



Przewodnik Ubezpieczonego

Spis treści

Ubezpieczenie grupowe	3
W jaki sposób przystąpić do ubezpieczenia grupowego?	3
Jak sprawdzić zakres ubezpieczenia?	3
Gdzie mogę skorzystać ze świadczeń ambulatoryjnych?	3
Umawianie wizyt i badań	3
Jak umówić się na wizytę w centrach medycznych Grupy LUX MED?	3
Jak odwołać umówioną wizytę?	3
Jak umówić się na wizytę w placówkach partnerskich?	4
Jak umówić się na badania Medycyny Pracy?	4
Portal Pacjenta	4
Czym jest Portal Pacjenta i kto może z niego korzystać?	4
Jak uzyskać dostęp do Portalu Pacjenta?	4
Jak zamówić receptę?	4
Opieka medyczna w placówkach	5
Jak korzystać z usług w placówce?	5
Jakie dane są potrzebne do wystawienia zwolnienia lekarskiego?	5
Co jest potrzebne do uzyskania recepty na leki refundowane?	5
Na jakich warunkach członek rodziny lub inna osoba, która nie jest opiekunem prawnym dziecka, może przyjść z nim na wizytę?	5
Badania diagnostyczne	6
Jak przygotować się do badania?	6
Jaki jest termin ważności skierowania na badania laboratoryjne i diagnostyczne?	6
Czy inna osoba może odebrać wyniki badań w moim imieniu?	6
Satysfakcja Pacjenta	6
Jak mogę przekazać swoje uwagi i opinie związane z realizacją ubezpieczenia?	6
E-Konsultacje	6
Zgłoszenie roszczenia	6
Gdzie mogę zgłosić roszczenie?	6
Ubezpieczenie w Module Szpitalnym	7
Co obejmuje zakres Ubezpieczenia Szpitalnego?	7
Ile wynosi okres karencji w Ubezpieczeniu Szpitalnym?	7
Gdzie są realizowane świadczenia ubezpieczeniowe?	7
Jakie dokumenty są potrzebne w celu zgłoszenia roszczenia w zakresie leczenia szpitalnego?	7
Ubezpieczenie w Module Poważne Zachorowania	7
Co obejmuje zakres Ubezpieczenia w razie Poważnego Zachorowania?	7
Ile wynosi okres karencji w Ubezpieczeniu w razie Poważnego Zachorowania?	7
W jaki sposób realizowane jest świadczenie ubezpieczeniowe?	7
W jakim terminie i w jaki sposób wypłacane jest świadczenie?	8
Ubezpieczenie w Module NNW (Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków)	8
Co obejmuje zakres Ubezpieczenia NNW?	8
W jaki sposób realizowane jest świadczenie ubezpieczeniowe?	8
Kto jest uprawniony do wypłaty świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego?	8
W jakim terminie i w jaki sposób wypłacane jest świadczenie?	8

SZANOWNI PAŃSTWO,

bardzo miło jest nam powitać Państwa w gronie Pacjentów LUX MED Ubezpieczenia. Jesteśmy częścią Grupy LUX MED – lidera rynku prywatnych usług medycznych w Polsce. Grupa LUX MED zapewnia pełną opiekę: ambulatoryjną, diagnostyczną, rehabilitacyjną, szpitalną i długoterminową. Prowadzi największą w Polsce sieć prywatnych placówek medycznych. Grupa to również LUX MED Diagnostyka, 7 szpitali oraz ośrodek opiekuńczo-rehabilitacyjny Tabita.

LUX MED jest częścią Bupa – czołowej międzynarodowej grupy działającej w opiece zdrowotnej. Dołożymy wszelkich starań, aby czuli się Państwo z nami zdrowo i bezpiecznie. Zapraszamy do zapoznania się z przewodnikiem, w którym znajdziecie Państwo podsumowanie najważniejszych zagadnień dotyczących korzystania z usług medycznych oraz odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania.



UBEZPIECZENIE GRUPOWE

W jaki sposób przystąpić do ubezpieczenia grupowego?

Aby przystąpić do ubezpieczenia grupowego, wymagane jest zawarcie umowy ubezpieczenia między Państwa pracodawcą a LUX MED Ubezpieczenia. W przypadku zawarcia takiej umowy należy zgłosić się do swojego pracodawcy w celu otrzymania formularza **Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia**, lub pobrać formularz ze strony www.luxmed.pl/ubezpieczenia w sekcji **Obsługa firm – Niezbędnik dla firm/Dokumenty i formularze**.

Prosimy o przekazanie wypełnionej deklaracji do pracodawcy, który następnie przekaże druk do Ubezpieczyciela.

Przystąpienie do ubezpieczenia jest możliwe od 1 dnia miesiąca.

Jak sprawdzić zakres ubezpieczenia?

Szczegółowe informacje dotyczące zakresu usług realizowanych w ramach Twojego ubezpieczenia są dostępne:

- w dziale personalnym pracodawcy;
- u innej osoby wyznaczonej do kontaktów z LUX MED Ubezpieczenia.

W razie pytań zapraszamy również do kontaktu z **Infolinią** ubezpieczeniową: **22 339 37 37** dostępną od poniedziałku do piątku w godz. 08.00–17.00.

Gdzie mogę skorzystać ze świadczeń ambulatoryjnych?

Operatorem koordynującym udzielanie świadczeń ambulatoryjnych w imieniu LUX MED Ubezpieczenia jest Grupa LUX MED, która jako strategiczny partner oddaje do Państwa dyspozycji:

- **własne centra medyczne LUX MED i Medycyna Rodzinna**, których lista znajduje się na www.luxmed.pl;
- **placówki partnerskie**, których adresy możesz sprawdzić, logując się do **Portalu Pacjenta** lub dzwoniąc na Infolinię: **22 33 22 888**.

Dostęp do poszczególnych placówek jest określony w umowie ubezpieczenia.



UMAWIANIE WIZYT I BADAŃ

Jak umówić się na wizytę w centrach medycznych Grupy LUX MED?

Termin wizyty lub badania można zarezerwować za pośrednictwem:

- Internetu – po zalogowaniu się na stronie www.luxmed.pl do **Portalu Pacjenta** (dostępny również w formie aplikacji mobilnej);
- Infolinii – pod numerem: **22 33 22 888**.

Jak odwołać umówioną wizytę?

Odwoływanie wizyt jest niezwykle ważne, ponieważ dzięki temu inny Pacjent może skorzystać z dostępnego terminu.

Możesz to zrobić:

- wysyłając zwrotny **SMS** z tekstem **NIE** w odpowiedzi na SMS z potwierdzeniem wizyty (jeżeli masz zaplanowaną więcej niż jedną wizytę, prosimy o wskazanie, która z nich powinna zostać odwołana);
- za pośrednictwem **Portalu Pacjenta**;
- kontaktując się z **Infolinią** pod numerem: **22 33 22 888**;
- w recepcji.

Jak umówić się na wizytę w placówkach partnerskich?

Termin wizyty w placówkach partnerskich można rezerwować:

- **telefonicznie**, dzwoniąc bezpośrednio do placówki partnerskiej, w której chcemy zarezerwować wizytę;
- **osobiście**, podczas wizyty w placówce partnerskiej.

Jak umówić się na badania Medycyny Pracy?

Termin badania Medycyny Pracy można zarezerwować:

- online, logując się do **Portalu Pacjenta** na stronie mp.luxmed.pl;
- dzwoniąc pod numer: **22 33 81 666** od poniedziałku do piątku w godz. 07.00–19.00. **Operator zapyta Cię o informacje ze skierowania, dlatego miej je przy sobie**;
- korzystając z formularza kontaktowego dostępnego na stronie www.luxmed.pl w sekcji Dla Pacjentów, w zakładce Kontakt; <https://www.luxmed.pl/dla-pacjentow/kontakt.html>; wypełniając formularz, należy pamiętać o konieczności przesłania skanu skierowania.

PORTAL PACJENTA

Czym jest Portal Pacjenta i kto może z niego korzystać?

Portal Pacjenta to nowoczesna platforma online, dzięki której, gdziekolwiek jesteś i kiedykolwiek chcesz, możesz:

- **zarezerwować lub odwołać wizytę**;
- **odebrać wyniki badań** laboratoryjnych z komentarzem lekarskim;
- **zamówić receptę**;
- **wypełnić ankietę satysfakcji** po wizycie;
- zyskać dostęp do swojej historii leczenia;
- sprawdzić wystawione skierowania;
- skonsultować się z lekarzem online (skorzystaj z **e-Konsultacji**).

Regulamin korzystania z Portalu Pacjenta znajduje się na www.luxmed.pl oraz w naszych recepcjach. Do korzystania z narzędzia uprawnieni są wszyscy Pacjenci posiadający aktywny pakiet medyczny wykupiony w Grupie LUX MED. Dodatkowe informacje na temat uzyskania dostępu do Portalu Pacjenta znajdziecie na naszej stronie www.luxmed.pl w zakładce Niezbędnik.

Została przygotowana również mobilna wersja Portalu Pacjenta. Aplikacja jest dostępna na urządzenia z systemami operacyjnymi iOS oraz Android. Dla posiadaczy urządzeń z innymi systemami przygotowaliśmy Mobilny Portal Pacjenta dostępny pod adresem: m.grupaluxmed.pl.

Jak uzyskać dostęp do Portalu Pacjenta?

Dostęp do Portalu Pacjenta można aktywować samodzielnie, jednak będzie to możliwe wyłącznie, jeśli udostępnisz swój numer telefonu komórkowego, na który zostanie przesłane hasło uruchamiające konto.

Na stronie <https://portalpacjenta.luxmed.pl/> możesz się zarejestrować, wpisując w odpowiednich polach swoje dane (imię, nazwisko, PESEL, e-mail, numer telefonu komórkowego, a także swój login). Hasło do

pierwszego logowania wysłane jest przez SMS. Aby uzyskać dostęp do wszystkich funkcji Portalu Pacjenta (II poziom), w tym również do przeglądania wyników badań online oraz korzystania z e-Konsultacji medycznych, należy osobiście zgłosić się do dowolnego stanowiska recepcyjnego w centrum medycznym Grupy LUX MED, zweryfikować dane osobowe i podpisać regulamin.

Jak zamówić receptę?

W ramach kontynuacji leczenia u lekarza LUX MED możesz zamówić receptę za pośrednictwem:

- **Portalu Pacjenta** w zakładce Recepty – Zamów receptę;
- **Infolinii 22 33 22 888**;
- **recepcji**.

Po wypisaniu recepty otrzymasz SMS z informacją o wystawieniu recepty przez lekarza.

Możliwość zamawiania recept dotyczy leków, które wcześniej już były przepisane przez lekarza LUX MED.



OPIEKA MEDYCZNA W PLACÓWKACH

Jak korzystać z usług w placówce?

Przyjdź do placówki 10–15 minut przed umówioną wizytą i potwierdź ją:

- odpowiadając „TAK” na SMS (dostaniesz go 15 minut przed wizytą)*;
- przez stronę mobilną jestem.luxmed.pl*;
- bezpośrednio w recepcji.

Pamiętaj o przygotowaniu dowodu tożsamości ze zdjęciem (możesz być poproszony o okazanie go w gabinecie lub recepcji).

* Dotyczy konsultacji lekarskich i wybranych badań wykonywanych w ramach abonamentu (bez dopłat) dla osób dorosłych.

W placówkach partnerskich Grupy LUX MED możesz być poproszony dodatkowo o okazanie Karty Ubezpieczonego (plastikowej) lub e-Karty (w wersji elektronicznej na swoim urządzeniu mobilnym lub wydrukowanej), którą znajdziesz na Portalu Pacjenta.

Jakie dane są potrzebne do wystawienia zwolnienia lekarskiego?

Do wystawienia zaświadczenia ZUS-ZLA (zwolnienia lekarskiego) niezbędne są dane: **PESEL chorego i NIP zakładu pracy**. Jeżeli nie nadano numeru PESEL, należy wpisać serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość. W przypadku, gdy jesteś jednocześnie zatrudniony w więcej niż jednej firmie (bez względu na pełnioną funkcję i wymiar czasu pracy), należy poprosić o wystawienie zwolnienia dla

każdego z pracodawców osobno, podając NIP każdego z nich. Zaświadczenie ZUS-ZLA przeznaczone jest wyłącznie dla pracowników pozostających w stosunku pracy. Wystawione przez lekarza zaświadczenie w wersji elektronicznej (e-ZLA) zostanie przekazane automatycznie na konto pracodawcy i ZUS.

Wydruk wystawionego przez lekarza zaświadczenia lekarskiego e-ZLA jest przekazywany Ubezpieczonemu, wyłącznie w sytuacjach:

- jeżeli z informacji udostępnionych na profilu lekarza na PUE ZUS wynika, że płatnik składek (np. pracodawca) nie posiada profilu na PUE ZUS;
- na żądanie Ubezpieczonego, nawet jeżeli płatnik składek ma profil informacyjny płatnika składek na PUE ZUS.

Natomiast w sytuacjach, kiedy wystawienie e-ZLA nie jest możliwe – m.in. w razie braku połączenia internetowego lub braku możliwości uwierzytelnienia zaświadczenia lekarskiego z wykorzystaniem kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub profilu zaufanego ePUAP:

- lekarz wystawia zaświadczenie lekarskie na formularzu wydrukowanym z systemu.

Co jest potrzebne do uzyskania recepty na leki refundowane?

Konieczne jest wskazanie medyczne oraz potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków NFZ poprzez pozytywną weryfikację w systemie eWUŚ. Lekarze LUX MED mają dostęp do tego systemu. Pacjenci, którzy nie będą widnieli w systemie eWUŚ jako ubezpieczeni, zostaną poproszeni o wypełnienie oświadczenia, że są

objęci ubezpieczeniem. W przypadku braku pozytywnej weryfikacji lub ewentualnej odmowy przez Pacjenta wypełnienia oświadczenia o prawie do świadczeń, recepta zostaje wystawiona jako pełnopłatna. Weryfikacja w systemie eWUŚ jest ważna wyłącznie w dniu (dobie) świadczenia.

Na jakich warunkach członek rodziny lub inna osoba, która nie jest opiekunem prawnym dziecka, może przyjść z nim na wizytę?

Pacjenci do 18 roku życia mogą skorzystać z konsultacji lekarskiej, pobrania krwi, badań diagnostycznych oraz rehabilitacji jedynie w obecności przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. Jeżeli dziecko jest pod opieką opiekuna faktycznego, jest on zobowiązany do okazania pisemnego upoważnienia przedstawiciela ustawowego.

Wzór upoważnienia można pobrać z naszej strony www.luxmed.pl z zakładki Niezbędnik – Wzory dokumentów.

BADANIA DIAGNOSTYCZNE

Jak przygotować się do badania?

Informacje na temat przygotowania się do najpopularniejszych badań znajdziesz na:

- Portalu Pacjenta;
- stronie www.luxmed.pl w Sekcji dla Pacjentów w zakładce Niezbędnik – Wskazówki przed badaniami.

Jaki jest termin ważności skierowania na badania laboratoryjne i diagnostyczne?

Termin ważności skierowania na wszystkie badania laboratoryjne i diagnostyczne wynosi 3 miesiące. Termin może być inny, jeżeli lekarz zaleci inaczej oraz zaznaczy informację na skierowaniu.

Czy inna osoba może odebrać wyniki badań w moim imieniu?

Aby osoba inna niż właściciel badań mogła odbierać wyniki, niezbędne jest pozostawienie w centrum medycznym Grupy LUX MED upoważnienia, którego wzór znajduje się na www.luxmed.pl w zakładce Niezbędnik – Wzory dokumentów.

SATYSFAKCJA PACJENTA

Zdanie naszych Pacjentów jest dla nas kluczowe, dlatego też nieustannie rozwijamy narzędzia, które umożliwiają nam poznanie Waszych opinii. Zachęcamy do wypełnienia ankiety satysfakcji dotyczącej konsultacji lekarskiej.

Jak mogę przekazać swoje uwagi i opinie związane z realizacją ubezpieczenia?

Wszelkie uwagi oraz sugestie możesz przekazać:

- mailowo – na adres: reklamacje.ubezpieczenia@luxmed.pl;
- osobiście – w siedzibie Ubezpieczyciela lub za pośrednictwem poczty lub postańca.

E-KONSULTACJE

Dzięki nowoczesnej platformie telemedycznej możesz skorzystać z **konsultacji online z lekarzem, pielęgniarką lub położną**. Wystarczy posiadać dostęp do Portalu Pacjenta oraz dostęp do Internetu. Podczas indywidualnej e-Konsultacji możesz m.in.

skonsultować niepokojące Cię objawy i poprosić o pomoc w doborze leków. Nasz specjalista ma wgląd do dokumentacji medycznej, więc może również ocenić wyniki badań lub w razie potrzeby wystawić na nie skierowanie.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

Gdzie mogę zgłosić roszczenie?

Roszczenie należy zgłosić do LUX MED Ubezpieczenia:

- **drogą pocztową** na adres:
LUX MED Ubezpieczenia,
Departament Obsługi Klienta,
Dział Obsługi Posprzedażowej Klienta,
ul. Postępu 21C, 02-676 Warszawa;
- **drogą elektroniczną** na adres e-mail:
roszczenia.ubezpieczenia@luxmed.pl.
Formularze dostępne są na
www.luxmed.pl/ubezpieczenia w sekcji
Zgłoszenie roszczenia lub **Obsługa firm – Niezbędnik dla firm / Dokumenty i formularze**.

UBEZPIECZENIE W MODULE SZPITALNYM

Co obejmuje zakres Ubezpieczenia Szpitalnego?

Zakres Ubezpieczenia Szpitalnego obejmuje:

- pokrycie kosztów lub części kosztów Operacji Planowych i Świadczeń towarzyszących.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest ograniczona do wysokości sum ubezpieczenia dla poszczególnych operacji planowych zgodnie z zakresem.

Ile wynosi okres karencji w Ubezpieczeniu Szpitalnym?

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się zgodnie z warunkami określonymi w umowie ubezpieczenia i Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia po upływie okresu karencji:

- **3 miesiące** – dla wszystkich usług z wyłączeniem świadczeń związanych z ciążą i porodem;
- **10 miesięcy** – dla świadczeń związanych z ciążą i porodem.

Gdzie są realizowane świadczenia ubezpieczeniowe?

Świadczenia szpitalne realizowane są w szpitalach wskazanych przez operatora na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Jakie dokumenty są potrzebne w celu zgłoszenia roszczenia w zakresie leczenia szpitalnego?

Świadczenie ubezpieczeniowe realizowane jest po zgłoszeniu LUX MED Ubezpieczenia roszczenia w formie pisemnej poprzez przedstawienie niżej wymienionych dokumentów:

- **kopii skierowania lekarza placówki medycznej** (dotyczy zabiegu/ operacji planowej);
- **kopii dokumentacji medycznej, karty informacyjnej leczenia oraz wyników badań potwierdzających wskazanie do przeprowadzenia operacji planowej** (dotyczy zabiegu/operacji planowej);
- **kopii karty ciąży** (dotyczy porodu);
- **kopii konsultacji lekarskich z okresu 3 miesięcy sprzed zajścia w ciążę oraz I i III trymestru ciąży** (1 zapis z każdego okresu – dotyczy porodu).

Zamiar skorzystania ze Świadczeń opieki okołoporodowej musi być zgłoszony na co najmniej **3 miesiące przed planowaną datą porodu**. LUX MED Ubezpieczenia podejmie decyzję o zasadności roszczenia w ciągu **30 dni od dostarczenia kompletu dokumentów**.

UBEZPIECZENIE W MODULE POWAŻNE ZACHOROWANIA

Co obejmuje zakres Ubezpieczenia w razie Poważnego Zachorowania?

Zakres Ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w okresie ochrony pierwszego i jednego zachorowania w zależności od wybranego wariantu. Ubezpieczenie w razie Poważnego

Zachorowania zapewnia ochronę ubezpieczeniową na całym świecie, przez 24 godziny na dobę. Świadczenie ubezpieczeniowe stanowi aktualna na dzień wystąpienia zachorowania suma ubezpieczenia.

Ile wynosi okres karencji w Ubezpieczeniu w razie Poważnego Zachorowania?

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela, w zależności od zawartej umowy, rozpoczyna się po upływie 3-miesięcznego okresu karencji.

W jaki sposób realizowane jest świadczenie ubezpieczeniowe?

Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest po przedstawieniu Ubezpieczycielowi wymaganych dokumentów, w tym:

- **wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego** złożonego na formularzu Ubezpieczyciela wraz z załącznikami;
- **dokumentacji medycznej**, karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub zaświadczenia prowadzącego leczenie lekarza specjalisty i badań dodatkowych potwierdzających ostateczną diagnozę zachorowania objętego ochroną ubezpieczeniową zgodnie z „Wykazem Poważnych Zachorowań”;
- **wyników badania histopatologicznego** dotyczącego zachorowania (o ile dotyczy).

W jakim terminie i w jaki sposób wypłacane jest świadczenie?

W przypadku zasadnego roszczenia świadczenie (w wysokości określonej w umowie aktualnej na dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego) zostanie wypłacone w terminie **30 dni**, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym, **przelewem na wskazany rachunek bankowy**.

UBEZPIECZENIE W MODULE NNW (NASTĘPSTWA NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW)

Co obejmuje zakres Ubezpieczenia NNW?

Zakres Ubezpieczenia NNW obejmuje śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż 6 miesięcy, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku i miała miejsce w okresie ochrony.

W jaki sposób realizowane jest świadczenie ubezpieczeniowe?

Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest po przedstawieniu Ubezpieczycielowi wymaganych dokumentów, w tym:

- wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego złożonego na formularzu Ubezpieczyciela wraz z załącznikami;
- aktu zgonu Ubezpieczonego (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem);
- zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu (karta statystyczna zgonu lub diagnoza lekarska);
- wyniku sekcji zwłok, jeśli była przeprowadzona;
- dokumentu potwierdzającego nabycie prawa do świadczenia w przypadku, gdy uprawniony nie został wskazany imiennie jako Uposażony;
- dokumentu potwierdzającego okoliczności nieszczęśliwego wypadku i przyczynę śmierci Ubezpieczonego.

Kto jest uprawniony do wypłaty świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego?

Ubezpieczony może wskazać w umowie **Uposażonego**, czyli osobę, której zostanie wypłacone świadczenie po śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego. W trakcie trwania umowy Ubezpieczony może zmienić Uposażonych oraz procent ich udziału w świadczeniu, jeśli wskazał więcej niż jednego Uposażonego. W przypadku, gdy Uposażony zmarł przed Ubezpieczonym lub utracił prawo do świadczenia, jego prawo przejmują pozostali Uposażeni proporcjonalnie do przyznanego im procentowego udziału w świadczeniu.

Jeśli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych lub wskazani przez niego Uposażeni zmarli przed datą śmierci Ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, uprawnionymi do wypłaty świadczenia stają się:

- małżonek, a w przypadku jego braku,
- dzieci (w równych częściach), a w przypadku ich braku,
- rodzice (w równych częściach), a w przypadku ich braku,
- rodzeństwo (w równych częściach), a w przypadku ich braku,
- inni spadkobiercy ustawowi w kolejności wynikającej z przepisów prawa, z wyłączeniem gminy i Skarbu Państwa.

Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia osobie, która swoim umyślnym działaniem spowodowała śmierć Ubezpieczonego lub przyczyniła się do niej. W tym przypadku prawo do tej części świadczenia przechodzi na inne osoby Uposażone proporcjonalnie do przyznanego im procentowego udziału w świadczeniu.

W jakim terminie i w jaki sposób wypłacane jest świadczenie?

Świadczenie wypłacane jest po rozpatrzeniu przez Ubezpieczyciela zasadności roszczenia, czyli po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego.

W przypadku zasadnego roszczenia, świadczenie w wysokości określonej w Umowie (aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku) zostanie wypłacone w terminie **30 dni**, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym, **przelewem na wskazany rachunek bankowy**.