jednoznaczną identyfikację zdarzenia będącego podstawą reklamacji i wszystkich istotnych jego okoliczności.
3. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi na reklamację w formie papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, ewentualnie w formie elektronicznej, gdy osoba składająca reklamację wyrazi zgodę na jej zastosowanie.

4. Odpowiedź na reklamację udzielana jest bez zbędnej zwłoki jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
 5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa ust. 4, Ubezpieczyciel:
 - 1) wyjaśni przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
 6. Reklamacja może być złożona również przez pełnomocnika.
 7. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego (<https://www.knf.gov.pl>).
 8. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub Uposażonemu z tytułu Umowy po wyczerpaniu postępowania reklamacyjnego, w ramach Umowy ubezpieczenia, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie jego sprawy do podmiotu uprawnionego do pozasądowego rozwiązywania sporów, którym jest Rzecznik Finansowy (szczegółowe informacje dostępne na stronie internetowej Rzecznika Finansowego <https://rf.gov.pl/>).
2. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez Stronę w związku z Umową powinny być dokonywane na piśmie, chyba że co innego wynika z Umowy.
 3. OWU zostały zatwierdzone przez Dyrektora Generalnego i mają zastosowanie do Umów zawieranych od dnia 01 kwietnia 2022 r.

Anna Rulkiewicz



Dyrektor Generalny

§ 16 Właściwość sądu

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

§ 17 Cesja praw z umowy ubezpieczenia

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

§ 18 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

CZĘŚĆ SZCZEGÓLNA

OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

Moduły Ubezpieczenia

Tytuł I. Moduł Ambulatoryjny

§ 1 Zasady ogólne

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

§ 2 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Jeżeli Umowa nie stanowi inaczej, oprócz wyłączeń określonych w § 8 OWU Część Ogólna, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w Module Ambulatoryjnym nie obejmuje udzielania świadczeń zdrowotnych będących następstwem lub w zakresie:
 - 1) diagnozowania i leczenia zaburzeń płodności, w tym ciąży będącej wynikiem ww. postępowania, o ile jest to ciąża wysokiego ryzyka;
 - 2) diagnozowania i leczenia związanego ze zmianą płci;
 - 3) przeprowadzania zabiegów aborcji oraz leczenia ich następstw;

- 4) prowadzenia ciąży wysokiego ryzyka;
- 5) diagnozowania i leczenia protetycznego, ortodontycznego, periodontologicznego, implantologicznego;
- 6) diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetologii a także leczenia niepożądanych następstw wymienionych w zdaniu poprzednim procedur;
- 7) diagnozowania i leczenia nie zleconego lub nie wykonanego w Placówkach wskazanych przez Ubezpieczyciela;
- 8) wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń, wniosków niezwiązanych z koniecznością kontynuacji procesu diagnostycznego i terapeutycznego prowadzonego w Placówce wskazanej przez Ubezpieczyciela (wyłączenie nie dotyczy świadczeń medycyny pracy – o ile jest objęte zakresem Ubezpieczenia, druków ZUS ZLA);
- 9) leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz pobytów rehabilitacyjnych, w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgniarskiej, w której Ubezpieczony przebywa z przyczyn medycznych, rodzinnych lub społecznych;
- 10) leczenia zakażenia wirusami HIV (AIDS), wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem w/w zakażeń;
- 11) będących wynikiem uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie licencjonowanych linii lotniczych;
- 12) badań diagnostycznych niezbędnych do planowego leczenia szpitalnego, realizowanego w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Jeśli Świadczenia ambulatoryjne, jakie mają być udzielone Ubezpieczonemu wykraczają ponad zakres Świadczeń medycznie niezbędnych, Ubezpieczyciel może odpowiednio zredukować świadczenia medyczne do Świadczenia medycznie niezbędnego albo wykonać świadczenie odpłatnie po uzyskaniu na to zgody Ubezpieczonego.
3. Ubezpieczyciel nie odpowiada za Zdarzenia ubezpieczeniowe wynikłe z:

- 1) błędów medycznych;
- 2) błędów wynikających z nienależycie prowadzonej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.

Za błędy wymienione w ust. 3 pkt 1) i 2) odpowiada Świadczeniodawca.

§ 3 Realizacja świadczeń

1. Świadczenia ambulatoryjne udzielane są przez Placówki medyczne wskazane przez Ubezpieczyciela, zgodnie z godzinami i zakresem pracy danej Placówki medycznej, chyba że warunki Umowy ubezpieczenia stanowią inaczej.
2. W celu uzyskania Świadczenia ambulatoryjnego w Placówce medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczony obowiązany jest:
 - 1) skontaktować się z infolinią Operatora lub Placówką medyczną osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem innych kanałów udostępnionych przez Operatora;
 - 2) uzgodnić termin i miejsce wykonania Świadczenia ambulatoryjnego;
 - 3) okazać w Placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem, potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego;
 - 4) zastosować się do regulaminów lub poleceń i wskazówek otrzymanych od Pracownika Placówki medycznej, obowiązujących w danej Placówce medycznej;
 - 5) udzielić Placówce medycznej wszelkich informacji dotyczących podstawy udzielenia Świadczenia ambulatoryjnego (tj. Choroba, Nieszczęśliwy wypadek).
3. Ubezpieczony obowiązany jest do odwołania zarezerwowanego terminu wykonania Świadczenia ambulatoryjnego, jeśli nie może stawić się w terminie, przy użyciu kanałów kontaktu wskazanych przez Operatora.
4. Świadczenia ambulatoryjne są udzielane przez Placówki medyczne zgodnie obowiązującymi przepisami prawa i standardami obsługi obowiązującymi w danej placówce.
5. Jeżeli Świadczenia ambulatoryjne udzielane są osobom poniżej 18 roku życia, Placówka medyczna może żądać przed udzieleniem świadczenia przedstawiania dokumentów wskazanych w standardach obsługi pacjenta małoletniego stosowanych przez taką placówkę.
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za udzielenie przez Placówkę medyczną Świadczeń ambulatoryjnych nieobjętych zakresem Umowy oraz świadczeń zleconych lub wykonanych przez Placówkę medyczną inną niż wskazaną przez Ubezpieczyciela, o ile Umowa nie stanowi inaczej.
7. Ubezpieczyciel zapewnia, że udzielenie Świadczenia ambulatoryjnego przez Placówkę medyczną nastąpi bez zbędnej zwłoki w możliwie najszybszym terminie.