



Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego LUX MED

SWU/G/002/2015

Część ogólna

§ 1 Postanowienia ogólne

1. Na podstawie niniejszych Szczególnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego („SWU”), **LMG Försäkrings AB SA** z siedzibą w Sztokholmie (102 51), c/o Aon Global Risk Consulting AB, Box 27093, Szwecja, zarejestrowana w Urzędzie Rejestracji Przedsiębiorstw pod numerem 516406-0831, kapitał akcyjny: 4 800 000 Euro opłacony w całości, działająca w Polsce poprzez oddział LMG Försäkrings AB Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie wpisany do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy KRS pod nr KRS 0000395438, NIP: 1080011494 („Ubezpieczyciel”), zawiera Umowę ubezpieczenia z Ubezpieczającymi. Ubezpieczający zawiera Umowę ubezpieczenia grupowego („Umowa”) na cudzy rachunek, z tym, że Ubezpieczony będący osobą fizyczną jest wskazany imiennie w Umowie.
2. W przypadku rozbieżności między postanowieniami zawartymi w SWU i w Umowie, pierwszeństwo mają postanowienia Umowy.

§ 2 Definicje

Określenia użyte w niniejszych SWU, w tym w Modułach Ubezpieczenia, Wniosku ubezpieczeniowym, 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, nalogami, 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(Dz.U.2004.256.2572 ze zm.), oraz do szkoły wyższej w rozumieniu ustawy z dnia 27 lipca 2005 roku Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U.2005.164.1365 ze zm.)], nie ukończyło 26 lat;
- 8) **Grupa** – wskazana grupa albo podgrupa osób, których 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;
- 9) **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 27 września 2011 r. (Dz.U. Nr 277, poz. 1634 z późn.zm.);
- 10) **Lista Ubezpieczonych** – wykaz osób zgłaszanych do ubezpieczenia lub Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową wraz z zakresem ubezpieczenia, sporządzony według wzoru wskazanego przez Ubezpieczyciela;
- 11) **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;
- 12) **Miesiąc umowy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu początku Okresu ubezpieczenia, a następnie każdy kolejny miesiąc rozpoczynający się w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca;
- 13) **Moduły Ubezpieczenia („MU”)** – stanowiące integralną część SWU postanowienia dodatkowe w stosunku do SWU, definiujące zakres ubezpieczenia; warunki ochrony ubezpieczeniowej określone w MU mogą być odmienne od tych określonych w SWU, przy czym w przypadku braku odmiennej regulacji w MU zastosowanie mają postanowienia SWU;
- 14) **Okres karencji** – określony w Umowie okres od początku Okresu ochrony, w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego, w którym odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest ograniczona;
- 15) **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;
- 16) **Okres ubezpieczenia** – 12 miesięczny okres obowiązywania Umowy;



- 17) **Operator** – podmiot koordynujący w imieniu Ubezpieczyciela udzielanie Świadczeń ambulatoryjnych;
- 18) **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;
- 19) **Placówka medyczna** – jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnych, działająca na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej;
- 20) **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;
- 21) **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;
- 22) **Rocznica** – dzień w każdym roku obowiązywania Umowy, odpowiadający dacie początku Okresu ubezpieczenia;
- 23) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu Umowy;
- 24) **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;
- 25) **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;
- 26) **Świadczenie medyczne** – świadczenie zdrowotne, objęte zakresem ubezpieczenia, pozostające w bezpośrednim związku z Chorobą, zaburzeniem lub uszkodzeniem ciała, wykonywane przez Placówkę medyczną na rzecz Ubezpieczonego;
- 27) **Świadczenie medycznie niezbędne** – Świadczenie medycznie 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;
- 28) **Świadczeniodawca** – Placówka medyczna lub Szpital, współpracujące z Ubezpieczycielem lub Operatorem w zakresie udzielania Świadczeń ambulatoryjnych lub Świadczeń szpitalnych;
- 29) **Typ ubezpieczenia** – ubezpieczenie zdrowotne w ramach Umowy dostępne jest w Typach: Typ Indywidualny, Typ Rodzinny, Typ Partnerski;
- 30) **Typ Indywidualny** – Typ ubezpieczenia, w ramach, którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony Główny;
- 31) **Typ Partnerski** – Typ ubezpieczenia, w ramach, którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony Główny i jeden Współubezpieczony;
- 32) **Typ Rodzinny** – Typ ubezpieczenia, w ramach, którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony Główny, Współmałżonek albo Partner życiowy oraz Dzieci;
- 33) **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;
- 34) **Ubezpieczony** – Ubezpieczony Główny lub Współubezpieczony. Jeżeli SWU posługują się terminem Ubezpieczony oznacza to, że dane postanowienie SWU stosuje się zarówno do Ubezpieczonego Głównego, Współubezpieczonego;
- 35) **Ubezpieczony Główny** – osoba fizyczna, na rachunek której zawarto Umowę, zamieszkała na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, która w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ukończyła 18 lat i nie ukończyła 70 lat;
- 36) **Udział własny („Dopłata”)** – kwotowy lub procentowy udział Ubezpieczonego w koszcie udzielanego mu z tytułu Umowy świadczenia ubezpieczeniowego;
- 37) **Umowa ubezpieczenia (Umowa)** – Umowa ubezpieczenia grupowego zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych SWU;
- 38) **Uprawniony** – osoba uprawniona zgodnie z Umową do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego;
- 39) **Wiek Ubezpieczonego** – liczba ukończonych pełnych lat Ubezpieczonego w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a następnie w dniu każdej Roczniczy;
- 40) **Współubezpieczony** – osoba fizyczna (Partner życiowy, Współmałżonek, lub Dziecko) wskazana przez Ubezpieczonego Głównego, zamieszkała na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, która w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie ukończyła 70 lat a w przypadku Dziecka nie ukończyła 26 lat;
- 41) **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;
- 42) **Wykaz Świadczeń ambulatoryjnych** – wykaz Świadczeń ambulatoryjnych, objętych zakresem ubezpieczenia zgodnie z Umową;
- 43) **Zakres ubezpieczenia** – zakres świadczeń przysługujący Ubezpieczonym z tytułu Umowy;



- 44) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – przewidziane w Umowie zdarzenie, którego wystąpienie powoduje powstanie obowiązku spełnienia świadczenia przez Ubezpieczyciela;

§ 3 Przedmiot i Zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego, a w przypadku Nieszczęśliwego wypadku, jego określone w Umowie następstwa.
2. W ramach Umowy dostępny jest Moduł Ambulatoryjny określony w SWU - w Części szczególnej Szczególnych Warunków Ubezpieczenia. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wyłączenia szczególne, sposób ustalenia wysokości i warunków realizacji świadczeń z tytułu Umowy, określone są w Umowie.

§ 4 Umowa ubezpieczenia

Zawarcie Umowy ubezpieczenia

1. Umowa zawierana jest na okres 1 roku (Okres ubezpieczenia).
2. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie informacje i okoliczności, 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.
3. W Okresie ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest zawiadomić Ubezpieczyciela o zmianie okoliczności, o których mowa w ust. 5, niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
4. 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.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności na podstawie Umowy za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 2–4, nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 2–4 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.
6. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie Umowy lub objęcie poszczególnych osób ochroną ubezpieczeniową od uzyskania dodatkowych informacji mających wpływ na ocenę ryzyka, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
7. 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 SWU.
8. Treść Umowy stanowią OWU SWU, informacje zawarte w każdym innym dokumencie dołączonym Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, który został zaakceptowany przez Ubezpieczyciela, jako część Umowy, w tym w szczególności wszystkie oświadczenia dotyczące stanu zdrowia składane przez Ubezpieczonego, inne dokumenty stworzone przez Strony Umowy lub Ubezpieczyciela, które zostały dołączone do Umowy, a także informacje zawarte w Polisie.

Przystąpienie i wystąpienie Ubezpieczonych z Umowy

9. Ochroną ubezpieczeniową obejmowana jest wskazana przez Ubezpieczającego Grupa, o ile Strony nie umówią się inaczej.
10. Warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową jest przekazanie przez Ubezpieczającego:
 - 1) wykazu osób przystępujących do ubezpieczenia, w formacie 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.
11. Ubezpieczający przekaże 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.
12. W Okresie ubezpieczenia Ubezpieczający może zgłaszać osoby przystępujące do, a także osoby występujące z Umowy, z zastrzeżeniem postanowień ust. 13-16 poniżej.
13. Ubezpieczający może zgłosić do Umowy nowych Ubezpieczonych z datą początku Okresu ochrony przypadającą na pierwszy dzień Miesiąca umowy, przy czym objęcie Ochroną ubezpieczeniową ww. Ubezpieczonych następuje od pierwszego dnia Miesiąca umowy po miesiącu, w którym zostaną spełnione warunki określone w ust. 10.
14. Ubezpieczający zobowiązuje się do informowania Ubezpieczyciela o wszelkich zmianach dotyczących Ubezpieczonych na Liście Ubezpieczonych przynajmniej na 10 dni przed kolejnym Miesiącem umowy, od którego mają nastąpić zmiany (w szczególności o osobach przystępujących do Umowy ubezpieczenia i Ubezpieczonych występujących z Umowy ubezpieczenia).
15. Wystąpienie z Umowy poszczególnych Ubezpieczonych jest możliwe z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, pod warunkiem przekazania przez Ubezpieczającego wykazu Ubezpieczonych występujących z Umowy w formacie i terminie określonym przez Ubezpieczyciela.
16. 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).
17. 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 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 określone są w Umowie..
3. W przypadku wygaśnięcia albo rozwiązania Umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta i za jaki została zapłacona Składka, Ubezpieczającemu



- przystępuje 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 oraz liczby Ubezpieczonych albo odpowiednio liczby zakresów ubezpieczenia z uwzględnieniem zakresu ochrony ubezpieczeniowej według aktualnej, w danym okresie Listy Ubezpieczonych.
 5. Płatność Składki następuje przelewem na wskazany w Umowie 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 niuregulowanych rat.
 9. Jeżeli Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem 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.

§ 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:
 - dniem jego śmierci;
 - upływem ostatniego dnia okresu, za który została zapłacona Składka lub rata Składki za danego Ubezpieczonego;
 - upływem ostatniego dnia Miesiąca umowy, w którym złożony został wniosek przez Ubezpieczającego o wyłączenie Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej;
 - upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończył 71 lat, w przypadku Współubezpieczonego będącego Dzieckiem odpowiednio 18 lub 26 lat.

§ 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 oraz ich następstw, jak również udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych, badaniach klinicznych lub podobnych badaniach związanych ze zdrowiem oraz ich następstw;
3. transplantacji organów lub tkanek, komórek, hodowli komórkowych (pochodzenia naturalnego lub sztucznego), w tym także z wykorzystaniem autoprzeszczepu, wszczepianie implantów i urządzeń;
4. wyczynowego uprawiania sportów lub uprawnia Sportów wysokiego ryzyka;
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 z dnia 10 stycznia 2012 r. Dz.U. z 2012 r. poz. 124 z późn. zm.);



8. usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia, świadomego spowodowania rozstroju zdrowia, popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa lub wykroczenia;
9. działania umyślnego, samodzielnego diagnozowania, leczenia, modyfikacji zaleczonego leczenia lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego;
10. pozostawania pod wpływem nadużycia lub zatrucia dobrowolnie spożywanymi: alkoholem, narkotykami, innymi substancjami odurzającymi lub psychotropowymi, tytoniem, lekami stosowanymi niezgodnie z zaleceniem Lekarza;
11. detoksykacji, zabiegów odwykowych oraz leczenia odwykowego;
12. leczenia chorób psychicznych, zaburzeń lub innych zakłóceń czynności psychicznych, w tym choroby Alzheimera, i ich następstw;
13. uzyskania świadczeń medycznych za pomocą czynów zakazanych, prób wyłudzenia lub celowego wprowadzenia Ubezpieczyciela w błąd;

§ 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 rzekł 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) poinformowania Ubezpieczonych o warunkach Umowy, udostępnienia i umożliwienia zapoznania się przez Ubezpieczonych z SWU oraz o wszelkich zmianach Umowy i SWU;
 - 6) poinformowania Ubezpieczonych o zmianie numeru Centrum Obsługi Klienta oraz zmian dotyczących Operatora.
3. Ubezpieczony jest zobowiązany do:
 - 1) ścisłego przestrzegania zaleceń lekarskich wydawanych przez Lekarza;
 - 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, Świadczenia szpitalnego 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) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową;
- 2) poinformowania Ubezpieczającego o zmianie siedziby lub adresu korespondencyjnego;
- 3) poinformowania Ubezpieczającego o zmianie numeru infolinii Centrum Obsługi Klienta oraz zmian dotyczących Operatora;



§ 13 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.

§ 14 Reklamacje

1. Reklamacje związane z zawarciem lub wykonaniem Umowy mogą być kierowane przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy do Ubezpieczyciela pisemnie, za pomocą poczty elektronicznej, poprzez formularz znajdujący się na stronie internetowej Ubezpieczyciela lub telefonicznie na numer Centrum Obsługi Klienta. Reklamacja może być również złożona osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub za pośrednictwem poczty lub posłańca.
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. Odpowiedź na reklamacje udzielana jest bez zbędnej zwłoki jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
4. Jeżeli w terminie określonym powyżej wyjaśnienie wszystkich okoliczności niezbędnych do udzielenia odpowiedzi na reklamacje okazało się niemożliwe, odpowiedź udzielana jest w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, nie później jednak niż w terminie 90 dni od otrzymania reklamacji.
5. Reklamacja może być złożona również przez pełnomocnika.

§ 15 Właściwość sądu

Powództwo o roszczenia wynikające z Umów zawartych na podstawie SWU można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego.

§ 16 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.

§ 17 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, a w szczególności przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny (Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93 z późn. zm.) i ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. 2003 nr 124 poz. 1151 z późn.zm).
2. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez Strony w związku z Umową powinny być dokonywane na piśmie, chyba że co innego wynika z Umowy.
3. SWU zostały zatwierdzone przez Dyrektora Generalnego i mają zastosowanie do Umów zawieranych od dnia 1 stycznia 2015 r.

Anna Rulkiewicz

Dyrektor Generalny



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.
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 (Dz. U. 2006.191.1410 ze zm.).

§ 2 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Jeżeli Umowa nie stanowi inaczej, oprócz wyłączeń określonych w § 8 SWU 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 kosmetyologii 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-pielęgniacyjnej, w której Ubezpieczony przebywa z przyczyn medycznych, rodzinnych lub społecznych;
 - 10) leczenia zakażenia wirusami HIV (AIDS), wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem 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 nienależytej 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.



- Świadczenia ambulatoryjne są udzielane przez Placówki medyczne zgodnie obowiązującymi przepisami prawa i standardami obsługi obowiązującymi w danej placówce.
- 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.
- 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.
- Ubezpieczyciel zapewnia, że udzielenie Świadczenia ambulatoryjnego przez Placówkę medyczną nastąpi bez zbędnej zwłoki w możliwie najszybszym terminie.

Tytuł II. Moduł Szpitalny

§ 1 Zasady ogólne

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym w Module Szpitalnym jest wystąpienie w Okresie ochrony uzasadnionej medycznie konieczności wykonania Świadczenia szpitalnego objętego zakresem ubezpieczenia, potwierdzonego skierowaniem wystawionym przez Lekarza z wyłączeniem Świadczenia opieki okołoporodowej, które nie wymaga potwierdzenia skierowaniem. Realizacja Operacji planowej lub Operacji planowej NW lub pobytu w Szpitalu związanego z porodem ma miejsce w Okresie ochrony.
 - Zakres ubezpieczenia obejmuje pokrycie kosztów lub części kosztów Świadczeń szpitalnych udzielonych Ubezpieczonemu, określonych w załączniku do Umowy „Wykaz Świadczeń szpitalnych”.
 - Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w Module Szpitalnym jest ograniczona do wysokości Sumy Ubezpieczenia określonej w „Wykazie Świadczeń szpitalnych” dla poszczególnych Świadczeń szpitalnych.
 - Suma Ubezpieczenia stanowi maksymalną kwotę, do której Ubezpieczyciel pokryje Świadczenia szpitalne z zastrzeżeniem, że wysokość świadczenia z tytułu Świadczeń towarzyszących związanych z jednorazowym pobytom w Szpitalu nie może przekroczyć kosztów pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu przez okres dłuższy niż 30 dni.
 - Świadczenia szpitalne udzielane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
 - Świadczenia szpitalne nie obejmują świadczeń zdrowotnych udzielanych w celu ratowania życia zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006.191.1410 ze zm.).
 - Zakres Świadczeń szpitalnych jest uzależniony od wybranego zakresu ubezpieczenia. Kontynuacja leczenia w nowym Okresie ochrony nie jest traktowana jako nowe Zdarzenie ubezpieczeniowe.
- Oprócz wyłączeń określonych w § 8 OWU Część Ogólna, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w Module Szpitalnym nie obejmuje Świadczeń szpitalnych, lub pokrycia ich kosztów, będących następstwem lub w zakresie:
 - diagnozowania i leczenia zaburzeń płodności, w tym ciąży będącej wynikiem ww. postępowania o ile jest to ciąża wysokiego ryzyka;
 - diagnozowania i leczenia związanego ze zmianą płci;
 - przeprowadzania zabiegów aborcji i leczenia powikłań będących jego następstwami;
 - prowadzenia ciąży wysokiego ryzyka;
 - diagnozowania i leczenia protetycznego, ortodontycznego, periodontologicznego, implantologicznego;
 - diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetyki; a także leczenia niepożądanych następstw procedur wymienionych w zdaniu poprzednim;
 - diagnozowania i leczenia nie zleconego lub niewykonanego w Placówkach wskazanych przez Ubezpieczyciela;
 - wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń, wniosków nie związanych 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);
 - 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;
 - leczenia zakażenia wirusami HIV (AIDS), wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem ww. zakażeń;
 - będących wynikiem uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie licencjonowanych linii lotniczych;
 - badania diagnostycznych niezbędnych do planowego leczenia szpitalnego, realizowanego w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
 - Jeśli Świadczenia szpitalne, 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.
 - Ubezpieczyciel nie odpowiada za Zdarzenia ubezpieczeniowe wynikłe z:
 - błędów medycznych;
 - błędów z nienależycie prowadzonej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.Za błędy wymienione w ust. 3 pkt 1) i 2) odpowiada Świadczeniodawca.

§ 3 Okres karencji

- W Module szpitalnym odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie Okresu karencji, wynoszącego:



- 1) dla Operacji planowych – 3 miesiące,
 - 2) dla Świadczeń opieki okołoporodowej – 10 miesięcy,
z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Okres karencji dla Operacji planowych NW i zdarzeń wymienionych w ust.1 pkt 1) nie obowiązuje, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest wynikiem Nieszczęśliwego wypadku, który zaistniał w Okresie ochrony.

§ 4 Zgłoszenie roszczenia

1. Świadczenia szpitalne realizowane są w Szpitalach wskazanych przez Operatora.
2. Operacje planowe, Operacje planowe NW i Świadczenia towarzyszące realizowane są wyłącznie na podstawie skierowania od Lekarza Placówki medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela.
3. Skierowanie nie może być wystawione wcześniej niż 30 dni przed datą zgłoszenia roszczenia przez Ubezpieczonego do Ubezpieczyciela.
4. Zamiar skorzystania ze Świadczeń opieki okołoporodowej musi być zgłoszony na co najmniej 3 miesiące przed planowaną datą porodu.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Świadczenia szpitalnego realizowane jest po zgłoszeniu Ubezpieczycielowi roszczenia, najlepiej w formie pisemnej na formularzu Ubezpieczyciela wraz z wymienionymi w nim załącznikami.