Ogólne Warunki Ubezpieczenia Grupowego - KOD: O/GR/02/26/2026/00

Spis treści

Część Ogólna (nie dotyczy Modułu Medycyna Pracy) 9

§ 1 Kim są strony Umowy ubezpieczenia? 9
§ 2 Definicje 9
§ 3 Co jest przedmiotem ubezpieczenia? 10
§ 4 Jak skorzystać z ubezpieczenia? 11
§ 5 Jakie są wyłączenia z ubezpieczenia? 11
§ 6 Czego wymagamy do zawarcia Umowy? 12
§ 7 Kiedy zaczyna się Okres ochrony wobec Ubezpieczonego? 13
§ 8 Kiedy kończy się Okres ochrony wobec Ubezpieczonego? 14
§ 9 Jak Ubezpieczony może wskazać Uposażonego? 15
§ 10 Na jak długo jest zawierana Umowa i jakie są warunki jej odnowienia? 15
§ 11 Kiedy Ubezpieczający może odstąpić od Umowy lub ją wypowiedzieć? 16
§ 12 Jaka jest wysokość Składki i jak ją opłacić? 17
§ 13 Jakie mamy obowiązki wobec Ubezpieczającego i Ubezpieczonych? 17
§ 14 Jakie są obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego wobec nas? 17
§ 15 Przetwarzanie danych osobowych i powierzenie w zakresie danych osób Ubezpieczonych oraz Użytkowników Portalu Klienta Grupowego 18
§ 16 W jaki sposób można złożyć reklamację? 21
§ 17 Postanowienia końcowe 22

Moduł: Opieka Ambulatoryjna 24

§ 1 Definicje w Module Opieka Ambulatoryjna 24
§ 2 Co jest przedmiotem Modułu Opieka Ambulatoryjna? 24
§ 3 Jak skorzystać z Modułu Opieka Ambulatoryjna? 25
§ 4 Jakie są wyłączenia w Module Opieka Ambulatoryjna? 26

Moduł: Swoboda Leczenia 28

§ 1 Definicje w Module Swoboda Leczenia 28
§ 2 Co jest przedmiotem Modułu Swoboda Leczenia? 28
§ 3 Jaka jest wysokość Sumy ubezpieczenia i jak oblicza się Świadczenie pieniężne w Module Swoboda Leczenia? 28
§ 4 Jak skorzystać z Modułu Swoboda Leczenia? 28
§ 5 Jakie są wyłączenia w Module Swoboda Leczenia? 28

Moduł: Leczenie Szpitalne 30

§ 1 Definicje w Module Leczenie Szpitalne 30
§ 2 Warianty w Module Leczenie Szpitalne 31
§ 3 Wariant Opieka Ortopedyczna 32
§ 3.1 Co jest przedmiotem wariantu Opieka Ortopedyczna? 32
§ 3.2 Jak skorzystać z wariantu Opieka Ortopedyczna? 33
§ 3.3 Jakie są wyłączenia w wariancie Opieka Ortopedyczna? 33
§ 4 Wariant Opieka Ortopedyczna Plus 34
§ 4.1 Co jest przedmiotem wariantu Opieka Ortopedyczna Plus? 34
§ 4.2 Jak skorzystać z wariantu Opieka Ortopedyczna Plus? 34
§ 4.3 Jaka Karencja obowiązuje w wariancie Opieka Ortopedyczna Plus? 35
§ 4.4 Jakie są wyłączenia w wariancie Opieka Ortopedyczna Plus? 35
§ 5 Wariant Opieka w Chorobie 37
§ 5.1 Co jest przedmiotem wariantu Opieka w Chorobie? 37
§ 5.2 Jak skorzystać z wariantu Opieka w Chorobie? 37

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

§ 5.3 Jaka Karencja obowiązuje w wariancie Opieka w Chorobie? ... 37
§ 5.4 Jakie są wyłączenia w wariancie Opieka w Chorobie? ... 37
§ 6 Wariant Pełna Opieka ... 39
§ 6.1 Co jest przedmiotem wariantu Pełna Opieka? ... 39
§ 6.2 Jak skorzystać z wariantu Pełna Opieka? ... 39
§ 6.3 Jaka Karencja obowiązuje w wariancie Pełna Opieka? ... 40
§ 6.4 Jakie są wyłączenia w wariancie Pełna Opieka? ... 40
§ 7 Wariant Koordynacja ... 42
§ 7.1 Co jest przedmiotem wariantu Koordynacja? ... 42
§ 7.2 Co obejmuje wariant Koordynacja? ... 42
§ 7.3 Jak skorzystać z wariantu Koordynacja? ... 43
§ 7.4 Jakie są wyłączenia w wariancie Koordynacja? ... 43

Moduł: Wsparcie w Podróży ... 45

§ 1 Definicje w Module Wsparcie w Podróży ... 45
§ 2 Co jest przedmiotem Modułu Wsparcie w Podróży? ... 48
§ 3 Koszty medyczne i stomatologiczne w nagłych przypadkach w trakcie Podróży ... 49
§ 4 Transport w nagłych przypadkach w trakcie Podróży ... 50
§ 5 Następstwa Nieszczęśliwych wypadków w Podróży ... 53
§ 6 Bagaż ... 57
§ 7 Opóźnienie Bagażu ... 58
§ 8 Odpowiedzialność cywilna w Podróży ... 58
§ 9 Rezygnacja z Podróży ... 59
§ 10 Koszty transportu do Miejsca zamieszkania w związku z wcześniejszym lub późniejszym powrotem z Podróży, koszty Zakwaterowania i transportu w związku z przedłużonym pobytem w trakcie Podróży, koszty Zakwaterowania i transportu w związku z kontynuowaniem Podróży ... 60
§ 11 Opóźnienie rozpoczęcia Podróży ... 61
§ 12 Całodobowa pomoc w Podróży ... 62
§ 13 Jak skorzystać z Modułu Wsparcie w Podróży? ... 63
§ 14 Jakie są wyłączenia w Module Wsparcie w Podróży? ... 65

Moduł: Wsparcie w Poważnym Zachorowaniu ... 67

§ 1 Definicje i wyłączenia stosowane w Module Wsparcie w Poważnym Zachorowaniu ... 67
§ 2 Co jest przedmiotem Modułu Wsparcie w Poważnym Zachorowaniu? ... 70
§ 3 Jak skorzystać z Modułu Wsparcie w Poważnym Zachorowaniu? ... 71
§ 4 Jaka Karencja obowiązuje w Module Wsparcie w Poważnym Zachorowaniu? ... 71
§ 5 Jakie są wyłączenia w Module Wsparcie w Poważnym Zachorowaniu? ... 71

Moduł: Wsparcie Bliskich (NNW) ... 72

§ 1 Definicje w Module Wsparcie Bliskich ... 72
§ 2 Co jest przedmiotem Modułu Wsparcie Bliskich? ... 72
§ 3 Jaka jest wysokość Świadczenia w Module Wsparcie Bliskich? ... 72
§ 4 Jak skorzystać z Modułu Wsparcie Bliskich? ... 72
§ 5 Jakie są wyłączenia w Module Wsparcie Bliskich? ... 72

Moduł: Medycyna Pracy ... 73

§ 1 Kim są strony Umowy ubezpieczenia ... 73
§ 2 Definicje w Module Medycyna Pracy ... 73
§3 Co jest przedmiotem Modułu Medycyna Pracy? ... 74
§ 4 Zakres Modułu Medycyna Pracy ... 74
§ 5 Jak skorzystać z Modułu Medycyna Pracy? ... 75
§ 6 Jakie są wyłączenia w Module Medycyna Pracy? ... 75
§ 7 Czego wymagamy do zawarcia Umowy i kiedy rozpoczyna się Okres ubezpieczenia? ... 75
§ 8 Na jak długo jest zawierana jest Umowa, jakie są warunki jej odnowienia i kiedy ulega zakończeniu? ... 76
§ 9 Kiedy Ubezpieczający może odstąpić od Umowy lub ją wypowiedzieć? ... 76
§ 10 Jaka jest wysokość składki i jak ją opłacić? ... 77
§ 11 Jakie mamy obowiązki wobec Ubezpieczającego? ... 77

§ 12 Jakie są obowiązki Ubezpieczającego wobec nas? 77
§ 13 W jaki sposób można złożyć reklamację? 78
§ 14 Postanowienia końcowe 78

Wykaz załączników:

1. Załącznik nr 1: Zakres Świadczeń w ramach Modułu Leczenie Szpitalne dla Głównego Ubezpieczonego, Partnera i Dziecka pełnoletniego;
2. Załącznik nr 2: Zakres Świadczeń w ramach Modułu Leczenie Szpitalne dla Dziecka niepełnoletniego;
3. Załącznik nr 3: Klauzula informacyjna dla Ubezpieczonych;
4. Załącznik nr 4: Klauzula informacyjna Współpraca Biznesowa;
5. Załącznik nr 5: Standardowe klauzule obowiązujące w umowach ubezpieczenia zawieranych przez LUX MED Ubezpieczenia TUiR SA

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

Informacje zawarte w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Grupowego - KOD:O/GR/02/26/2026/00, o których mowa w art. 17. ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Numer postanowienia w OWU
Przesłanki, które zobowiązują nas do wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	Część ogólna (Nie dotyczy Modułu Medycyna Pracy): § 3 ust. 1, 3, § 4 ust. 1, 2 Moduł Opieka Ambulatoryjna: § 2 ust. 1,2, § 3 ust. 1-2, 5 Moduł Swoboda Leczenia: § 2, § 3, § 4 Moduł Leczenie Szpitalne: • wariant Opieka Ortopedyczna: § 3.1 ust. 1-3, § 3.2 ust. 1, 2 • wariant Opieka Ortopedyczna Plus: § 4.1 ust. 1,2, § 4.2 ust. 1, 2, 5 • wariant Opieka w Chorobie: § 5.1 ust. 1,2, § 5.2 ust.1, 2 • wariant Pełna Opieka: § 6.1 ust. 1-5, §6.2 ust. 1, 2, 5 • wariant Koordynacja: § 7.1 ust. 1-3, § 7.3 ust. 1, 2 Moduł Wsparcie w Podróży: § 2, § 3 ust. 1-3, § 4 ust. 2-7, § 5, § 6 ust. 1,2, § 7, § 8 ust. 1-3, § 9 ust. 1, 2, 4, 5, § 10, § 11, § 12, § 13 Moduł Wsparcie w Poważnym Zachorowaniu: § 1 ust. 2 pkt 1 ppkt a), § 1 ust. 2 pkt 2-17, § 2, § 3 ust. 1-3 Moduł Wsparcie Bliskich (NNW): § 2, § 3 Moduł Medycyna Pracy: § 3 ust. 2-3, § 4 ust. 1, § 5 ust.1 Załącznik nr 1: • CZĘŚĆ I: ○ wariant Opieka Ortopedyczna: § 1 ust. 1 ppkt 1) ○ wariant Opieka Ortopedyczna Plus: § 1 ust. 1 ppkt 1); § 2 ust. 1-3 ○ wariant Opieka w Chorobie: § 1 ust. 1 ○ wariant Pełna Opieka: § 1: pkt 1 ppkt 1), pkt 2 ppkt 1), pkt 3 ppkt 1), pkt 4 ppkt 1), pkt 5 ppkt 1), pkt 6 ppkt 1), pkt 7 ppkt 1), pkt 8 ppkt 1), pkt 9 ppkt 1), pkt 10 ppkt 1), pkt 11 ppkt 1), pkt 12 ppkt 1), §2 ust. 1-3, § 3, § 4 ust. 1 • CZĘŚĆ II: § 1 ust. 1, § 2, § 3 ust. 1, 2, 4 • CZĘŚĆ III: ust. 3, 5, 6 • CZĘŚĆ IV: ust. 2 Załącznik nr 2: • CZĘŚĆ I: ○ wariant Opieka Ortopedyczna: § 1 ust. 1 ppkt 1) ○ wariant Opieka Ortopedyczna Plus: § 1 ust. 1 ppkt 1); § 2 ust. 1-3

	○ wariant Opieka w Chorobie: § 1 ust. 1 ○ wariant Pełna Opieka: § 1: pkt 1 ppkt 1), pkt 2 ppkt 1), pkt 3 ppkt 1), pkt 4 ppkt 1), pkt 5 ppkt 1), pkt 6 ppkt 1), pkt 7, § 2 ust. 1-3 • CZĘŚĆ II: § 1 ust. 1, § 2, § 3 ust. 1, 4 • CZĘŚĆ III: ust 2
Ograniczenia oraz wyłączenia naszej odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Część ogólna (Nie dotyczy Modułu Medycyna Pracy): § 5 Moduł Opieka Ambulatoryjna: § 3 ust. 4, 7, 11, § 4 Moduł Swoboda Leczenia: § 5 Moduł Leczenie Szpitalne: • wariant Opieka Ortopedyczna: § 3.2 ust. 3, § 3.3 • wariant Opieka Ortopedyczna Plus: § 4.2 ust. 3, § 4.3 ust. 1,3, § 4.4 • wariant Opieka w Chorobie: § 5.2 ust. 3, § 5.3 ust. 1,2, § 5.4 • wariant Pełna Opieka: § 6.2 ust. 3, § 6.3 ust. 1,3, § 6.4 • wariant Koordynacja: § 7.4 Moduł Wsparcie w Podróży: § 2 ust. 2, 3 § 3 ust. 4, 6, § 5 ust 1 ppkt 2) § 6 ust. 3, § 8 ust. 4, 5, § 9 ust. 3, § 14 Moduł Wsparcie w Poważnym Zachorowaniu: § 1 ust. 2 pkt 1 ppkt b), § 1 ust.2 pkt 2 ppkt d), § 1 ust.2 pkt 3-5, 7, 8, 10, 12-17, § 2 ust. 4, § 4 ust. 1,3, § 5 Moduł Wsparcie Bliskich (NNW): § 5 Moduł Medycyna Pracy: § 6 Załącznik nr 1: • CZĘŚĆ I: ○ wariant Opieka Ortopedyczna: § 1 ust. 1 ppkt 2; ○ wariant Opieka Ortopedyczna Plus: § 1 ust. 1 ppkt 2); § 2 ust. 2,5; ○ wariant Opieka w Chorobie: § 1 ust. 2; ○ wariant Pełna Opieka: § 1: pkt 1 ppkt 2), pkt 2 ppkt 2), pkt 3 ppkt 2), pkt 4 ppkt 2), pkt 5 ppkt 2), pkt 6 ppkt 2), pkt 7 ppkt 2), pkt 8 ppkt 2), pkt 9 ppkt 2), pkt 10 ppkt 2), pkt 11 ppkt 2), pkt 12 ppkt 2), § 2 ust. 4,5, § 4 ust. 2 Załącznik nr 2: • CZĘŚĆ I: ○ wariant Opieka Ortopedyczna: § 1 ust. 1 ppkt 2) ○ wariant Opieka Ortopedyczna Plus: § 1 ust. 1 ppkt 2); § 2 ust. 4, 5 ○ wariant Opieka w Chorobie: § 1 ust. 2

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

- wariant Pełna Opieka: § 1 pkt 1 ppkt 2), pkt 2 ppkt 2), pkt 3 ppkt 2), pkt 4 ppkt 2), pkt 6 ppkt 2), § 2 ust. 4,5

- CZĘŚĆ II: § 1 ust. 2,3, § 3 ust. 2, 3,

Tabela nr 1: Kontakt i dostęp do informacji online

Dane kontaktowe oraz adresy stron internetowych	
Świadczenie ambulatoryjne z Modułu Opieka Ambulatoryjna	Wizytę lub badania możesz umówić: • przez kontakt z Infolinią Operatora LUX MED: 22 438 42 30 • przez Portal Pacjenta • osobiście na recepcji w Przychodni
Zakres świadczeń ambulatoryjnych	Swój zakres świadczeń ambulatoryjnych możesz sprawdzić w Portalu Pacjenta.
Aktualna lista Przychodni	Aktualną listę Przychodni (własnych i współpracujących z Operatorem LUX MED) możesz sprawdzić pod adresem: https://ubezpieczenia-luxmed.pl/przychodnie-i-szpitale
Aktualna lista Miast objętych Standardem dostępności	Aktualną listę Miast objętych Standardem dostępności możesz sprawdzić pod adresem: https://ubezpieczenia-luxmed.pl/przychodnie-i-szpitale
Aktualna lista Szpitali	Aktualną listę Szpitali (własnych i współpracujących oraz zakres realizowanych przez nie Świadczeń szpitalnych) możesz sprawdzić pod adresem: https://ubezpieczenia-luxmed.pl/przychodnie-i-szpitale
Świadczenie pieniężne z Modułu Opieka Ambulatoryjna	Wypełniony wniosek wraz z wymaganymi dokumentami możesz wysłać w formie: • pisemnej na adres: LUX MED Sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 94, 00-807 Warszawa, z dopiskiem „Wniosek o Zwrot Kosztów” • elektronicznej na adres e-mail: wnioski.lxu@luxmed.pl Formularz wniosku o świadczenie jest dostępny do pobrania pod adresem: https://ubezpieczenia-luxmed.pl/kontakt-pomoc/roszczenia-iwyplaty-swiadczen Wniosek w postacie elektronicznej możesz wypełnić również na Portalu Pacjenta.
Świadczenie z Modułu Swoboda Leczenia	Wypełniony wniosek wraz z wymaganymi dokumentami możesz wysłać: • w formie pisemnej na adres: LUX MED Ubezpieczenia TUiR SA, ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa • w formie elektronicznej na adres e-mail: roszczenia.ubezpieczenia@luxmedubezpieczenia.pl • wypełniając formularz na stronie www: https://zglos.roszczenie.ubezpieczenia.luxmed.pl/ Formularz wniosku o świadczenie jest dostępny do pobrania pod adresem: https://ubezpieczenia-luxmed.pl/kontakt-pomoc/roszczenia-iwyplaty-swiadczen
Świadczenie z Modułu Wsparcie w Podróży	Szkodę możesz zgłosić do Operatora w ubezpieczeniu w Podróży kontaktując się: • telefonicznie pod numerem: (+48) 22 558 60 23 – w przypadku nagłej pomocy (organizacja pomocy medycznej, stomatologicznej, transportu oraz całodobowa pomoc); • w formie elektronicznej na adres e-mail: szkody_luxmedubezpieczenia@mondial-assistance.pl – w przypadku pozostałych szkód związanych z Podróżą (zwrot kosztów związanych z Bagażem, Zakwaterowaniem, Rezygnacją z Podróży, opóźnieniem Podróży; następstwa Nieszczęśliwego wypadku; odpowiedzialność cywilna). Formularz wniosku o świadczenie jest dostępny do pobrania pod adresem: https://ubezpieczenia-luxmed.pl/kontakt-pomoc/roszczenia-iwyplaty-swiadczen
Świadczenie z Modułu Wsparcie w Poważnym Zachorowaniu	Wypełniony wniosek wraz z wymaganymi dokumentami możesz wysłać w formie: • pisemnej na adres: LUX MED Ubezpieczenia TUiR SA, ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa • elektronicznej na adres e-mail: roszczenia.ubezpieczenia@luxmedubezpieczenia.pl

	Formularz wniosku o świadczenie jest dostępny do pobrania pod adresem: https://ubezpieczenia-luxmed.pl/kontakt-pomoc/roszczenia-iwypłaty-swiadczen
Świadczenie z Modułu Wsparcie Bliskich (NNW)	Wypełniony wniosek wraz z wymaganymi dokumentami możesz wysłać w formie: • pisemnej na adres: LUX MED Ubezpieczenia TUiR SA, ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa • elektronicznej na adres email: roszczenia.ubezpieczenia@luxmedubezpieczenia.pl Formularz wniosku o świadczenie jest dostępny do pobrania pod adresem: https://ubezpieczenia-luxmed.pl/kontakt-pomoc/roszczenia-iwypłaty-swiadczen
Medycyna Pracy	Badania z zakresu Medycyny Pracy możesz umówić: • przez kontakt z Infolinią Operatora LUX MED: 22 33 81 666 • przez Portal Pacjenta
Dane osobowe	We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem Twoich danych osobowych przez nas możesz skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, pisząc na adres e-mail: daneosobowe@luxmed.pl
Reklamacje	Jeżeli chcesz złożyć reklamację, możesz: • wysłać ją na adres e-mail: reklamacje@luxmedubezpieczenia.pl • wypełnić formularza znajdujący się pod adresem: https://ubezpieczenia-luxmed.pl/reklamacje • wysłać ją pocztą tradycyjną na adres: LUX MED Ubezpieczenia TUiR SA, ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa • wysłać ją na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-17309-80345-TEEVE-32 • złożyć ją telefonicznie do protokołu na numer: 22 460 25 00 • złożyć ją osobiście w formie pisemnej lub ustnej do protokołu w naszej siedzibie: LUX MED Ubezpieczenia TUiR SA, ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
Oświadczenia i powiadomienia dotyczące Umowy ubezpieczenia	Możesz złożyć w formie: • pisemnej na adres: LUX MED Ubezpieczenia TUiR SA, ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa • elektronicznej na adres e-mail: obslugaubezpieczenia@luxmedubezpieczenia.pl
Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia	Możesz złożyć w formie: • pisemnej na adres: LUX MED Ubezpieczenia TUiR SA, ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa • elektronicznej na adres e-mail: wypowiedzenia@luxmedubezpieczenia.pl

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

Część Ogólna (nie dotyczy Modułu Medycyna Pracy)

§ 1 Kim są strony Umowy ubezpieczenia?

Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowego (**OWU**) LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (dalej **my** lub **Ubezpieczyciel**) zawiera Umowę ubezpieczenia z Państwem (dalej **Ubezpieczającym**). Ubezpieczającym może być osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną.

§ 2 Definicje

Aby zapewnić większą czytelność dokumentu, w OWU używamy rodzaju męskiego niezależnie od płci (np. Ubezpieczony zamiast Ubezpieczony / Ubezpieczona albo Ubezpieczony/a).

Poniżej wprowadzamy definicje wspólne dla wszystkich Modułów OWU poza Modułem Medycyna Pracy. Dodatkowe definicje dotyczące konkretnego Modułu znajdą Państwo w opisie tego Modułu.

1. **Certyfikat** – dokument potwierdzający ochronę ubezpieczeniową dla danego Ubezpieczonego.
2. **Choroba** – nieprawidłowy według ogólnie uznanej wiedzy medycznej stan fizyczny lub psychiczny organizmu.
3. **Deklaracja przystąpienia** (także **Deklaracja** lub **e-Deklaracja** w odniesieniu do deklaracji złożonej w formie elektronicznej) – oświadczenie Ubezpieczonego, w którym wyraża wolę objęcia go ochroną ubezpieczeniową w oparciu o niniejsze OWU.
4. **Karencja** - okres, który musi upłynąć od początku Okresu ochrony danego Ubezpieczonego, zanim Ubezpieczony będzie uprawniony do Świadczenia.
5. **Lista ubezpieczonych** (także **Lista**) – wykaz zawierający dane osób zgłaszanych do Umowy ubezpieczenia, występujących z Umowy ubezpieczenia oraz wykaz zmian w zakresie ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego.
6. **Moduł** – część OWU definiująca warunki ubezpieczenia.
7. **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przez przyczynę niezależną od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, w którym Ubezpieczony doznał obrażeń fizycznych ciała lub naruszenia struktur anatomicznych układu mięśniowo-szkieletowego lub poniósł szkodę materialną. Nieszczęśliwym wypadkiem nie są Choroby nawet takie, które występują nagle.
8. **Okres ochrony** – okres, w którym ponosimy odpowiedzialność w stosunku do Ubezpieczonego za zdarzenia objęte Umową ubezpieczenia. Rozpoczyna się zawsze pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego.
9. **Okres ubezpieczenia** – okres, w którym ponosimy odpowiedzialność wynikającą z Umowy; o ile Umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej lub nie ulegnie rozwiązaniu jest to okres 12 miesięcy; Okres ubezpieczenia wskazany jest na Polisie.
10. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia.
11. **Portal Klienta Grupowego** – aplikacja udostępniona Ubezpieczającemu w celu realizacji Umowy ubezpieczenia, której funkcjonalności określone są w Regulaminie dostępnym na stronie internetowej: https://mojafirma.ubezpieczenia.luxmed.pl/api/public/Regulamin-portal-klienta-grupowego-LMG.
12. **Przychodnia** (także **Placówka medyczna**) – podmiot leczniczy udzielający świadczeń ambulatoryjnych w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, działający na terytorium i zgodnie z prawem obowiązującym w Polsce, realizujący Świadczenia w oparciu o OWU, wskazany przez nas.
13. **Rocznica** – dzień w każdym kolejnym roku, odpowiadający dacie początku Okresu ubezpieczenia, a jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma dnia miesiąca odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca**.**
14. **Składka całkowita** – kwota należna nam z tytułu Umowy ubezpieczenia za dany miesiąc od Ubezpieczającego. Składka całkowita jest to suma Składek za ubezpieczonego za wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną w danym miesiącu.
15. **Składka za ubezpieczonego** – kwota należna za dany miesiąc z tytułu ochrony ubezpieczeniowej świadczonej konkretnemu Ubezpieczonemu.
16. **Szpital** – wskazany przez nas podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej udzielający Świadczeń szpitalnych, działający na terytorium i zgodnie z prawem obowiązującym w Polsce, realizujący na rzecz Ubezpieczonego Świadczenia szpitalne. Definicja Szpitala w rozumieniu OWU obejmuje również Przychodnie wchodzące w skład Szpitala.
17. **Świadczenie** – usługa, którą zrealizujemy albo kwota, którą wypłacimy w razie zajścia zdarzenia objętego zakresem Umowy ubezpieczenia.

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

18. **Ubezpieczony** – Główny ubezpieczony lub Współubezpieczony, który został objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy. Jeżeli w OWU występuje termin Ubezpieczony, oznacza to, że dotyczy on zarówno Głównego ubezpieczonego, jak i Współubezpieczonego.
    1) **Główny ubezpieczony** – Pracownik tj. 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; także osoba fizyczna będąca członkiem organu jednostki organizacyjnej Ubezpieczającego na rachunek której zawarto Umowę ubezpieczenia. Głównym ubezpieczonym może być tylko osoba zamieszkała na terytorium Polski, która w dniu rozpoczęcia ochrony ma ukończone 18 lat.
    2) **Współubezpieczony** – osoba fizyczna, zamieszkała na terytorium Polski, wskazana przez Głównego ubezpieczonego, którą obejmujemy ochroną w ramach Umowy. Współubezpieczonym, w zależności od Modułu, może być:
        a) **Partner** – współmałżonek lub osoba prowadząca z Głównym ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe, niezłączona pokrewieństwem, przysposobieniem lub powinowactwem, która w dniu rozpoczęcia ochrony ma ukończone 18 lat;
        b) **Rodzic** – matka lub ojciec Głównego ubezpieczonego lub Partnera;
        c) **Dziecko** – Dziecko pełnoletnie i Dziecko niepełnoletnie:
            - **Dziecko niepełnoletnie** – dziecko własne lub przysposobione Głównego ubezpieczonego lub Partnera, które nie ukończyło 18 lat. Osobą uprawnioną do składania oświadczeń w imieniu Dziecka niepełnoletniego jest opiekun prawny;
            - **Dziecko pełnoletnie** – dziecko własne lub przysposobione Głównego ubezpieczonego lub Partnera, które ukończyło 18 lat.
19. **Ubezpieczyciel** – LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna, z siedzibą: ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod nr KRS 0001192054, NIP: 5214131363, REGON: 542630342.
20. **Umowa ubezpieczenia** (także **Umowa**) – Umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU.
21. **Uposażony** – osoba, której przysługuje Świadczenie pieniężne w razie śmierci Ubezpieczonego.
22. **Użytkownik Portalu Klienta Grupowego (Użytkownik)** – osoba upoważniona przez Ubezpieczającego do obsługi ubezpieczenia, w tym akceptacji e-Deklaracji.
23. **Wniosek ubezpieczeniowy** (także **Wniosek**) – propozycja zawarcia Umowy na podstawie niniejszych OWU, którą składa nam Ubezpieczający w formie pisemnej, elektronicznej lub dokumentowej na przygotowanym przez nas formularzu.

§ 3 Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego, następstwa Nieszczęśliwych wypadków, szkody rzeczowe i straty finansowe poniesione przez Ubezpieczonego, odpowiedzialność cywilna Ubezpieczonego, a także świadczenie pomocy Ubezpieczonemu w razie trudności w czasie podróży.
2. Ubezpieczający może wybrać jeden albo więcej Modułów, które będą definiować zakres Umowy ubezpieczenia, spośród niżej wymienionych:
    1) Moduł **Opieka Ambulatoryjna**;
    2) Moduł **Swoboda Leczenia**;
    3) Moduł **Leczenie Szpitalne;**
    4) Moduł **Wsparcie w Podróży;**
    5) Moduł **Wsparcie w Poważnym Zachorowaniu**;
    6) Moduł **Wsparcie Bliskich (NNW)** - (także **Wsparcie Bliskich**);
    7) Moduł **Medycyna Pracy**, którego warunki uregulowane są wyłącznie w postanowieniach dotyczących części Modułu Medycyna Pracy.
3. Odpowiadamy za zdarzenia, które mają miejsce w Okresie ochrony. Data zdarzenia zdefiniowana jest w każdym z Modułów.
4. Główny ubezpieczony, przystępując do Umowy ubezpieczenia, wybiera jeden z dostępnych w niej Typów ubezpieczenia:
    1) **Indywidualny** – ochroną objęty jest tylko Główny ubezpieczony;
    2) **Partnerski** – ochroną objęty jest Główny ubezpieczony oraz: Partner albo Dziecko;

3) **Rodzinny** – ochroną objęte są co najmniej 3 osoby – Główny ubezpieczony oraz: Partner i Dziecko/Dzieci albo tylko Dzieci;
4) **Rodzic** - ochroną objęty jest Rodzic lub Rodzice Głównego ubezpieczonego lub Partnera, łącznie nie więcej niż 4 osoby.

W ramach jednego Modułu mogą występować wszystkie lub tylko niektóre Typy ubezpieczenia zgodnie z tabelą poniżej:

Tabela nr 2: Typy ubezpieczenia w poszczególnych Modułach

	Moduły					
Typ ubezpieczenia	Opieka Ambulatoryjna	Swoboda Leczenia	Leczenie Szpitalne	Wsparcie w Podróży	Wsparcie w Poważnym Zachorowaniu	Wsparcie Bliskich (NNW)
Indywidualny	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
Partnerski	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
Rodzinny	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
Rodzic	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE

5. Główny ubezpieczony może wybrać różne Typy ubezpieczenia dla różnych Modułów.

§ 4 Jak skorzystać z ubezpieczenia?

1. Aby skorzystać z ubezpieczenia, należy powiadomić nas o zdarzeniu objętym ochroną ubezpieczeniową. Sposoby zgłoszenia różnią się w zależności od Modułu i zostały opisane w warunkach danego Modułu.
2. Jeżeli do określenia, czy lub w jakiej wysokości Świadczenie jest należne, niezbędne będą dodatkowe dokumenty, informacje, badania lub konsultacje lekarskie, poinformujemy o tym osobę zgłaszającą zdarzenie. Informację przekażemy pisemnie lub w inny sposób, na który ta osoba wyraziła zgodę.
3. Rozpoczniemy realizację Świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5 poniżej.
4. Ustalenie, czy lub w jakiej wysokości Świadczenie jest należne, może być niemożliwe w terminie określonym w ust. 3. W takiej sytuacji rozpoczniemy realizację Świadczenia w terminie 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, przy zachowaniu należytej staranności.
5. Weryfikując wniosek o realizację Świadczenia, możemy ustalić, że Świadczenie nie przysługuje lub że przysługuje w innej wysokości niż w zawiadomieniu o zdarzeniu. Poinformujemy o tym na piśmie osobę składającą wniosek i wskażemy podstawę prawną oraz okoliczności, które uzasadniają odmowę, jak również poinformujemy o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

§ 5 Jakie są wyłączenia z ubezpieczenia?

1. Ubezpieczenie, w zakresie wszystkich Modułów poza Modułem Wsparcie w Podróży, nie obejmuje zdarzeń, które są skutkiem:
   1) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, wojny domowej, zamieszek, stanu wyjątkowego, cywilnego zamachu stanu, aktów terroryzmu, służby wojskowej, udziału w misjach wojskowych lub stabilizacyjnych, czynnego uczestnictwa Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach lub strajkach;
   2) stosowania naukowo nieuznanych metod leczenia oraz medycyny niekonwencjonalnej, stosowania leków niedopuszczonych do użytku przez instytucje regulujące rynek leków 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, wszczepiania protez, implantów i urządzeń zastępujących funkcjonalnie lub anatomicznie narządy innych niż wskazane w zakresie ochrony danego Modułu, w tym narządów zmysłów;
   4) wyczynowego uprawiania przez Ubezpieczonego sportu, wymagającego aktywności fizycznej, w tym uczestnictwa w treningach klubowych, związkowych lub stowarzyszeniach sportowych, uprawiania sportu w celach zarobkowych, udziału

w zawodach sportowych, a także udziału w obozach kondycyjnych lub szkoleniowych o charakterze sportowym. Ponadto ubezpieczenie nie obejmuje: wypraw do miejsc o ekstremalnych warunkach klimatycznych lub przyrodniczych. Wyczynowym uprawianiem sportu nie jest:

a) rekreacyjne uprawianie dyscyplin sportowych w czasie wolnym, którego celem jest wyłącznie wypoczynek, regeneracja sił psychofizycznych lub utrzymanie dobrego stanu zdrowia;

b) udział pełnoletnich Ubezpieczonych we współzawodnictwie sportowym o charakterze amatorskim, czyli w imprezach sportowych przeznaczonych dla osób lub zespołów formalnie niezrzeszonych, organizowanych poza klubami, ligami, związkami lub stowarzyszeniami sportowymi;

c) uprawianie dyscyplin sportowych przez dzieci do 18 roku życia w ramach klubu, klasy lub szkoły sportowej,

5) uprawiania sportów wysokiego ryzyka, czyli takich których uprawianie wiąże się ze szczególnym ryzykiem dla zdrowia. W ramach OWU za takie sporty uznajemy:

- sporty lotnicze oraz pilotowanie jakichkolwiek samolotów silnikowych,
- baloniarstwo,
- skoki spadochronowe,
- skoki na linie,
- kolarstwo górskie,
- sporty motorowe i motorowodne,
- kitesurfing,
- wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa,
- speleologia,
- skoki narciarskie,
- snowboard oraz narciarstwo z wyjątkiem uprawianych rekreacyjnie na wyznaczonych trasach,
- bobsleje,
- rafting i inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich,
- freediving,
- nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu,
- sporty walki,
- myślistwo,
- jazda konna.

6) stanów klęski żywiołowej, katastrof naturalnych, stanów pandemii oraz stanów epidemii ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej;

7) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego oraz czynników biologicznych i chemicznych w zakresie szkodliwym dla człowieka;

8) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa, wykroczenia, samobójstwa, samookaleczenia, świadomego spowodowania rozstroju zdrowia;

9) samodzielnego diagnozowania się przez Ubezpieczonego, samodzielnego leczenia się prowadzących do rozstroju zdrowia lub modyfikacji leczenia zaleconego przez Lekarza;

10) pozostawania pod wpływem, nadużycia lub zatrucia dobrowolnie spożywanymi: alkoholem, narkotykami, innymi substancjami odurzającymi lub psychotropowymi, lekami stosowanymi niezgodnie z zaleceniem Lekarza oraz nadużycia lub zatrucia tytoniem;

11) detoksykacji, zabiegów odwykowych, leczenia odwykowego oraz ich następstw;

12) 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.

2. Pozostałe ograniczenia i wyłączenia naszej odpowiedzialności, które są specyficzne dla zakresu ochrony w danym Module, znajdują się w części OWU opisującej warunki ubezpieczenia danego Modułu.

§ 6 Czego wymagamy do zawarcia Umowy?

1. Umowę zawieramy na podstawie Wniosku ubezpieczeniowego wraz z dołączonymi do niego dokumentami wskazanymi we Wniosku oraz dokumentami wymienionymi w § 7 ust. 1 Części ogólnej OWU.
2. Przyjmujemy Wnioski, które są kompletne i poprawnie wypełnione.
3. Wniosek może zostać złożony w formie pisemnej, dokumentowej lub elektronicznej.
4. Okres ubezpieczenia rozpocznie się w dacie wskazanej na Wniosku, jeżeli łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

1) kompletny i poprawnie wypełniony Wniosek zostanie do nas złożony nie później niż do 15. dnia miesiąca kalendarzowego bezpośrednio poprzedzającego miesiąc, od którego Okres ubezpieczenia ma się rozpocząć oraz
2) zostaną złożone i zaakceptowane Deklaracje przystąpienia wraz z innymi wymaganymi dokumentami opisanymi w § 7 pkt 1 Części ogólnej OWU nie później niż do 20. dnia miesiąca kalendarzowego bezpośrednio poprzedzającego miesiąc, od którego Okres ubezpieczenia ma się rozpocząć.

5. Jeżeli warunki te nie zostaną spełnione, Okres ubezpieczenia rozpocznie się 1. dnia miesiąca następującego bezpośrednio po spełnieniu wyżej wymienionych warunków. W takim przypadku zwrócimy Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu Polisy, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W przypadku braku sprzeciwu Umowa dojdzie do skutku zgodnie z treścią Polisy (Okres ubezpieczenia rozpocznie się w dniu wskazanym na Polisie) następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
6. Jeżeli Wniosek ubezpieczeniowy nie będzie zawierał wszystkich wymaganych informacji lub dokumentów, niezwłocznie zawiadomimy o tym osobę składającą Wniosek i poprosimy o ich uzupełnienie.
7. Jeżeli informacje lub dokumenty nie zostaną uzupełnione we wskazanym przez nas terminie, nie dojdzie do zawarcia Umowy.
8. Do zawarcia Umowy dochodzi z chwilą doręczenia Polisy, co jest równoznaczne z akceptacją przez nas Wniosku ubezpieczeniowego. Data zawarcia Umowy oraz Okres ubezpieczenia wskazane są na Polisie.
9. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia wskazanego w Polisie, niezależnie od zapłacenia pierwszej Składki całkowitej.

§ 7 Kiedy zaczyna się Okres ochrony wobec Ubezpieczonego?

1. Osoby zgłaszane do Umowy są obejmowane przez nas ochroną ubezpieczeniową na podstawie:
   1) kompletnych, poprawnie wypełnionych Deklaracji przystąpienia (z podpisem własnoręcznym lub podpisem elektronicznym kwalifikowanym, dostarczonych do nas w oryginale) lub e-Deklaracji w formie elektronicznej; oraz
   2) przekazanej nam przez Ubezpieczającego Listy ubezpieczonych (jeżeli jest przez nas wymagana); oraz
   3) innych dokumentów, jeżeli były one przez nas wskazane jako niezbędne do zawarcia Umowy lub przyjęcia danego Ubezpieczonego do ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy.
2. W trakcie trwania Umowy do ubezpieczenia mogą być zgłaszane nowe osoby na podstawie dokumentów opisanych w ust. 1.
3. W przypadku e-Deklaracji i braku wymogu przekazania Listy ubezpieczonych: Okres ochrony zaczyna się 1.dnia miesiąca kalendarzowego następującego bezpośrednio po złożeniu e-Deklaracji, pod warunkiem, że Ubezpieczony złożył e-Deklarację oraz zostanie ona zaakceptowana przez Użytkownika Portalu Klienta Grupowego nie później niż 20. dnia miesiąca kalendarzowego. W przypadku, gdy zaakceptowana przez Użytkownika Portalu Klienta Grupowego e-Deklaracja dotrze do nas po tym terminie (później niż 20.dnia miesiąca kalendarzowego), Okres ochrony zacznie się 1. dnia drugiego miesiąca kalendarzowego po miesiącu, w którym e-Deklaracja została złożona i zaakceptowana przez Użytkownika Portalu Klienta Grupowego. Początek Okresu ochrony potwierdzony zostanie przez nas na Certyfikacie.
4. W pozostałych przypadkach tj. jeżeli wymagamy Listy ubezpieczonych: Okres ochrony zaczyna się 1. dnia miesiąca kalendarzowego następującego bezpośrednio po dostarczeniu nam przez Ubezpieczającego Listy ubezpieczonych wraz z Deklaracjami przystąpienia w formie papierowej osób wymienionych na Liście, pod warunkiem, że Ubezpieczający dostarczył nam te dokumenty nie później niż 20. dnia miesiąca kalendarzowego. W przypadku, gdy Ubezpieczający dostarczył nam Listę po tym terminie (później niż 20. dnia miesiąca kalendarzowego), Okres ochrony zacznie się 1. dnia drugiego miesiąca kalendarzowego po miesiącu, w którym Lista została dostarczona. Początek Okresu ochrony potwierdzony zostanie przez nas na Certyfikacie.
5. Zapisy ust 3 i 4 powyżej mają zastosowanie, o ile nie wymagamy weryfikacji stanu zdrowia osoby zgłaszanej do Umowy. W przypadku, gdy osoba zgłaszana do Ubezpieczenia przechodzi weryfikację stanu zdrowia, rozpoczęcie Okresu ochrony może nastąpić później.
6. Możemy wymagać weryfikacji stanu zdrowia osoby zgłaszanej do Umowy, w tym na nasz koszt skierować osobę zgłaszaną do ubezpieczenia na dodatkowe badania medyczne. Na etapie weryfikacji stanu zdrowia zgłaszanej osoby możemy ją poprosić o dostarczenie dodatkowych dokumentów i informacji. Na podstawie przeprowadzonej oceny stanu zdrowia zgłaszanej osoby możemy:
   1) przyjąć ją do Umowy zgodnie ze złożoną Deklaracją przystąpienia;
   2) zaproponować zmienione warunki ochrony ubezpieczeniowej - objęcie zgłaszanej osoby ochroną ubezpieczeniową wymaga wówczas akceptacji z jej strony zmienionych warunków w terminie 14 dni od daty ich przekazania osobie zgłaszanej do Umowy. W razie braku akceptacji osoba zgłaszana do Umowy nie zostanie objęta ochroną ubezpieczeniową;
   3) odmówić przyjęcia do Umowy.

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

7. Przyjęcie do ochrony ubezpieczeniowej potwierdzimy Certyfikatem, który zostanie przekazany Ubezpieczonemu pocztą elektroniczną, o ile na Deklaracji przystąpienia został wskazany adres e-mail.
8. O odmowie przyjęcia do ochrony ubezpieczeniowej poinformujemy Ubezpieczającego pocztą elektroniczną lub tradycyjną.
9. W trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony może dokonać zmiany wariantu w ramach Modułu Leczenie Szpitalne oraz w ramach Modułu Wsparcie w Poważnym Zachorowaniu, o ile są one objęte daną Umową z Ubezpieczającym oraz zmiana taka oznacza zwiększenie dotychczasowego zakresu ubezpieczenia. Zwiększenie dotychczasowego zakresu ubezpieczenia w ramach Modułu Leczenie Szpitalne oznacza zmianę:
   1) wariantu Opieka Ortopedyczna na wariant Opieka Ortopedyczna Plus lub
   2) wariantu Opieka Ortopedyczna na wariant Pełna Opieka lub
   3) wariantu Opieka Ortopedyczna Plus na wariant Pełna Opieka lub
   4) wariantu Opieka w Chorobie na wariant Pełna Opieka.

   Zwiększenie dotychczasowego zakresu ubezpieczenia w ramach Modułu Wsparcie w Poważnym Zachorowaniu oznacza zmianę wariantu 1 na wariant 2 w ramach tego Modułu.
10. Zmiana zakresu ubezpieczenia jest możliwa pod warunkiem dostarczenia nam dokumentów opisanych w ust. 1, a w przypadku e-Deklaracji dodatkowo wymagane jest zaakceptowanie przez Ubezpieczającego zmiany wariantu przez Ubezpieczonego.
11. Zmiana zakresu ubezpieczenia następuje 1. dnia miesiąca kalendarzowego następującego bezpośrednio po dostarczeniu wymaganych dokumentów wskazanych w ust. 1, pod warunkiem, że dokumenty te zostaną złożone nie później niż do 20. dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym nastąpić ma zmiana. W razie dostarczenia dokumentów wskazanych w ust. 1 później niż 20. dnia miesiąca, zmiana nastąpi od 2. miesiąca kalendarzowego po miesiącu, w którym zostały złożone te dokumenty.
12. Zmiana zakresu na niższy jest możliwa wyłącznie w Rocznicę.
13. W ramach Modułu Wsparcie w Podróży nie możliwości dokonania zmiany wariantu.

§ 8 Kiedy kończy się Okres ochrony wobec Ubezpieczonego?

1. W zależności od tego, które z tych wydarzeń nastąpi wcześniej, Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy:
   1) do dnia zakończenia Umowy lub skutecznego odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy;
   2) do dnia zgonu Ubezpieczonego;
   3) do dnia wystąpienia Ubezpieczonego z Umowy zgodnie z ust. 2-4 poniżej;
   4) do dnia poprzedzającego najbliższą Rocznicę po ukończeniu przez Ubezpieczonego maksymalnego wieku, który wskazany jest w Tabeli nr 3;
   5) w odniesieniu do Współubezpieczonych: do dnia zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wobec Głównego ubezpieczonego.

Tabela nr 3: Maksymalny wiek świadczenia ochrony ubezpieczeniowej

	Moduły					
	Opieka Ambulatoryjna	Swoboda Leczenia	Leczenie Szpitalne	Wsparcie w Podróży	Wsparcie w Poważnym Zachorowaniu	Wsparcie Bliskich (NNW)
Główny ubezpieczony	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat
Partner	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat
Dziecko niepełnoletnie	18 lat	18 lat	18 lat	18 lat	-	18 lat
Dziecko pełnoletnie	26 lat	26 lat	26 lat	26 lat	26 lat	26 lat
Rodzic	80 lat	-	-	-	-	-

2. W trakcie trwania Umowy Ubezpieczający może zgłaszać osoby występujące z ubezpieczenia za pośrednictwem Listy ubezpieczonych. Ubezpieczony może również samodzielnie zgłosić chęć wystąpienia z ubezpieczenia, przesyłając informację o wystąpieniu na adres e-mail: obslugaubezpieczenia@luxmedubezpieczenia.pl. Zachęcamy jednak do zgłaszania chęci wystąpienia z ubezpieczenia za pośrednictwem Ubezpieczającego, w celu zapewnienia najwyższej jakości i szybkości obsługi.
3. Wystąpienie osoby w trakcie trwania Umowy następuje ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym otrzymaliśmy Listę ubezpieczonych pod warunkiem, że przekazanie Listy przez Ubezpieczającego nastąpi nie później niż 20. dnia miesiąca kalendarzowego, z którym ma zakończyć się ochrona ubezpieczeniowa wobec danego Ubezpieczonego. W przypadku samodzielnego wystąpienia Ubezpieczonego warunkiem jest otrzymanie przez nas tej informacji również nie później niż 20. dnia miesiąca kalendarzowego, z którym ma zakończyć się ochrona ubezpieczeniowa wobec danego Ubezpieczonego. W przypadku przekazania Listy lub otrzymania informacji o samodzielnym wystąpieniu Ubezpieczonego po tym terminie, uznajemy, że dotyczy ona kolejnego miesiąca.
4. Wystąpienie Głównego ubezpieczonego z Umowy jest równoznaczne z końcem Okresu ochrony wobec zgłoszonych Współubezpieczonych, ze skutkiem na koniec Okresu ochrony Głównego ubezpieczonego.
5. W ciągu 12 miesięcy od dnia wystąpienia z Umowy Ubezpieczony nie może ponownie do niej przystąpić, chyba że ponowne przystąpienie jest wynikiem zatrudnienia Głównego ubezpieczonego przez Ubezpieczającego.
6. Śmierć Głównego ubezpieczonego jest równoznaczna z końcem Okresu ochrony wobec zgłoszonych Współubezpieczonych, ze skutkiem na dzień zgonu Głównego ubezpieczonego.

§ 9 Jak Ubezpieczony może wskazać Uposażonego?

1. Ubezpieczony może wskazać Uposażonego do otrzymania Świadczenia z tytułu swojej śmierci zarówno przed przystąpieniem do Umowy, jak i w każdym momencie trwania Okresu ochrony. W każdym momencie trwania Okresu ochrony Ubezpieczony ma prawo zmienić lub odwołać wskazanie Uposażonego oraz zmienić przysługujący Uposażonemu procent Świadczenia. Wskazanie Uposażonego dotyczy wszystkich Modułów, jakie Ubezpieczony posiada i w których zakres ochrony obejmuje śmierć Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczony może wskazać jedną lub kilka osób Uposażonych oraz wskazać procent ich udziału w Świadczeniu.
3. Ubezpieczony wskazuje Uposażonego, składając nam wniosek o wskazanie lub zmianę Uposażonego. Zmiana dotycząca wskazania Uposażonego obowiązuje od następnego dnia po złożeniu wniosku.
4. W przypadku śmierci Uposażonego lub utraty przez niego prawa do Świadczenia, jego prawo do Świadczenia przejmują pozostałe osoby wskazane jako Uposażone (jeżeli było wskazanych więcej osób, niż jedna), proporcjonalnie do przyznanego im procentowego udziału w Świadczeniu.
5. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych lub wszyscy Uposażeni zmarli przed datą śmierci Ubezpieczonego lub utracili prawo do Świadczenia, wówczas uprawnionymi do Świadczenia stają się:
   1) małżonek Ubezpieczonego, a w przypadku jego braku;
   2) dzieci Ubezpieczonego (w częściach równych), a w przypadku ich braku;
   3) rodzice Ubezpieczonego (w częściach równych), a w przypadku ich braku;
   4) rodzeństwo Ubezpieczonego (w częściach równych), a w przypadku ich braku;
   5) inni spadkobiercy Ubezpieczonego wynikający z przepisów prawa, z wyłączeniem gminy i Skarbu Państwa.
6. W sytuacji, gdy suma wskazań procentowych Uposażonych nie jest równa 100%, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego Świadczenia są wyznaczane z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.
7. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.

§ 10 Na jak długo jest zawierana Umowa i jakie są warunki jej odnowienia?

1. Umowa jest zawierana na Okres ubezpieczenia wynoszący 12 miesięcy.
2. Umowa zostaje odnowiona na kolejny 12-miesięczny Okres ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 3-9.
3. Przy odnowieniu Umowy na kolejny roczny Okres ubezpieczenia, mamy prawo zaproponować zmianę wysokości kwot składających się na Składkę za ubezpieczonego w związku z indeksacją Sum ubezpieczenia lub wzrostem wartości Świadczeń zdrowotnych. Indeksacja ma na celu dostosowanie wartości Sum ubezpieczenia do wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych. Wzrost wartości Świadczeń zdrowotnych odzwierciedla wzrost ponoszonych przez nas kosztów w związku ze Świadczeniami udzielanymi przez nas na podstawie Umowy.
4. Indeksacja Sum ubezpieczenia polega na ich podwyższeniu o wskaźnik indeksacji. Wskaźnik indeksacji ustalamy na poziomie wyższym o maksymalnie 3 punkty procentowe od publikowanego przez Główny Urząd Statystyczny wskaźnika wzrostu cen

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

towarów i usług konsumpcyjnych za okres 12 miesięcy, nie później niż 6 miesięcy przed dniem przekazania propozycji nowej wysokości kwot składających się na Składkę za ubezpieczonego.

5. Wzrost wartości Świadczeń zdrowotnych obliczany jest w oparciu o historię szkodowości danej Umowy oraz zmiany kosztów wynagrodzeń w sektorze ochrony zdrowia publikowanych przez GUS.
6. W propozycji zmiany kwot składających się na Składkę za ubezpieczonego możemy podać zindeksowaną wartość Sum ubezpieczenia, wskaźnik wzrostu wartości Świadczeń zdrowotnych oraz wysokość kwot składających się na Składkę za ubezpieczonego wynikającą z przeprowadzonych zmian.
7. Propozycję zmiany kwot składających się na Składkę za ubezpieczonego wyślemy na co najmniej 60 dni przed końcem Okresu ubezpieczenia.
8. Ubezpieczający informuje nas o swojej decyzji dotyczącej odnowienia Umowy na kolejny okres w terminie do 30 dni przed datą rozpoczęcia kolejnego rocznego Okresu ubezpieczenia. Jeżeli nie otrzymamy od Ubezpieczającego wniosku o odnowienie Umowy w formie pisemnej lub dokumentowej, Umowa wygaśnie z końcem bieżącego Okresu ubezpieczenia.
9. Możemy odmówić odnowienia Umowy na kolejny Okres ubezpieczenia. Decyzję przekażemy Ubezpieczającemu najpóźniej na 30 dni przed terminem odnowienia Umowy.
10. Umowa ulega zakończeniu:
    1) w dniu, w którym otrzymaliśmy odstąpienie od Umowy złożone w terminie wskazanym w OWU;
    2) w dniu rozwiązania Umowy;
    3) w ostatnim dniu okresu wypowiedzenia Umowy;
    4) w ostatnim dniu trwania Umowy, jeżeli Umowa nie została odnowiona na kolejny 12-miesięczny Okres ubezpieczenia.

§ 11 Kiedy Ubezpieczający może odstąpić od Umowy lub ją wypowiedzieć?

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia. W takim przypadku zwrócimy Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę całkowitą w ciągu 14 dni od dnia otrzymania oświadczenia o odstąpieniu. Składka całkowita zostanie pomniejszona o należność za okres, w którym udzieliliśmy ochrony.
2. Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć Umowę w dowolnym momencie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Ubezpieczający może też wskazać inny, późniejszy termin. Wypowiedzenie należy wysłać w formie:
    1) pisemnej na adres: LUX MED Ubezpieczenia TUiR SA, ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa;
    2) elektronicznej na adres e-mail: wypowiedzenia@luxmedubezpieczenia.pl.
3. Jeżeli pierwsza Składka całkowita nie została zapłacona w terminie wskazanym na Polisie, możemy wypowiedzieć Umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty Składki całkowitej za okres, przez który ponosiliśmy odpowiedzialność. W razie niewypowiedzenia przez nas Umowy wygaśnie ona z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona Składka całkowita.
4. Niezapłacenie w terminie Składki całkowitej za drugi lub którykolwiek następny miesiąc Okresu ubezpieczenia może powodować ustanie naszej odpowiedzialności. Po upływie terminu zapłaty wezwiemy Ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje rozwiązanie Umowy.
5. Możemy wypowiedzieć Umowę z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia jedynie w przypadkach wskazanych w ustawie, a także z ważnych powodów określonych poniżej:
    1) popełnienia przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego w związku z zawarciem lub realizacją Umowy czynu zabronionego w rozumieniu art. 115 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny;
    2) uporczywe naruszanie przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego dóbr osobistych lub innych praw Ubezpieczyciela lub podmiotów lub osób, za pomocą których Ubezpieczyciel wykonuje Umowę, po uprzednim pisemnym wezwaniu Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego do zaniechania ww. naruszeń;
    3) powtarzające się nieprzestrzeganie przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego zasad organizacji pracy lub regulaminów organizacyjnych Przychodni i Szpitali, lub niestosowanie się do poleceń ich personelu, po uprzednim wezwaniu Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego do zaniechania ww. działań.
6. Zakończenie Umowy z jakiegokolwiek powodu przed planowanym końcem Okresu ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania Składki całkowitej za okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej, w tym za miesięczny okres wypowiedzenia.

7. Mamy prawo do wyłączenia z ochrony ubezpieczeniowej konkretnego Ubezpieczonego, ze skutkiem na koniec danego miesiąca kalendarzowego, jeżeli narusza on swoim zachowaniem zasady współżycia społecznego lub regulaminu organizacyjnego Przychodni lub Szpitala, a także jeżeli utrudnia pracę lub funkcjonowanie tej placówki lub jej personelu w sposób uporczywy.

§ 12 Jaka jest wysokość Składki i jak ją opłacić?

1. Wysokość Składki za ubezpieczonego uzależniona jest od: liczby Modułów tworzących zakres ochrony ubezpieczeniowej oraz wariantów wybranych przez Ubezpieczonego, Typów ubezpieczenia oraz Karencji, jeżeli ma ona zastosowanie.
2. Wysokość Składek za ubezpieczonego oraz częstotliwość i terminy płatności Składki całkowitej są wskazane w Polisie.
3. Składka całkowita jest opłacana przez Ubezpieczającego miesięcznie, o ile Umowa nie stanowi inaczej.
4. Składkę całkowitą opłaca Ubezpieczający na rachunek bankowy wskazany w Polisie.
5. Za dzień opłacenia Składki całkowitej uznaje się dzień wpływu całej należności na rachunek bankowy wskazany w Polisie. W przypadku, gdy wpłacona kwota jest niższa od należnej Składki całkowitej, Składkę całkowitą uważa się za niezapłaconą.

§ 13 Jakie mamy obowiązki wobec Ubezpieczającego i Ubezpieczonych?

1. Przekażemy Ubezpieczającemu OWU wraz z załącznikami przed zawarciem Umowy.
2. W ramach potwierdzenia zawarcia Umowy wystawimy i dostarczymy Polisę, a w przypadku zmian do Umowy wymagających zmian na Polisie dostarczymy aneks do Polisy.
3. Nie później niż w terminie 14 dni przed dokonaniem zmiany poinformujemy Ubezpieczającego o zmianie naszego adresu korespondencyjnego oraz o zmianie numeru infolinii, w ramach której Ubezpieczony może uzyskać informacje na temat ubezpieczenia.
4. Będziemy prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania wynikające z Umowy ubezpieczenia, w szczególności dotyczące realizacji Świadczeń.

§ 14 Jakie są obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego wobec nas?

1. Ubezpieczający i Ubezpieczeni mają obowiązek podać wszystkie znane okoliczności oraz informacje, o które zapytamy przed zawarciem Umowy ubezpieczenia oraz przed objęciem Ubezpieczonych ochroną. Jeżeli zawarliśmy Umowę ubezpieczenia lub objęliśmy Ubezpieczonych ochroną mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego na zadane pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, o które zapytaliśmy i o których nie zostaliśmy poinformowani przed zawarciem Umowy lub przed objęciem Ubezpieczonych ochroną.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczeni mają także obowiązek niezwłocznie poinformować nas, jeżeli dane podane przy zawarciu Umowy ubezpieczenia lub obejmowaniu Ubezpieczonych ochroną ulegną zmianie w czasie obowiązywania Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do:
   1) doręczenia osobom zainteresowanym przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia OWU przed wyrażeniem przez nich zgody na udzielenie im ochrony ubezpieczeniowej lub na finansowanie kosztu Składki za ubezpieczonego;
   2) nieodbierania od Ubezpieczonych lub osób zainteresowanych przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia zgód na finansowanie kosztu Składki za ubezpieczonego bez wcześniejszego doręczenia im OWU;
   3) opłacania Składki całkowitej w wysokości i terminach wskazanych w Polisie;
   4) dostarczenia nam kompletnych List ubezpieczonych (jeżeli mają zastosowanie) wraz ze wszystkimi wymaganymi dokumentami;
   5) poinformowania nas o zmianie swojej siedziby lub adresu korespondencyjnego nie później niż w terminie 14 dni przed dokonaniem zmiany;
   6) poinformowania nas o śmierci Ubezpieczonego;
   7) niezwłocznego przekazywania nam pytań i wniosków Ubezpieczonych o udzielenie im informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą one praw i obowiązków Ubezpieczonych, a także niezwłocznego przekazywania Ubezpieczonym i osobom zainteresowanym przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia wszelkich informacji o postanowieniach Umowy i OWU w zakresie, w jakim dotyczą one praw i obowiązków Ubezpieczonych.
4. Ubezpieczony zobowiązany jest do:
   1) niezwłocznego poinformowania nas o śmierci Współubezpieczonego, a w przypadku Współubezpieczonych – o śmierci Głównego Ubezpieczonego; w razie skorzystania przez Współubezpieczonego z jakichkolwiek Świadczeń w ramach

Umowy po powzięciu przez tego Współubezpieczonego informacji o śmierci Głównego Ubezpieczonego, możemy dochodzić zwrotu kosztów Świadczeń nienależnie udzielonych;

2) przestrzegania zaleceń Lekarzy;
3) przestrzegania zasad obowiązujących w Przychodniach i Szpitalach;
4) stosowania się do poleceń personelu Przychodni i Szpitali;
5) przestrzegania uzgodnionych z nami terminów wykonania Świadczeń;
6) przybycia w uzgodnionym terminie do Szpitala lub Przychodni wskazanej przez nas lub poinformowania Operatora LUX MED o rezygnacji ze Świadczenia, nie później niż 12 godzin przed ustalonym terminem jego wykonania. Jeżeli okoliczności nie pozwalają zachować tego terminu, Ubezpieczony powinien poinformować Operatora LUX MED o rezygnacji niezwłocznie po powstaniu jej przyczyny;
7) powstrzymywania się od wszelkich działań utrudniających lub uniemożliwiających udzielenie Świadczenia;
8) okazania dokumentu tożsamości ze zdjęciem przed realizacją Świadczenia. W przypadku, gdy korzystającym ze Świadczenia jest Dziecko Niepełnoletnie, o okazanie dokumentu tożsamości może zostać również poproszona osoba pełnoletnia, towarzysząca.

§ 15 Przetwarzanie danych osobowych i powierzenie w zakresie danych osób Ubezpieczonych oraz Użytkowników Portalu Klienta Grupowego

1. W ramach współpracy pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym dochodzić będzie do powierzenia przetwarzania danych Ubezpieczonych. Celem umożliwienia Ubezpieczonym przystąpienia do ochrony ubezpieczeniowej, w tym prawidłowej weryfikacji ich tożsamości przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczający na polecenie Ubezpieczyciela zbiera dane osobowe Ubezpieczonych i przekazuje je do Ubezpieczyciela w sposób ustalony przez strony tj. poprzez zgromadzenie wypełnionych przez Ubezpieczonych Deklaracji przystąpienia i przygotowanie Listy ubezpieczonych (jeżeli ma zastosowanie). W związku z tym, w ramach należytego uregulowania opisanego procesu, konieczne jest zawarcie dodatkowej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych. W celu uniknięcia wątpliwości, za wskazaną umowę uznaje się zapisy niniejszego paragrafu.
2. Ubezpieczyciel oświadcza, że zawarł umowę z LMG Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie, w Szwecji, adres: Box 27093, 102 51 Stockholm, Szwecja, wykonującą w Polsce działalność poprzez oddział: LMG Försäkrings AB Spółka Akcyjna Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Szturmowej 2, 02-678 Warszawa (dalej: LMG) na podstawie której udostępnia Ubezpieczającemu Portal Klienta Grupowego wspierający realizację Umowy Ubezpieczenia. Administratorem danych osobowych Użytkowników Portalu Klienta Grupowego jest LMG. Za umowę dalszego powierzenia przetwarzania danych osobowych odnośnie zebrania danych niezbędnych do założenia kont Użytkowników Portalu Klienta Grupowego uznaje się zapisy niniejszego paragrafu.
3. Do przetwarzania danych osobowych znajdują zastosowanie przepisy 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych; dalej jako Rozporządzenie). Przetwarzając dane osobowe Ubezpieczonych w zakresie i celu, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Ubezpieczający będzie występował w roli podmiotu przetwarzającego dane w rozumieniu art. 4 ust. 8 Rozporządzenia, działając na polecenie Ubezpieczyciela jako administratora zgodnie z art. 28 Rozporządzenia.
4. Przetwarzając dane osobowe Użytkowników Portalu Klienta Grupowego w zakresie i celu, o którym mowa w ust. 2 powyżej, Ubezpieczający będzie występował w roli dalszego podmiotu przetwarzającego, a Ubezpieczyciel w roli podmiotu przetwarzającego, działając na polecenie LMG jako administratora i zgodnie z art. 28 Rozporządzenia.
5. W celu uniknięcia wątpliwości, z tytułu realizacji obowiązków wynikających z Umowy ubezpieczenia Ubezpieczającemu nie przysługuje jakiekolwiek dodatkowe wynagrodzenie w zakresie obejmującym powierzenie przetwarzania danych osobowych.
6. Ubezpieczający nie decyduje o środkach i celach przetwarzania powierzonych danych.
7. Przetwarzanie danych osobowych przez Ubezpieczającego polegać będzie na:
   1) w zakresie Umowy ubezpieczenia - ich zbieraniu, porządkowaniu w formie Listy (jeżeli ma zastosowanie) i Deklaracji oraz ich przekazywaniu do Ubezpieczyciela lub zgodnie z dodatkowymi instrukcjami przekazywanymi przez Ubezpieczyciela. W przypadku, gdy Ubezpieczający na polecenie Ubezpieczyciela gromadzi Deklaracje przystąpienia do ubezpieczenia – również na zbieraniu i przekazywaniu Ubezpieczycielowi tych Deklaracji. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania danych osobowych zgodnie z wymogami bezpieczeństwa wynikającymi z Rozporządzenia, w szczególności w przypadku przekazywania danych osobowych na Listach ubezpieczonych, Ubezpieczający zobowiązany jest to ich szyfrowania. Ubezpieczający jest również zobowiązany do umożliwienia osobom uprawnionym do przystąpienia do ochrony ubezpieczeniowej, których dane przekazuje do Ubezpieczyciela, zapoznanie się z klauzulą informacyjną dla Ubezpieczonych stanowiącą załącznik nr 3 do OWU, z zachowaniem zasad rozliczalności m.in. poprzez jej udostępnienie w

intranecie Ubezpieczającego lub przekazanie klauzuli wraz z innymi informacjami dotyczącymi warunków ubezpieczenia. Ubezpieczający oświadcza, że będzie przekazywał Ubezpieczycielowi dane osobowe tylko takich osób tj. Ubezpieczonych, które zostały przez niego poinformowane o objęciu ich opieką ubezpieczeniową oraz wobec których zrealizował obowiązek informacyjny w imieniu Ubezpieczyciela (wypełnienie obowiązku wynikającego z art. 13 i 14 Rozporządzenia przez Ubezpieczającego w imieniu Ubezpieczyciela);

2) w zakresie dostępu do Portalu Klienta Grupowego – zebraniu i przekazaniu do Ubezpieczyciela danych osobowych Użytkowników Portalu Klienta Grupowego.

8. W zależności od ustaleń stron dotyczących zasad zgłaszania Ubezpieczonych do ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami Umowy ubezpieczenia, niniejszego paragrafu oraz instrukcjami Ubezpieczyciela, powierzone do przetwarzania dane osobowe obejmować będą:

   1) dane Ubezpieczonych w zakresie niezbędnym do prawidłowego oznaczenia ich tożsamości i tym samym weryfikacji uprawnień w zakresie przystąpienia do ochrony ubezpieczeniowej, tj. imię, nazwisko, adres e-mail lub numer telefonu, numer PESEL, data urodzenia (w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL), płeć – jeżeli zgłoszenie do ubezpieczenia będzie się odbywało za pośrednictwem udostępnionej platformy on-line;

   2) dane Ubezpieczonych w zakresie niezbędnym do prawidłowego oznaczenia ich tożsamości i tym samym weryfikacji uprawnień w zakresie przystąpienia do ochrony ubezpieczeniowej, tj. imię, nazwisko, adres e-mail lub numer telefonu, numer PESEL, data urodzenia (w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL), płeć, a jeżeli Ubezpieczony jest obcokrajowcem – także seria i numer dokumentu tożsamości oraz informacja o obywatelstwie, adres zamieszkania. Dotyczy to przypadków, gdy Ubezpieczający pośredniczy w gromadzeniu Deklaracji przystąpienia do ochrony ubezpieczeniowej i/lub przekazuje dane osobowe w zakresie wskazanym w niniejszym postanowieniu na polecenie Ubezpieczyciela za pośrednictwem List ubezpieczonych;

   3) dane Użytkowników Portalu Klienta Grupowego w zakresie niezbędnym do prawidłowego oznaczenia ich tożsamości i założenia kont w Portalu Klienta Grupowego, tj. imię, nazwisko, numer PESEL, adres e-mail, nr telefonu, stanowisko.

9. Jeżeli należyta realizacja obowiązków Ubezpieczającego wynikających z powierzenia 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. Warunkiem dalszego powierzenia danych osobowych przez Ubezpieczającego w ramach Europejskiego Obszaru Gospodarczego jest uprzednie powiadomienie Ubezpieczyciela o tym fakcie, z jednoczesnym oświadczeniem Ubezpieczającego, iż podmiot któremu zostaną dalej powierzone dane osobowe spełnia wymogi, o których mowa w art. 28 Rozporządzenia i zostanie to zagwarantowane w umowie dalszego powierzenia przetwarzania danych. Uprawnienie, o którym mowa w niniejszym ustępie nie wyłącza możliwości wyrażenia przez Ubezpieczyciela sprzeciwu wobec dalszego powierzenia, który Ubezpieczyciel może wyrazić w terminie 5 dni roboczych od poinformowania go o zamiarze podpowierzenia. Brak odpowiedzi Ubezpieczyciela w terminie, o którym mowa w zdaniu poprzednim jest równoznaczny z brakiem sprzeciwu.

10. W przypadku, gdy Ubezpieczający planuje dokonać dalszego powierzenia przetwarzania danych osobowych, w wyniku którego dojdzie do transferu danych osobowych do państwa trzeciego, Ubezpieczający zobowiązany jest uzyskać uprzednią zgodę Ubezpieczyciela udzieloną w formie pisemnej, elektronicznej lub dokumentowej za pośrednictwem poczty elektronicznej. W tym celu Ubezpieczający zobowiązany jest przedstawić Ubezpieczycielowi informacje na temat podstawy przekazania danych, zgodnie z wymogami rozdziału V Rozporządzenia, jak również – o ile będzie to miało zastosowanie – proponowanych do wdrożenia uzupełniających środków zapewniających odpowiedni stopień ochrony powierzonych danych, a także udzielić wszelkich dodatkowych informacji, jakie mogą się okazać niezbędne dla Ubezpieczyciela do podjęcia decyzji w zakresie udzielenia Ubezpieczającemu zgody na korzystanie z usług podmiotu przetwarzającego z państwa trzeciego.

11. Przetwarzanie danych osobowych przez Ubezpieczającego w związku z Umową ubezpieczenia ma charakter systematyczny i odbywa się w cyklach miesięcznych na potrzeby zgłaszania grup Ubezpieczonych zgłaszanych do objęcia opieką ubezpieczeniową w poszczególnych okresach ubezpieczenia.

12. Ubezpieczający jest uprawniony do przetwarzania powierzonych mu danych osobowych Ubezpieczonych przez okres niezbędny do ich zgromadzenia oraz przekazania do Ubezpieczyciela na poszczególnych Listach oraz w ramach gromadzonych Deklaracji przystąpienia (o ile są one zbierane przez Ubezpieczającego), nie dłużej niż do dnia zakończenia współpracy stron w tym zakresie. W zakresie, w jakim Ubezpieczający przetwarza powierzone mu dane osobowe Użytkowników Portalu Klienta Grupowego Ubezpieczający jest uprawniony do przetwarzania przez okres niezbędny do ich zgromadzenia oraz przekazania do Ubezpieczyciela, nie dłużej niż do dnia zakończenia współpracy stron w tym zakresie.

13. Po przesłaniu Listy zawierającej dane osobowe Ubezpieczonych zgłaszanych do ubezpieczenia w zdefiniowanym okresie ubezpieczenia i danych Użytkowników Portalu Klienta Grupowego, Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego usuwania danych osobowych tych Ubezpieczonych i Użytkowników, których dane zostały przez niego przekazane do Ubezpieczyciela.

14. W celu uniknięcia wątpliwości, również wraz z dniem zakończenia lub rozwiązania Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do trwałego usunięcia wszelkich powierzonych danych osobowych ze wszystkich dostępnych i wykorzystywanych do przetwarzania tych danych nośników. Ubezpieczycielowi przysługuje prawo do wystąpienia z żądaniem udostępnienia protokołu usunięcia przez Ubezpieczającego powierzonych danych osobowych.
15. 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.
16. 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.
17. Ubezpieczający zobowiązany jest współpracować z Ubezpieczycielem 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 Ubezpieczyciela o każdym żądaniu Ubezpieczonego w ramach wykonywania przez niego praw wynikających z Rozporządzenia oraz udzielania Ubezpieczycielowi wszelkich niezbędnych informacji w tym zakresie.
18. Mając na uwadze charakter przetwarzania powierzonych danych oraz dostępnych Ubezpieczającemu informacji, zobowiązany jest on wspierać Ubezpieczyciela w wywiązywaniu się przez Ubezpieczyciela 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).
19. Ubezpieczający zobowiązany jest niezwłocznie, nie później niż w terminie 24h po stwierdzeniu naruszenia bezpieczeństwa ochrony danych osobowych poinformować Ubezpieczyciela w formie elektronicznej na adres e-mail: daneosobowe@luxmed.pl. Przekazywana informacja powinna zawierać co najmniej:
    1) 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,
    2) imię, nazwisko i dane kontaktowe inspektora ochrony danych lub innej jednostki/osoby, z którą możemy kontaktować się w związku z wystąpieniem naruszenia,
    3) opis możliwych konsekwencji naruszenia,
    4) opis zastosowanych lub proponowanych do zastosowania przez Ubezpieczającego środków w celu zaradzenia naruszeniu, w tym minimalizacji jego negatywnych skutków.
20. Zgłoszenie, o którym mowa w ust. 19 powyżej powinno być przesłane w sposób zapewniający bezpieczeństwo przekazywanych informacji, tj. w formie zaszyfrowanego pliku zabezpieczonego hasłem. Hasło do pliku należy przekazać na numer telefonu, który zostanie podany przez Ubezpieczyciela.
21. Zmiana adresu e-mail, o którym mowa powyżej lub zmiana sposobu zgłaszania Ubezpieczycielowi naruszeń ochrony danych osobowych może być dokonana z wykorzystaniem poczty elektronicznej lub listownej i nie stanowi zmiany Umowy.
22. Adres e-mail, o którym mowa w ust. 19 powyżej jest także adresem kontaktowym Ubezpieczyciela, pod którym Ubezpieczający może kierować wszelkie informacje oraz zgłaszać wszelkie kwestie związane z przetwarzaniem danych osobowych powierzonych na mocy Umowy.
23. Ubezpieczający odpowiada za działania i zaniechania osób, przy pomocy których będzie przetwarzał powierzone dane osobowe, jak za działania lub zaniechania własne.
24. Ubezpieczający zobowiązany jest udzielać Ubezpieczycielowi wszelkich informacji niezbędnych dla wykazania przez Ubezpieczyciela wywiązywania się ze wszystkich obowiązków określonych w Umowie, niniejszym OWU oraz przepisach prawa, w szczególności Rozporządzenia.
25. Ubezpieczyciel jest uprawniony do przeprowadzania audytów zgodności przetwarzania przez Ubezpieczającego powierzonych danych osobowych z przepisami Rozporządzenia, ustaw oraz Umowy, 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 Umowy. W takim przypadku Ubezpieczający zobowiązany jest w sposób jasny i wyczerpujący, w formie pisemnej uzasadnić swoje stanowisko.
26. Informacja o planowanej inspekcji zostanie przekazana Ubezpieczającemu z co najmniej 7-dniowym wyprzedzeniem, z jednoczesnym wskazaniem zakresu inspekcji oraz osób upoważnionych przez Ubezpieczyciela do przeprowadzenia inspekcji. Powyższe nie wyklucza zlecenia wykonania inspekcji przez podmiot zewnętrzny upoważniony przez Ubezpieczyciela, 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 Ubezpieczyciela zakres inspekcji bądź narzędzia do wykonania czynności podczas inspekcji stanowiłoby naruszenie przepisów prawa ochrony danych przez Ubezpieczającego, jest on uprawniony do sprzeciwienia się przeprowadzeniu przez Ubezpieczyciela inspekcji jednocześnie zobowiązany do niezwłocznego powiadomienia o tym fakcie Ubezpieczyciela w formie elektronicznej lub pisemnej.

27. Prawo kontroli, o którym mowa w ust. 25-26 powyżej będzie realizowane przez Ubezpieczyciela 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, Ubezpieczyciel ma prawo do wszczęcia dodatkowej kontroli, nieobjętej limitem liczbowym, o którym mowa w zdaniu pierwszym.
28. Ubezpieczycielowi przysługuje prawo wydawania Ubezpieczającemu rekomendacji co do sposobu przetwarzania powierzonych danych oraz stosowanych przez Ubezpieczającego środków technicznych i organizacyjnych zabezpieczających powierzone dane osobowe. Rekomendacje Ubezpieczyciela nie są wiążące dla Ubezpieczającego, jednakże wydana rekomendacja zobowiązuje Ubezpieczającego do weryfikacji możliwości jej wdrożenia w wewnętrzne procedury przetwarzania danych osobowych.
29. Ubezpieczający zobowiązany jest niezwłocznie powiadamiać Ubezpieczyciela o wszelkich skargach, pismach, kontrolach organu nadzoru, postępowaniach sądowych i administracyjnych pozostających w związku z powierzonymi danymi osobowymi oraz współdziałać z Ubezpieczycielem w tym zakresie, w szczególności poprzez udostępnianie Ubezpieczycielowi wszelkiej dokumentacji z tym związanej.
30. W przypadku, gdy w związku z niezgodnym z przepisami Rozporządzania przetwarzaniem danych osobowych powierzonych Ubezpieczającemu, z przyczyn leżących po stronie jego stronie (wina), Ubezpieczyciel poniesie jakiekolwiek koszty, w szczególności związane z wypłatą zadośćuczynienia lub koszty obsługi prawnej, Ubezpieczający zobowiązany będzie do pokrycia tych kosztów w pełnej wysokości a w przypadku wytoczonego postępowania sądowego - do udzielenia Ubezpieczycielowi wszelkiego wsparcia w takim postępowaniu, a także do przejęcia odpowiedzialności w przypadku przyznania podmiotowi danych 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 Ubezpieczyciela w takim postępowaniu.
31. Dodatkowo, odrębnie od powyższych postanowień regulujących kwestie powierzenia przez Ubezpieczyciela do Ubezpieczającego przetwarzania danych osób Ubezpieczonych, w ramach realizacji Umowy, strony przetwarzać będą także dane osób wyznaczonych do bieżącego kontaktu oraz reprezentacji, w tym dane pracowników oraz współpracowników. W celu uniknięcia wątpliwości, każda ze stron przetwarza dane osób wskazanych do bieżącej realizacji Umowy drugiej strony jako ich odrębny i niezależny administrator, zgodnie z treścią art. 6 ust. 1 lit. f Rozporządzenia, czyli na podstawie uzasadnionego interesu administratora, jakim jest zapewnienie należytej reprezentacji podmiotu oraz kontaktu w bieżących sprawach związanych ze współpracą stron i wykonywaniem Umowy. Zakres danych osobowych, które są udostępniane pomiędzy stronami obejmuje: imię, nazwisko, służbowy adres e-mail, służbowy numer telefonu, stanowisko zajmowane w organizacji jednej ze stron.
32. Każda ze stron zobowiązana jest do stosowania przepisów Rozporządzenia w zakresie danych wskazanych w ust. 31, w tym do zrealizowania obowiązku informacyjnego wobec osób wyznaczonych do reprezentacji i kontaktu drugiej strony, których dane przetwarza. Klauzula obowiązku informacyjnego Ubezpieczyciela dotycząca współpracy biznesowej stanowi załącznik nr 4 do OWU. Ubezpieczający zobowiązuje się do przekazania wskazanej klauzul osobom wyznaczonym do reprezentacji i kontaktu, co stanowić będzie tym samym wypełnienie obowiązku wynikającego z art. 13 i 14 Rozporządzenia.

§ 16 W jaki sposób można złożyć reklamację?

1. Reklamacje związane z oferowaniem, zawieraniem lub wykonywaniem Umowy mogą być zgłoszone przez: poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub spadkobiercę posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu Świadczenia z Umowy ubezpieczenia:
   1) na piśmie:
      a) w postaci elektronicznej:
         i. na adres e-mail;
         ii. za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej;
         iii. poprzez wysłanie na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy;

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

b) w postaci papierowej:

i. poprzez przesłanie pocztą tradycyjną;

ii. poprzez osobiste dostarczenie pisemnej reklamacji;

2) ustnie do spisywanego protokołu:

a) poprzez zgłoszenie telefoniczne;

b) poprzez osobistą wizytę w naszej siedzibie.

Dane kontaktowe i adres strony internetowej do złożenia reklamacji znajdują się w Tabeli nr 1.

2. Reklamacja powinna być skierowana do nas i zawierać zwięzły opis nieprawidłowości, który pozwoli nam na zidentyfikowanie zdarzenia, którego reklamacja dotyczy i ustalenie wszystkich istotnych okoliczności.
3. Odpowiemy na reklamację maksymalnie w ciągu 30 dni, na piśmie w postaci:
   1) elektronicznej – w przypadku, gdy reklamacja została złożona w takiej formie, o ile osoba składająca reklamację nie wniosła o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej;
   2) papierowej – w przypadku, gdy reklamacja została złożona w takiej formie, o ile osoba składająca reklamację nie wniosła o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
   3) elektronicznej lub papierowej, zgodnie z wnioskiem osoby składającej reklamację – w przypadku, gdy reklamacja została złożona ustnie.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach możemy potrzebować więcej czasu na rozpatrzenie reklamacji. W takiej sytuacji przed upływem terminu na odpowiedź na reklamację:
   1) wyjaśnimy przyczynę opóźnienia;
   2) wskażemy okoliczności, które muszą zostać dodatkowo ustalone do rozpatrzenia sprawy;
   3) określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie będzie dłuższy niż 60 dni od daty otrzymania reklamacji.

§ 17 Postanowienia końcowe

1. Mając na uwadze standardy bezpieczeństwa medycznego, Przychodnia lub Szpital może udzielić Świadczenia określonemu pacjentowi z pierwszeństwem przed innym pacjentami.
2. Ubezpieczyciel w ramach Umowy i na czas jej trwania udostępnia Ubezpieczającemu Portal Klienta Grupowego, którego zakres funkcjonalności określa Regulamin.
3. Z chwilą podpisania Umowy Ubezpieczający akceptuje w pełni Regulamin Portalu Klienta Grupowego.
4. Ubezpieczający zobowiązuje się do bieżącego aktualizowania danych Użytkownika Portalu Klienta Grupowego wskazanych we Wniosku oraz jego uprawnień. Zmiany Użytkownika Ubezpieczający dokonuje poprzez przekazanie do Ubezpieczyciela Formularza Ustanowienia Użytkownika Portalu.
5. OWU sporządzone są w języku polskim. Jakiekolwiek wersje językowe OWU inne niż polska mają wyłącznie charakter pomocniczy. Jedyną wiążącą wersją jest wersja OWU w języku polskim.
6. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w języku polskim. Jakiekolwiek wersje językowe Umowy i dokumentacji związanej z zawieraniem, wykonywaniem i rozwiązywaniem Umowy inne niż polskie mają wyłącznie charakter pomocniczy. Jedynymi wiążącymi wersjami tych dokumentów są wersje w języku polskim.
7. Świadczenia medyczne realizowane są przez Szpitale i Przychodnie we własnym imieniu i na własną odpowiedzialność. Ubezpieczyciel nie świadczy usług medycznych, a także nie ponosi odpowiedzialności za przebieg i skutki Świadczeń medycznych udzielonych przez Przychodnie i Szpitale, w tym za ewentualne błędy medyczne oraz nie gwarantuje osiągnięcia określonego efektu terapeutycznego. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela obejmuje należyte zorganizowanie oraz sfinansowanie świadczeń zgodnie z postanowieniami OWU i Umowy.
8. Prawem właściwym stanowiącym podstawę stosunków między nami a Ubezpieczającym przed zawarciem Umowy ubezpieczenia oraz prawem właściwym do zawarcia i wykonywania tej Umowy ubezpieczenia oraz rozwiązywania ewentualnych sporów z nią związanych jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie przepisy prawa powszechnie obowiązującego na terytorium Polski.
9. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca:
   1) zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego,

2) zamieszkania Ubezpieczonego lub Uposażonego,
3) zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub Uposażonego.

10. Kierowane do nas wnioski, oświadczenia i powiadomienia, które dotyczą realizacji Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie tych OWU, mogą być składane w postaci:
    1) papierowej – wysyłając je pocztą tradycyjną;
    2) elektronicznej – wysyłając je pocztą elektroniczną.

    Dane kontaktowe znajdują się w Tabeli nr 1.
11. Wszelkie zmiany Umowy wymagają formy pisemnej, elektronicznej lub dokumentowej pod rygorem nieważności.
12. Roszczenia z tytułu Świadczeń wynikających z Umowy nie mogą być przedmiotem cesji w rozumieniu przepisów art. 509 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, ani zastawu w rozumieniu art. 327 Kodeksu cywilnego.
13. Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

Moduł: Opieka Ambulatoryjna

Postanowienia niniejszego Modułu mają zastosowanie wobec Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach Modułu Opieka Ambulatoryjna.

§ 1 Definicje w Module Opieka Ambulatoryjna

Definicje wskazane w niniejszym Module stosuje się łącznie z definicjami zawartymi w § 2 Części ogólnej OWU, o ile niniejszy Moduł nie stanowi inaczej.

1. **Ciąża wysokiego ryzyka** – ciąża o charakterze patologicznym, w tym także ciąża mnoga, która zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. nie mieści się w standardowym zakresie prowadzenia ciąży. Wymaga specjalistycznej opieki i prowadzenia w ośrodkach referencyjnych zapewniających wyższy poziom nadzoru medycznego. Jeżeli przepisy dotyczące standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej ulegną zmianie, zakres świadczeń oraz badań odnoszących się do ciąży wysokiego ryzyka może zostać odpowiednio dostosowany do nowych wymogów prawa.
2. **Miasta objęte standardem dostępności** – miasta, w których obowiązuje Standard dostępności; niektóre z nich, wymienione są w niniejszym Module, a pełna lista Miast objętych standardem dostępności, która jest na bieżąco aktualizowana, znajduje się na stronie internetowej, której adres podany jest w Tabeli nr 1.
3. **Lekarz** – osoba, która posiada wymagane kwalifikacje i uprawnienia potwierdzone odpowiednimi dokumentami do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa polskiego, w tym w szczególności ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarzy i lekarza dentysty.
4. **Operator LUX MED** – LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod nr KRS 0001192054, koordynująca w naszym imieniu udzielanie Świadczeń.
5. **Pakiet zdrowotny** – wskazany w załączniku do Wniosku ubezpieczeniowego zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmujący wykaz i zasady realizacji Świadczeń ambulatoryjnych oraz Świadczeń ambulatoryjnych ze współfinansowaniem z których korzystać mogą Ubezpieczeni. W jednej Umowie ubezpieczenia może być zdefiniowanych wiele Pakietów zdrowotnych.
6. **Przychodnia własna Operatora LUX MED –** Przychodnia działająca pod marką LUX MED.
7. **Standard dostępności** – wskazany w załączniku do Polisy, uzgodniony z Ubezpieczającym maksymalny czas realizacji na określone Świadczenie ambulatoryjne, wyrażony w dniach roboczych od momentu zgłoszenia potrzeby skorzystania ze świadczenia medycznego do terminu umówionej wizyty. Standard dostępności dotyczy wyłącznie tych Świadczeń ambulatoryjnych, które są w nim wskazane, realizowanych wyłącznie w Miastach objętych standardem dostępności. W Polisie wskazane mogą być różne Standardy dostępności wobec różnych Pakietów zdrowotnych. Informacja o tym, jaki Standard dostępności obowiązuje danego Ubezpieczonego, wskazana jest na Certyfikacie.

§ 2 Co jest przedmiotem Modułu Opieka Ambulatoryjna?

1. W ramach Modułu Opieka Ambulatoryjna zapewniamy Ubezpieczonemu następujące Świadczenia:
   1) **Świadczenie ambulatoryjne** – Świadczenie wykonywane w Przychodni w ramach Pakietu zdrowotnego;
   2) **Świadczenie pieniężne –** kwota wypłacana Ubezpieczonemu z tytułu niedotrzymania przez nas Standardu dostępności;
   3) **Świadczenie ambulatoryjne ze współfinansowaniem (Współpłatność) –** dostępne wyłącznie w przypadku, gdy zakres ubezpieczenia obejmuje określone usługi zdrowotne z opcją Współpłatności; Świadczenie polega na umożliwieniu Ubezpieczonemu skorzystania z tych usług, przy czym Ubezpieczony pokrywa określoną część kosztu usługi (procent ceny według cennika Przychodni lub określoną kwotę), a pozostały koszt usługi zostanie pokryty w ramach ubezpieczenia. Informacja o usługach dostępnych ze Współpłatnością oraz procencie lub kwocie Współpłatności znajduje się w Pakiecie zdrowotnym.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym, które uprawnia Ubezpieczonego do skorzystania ze Świadczeń dostępnych w ramach Modułu, jest:
   1) potrzeba zdrowotna (datą zdarzenia jest dzień skorzystania ze Świadczenia ambulatoryjnego lub Świadczenia ambulatoryjnego ze współfinansowaniem) - zdarzenie uprawniające do skorzystania z tych Świadczeń;
   2) potrzeba zdrowotna oraz brak możliwości realizacji Świadczenia ambulatoryjnego w terminie określonym w Standardzie dostępności danego Ubezpieczonego potwierdzony przez Operatora LUX MED, oraz skorzystanie z płatnej usługi zdrowotnej (datą zdarzenia jest dzień skorzystania z płatnej usługi zdrowotnej) - zdarzenie uprawniające do skorzystania ze Świadczenia pieniężnego.
3. Zakres Świadczeń w ramach Modułu Opieka Ambulatoryjna nie obejmuje świadczeń zdrowotnych udzielanych w celu ratowania życia zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

4. Świadczenia są udzielane na terytorium Polski w lokalizacjach wskazanych przez nas. Lista Przychodni jest na bieżąco aktualizowana i znajduje się na stronie internetowej, której adres wskazany jest w Tabeli nr 1.

§ 3 Jak skorzystać z Modułu Opieka Ambulatoryjna?

1. Aby skorzystać ze Świadczenia ambulatoryjnego lub Świadczenia ambulatoryjnego ze współfinansowaniem, Ubezpieczony powinien zgłosić się do Operatora LUX MED i uzgodnić miejsce oraz termin realizacji Świadczenia spośród aktualnie dostępnych terminów i Przychodni, z wykorzystaniem jednego z poniższych sposobów:
   1) elektronicznie za pośrednictwem Portalu Pacjenta (internetowego portalu udostępnianego przez Operatora LUX MED);
   2) telefonicznie za pośrednictwem infolinii Operatora LUX MED;
   3) osobiście w jednej ze wskazanych przez nas Przychodni.

   Dane kontaktowe do skorzystania ze Świadczenia znajdują się w Tabeli nr 1.
2. Operator LUX MED realizuje Świadczenia ambulatoryjne w Przychodniach wskazanych przez nas, a w przypadku Świadczenia ambulatoryjnego ze współfinansowaniem w Przychodniach wskazanych w Pakiecie zdrowotnym:
   1) po uprzednim otrzymaniu zgłoszenia od Ubezpieczonego;
   2) w dni oraz w godzinach pracy Przychodni;
   3) w granicach administracyjnych miejscowości i w promieniu 30 km od granic miejscowości, w której znajduje się Przychodnia wskazana przez Operatora LUX MED.
3. Standardy dostępności dotyczą wyłącznie Świadczeń realizowanych w Miastach objętych standardem dostępności, w tym: Warszawa, Kraków, Wrocław, Poznań, Łódź, Gdańsk, Gdynia, Katowice, Białystok, Toruń, Rzeszów, Szczecin. Pełna lista Miast objętych Standardem dostępności znajduje się na stronie internetowej, której adres podany jest w Tabeli nr 1.
4. Standardy dostępności nie dotyczą:
   1) terminu dostępu do konkretnej Przychodni wskazanej przez Ubezpieczonego;
   2) terminu dostępu do lekarza lub innego personelu medycznego wskazanego przez Ubezpieczonego z imienia i nazwiska;
   3) terminu dostępu w przedziale czasowym preferowanym przez Ubezpieczonego;
   4) terminu dostępu do Świadczeń w miastach innych niż Miasta objęte standardem dostępności.
5. W przypadku niedotrzymania przez nas Standardów dostępności Ubezpieczonemu przysługuje Świadczenie pieniężne na następujących zasadach:
   1) Świadczenie pieniężne wynosi 100% poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów płatnej usługi zdrowotnej odpowiadającej Świadczeniu ambulatoryjnemu, dla którego nie dotrzymaliśmy Standardu dostępności.
   2) Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia pieniężnego z tytułu niedotrzymania przez nas Standardów dostępności, o ile:
      a) usługa zdrowotna, z której odpłatnie skorzystał, odpowiada Świadczeniu ambulatoryjnemu znajdującemu się w zakresie jego Pakietu;
      b) usługa zdrowotna, z której odpłatnie skorzystał, odpowiada Świadczeniu ambulatoryjnemu określonemu w Standardzie dostępności;
      c) uprzednio skontaktował się z infolinią Operatora LUX MED w celu podjęcia próby dokonania rezerwacji terminu realizacji Świadczenia ambulatoryjnego odpowiadającego płatnej usłudze zdrowotnej w Przychodniach w Miastach objętych standardem dostępności.
   3) Datą zdarzenia jest dzień skorzystania przez Ubezpieczonego z płatnej usługi zdrowotnej, wskazany na imiennej fakturze lub imiennym rachunku dokumentującym poniesienie przez Ubezpieczonego kosztów tej usługi.
   4) Aby skorzystać ze Świadczenia pieniężnego Ubezpieczony powinien wykonać następujące czynności:
      a) skontaktować się z infolinią Operatora LUX MED w celu podjęcia próby dokonania rezerwacji terminu realizacji Świadczenia ambulatoryjnego w Przychodniach w Miastach objętych standardem dostępności;
      b) w przypadku braku dostępności Świadczenia ambulatoryjnego w terminie określonym w Standardzie dostępności potwierdzonego przez infolinię Operatora LUX MED - Ubezpieczony we własnym zakresie organizuje i pokrywa koszty płatnej usługi zdrowotnej odpowiadającej Świadczeniu ambulatoryjnemu bezpośrednio w wybranej przez siebie przychodni, zgodnie z cennikiem obowiązującym w tej przychodni;
      c) udokumentować poniesione koszty imienną fakturą (rachunkiem), która:
         - musi być wystawiona przez przychodnię, która udzieliła Ubezpieczonemu odpłatnych usług zdrowotnych;

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

- powinna zawierać dane Ubezpieczonego, co najmniej: imię, nazwisko, adres; w przypadku Dziecka niepełnoletniego, imienna faktura (rachunek) powinna być wystawiona na przedstawiciela ustawowego, a w jej treści powinny się znaleźć dane Dziecka niepełnoletniego;
- powinna zawierać: wykaz i liczbę udzielonych Ubezpieczonemu płatnych usług zdrowotnych danego rodzaju, datę oraz cenę jednostkową każdej z udzielonych usług;

d) jeżeli do realizacji danej płatnej usługi zdrowotnej wymagane było skierowanie – dołączyć do dokumentacji jego kopię; w przypadku braku takiej kopii, potwierdzeniem wystawienia skierowania może być również kopia dokumentacji medycznej Ubezpieczonego zawierająca odpowiednią adnotację o wystawieniu skierowania;

e) wypełnić wniosek o wypłatę Świadczenia pieniężnego i załączyć do niego wymaganą dokumentację;

f) przekazać nam wniosek i załączone dokumenty w postaci:

- papierowej – wysyłając je pocztą tradycyjną;
- elektronicznej – wysyłając je pocztą elektroniczną lub wypełniając formularz zgłoszeniowy dostępny na naszej stronie internetowej.

Dane kontaktowe do wysłania wniosku o wypłatę Świadczenia pieniężnego znajdują się w Tabeli nr 1.

6. W trakcie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia pieniężnego możemy dokonać weryfikacji zasadności wykonanych płatnych usług zdrowotnych oraz zgodności ich wykonania z warunkami zawartej Umowy. W celu ustalenia odpowiedzialności możemy wystąpić do przychodni, która wykonała na rzecz Ubezpieczonego płatną usługę zdrowotną, o przekazanie kopii dokumentacji medycznej dotyczącej danej usługi.
7. Jeżeli Ubezpieczony nie wyrazi zgody na dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej danej płatnej usługi zdrowotnej albo nie dostarczy tej dokumentacji lub nie uzupełni jej mimo wezwania, możemy nie być w stanie ustalić prawa do Świadczenia. W takich przypadkach mamy prawo odmówić wypłaty Świadczenia pieniężnego w całości lub w części. O odmowie poinformujemy Ubezpieczonego zgodnie z § 4 ust. 5
8. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu postępujemy zgodnie z krokami opisanymi w § 4 ust. 2-5 Części ogólnej OWU.
9. W przypadku wątpliwości co do zasadności medycznej lub braku bezpieczeństwa medycznego procedury medycznej wynikającej ze skierowania przedstawionego przez Ubezpieczonego, mamy prawo zweryfikować zasadność przedstawionego przez Ubezpieczonego skierowania medycznego.
10. W razie weryfikacji skierowania przedstawionego przez Ubezpieczonego możemy żądać wglądu do informacji medycznej związanej z wystawionym skierowaniem.
11. Odmówimy udzielenia Świadczenia ambulatoryjnego lub Świadczenia ambulatoryjnego ze współfinansowaniem wynikającego ze skierowania w przypadku:
    1) stwierdzenia przez Lekarza Ubezpieczyciela bezzasadności skierowania medycznego lub
    2) stwierdzenia przez Lekarza Ubezpieczyciela braku bezpieczeństwa medycznego procedury medycznej wynikającej ze skierowania lub
    3) nieudzielenia nam dostępu do informacji medycznych i w rezultacie niemożliwości weryfikacji skierowania, w razie wątpliwości, o których mowa w ust. 9.

§ 4 Jakie są wyłączenia w Module Opieka Ambulatoryjna?

1. Oprócz wyłączeń określonych w § 5 Części ogólnej OWU nasza odpowiedzialność w Module Opieka Ambulatoryjna nie obejmuje:
    1) Świadczeń, które nie są objęte Pakietem zdrowotnym Ubezpieczonego;
    2) Świadczeń bez wskazań medycznych;
    3) diagnozowania i leczenia zaburzeń płodności oraz ich następstw;
    4) diagnozowania i leczenia związanego z korektą płci oraz ich następstw;
    5) prowadzenia Ciąży wysokiego ryzyka;
    6) diagnozowania i leczenia protetycznego, ortodontycznego, periodontologicznego, implantologicznego, o ile Umowa nie stanowi inaczej;
    7) diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetologii, a także leczenia niepożądanych następstw tych procedur;
    8) diagnozowania i leczenia nie zleconego lub nie wykonanego w Przychodniach wskazanych przez nas;

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

9) wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń, wniosków niezwiązanych z koniecznością kontynuacji procesu diagnostycznego i terapeutycznego prowadzonego w Przychodni;
10) leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz pobytów rehabilitacyjnych, w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgnacyjnej;
11) leczenia zakażenia wirusami HIV, wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwami tych zakażeń;
12) zdarzeń będących wynikiem uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera statku powietrznego wojskowego lub prywatnego, nielicencjonowanych linii lotniczych;
13) Świadczeń z zakresu Medycyny Pracy i medycyny orzeczniczej;
14) Świadczeń wymagających realizacji w warunkach szpitalnych.

2. Przychodnia lub Szpital ma prawo odmówić Ubezpieczonemu Świadczenia, jeśli narusza on swoim zachowaniem zasady współżycia społecznego lub regulaminu organizacyjnego Przychodni lub Szpitala, a także jeżeli utrudnia pracę lub funkcjonowanie tej placówki lub jej personelu. W przypadku, gdy powyższe działanie ma charakter uporczywy, zastrzegamy sobie prawo do wyłączenia Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej, ze skutkiem na koniec danego miesiąca kalendarzowego.
3. Nie zrealizujemy Świadczenia, jeżeli w wyniku stanu klęski żywiołowej, katastrofy naturalnej, pandemii lub epidemii, ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej, nastąpi brak możliwości spełnienia przez nas Świadczenia.
4. Świadczenie pieniężne nie obejmuje również zwrotu kosztu płatnych usług zdrowotnych:
   1) które zostały zrealizowane przez Ubezpieczonego z pominięciem kontaktu z infolinią Operatora LUX MED w celu podjęcia próby dokonania rezerwacji terminu realizacji Świadczenia ambulatoryjnego i potwierdzenia przez przedstawiciela Operatora LUX MED na infolinii braku dostępności danego Świadczenia ambulatoryjnego w terminie określonym w Standardzie dostępności;
   2) dla których nie zostały zdefiniowane Standardy dostępności;
   3) które nie znajdują się w wykazie Świadczeń ambulatoryjnych w Pakiecie zdrowotnym danego Ubezpieczonego;
   4) dla których nie istnieje możliwość ustalenia ceny jednostkowej poszczególnych usług zdrowotnych, ponieważ zostały one zakupione przez Ubezpieczonego łącznie z innymi usługami (w zestawie: medycznym, karcie, abonamencie medycznym) i opłacone łącznie ryczałtem.
5. Świadczenie pieniężne nie zostanie wypłacone, jeżeli Ubezpieczony otrzymał już z innego źródła lub u nas z tytułu innego ubezpieczenia zwrot pełnych (100%) kosztów poniesionych w związku z usługą zdrowotną. Ubezpieczony nie może otrzymać świadczenia w wysokości przewyższającej wartość poniesionej szkody.

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

Moduł: Swoboda Leczenia

Postanowienia niniejszego Modułu mają zastosowanie wobec Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach Modułu Swoboda Leczenia.

§ 1 Definicje w Module Swoboda Leczenia

Definicje wskazane w niniejszym Module stosuje się łącznie z definicjami zawartymi w § 2 Części ogólnej OWU, o ile niniejszy Moduł nie stanowi inaczej.

1. **Pakiet zdrowotny**– wskazany w załączniku do Wniosku ubezpieczeniowego zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmujący wykaz i zasady realizacji Świadczeń ambulatoryjnych, z których korzystać mogą Ubezpieczeni; w jednej Umowie ubezpieczenia może być zdefiniowanych wiele Pakietów zdrowotnych.
2. **Suma ubezpieczenia** – górna granica naszej odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego w kwartale kalendarzowym; jest wskazana w Polisie.
3. **Wskaźnik swobody leczenia** – wartość procentowa służąca wyliczeniu kwoty Świadczenia pieniężnego; jest wskazany w Polisie.

§ 2 Co jest przedmiotem Modułu Swoboda Leczenia?

1. W ramach Modułu Swoboda Leczenia zapewniamy wypłatę Świadczenia pieniężnego w razie zajścia zdarzenia.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym uprawniającym do skorzystania ze Świadczenia jest potrzeba zdrowotna oraz skorzystanie z odpłatnej usługi zdrowotnej, która odpowiada Świadczeniu ambulatoryjnemu wchodzącemu w zakres Pakietu zdrowotnego (datą zdarzenia jest dzień realizacji odpłatnej usługi zdrowotnej).
3. Zakres Świadczeń ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji wskazane są w Pakiecie zdrowotnym.

§ 3 Jaka jest wysokość Sumy ubezpieczenia i jak oblicza się Świadczenie pieniężne w Module Swoboda Leczenia?

1. Wysokość Świadczenia pieniężnego wyliczana jest jako iloczyn Wskaźnika swobody leczenia i kosztu płatnej usługi zdrowotnej, z której skorzystał Ubezpieczony, przy czym łączna kwota Świadczeń pieniężnych wypłaconych przez nas jednemu Ubezpieczonemu nie może przekroczyć Sumy ubezpieczenia określonej na kwartał kalendarzowy (tj. na okresy: styczeń – marzec; kwiecień-czerwiec; lipiec – wrzesień; październik – grudzień każdego roku kalendarzowego).
2. Suma ubezpieczenia ma zastosowanie do danego kwartału kalendarzowego, a niewykorzystana w całości lub części Suma ubezpieczenia z danego kwartału kalendarzowego nie przenosi się na inny kwartał kalendarzowy. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest wskazana w Polisie.

§ 4 Jak skorzystać z Modułu Swoboda Leczenia?

1. W celu skorzystania z Modułu Swoboda Leczenia Ubezpieczony powinien:
   1) wypełnić wniosek o wypłatę Świadczenia pieniężnego;
   2) dołączyć kopię imiennego rachunku (faktury) za zrealizowaną płatną usługę zdrowotną spełniającą wymagania określone w ust. 2. Jeżeli usługa zdrowotna wymagała skierowania, prosimy o dostarczenie kopii skierowania lub kopii dokumentacji medycznej, w której jest zapis o wystawieniu skierowania;
   3) dostarczyć nam dokumenty wymienione w pkt 1) i 2), wysyłając je pocztą tradycyjną lub pocztą elektroniczną, lub wypełniając wniosek o wypłatę Świadczenia na stronie internetowej.

   Dane kontaktowe do wysłania wniosku o wypłatę Świadczenia pieniężnego znajdują się w Tabeli nr 1.
2. Imienny faktura (rachunek) wystawiona przez przychodnię, która udzieliła płatnej usługi zdrowotnej, powinna zawierać:
   1) dane Ubezpieczonego, co najmniej: imię, nazwisko, adres; w przypadku Dziecka niepełnoletniego, imienna faktura (rachunek) powinna być wystawiona na przedstawiciela ustawowego, a w jego treści powinny się znaleźć dane Dziecka niepełnoletniego;
   2) wykaz i liczbę udzielonych Ubezpieczonemu płatnych usług zdrowotnych danego rodzaju, datę oraz cenę jednostkową każdej z udzielonych usług zdrowotnych.

§ 5 Jakie są wyłączenia w Module Swoboda Leczenia?

1. Oprócz wyłączeń określonych w § 5 Części ogólnej OWU nasza odpowiedzialność w Module Swoboda Leczenia nie obejmuje poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów płatnych usług zdrowotnych:

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

1) które nie odpowiadają Świadczeniom ambulatoryjnym wchodzącym w zakres Pakietu zdrowotnego;
2) wykonanych bez wskazań medycznych;
3) związanych z detoksykacją, zabiegami odwykowymi oraz leczeniem odwykowym;
4) związanych z diagnozowaniem i leczeniem zaburzeń płodności oraz ich następstw;
5) związanych z diagnozowaniem i leczeniem związanym z korektą płci oraz ich następstw;
6) związanych z diagnozowaniem i leczeniem, w tym zabiegów z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej wynikającej ze wskazań niemedycznych oraz kosmetologii, a także leczenia ich następstw;
7) związanych z leczeniem zakażenia wirusami HIV, wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwami tych zakażeń;
8) prowadzenia Ciąży wysokiego ryzyka;
9) wymagających realizacji w warunkach szpitalnych;
10) wchodzących w zakres stomatologii;
11) wchodzących w zakres rehabilitacji;
12) dostępnych dla danego Ubezpieczonego w ramach programów zniżkowych, Świadczeń ambulatoryjnych ze współfinansowaniem, dołączonych do posiadanego przez niego Pakietu zdrowotnego;
13) wchodzących w zakres medycyny pracy i medycyny orzeczniczej;
14) wizyt domowych.

2. Ubezpieczeniem nie są objęte również koszty płatnych usług zdrowotnych, dla których nie istnieje możliwość ustalenia ceny jednostkowej poszczególnych usług, ponieważ zostały one zakupione przez Ubezpieczonego łącznie z innymi usługami (w zestawie: medycznym, karcie, abonamencie medycznym) i opłacone łącznie ryczałtem.
3. Nie zrealizujemy Świadczenia, jeżeli w wyniku stanu klęski żywiołowej, katastrofy naturalnej, pandemii lub epidemii, ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej, nastąpi brak możliwości spełnienia przez nas Świadczenia.
4. Świadczenie pieniężne nie zostanie wypłacone, jeżeli Ubezpieczony otrzymał już z innego źródła lub u nas z tytułu innego ubezpieczenia zwrot pełnych (100%) kosztów poniesionych w związku z usługą zdrowotną. Ubezpieczony nie może otrzymać świadczenia w wysokości przewyższającej wartość poniesionej szkody.

Moduł: Leczenie Szpitalne

Postanowienia niniejszego Modułu mają zastosowanie wobec Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach Modułu Leczenie Szpitalne.

§ 1 Definicje w Module Leczenie Szpitalne

Definicje wskazane w niniejszym Module stosuje się łącznie z definicjami zawartymi w § 2 Części ogólnej OWU, o ile niniejszy Moduł nie stanowi inaczej.

1. **Choroba rzadka** – schorzenie, które wg rozporządzenia (WE) nr 141/2000 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 1999 r. w sprawie sierocych produktów leczniczych, występuje z częstością niższą niż 5 na 10 000 osób w populacji. Jest najczęściej uwarunkowana genetycznie i ma przewlekły oraz często ciężki przebieg. Prowadzi przedwcześnie do zgonu lub powoduje niepełnosprawność. Zazwyczaj ujawnia się w wieku dziecięcym.

2. **Ciąża wysokiego ryzyka** – ciąża, w której występują czynniki ryzyka ze strony kobiety w ciąży lub płodu, zwiększające częstotliwość powikłań przebiegu ciąży i porodu, które są zagrożeniem dla zdrowia lub życia kobiety w ciąży lub płodu, wymagające w rozumieniu niniejszej Umowy ubezpieczenia opieki albo rozwiązania w ośrodku III poziomu opieki perinatalnej.

3. **Drobny uraz** – uraz, który wymaga pomocy chirurgicznej lub ortopedycznej, ale nie wymaga Hospitalizacji ani procedur medycznych w reżimie sali operacyjnej.

4. **LMG Försäkrings AB** – LMG Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie, zarejestrowana w Urzędzie Rejestracji Przedsiębiorstw pod numerem 516406-0831, działająca w Polsce poprzez oddział pod nazwą LMG Försäkrings AB S.A. 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.

5. **Hospitalizacja** – pobyt na oddziale szpitalnym, mający na celu przeprowadzenie diagnostyki, leczenia, w tym przeprowadzenie operacji spowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą. Zakres Hospitalizacji jest realizowany zgodnie z warunkami ochrony przewidzianymi dla wybranego wariantu ubezpieczenia. Hospitalizacja obejmuje:

   1) **Hospitalizację planową** – pobyt na oddziale szpitalnym, który:

      a) odbywa się w wyznaczonym terminie;

      b) może zostać odroczony o co najmniej 7 dni od momentu potwierdzenia konieczności przez Lekarza Szpitala, który kwalifikuje do hospitalizacji, z zastrzeżeniem, że odroczenie nie może przekroczyć terminu, po którym może nastąpić, możliwe do przewidzenia, ciężkie pogorszenie stanu zdrowia lub znaczące zmniejszenie szans na powrót do zdrowia;

   2) **Hospitalizację pilną** – pobyt na oddziale szpitalnym, który powinien nastąpić w czasie krótszym niż 7 dni od momentu potwierdzenia konieczności przez Lekarza Szpitala, który kwalifikuje do hospitalizacji z zastrzeżeniem, że czas rozpoczęcia hospitalizacji nie może przekroczyć terminu, po którym może nastąpić, możliwe do przewidzenia, ciężkie pogorszenie stanu zdrowia lub znaczące zmniejszenie szans na powrót do zdrowia.

6. **ICD-10** – międzynarodowa klasyfikacja chorób służąca do kodowania chorób i stanów zdrowotnych, opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Każda jednostka chorobowa ma przypisany unikalny kod, co umożliwia jej identyfikację i klasyfikację w celach diagnostycznych, statystycznych i administracyjnych.

7. **Koordynator opieki szpitalnej** (także **KOS**) – przedstawiciel Operatora LUX MED, którego zadaniem jest wsparcie Ubezpieczonego przy korzystaniu ze Świadczeń szpitalnych w ramach Modułu.

8. **Lekarz –** osoba, która posiada wymagane kwalifikacje i uprawnienia potwierdzone odpowiednimi dokumentami do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa polskiego, w tym w szczególności ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarzy i lekarza dentysty.

9. **Opieka doraźna** – świadczenie medyczne na rzecz osób, których stan zdrowia uległ nagłemu pogorszeniu, a brak niezwłocznie udzielonej pomocy medycznej mógłby skutkować dalszym pogorszeniem. Opieka doraźna kończy się zaleceniami dotyczącymi dalszego postępowania, uzależnionymi od stanu zdrowia Ubezpieczonego.

10. **Uraz wielonarządowy (politrauma)** – uraz obejmujący jednocześnie kilka układów lub narządów i powodujący uszkodzenia przynajmniej dwóch okolic ciała w znacznym stopniu, stanowiąc możliwość zaburzenia stabilności krążeniowo-oddechowej osoby poszkodowanej. Każde z tych obrażeń może stanowić stan bezpośrednio zagrażający życiu. W szczególności taki uraz

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

obejmuje stany wymagające pilnych interwencji torakochirurgicznych, neurochirurgicznych oraz pobytu w szpitalu w warunkach oddziału anestezjologii i intensywnej terapii**.**

11. **Wysokospecjalistyczne metody leczenia i diagnostyki** – najbardziej zaawansowane technicznie lub o dużej rozległości metody lecznicze, chirurgia robotyczna, zabiegi operacyjne dotyczące jelit, trzustki i wątroby, naczyń tętniczych, leczenie endometriozy, Funkcjonalne Endoskopowe Operacje Zatok, zabiegi wymagające użycia materiałów wszczepialnych, implantów lub endoprotez, zabiegi neurochirurgiczne dotyczące krążków międzykręgowych, zabiegi z użyciem kleju naczyniowego oraz badania diagnostyczne za pomocą skanerów PET-CT / PET-MRI, badania scyntygraficzne, badania MRI serca. Badania diagnostyczne, o których mowa w niniejszej definicji, dotyczą przygotowania do planowanej Hospitalizacji lub opieki medycznej po Hospitalizacji. W uzasadnionych medycznie przypadkach badania diagnostyczne mogą być realizowane doraźnie w trakcie Hospitalizacji objętej ubezpieczeniem, z zastrzeżeniem, że diagnostyka i leczenie, których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych są wyłączone z zakresu ubezpieczenia.

§ 2 Warianty w Module Leczenie Szpitalne

Poniższe informacje graficzne mają charakter pomocniczy i nie stanowią pełnego opisu ochrony. Szczegółowy zakres ubezpieczenia, ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności określone są w dalszych postanowieniach niniejszych OWU oraz Załącznikach do OWU.

Warianty w Module Leczenie Szpitalne

Opieka Ortopedyczna I Opieka Ortopedyczna Plus I Opieka w Chorobie I Pełna Opieka I Koordynacja

Warianty w Module Leczenie Szpitalne, w których organizujemy i pokrywamy koszty Hospitalizacji

	Opieka Ortopedyczna	Opieka Ortopedyczna Plus	Opieka w Chorobie	Pełna Opieka
Koordynacja leczenia szpitalnego zgodnie z zakresem wariantu	+	+	+	+
Zakres	Hospitalizacja planowa w zakresie ortopedii po NW	Hospitalizacja planowa i pilna w zakresie ortopedii – na skutek schorzeń chorobowych i NW	Hospitalizacja planowa w zakresie wskazanych chorób (szczegółowe kody ICD-10)	Hospitalizacja planowa i pilna w zakresie wskazanych obszarów medycznych
Opieka medyczna przed i po Hospitalizacji	+	+	+	+
Przeprowadzenie niezbędnej operacji/zabiegu	+	+	+	+
Rehabilitacja	+	+	+	+
Opieka doraźna	-	+	-	+
Szpitalny przegląd zdrowia	-	-	-	+

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

Wariant, w którym organizujemy Hospitalizację, a koszt ponosi Ubezpieczony

Koordynacja

Organizacja Hospitalizacji planowej związanej z Chorobą, następstwami Nieszczęśliwego wypadku lub porodem. Koszty usług medycznych pokrywa Ubezpieczony.

W jaki sposób można łączyć ze sobą warianty w Module Leczenie Szpitalne?

	Opieka Ortopedyczna	Opieka Ortopedyczna Plus	Opieka w Chorobie	Pełna Opieka	Koordynacja
Opieka Ortopedyczna	-	-	+	-	+
Opieka Ortopedyczna Plus	-	-	+	-	+
Opieka w Chorobie	+	+	-	-	+
Pełna Opieka	-	-	-	-	+
Koordynacja	+	+	+	+	-

1. Leczenie Szpitalne dostępne jest w pięciu wariantach:
   1) Opieka Ortopedyczna;
   2) Opieka Ortopedyczna Plus;
   3) Opieka w Chorobie;
   4) Pełna Opieka;
   5) Koordynacja.
2. Poszczególne warianty różnią się od siebie zakresem Świadczeń oraz zdarzeniem ubezpieczeniowym.
3. Zakres Modułu Leczenie Szpitalne zależy od wybranego wariantu. Szczegółowy zakres zdarzeń ubezpieczeniowych oraz Świadczeń dla poszczególnych wariantów określają dalsze postanowienia niniejszego Modułu. Wariant lub warianty ubezpieczenia, które posiada Ubezpieczony, wskazane są w Certyfikacie.

§ 3 Wariant Opieka Ortopedyczna

§ 3.1 Co jest przedmiotem wariantu Opieka Ortopedyczna?

1. W ramach wariantu Opieka Ortopedyczna zapewniamy następujące Świadczenia:
   1) **Świadczenie szpitalne** – usługa medyczna związane z Hospitalizacją planową w zakresie ortopedii, udzielane przez Szpital, a w niektórych przypadkach również przez Przychodnię. Szczegółowy zakres Świadczeń szpitalnych dostępnych w ramach wariantu jest opisany w Załączniku nr 1 oraz Załączniku nr 2 do OWU;

2) **Koordynację szpitalną** – usługę, której celem jest wsparcie Ubezpieczonego w zakresie korzystania ze Świadczeń szpitalnych w ramach niniejszego wariantu. Zakres Świadczeń realizowanych przez KOS jest opisany w Załączniku nr 1 oraz Załączniku nr 2 do OWU.

2. Oferujemy Ubezpieczonym ochronę ubezpieczeniową w odniesieniu do zdarzeń będących skutkiem Nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w Okresie ochrony i dla którego Hospitalizacja planowa zgodnie ze wskazaniami medycznymi powinna zostać zrealizowana w okresie nie przekraczającym 90 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku.
3. Zdarzeniem powodującym powstanie obowiązku spełnienia przez nas Świadczenia szpitalnego jest łączne wystąpienie w Okresie ochrony: Nieszczęśliwego wypadku zdefiniowanego w ust 2 powyżej oraz wystawienia związanego z nim skierowania na leczenie szpitalne (datą zdarzenia jest dzień wystawienia skierowania).
4. Świadczenia są udzielane na terytorium Polski w lokalizacjach wskazanych przez nas. Lista Szpitali jest na bieżąco aktualizowana i znajduje się na stronie internetowej, której adres wskazany jest w Tabeli nr 1. Lista Szpitali zawiera zakres Świadczeń szpitalnych, jakie dana placówka realizuje.

§ 3.2 Jak skorzystać z wariantu Opieka Ortopedyczna?

1. Aby skorzystać ze Świadczeń, Ubezpieczony powinien powiadomić Koordynatora opieki szpitalnej o zdarzeniu objętym zakresem niniejszego wariantu. Dane kontaktowe do KOS znajdują się w Certyfikacie.
2. Do podjęcia decyzji o realizacji Świadczenia potrzebujemy następujących dokumentów:
   1) kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o realizację Świadczenia oraz dołączenie opisu okoliczności wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
   2) kopii skierowania do szpitala;
   3) kopii dokumentacji medycznej z konsultacji, podczas której wystawiono skierowanie do szpitala (jeśli Ubezpieczony ją posiada);
   4) kopii pozostałej dokumentacji medycznej dotyczącej zgłoszonego wniosku (jeśli Ubezpieczony ją posiada).
3. Wniosek o realizację Świadczenia powinien zostać do nas złożony nie później niż 60 dni po wystawieniu skierowania do szpitala z powodu Nieszczęśliwego wypadku. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku określonego w zdaniu poprzedzającym możemy odpowiednio zmniejszyć Świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło nam ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
4. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu postępujemy zgodnie z krokami opisanymi w § 4 ust 2-5 Części ogólnej OWU.

§ 3.3 Jakie są wyłączenia w wariancie Opieka Ortopedyczna?

1. Oprócz wyłączeń określonych w § 5 Części ogólnej OWU nasza odpowiedzialność w wariancie Opieka Ortopedyczna nie obejmuje:
   1) stanów pilnych oraz zagrożenia życia lub zdrowia oraz ich następstw, zwłaszcza w warunkach oddziałów prowadzących intensywną terapię lub z zapewnieniem intensywnej terapii nerkozastępczej, dializy wątrobowej, ECMO, wentylacji mechanicznej, kontrapulsacji;
   2) rehabilitacji innej niż w placówce wskazanej przez nas i wymienionej w zakresie ubezpieczenia;
   3) leczenia Urazów wielonarządowych oraz ich następstw;
   4) wszczepienia protez, implantów lub urządzeń zastępujących funkcjonalnie lub anatomicznie narządy innych niż wymienione w zakresie ubezpieczenia;
   5) zabiegów chirurgii robotycznej innych niż wymienione w zakresie ubezpieczenia;
   6) diagnozowania i leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z aberracjami chromosomalnymi oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność, Chorób rzadkich oraz ich następstwami;
   7) diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji również ze wskazań medycznych z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej w tym operacji lub zabiegów o charakterze korekcyjnym, kosmetologii; a także leczenia ich niepożądanych następstw, o ile zakres Świadczenia szpitalnego nie stanowi inaczej;
   8) następstw leczenia niewykonywanego w Szpitalach lub Przychodniach wskazanych przez nas;
   9) wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń i wniosków niezwiązanych z koniecznością kontynuacji procesu leczenia objętego zakresem ubezpieczenia;
   10) leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego, pobytów rehabilitacyjnych w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgnacyjnej;

11) leczenia domowego;

12) opieki medycznej po Hospitalizacji związanej z leczeniem wykonywanym w innych placówkach niż wskazane przez nas;

13) diagnozowania i leczenia bez wskazań medycznych oraz diagnostyki i leczenia których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych;

14) leczenia wynikającego ze wskazań natury psychologicznej;

15) leczenia zakażenia wirusami HIV, SARS-CoV-2, wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem tych zakażeń.

2. Wyłączona z zakresu ochrony jest Hospitalizacja, która ze względów bezpieczeństwa medycznego, stwierdzonych w dniu przyjęcia do oddziału szpitalnego lub w trakcie pobytu, wymaga jednoczasowego leczenia wysoko i wielospecjalistycznego w placówce medycznej spoza listy, o której mowa § 3.1 ust 4 niniejszego wariantu lub jej zakres wykracza poza zakres opisany w Załączniku nr 1 oraz Załączniku nr 2 do OWU.
3. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje Świadczeń szpitalnych, które zostały zorganizowane lub zrealizowane u Ubezpieczonego przed zgłoszeniem nam zdarzenia lub w trakcie oczekiwania na decyzję dotyczącą realizacji Świadczenia.
4. Przychodnia lub Szpital ma prawo odmówić Ubezpieczonemu Świadczenia, jeśli narusza on swoim zachowaniem zasady współżycia społecznego lub regulaminu organizacyjnego Przychodni lub Szpitala, a także jeżeli utrudnia pracę lub funkcjonowanie tej placówki lub jej personelu. W przypadku, gdy powyższe działanie ma charakter uporczywy, zastrzegamy sobie prawo do wyłączenia Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej, ze skutkiem na koniec danego miesiąca kalendarzowego.
5. Nie zrealizujemy Świadczenia, jeżeli w wyniku stanu klęski żywiołowej, katastrofy naturalnej, pandemii lub epidemii, ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej, nastąpi brak możliwości spełnienia przez nas Świadczenia.
6. Niezależnie od zakresu Świadczeń objętych ubezpieczeniem, rekomendujemy każde nieprawidłowości czy zmiany w swoim stanie zdrowia konsultować z właściwym personelem medycznym.

§ 4 Wariant Opieka Ortopedyczna Plus

§ 4.1 Co jest przedmiotem wariantu Opieka Ortopedyczna Plus?

1. W ramach wariantu Opieka Ortopedyczna Plus zapewniamy następujące Świadczenia:
   1) **Świadczenie szpitalne** – usługa medyczną związana z Hospitalizacją planową i Hospitalizacją pilną w zakresie ortopedii lub Opieką doraźną w zakresie ortopedii, udzielana w Szpitalu, a w niektórych sytuacjach również w Przychodni. Szczegółowy zakres Świadczeń szpitalnych dostępnych w ramach wariantu jest opisany w Załączniku nr 1 oraz Załączniku nr 2 do OWU;
   2) **Koordynację szpitalną** – usługę, której celem jest wsparcie Ubezpieczonego w zakresie korzystania ze Świadczeń szpitalnych w ramach niniejszego wariantu. Zakres Świadczeń realizowanych przez KOS opisany jest w Załączniku nr 1 oraz Załączniku nr 2 do OWU.
2. Zdarzeniami, które uprawniają Ubezpieczonego do skorzystania ze Świadczeń dostępnych w ramach wariantu Opieka Ortopedyczna Plus, są:
   1) otrzymanie skierowania na leczenie szpitalne w zakresie ortopedii (datą zdarzenia jest dzień wystawienia skierowania);
   2) Drobny uraz lub pogorszenie stanu zdrowia wymagające Opieki doraźnej w zakresie ortopedii (datą zdarzenia jest dzień wystąpienia Drobnego urazu lub dzień pogorszenia stanu zdrowia).
3. Świadczenia są udzielane na terytorium Polski w lokalizacjach wskazanych przez nas. Lista Szpitali jest na bieżąco aktualizowana i znajduje się na stronie internetowej, której adres wskazany jest w Tabeli nr 1. Lista Szpitali zawiera zakres Świadczeń szpitalnych, jakie dana placówka realizuje.

§ 4.2 Jak skorzystać z wariantu Opieka Ortopedyczna Plus?

1. Aby skorzystać ze Świadczeń, Ubezpieczony powinien powiadomić Koordynatora opieki szpitalnej o zdarzeniu objętym niniejszym wariantem.
   Dane kontaktowe do KOS znajdują się w Certyfikacie.
2. Do podjęcia decyzji o realizacji Świadczenia potrzebujemy następujących dokumentów:
   1) kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o realizację Świadczenia; a w przypadku, gdy zdarzenie zostało spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem prosimy o dołączenie krótkiego opisu okoliczności jego zaistnienia;
   2) w przypadku Hospitalizacji planowej:

a) kopii skierowania do szpitala;

b) kopii dokumentacji medycznej z konsultacji, podczas której wystawiono skierowanie do szpitala (jeśli Ubezpieczony ją posiada);

c) kopii pozostałej dokumentacji medycznej dotyczącej zgłoszonego wniosku (jeśli Ubezpieczony ją posiada).

3. Wniosek o realizację Świadczenia powinien zostać do nas złożony nie później niż 60 dni po wystawieniu skierowania do szpitala. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku określonego w zdaniu poprzedzającym możemy odpowiednio zmniejszyć Świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło nam ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
4. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu postępujemy zgodnie z krokami opisanymi w § 4 ust. 2-5 Części ogólnej OWU.
5. W przypadku Świadczenia szpitalnego w zakresie Opieki doraźnej (w tym Drobnego urazu) traktujemy zgodę Ubezpieczonego na podjęcie leczenia, udzieloną i zarejestrowaną w trakcie rozmowy telefonicznej z Koordynatorem opieki szpitalnej jako złożenie wniosku o realizację Świadczenia.
6. W przypadku Opieki doraźnej Koordynator opieki szpitalnej weryfikuje zgłoszenie Ubezpieczonego pod kątem zasadności i zgodności z warunkami Umowy niezwłocznie po jego otrzymaniu. Informację o uznaniu lub odmowie uznania roszczenia przekazujemy osobie zgłaszającej zdarzenie. Świadczenie szpitalne w zakresie Opieki doraźnej realizujemy niezwłocznie po uznaniu przez nas roszczenia.

§ 4.3 Jaka Karencja obowiązuje w wariancie Opieka Ortopedyczna Plus?

1. Okresy Karencji stosowane w wariancie Opieka Ortopedyczna Plus wynoszą:
   1) 3 miesiące – dla Świadczeń z tytułu Hospitalizacji planowych i Hospitalizacji pilnych;
   2) 10 miesięcy – dla Wysokospecjalistycznych metod leczenia i diagnostyki.
2. Nie stosujemy Karencji wobec Świadczeń związanych ze zdarzeniami będącymi następstwem Nieszczęśliwego wypadku oraz w odniesieniu do Koordynacji szpitalnej i Opieki doraźnej.
3. W przypadku dodania nowych Ubezpieczonych do Umowy ubezpieczenia, zostaną oni objęci Karencją liczoną od początku ich Okresu ochrony.
4. Jeżeli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia grupowego, w którym ubezpieczycielem byliśmy my lub LMG Försäkrings AB i które obejmowało świadczenia w ramach Hospitalizacji planowej i Hospitalizacji pilnej w zakresie odpowiadającym zakresowi niniejszego wariantu, wówczas okres trwania poprzedniej ochrony ubezpieczeniowej jest zaliczany na poczet okresów Karencji. Aby skorzystać z tej zasady, wcześniejsza ochrona musi być zakończona i nie mogła skończyć się wcześniej niż 3 miesiące przed początkiem ochrony w zakresie niniejszego wariantu. Jeżeli Ubezpieczony był objęty kilkoma umowami ubezpieczenia spełniającymi wyżej wymienione warunki, wówczas ta zasada ma zastosowanie tylko do ochrony ubezpieczeniowej z najpóźniejszą datą zakończenia.

§ 4.4 Jakie są wyłączenia w wariancie Opieka Ortopedyczna Plus?

1. Oprócz wyłączeń określonych w § 5 Części ogólnej OWU nasza odpowiedzialność w wariancie Szpitalna Opieka Ortopedyczna Plus nie obejmuje:
   1) natychmiastowego leczenia stanów nagłych stwierdzonych w dniu przyjęcia do oddziału szpitalnego (m.in. udaru mózgu, zawału m. sercowego, zapalenia trzustki, zatorowości płucnej i innych), zwłaszcza w warunkach oddziałów prowadzących intensywną terapię lub z zapewnieniem intensywnej terapii nerkozastępczej, dializy wątrobowej, ECMO, wentylacji mechanicznej, kontrapulsacji;
   2) rehabilitacji innej niż w placówce wskazanej przez nas i wymienionej w zakresie ubezpieczenia;
   3) leczenia Urazów wielonarządowych oraz ich następstw;
   4) wszczepienia protez, implantów lub urządzeń zastępujących funkcjonalnie lub anatomicznie innych niż wymienione w zakresie ubezpieczenia;
   5) diagnozowania i leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z aberracjami chromosomalnymi oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność, Chorób rzadkich oraz ich następstwami;
   6) diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji również ze wskazań medycznych z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej w tym operacji lub zabiegów o charakterze korekcyjnym, kosmetologii, a także leczenia ich niepożądanych następstw, o ile zakres Świadczenia szpitalnego nie stanowi inaczej;
   7) zabiegów chirurgii robotycznej innych niż wymienione w zakresie ubezpieczenia;
   8) następstw leczenia niewykonywanego w Szpitalach lub Przychodniach wskazanych przez nas;

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

9) wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń i wniosków niezwiązanych z koniecznością kontynuacji procesu leczenia objętego zakresem ubezpieczenia;
10) leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego, pobytów rehabilitacyjnych w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgnacyjnej;
11) leczenia zakażenia wirusami HIV, SARS-CoV-2, wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem tych zakażeń;
12) leczenia domowego;
13) opieki medycznej po Hospitalizacji związanej z leczeniem wykonywanym w innych placówkach niż wskazane przez nas;
14) diagnozowania i leczenia bez wskazań medycznych oraz diagnostyki i leczenia których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych;
15) leczenia wynikającego ze wskazań natury psychologicznej.

2. Jeśli przed objęciem Ubezpieczonego ochroną w ramach Umowy nie weryfikowaliśmy jego stanu zdrowia, to nie zrealizujemy Świadczenia szpitalnego w okresie pierwszych 12 miesięcy od początku nieprzerwanie trwającego Okresu ochrony, jeżeli jest ono następstwem:
   1) Chorób, w tym objawów potwierdzających obecność Choroby, które były obecne, wystąpiły, zostały zdiagnozowane lub były leczone w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu ochrony; Choroby lub ich objawy powinny zostać opisane w dokumentacji medycznej;
   2) Nieszczęśliwych wypadków, a także ich skutków, które były obecne, wystąpiły, zostały zdiagnozowane lub były leczone w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu ochrony; Nieszczęśliwy wypadek lub jego skutki powinny zostać opisane w dokumentacji medycznej.
3. Jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia grupowego, w którym ubezpieczycielem byliśmy my lub LMG Försäkrings AB i które obejmowało świadczenia w ramach Hospitalizacji planowej i Hospitalizacji pilnej w zakresie odpowiadającym zakresowi niniejszego wariantu, wówczas okres trwania poprzedniej ochrony ubezpieczeniowej jest zaliczany na poczet okresu, o którym mowa w ust. 2 powyżej. Aby skorzystać z tej zasady, wcześniejsza ochrona musi być zakończona i nie mogła skończyć się wcześniej niż 3 miesiące przed początkiem ochrony w zakresie niniejszego wariantu. Jeżeli Ubezpieczony był objęty kilkoma umowami ubezpieczenia spełniającymi wyżej wymienione warunki, wówczas ta zasada ma zastosowanie tylko do ochrony ubezpieczeniowej z najpóźniejszą datą zakończenia.
4. Jeśli przed objęciem Ubezpieczonego ochroną w ramach Umowy weryfikowaliśmy jego stan zdrowia, to nie obejmiemy swoją odpowiedzialnością diagnozowania i leczenia Chorób, objawów chorobowych lub następstw Nieszczęśliwych wypadków, które nie zostały podane do naszej wiadomości w dokumentach wymaganych przez nas do przyjęcia Ubezpieczonego do ochrony, a które były obecne lub wystąpiły u Ubezpieczonego w ciągu 12 miesięcy przed pierwszym dniem jego Okresu ochrony.
5. Wyłączona z zakresu ochrony jest Hospitalizacja, która ze względów bezpieczeństwa medycznego, stwierdzonych w dniu przyjęcia do oddziału szpitalnego lub w trakcie pobytu, wymaga jednoczasowego leczenia wysoko i wielospecjalistycznego w placówce medycznej spoza listy, o której mowa § 4.1 ust 3 niniejszego wariantu lub jej zakres wykracza poza zakres opisany w Załączniku nr 1 oraz Załączniku nr 2 do OWU.
6. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje Świadczeń szpitalnych, które zostały zorganizowane lub zrealizowane u Ubezpieczonego przed zgłoszeniem nam zdarzenia lub w trakcie oczekiwania na decyzję dotyczącą realizacji Świadczenia.
7. Przychodnia lub Szpital ma prawo odmówić Ubezpieczonemu Świadczenia, jeśli narusza on swoim zachowaniem zasady współżycia społecznego lub regulaminu organizacyjnego Przychodni lub Szpitala, a także jeżeli utrudnia pracę lub funkcjonowanie tej placówki lub jej personelu. W przypadku, gdy powyższe działanie ma charakter uporczywy, zastrzegamy sobie prawo do wyłączenia Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej, ze skutkiem na koniec danego miesiąca kalendarzowego.
8. Nie zrealizujemy Świadczenia, jeżeli w wyniku stanu klęski żywiołowej, katastrofy naturalnej, pandemii lub epidemii, ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej, nastąpi brak możliwości spełnienia przez nas Świadczenia.
9. Niezależnie od zakresu Świadczeń objętych ubezpieczeniem, rekomendujemy każde nieprawidłowości czy zmiany w swoim stanie zdrowia konsultować z właściwym personelem medycznym.

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

§ 5 Wariant Opieka w Chorobie

§ 5.1 Co jest przedmiotem wariantu Opieka w Chorobie?

1. W ramach wariantu Opieka w Chorobie zapewniamy następujące Świadczenia:
   1) **Świadczenie szpitalne** – Świadczenie medyczne związane z Hospitalizacją planową, udzielane w Szpitalu, a w niektórych sytuacjach również w Przychodni. Szczegółowy zakres świadczeń oraz wykaz Chorób objętych zakresem ochrony w ramach wariantu znajduje się w Załączniku nr 1 oraz w Załączniku nr 2 do OWU;
   2) **Koordynację szpitalną** – usługę, której celem jest wsparcie Ubezpieczonego w zakresie korzystania ze Świadczeń szpitalnych w ramach niniejszego wariantu. Zakres Świadczeń realizowanych przez KOS opisany jest w Załączniku nr 1 oraz Załączniku nr 2 do OWU.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym, które uprawnia Ubezpieczonego do skorzystania ze Świadczeń dostępnych w ramach wariantu, jest otrzymanie skierowania na leczenie szpitalne ze wskazanym kodem ICD-10 definiującym Chorobę objętą zakresem ochrony w ramach niniejszego wariantu (datą zdarzenia jest dzień wystawienia skierowania).
3. Świadczenia są udzielane na terytorium Polski w lokalizacjach wskazanych przez nas. Lista Szpitali jest na bieżąco aktualizowana i znajduje się na stronie internetowej, której adres wskazany jest w Tabeli nr 1. Lista Szpitali zawiera zakres Świadczeń szpitalnych, jakie dana placówka realizuje.

§ 5.2 Jak skorzystać z wariantu Opieka w Chorobie?

1. Aby skorzystać ze Świadczeń, Ubezpieczony powinien powiadomić Koordynatora opieki szpitalnej o zdarzeniu objętym niniejszym wariantem.
   Dane kontaktowe do KOS znajdują się w Certyfikacie.
2. Do podjęcia decyzji o realizacji Świadczenia potrzebujemy następujących dokumentów:
   1) kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o realizację Świadczenia;
   2) kopii skierowania do szpitala (wymagane jest, aby Choroba będąca przyczyną Hospitalizacji planowej była jednoznacznie określona kodem ICD-10 na skierowaniu do szpitala);
   3) kopii dokumentacji medycznej z konsultacji, podczas której wystawiono skierowanie do szpitala (jeśli Ubezpieczony ją posiada);
   4) kopii pozostałej dokumentacji medycznej dotyczącej zgłoszonego wniosku (jeśli Ubezpieczony ją posiada).
3. Wniosek o realizację Świadczenia powinien zostać do nas złożony nie później niż 60 dni po wystawieniu skierowania do szpitala. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku określonego w zdaniu poprzedzającym możemy odpowiednio zmniejszyć Świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło nam ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
4. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu postępujemy zgodnie z krokami opisanymi w § 4 ust. 2-5 Części ogólnej OWU.

§ 5.3 Jaka Karencja obowiązuje w wariancie Opieka w Chorobie?

1. Okresy Karencji stosowane w wariancie Opieka w Chorobie wynoszą:
   1) 3 miesiące – dla Hospitalizacji planowych;
   2) 10 miesięcy – dla Wysokospecjalistycznych metod leczenia i diagnostyki w ramach Hospitalizacji planowej.
2. W przypadku dodania nowych Ubezpieczonych do Umowy, zostaną oni objęci Karencją liczoną od początku ich Okresu ochrony.
3. Jeżeli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia grupowego, w którym ubezpieczycielem byliśmy my lub LMG Försäkrings AB i które obejmowało świadczenia w ramach Hospitalizacji planowej w zakresie odpowiadającym zakresowi niniejszego wariantu, wówczas okres trwania poprzedniej ochrony ubezpieczeniowej jest zaliczany na poczet okresów Karencji. Aby skorzystać z tej zasady, wcześniejsza ochrona musi być zakończona i nie mogła skończyć się wcześniej niż 3 miesiące przed początkiem ochrony w zakresie niniejszego wariantu. Jeżeli Ubezpieczony był objęty kilkoma umowami ubezpieczenia spełniającymi wyżej wymienione warunki, wówczas ta zasada ma zastosowanie tylko do ochrony ubezpieczeniowej z najpóźniejszą datą zakończenia.

§ 5.4 Jakie są wyłączenia w wariancie Opieka w Chorobie?

1. Oprócz wyłączeń określonych w § 5 Części ogólnej OWU nasza odpowiedzialność w wariancie Opieka w Chorobie nie obejmuje:
   1) leczenia oraz następstw chorób, schorzeń, urazów innych niż wymienione w Załączniku nr 1 i Załączniku nr 2 do OWU;

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

2) stanów pilnych oraz zagrożenia życia lub zdrowia oraz ich następstw, zwłaszcza w warunkach oddziałów prowadzących intensywną terapię lub z zapewnieniem intensywnej terapii nerkozastępczej, dializy wątrobowej, ECMO, wentylacji mechanicznej, kontrapulsacji;
3) rehabilitacji innej niż w placówce wskazanej przez nas i wymienionej w zakresie ubezpieczenia;
4) leczenia Urazów wielonarządowych oraz ich następstw;
5) wszczepienia protez, implantów lub urządzeń zastępujących funkcjonalnie lub anatomicznie narządy innych niż wymienione w zakresie ubezpieczenia;
6) zabiegów chirurgii robotycznej innych niż wymienione w zakresie ubezpieczenia;
7) diagnozowania i leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z aberracjami chromosomalnymi oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność, Chorób rzadkich oraz ich następstwami;
8) diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji również ze wskazań medycznych z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej w tym operacji lub zabiegów o charakterze korekcyjnym, kosmetologii; a także leczenia ich niepożądanych następstw, o ile zakres Świadczenia szpitalnego nie stanowi inaczej;
9) usuwania guzków, zmian skórnych i/lub podskórnych mniejszych niż 2 cm (niniejsze wyłączenie nie oznacza, że guzki i zmiany mniejsze niż 2 cm nie wymagają diagnostyki – Ubezpieczony dbając o swoje bezpieczeństwo medyczne, powinien skonsultować taką zmianę z właściwym lekarzem. Taka konsultacja, jako usługa realizowana w przychodni, a nie w szpitalu, nie jest objęta ubezpieczeniem w zakresie niniejszego wariantu);
10) następstw leczenia niewykonywanego w Szpitalach lub Przychodniach wskazanych przez nas;
11) wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń i wniosków niezwiązanych z koniecznością kontynuacji procesu leczenia objętego zakresem ubezpieczenia;
12) leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego, pobytów rehabilitacyjnych w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgnacyjnej;
13) leczenia zakażenia wirusami HIV, SARS-CoV-2, wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem tych zakażeń;
14) leczenia domowego;
15) opieki medycznej po Hospitalizacji związanej z leczeniem wykonywanym w innych placówkach niż wskazane przez nas;
16) leczenia wynikającego ze wskazań natury psychologicznej;
17) diagnozowania i leczenia bez wskazań medycznych oraz diagnostyki i leczenia, których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych.

2. Jeśli przed objęciem Ubezpieczonego ochroną w ramach Umowy nie weryfikowaliśmy jego stanu zdrowia, to nie zrealizujemy Świadczenia szpitalnego w okresie pierwszych 12 miesięcy od początku nieprzerwanie trwającego Okresu ochrony, jeżeli jest ono następstwem:
   1) Chorób, w tym objawów potwierdzających obecność Choroby, które były obecne, wystąpiły, zostały zdiagnozowane lub były leczone w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu ochrony; Choroby lub ich objawy powinny zostać opisane w dokumentacji medycznej;
   2) Nieszczęśliwych wypadków, a także ich skutków, które były obecne, wystąpiły, zostały zdiagnozowane lub były leczone w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu ochrony; Nieszczęśliwy wypadek lub jego skutki powinny zostać opisane w dokumentacji medycznej.
3. Jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia grupowego, w którym ubezpieczycielem byliśmy my lub LMG Försäkrings AB i które obejmowało świadczenia w ramach Hospitalizacji planowej w zakresie odpowiadającym zakresowi niniejszego wariantu, wówczas okres trwania poprzedniej ochrony ubezpieczeniowej jest zaliczany na poczet okresu, o którym mowa w ust. 2 powyżej. Aby skorzystać z tej zasady, wcześniejsza ochrona musi być zakończona i nie mogła skończyć się wcześniej niż 3 miesiące przed początkiem ochrony w zakresie niniejszego wariantu. Jeżeli Ubezpieczony był objęty kilkoma umowami ubezpieczenia spełniającymi wyżej wymienione warunki, wówczas ta zasada ma zastosowanie tylko do ochrony ubezpieczeniowej z najpóźniejszą datą zakończenia.
4. Jeśli przed objęciem Ubezpieczonego ochroną w ramach Umowy weryfikowaliśmy jego stan zdrowia, to nie obejmiemy swoją odpowiedzialnością diagnozowania i leczenia Chorób, objawów chorobowych lub następstw Nieszczęśliwych wypadków, które nie zostały podane do naszej wiadomości w dokumentach wymaganych przez nas do przyjęcia Ubezpieczonego do ochrony, a które były obecne lub wystąpiły u Ubezpieczonego w ciągu 12 miesięcy przed pierwszym dniem Okresu ochrony.
5. Wyłączona z zakresu ochrony jest Hospitalizacja, która ze względów bezpieczeństwa medycznego, stwierdzonych w dniu przyjęcia do oddziału szpitalnego lub w trakcie pobytu, wymaga jednoczasowego leczenia wysoko i wielospecjalistycznego w

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

placówce medycznej spoza listy, o której mowa § 5.1 ust 3 niniejszego wariantu lub jej zakres wykracza poza zakres opisany w Załączniku nr 1 oraz Załączniku nr 2 do OWU.

6. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje Świadczeń szpitalnych, które zostały zorganizowane lub zrealizowane u Ubezpieczonego przed zgłoszeniem nam zdarzenia lub w trakcie oczekiwania na decyzję dotyczącą realizacji Świadczenia
7. Przychodnia lub Szpital ma prawo odmówić Ubezpieczonemu Świadczenia, jeśli narusza on swoim zachowaniem zasady współżycia społecznego lub regulaminu organizacyjnego Przychodni lub Szpitala, a także jeżeli utrudnia pracę lub funkcjonowanie tej placówki lub jej personelu. W przypadku, gdy powyższe działanie ma charakter uporczywy, zastrzegamy sobie prawo do wyłączenia Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej, ze skutkiem na koniec danego miesiąca kalendarzowego.
8. Nie zrealizujemy Świadczenia, jeżeli w wyniku stanu klęski żywiołowej, katastrofy naturalnej, pandemii lub epidemii, ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej, nastąpi brak możliwości spełnienia przez nas Świadczenia.
9. Niezależnie od zakresu Świadczeń objętych ubezpieczeniem, rekomendujemy każde nieprawidłowości czy zmiany w swoim stanie zdrowia konsultować z właściwym personelem medycznym.

§ 6 Wariant Pełna Opieka

§ 6.1 Co jest przedmiotem wariantu Pełna Opieka?

1. W ramach wariantu Pełna Opieka zapewniamy następujące Świadczenia:
   1) **Świadczenie szpitalne** – świadczenie medyczne związane z Hospitalizacją planową, Hospitalizacją pilną lub Opieką doraźną, udzielane w Szpitalu, a w niektórych sytuacjach również w Przychodni. Szczegółowy zakres Świadczeń szpitalnych dostępnych w ramach wariantu jest opisany w Załączniku nr 1 oraz Załączniku nr 2 do OWU;
   2) **Szpitalny przegląd zdrowia** (także **Przegląd**) – zapewnienie gotowości oddziału szpitalnego na przyjęcie Ubezpieczonego w jednym uzgodnionym terminie nie częściej niż raz na 2 lata w trakcie trwania Okresu ochrony w celu udzielenia Świadczenia z zakresu diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej i konsultacji specjalistycznych, udzielane przez Szpital. Ma na celu profilaktykę zdrowotną. Szczegółowy zakres Świadczeń wchodzących w skład Szpitalnego przeglądu zdrowia jest opisany w Załączniku nr 1 do OWU;
   3) **Koordynację szpitalną** – usługę, której celem jest wsparcie Ubezpieczonego w zakresie korzystania ze Świadczeń szpitalnych w ramach niniejszego wariantu. Zakres Świadczeń realizowanych przez KOS opisany jest w Załączniku nr 1 oraz Załączniku nr 2 do OWU.
2. Zapewniamy ochronę ubezpieczeniową w odniesieniu do zdarzeń, które są skutkiem Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku albo dotyczą porodu.
3. Zdarzeniami, które uprawniają Ubezpieczonego do skorzystania ze Świadczeń dostępnych w ramach wariantu, są:
   1) otrzymanie skierowania na leczenie szpitalne (datą zdarzenia jest dzień wystawienia skierowania);
   2) Drobny uraz lub pogorszenie stanu zdrowia wymagające Opieki doraźnej (datą zdarzenia jest dzień wystąpienia Drobnego urazu lub dzień pogorszenia stanu zdrowia);
   3) założenie karty ciąży (datą zdarzenia jest dzień założenia karty ciąży) – zdarzenie uprawniające do skorzystania ze szkoły rodzenia;
   4) poród (datą zdarzenia jest dzień planowanego porodu wpisany w karcie ciąży) – zdarzenie uprawniające do skorzystania z porodu i opieki neonatologicznej nad noworodkiem.
4. W sytuacji, gdy data porodu wpisana w karcie ciąży przypada maksymalnie do 14 dni po zakończeniu Okresu ochrony i w tym okresie faktycznie dojdzie do porodu, po zakończeniu Okresu ochrony zrealizujemy wyłącznie Świadczenie polegające na przyjęciu porodu, a nasza odpowiedzialność wygaśnie w dniu porodu.
5. Jeżeli przez minimum 2 lata nieprzerwanego Okresu ochrony Ubezpieczony nie skorzystał z żadnego ze Świadczeń wymienionych w ust. 1, Ubezpieczony ma możliwość skorzystania ze Szpitalnego przeglądu zdrowia.
6. Świadczenia są udzielane na terytorium Polski w lokalizacjach wskazanych przez nas. Lista Szpitali jest na bieżąco aktualizowana i znajduje się na stronie internetowej, której adres wskazany jest w Tabeli nr 1. Lista Szpitali zawiera zakres Świadczeń szpitalnych, jakie dana placówka realizuje.

§ 6.2 Jak skorzystać z wariantu Pełna Opieka?

1. Aby skorzystać ze Świadczeń, Ubezpieczony powinien powiadomić Koordynatora opieki szpitalnej o zdarzeniu objętym wariantem. Dane kontaktowe do KOS znajdują się w Certyfikacie.

2. Do podjęcia decyzji o realizacji Świadczenia potrzebujemy następujących dokumentów:
   1) kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o realizację Świadczenia, a w przypadku, gdy zdarzenie zostało spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem dołączenie również krótkiego opisu okoliczności wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku oraz
   2) w przypadku Hospitalizacji planowej (nie dotyczy ciąży):
      a) kopii skierowania do szpitala;
      b) kopii posiadanej dokumentacji medycznej z konsultacji, podczas której wystawiono skierowanie do szpitala;
      c) kopii pozostałej dokumentacji medycznej dotyczącej zgłoszonego wniosku (jeśli Ubezpieczony ją posiada);
   3) w przypadku chęci skorzystania z porodu i opieki neonatologicznej nad noworodkiem:
      1) kopię karty ciąży;
      2) kopię posiadanych wyników konsultacji lekarskich z okresu 3 miesięcy przed zajściem w ciążę (jeśli takie konsultacje się odbywały);
      3) kopię posiadanych wyników badań USG wykonanych w czasie ciąży – między 11. a 13. tygodniem oraz między 18. a 22. tygodniem ciąży;
      4) zaświadczenia od lekarza prowadzącego wydanego nie wcześniej niż początek trzeciego trymestru, że ciąża nie jest Ciążą wysokiego ryzyka;
   4) w przypadku chęci skorzystania ze szkoły rodzenia – kopii karty ciąży.
3. Wniosek o realizację Świadczenia powinien zostać do nas złożony nie później niż 60 dni po wystawieniu skierowania do szpitala. W przypadku ciąży wniosek powinien zostać złożony na początku trzeciego trymestru. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w zdaniach poprzednich możemy odpowiednio zmniejszyć Świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło nam ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
4. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu postępujemy zgodnie z krokami opisanymi w § 4 ust. 2-5 Części ogólnej OWU.
5. W przypadku Świadczenia szpitalnego w zakresie Opieki doraźnej (w tym Drobnego urazu) traktujemy zgodę Ubezpieczonego na podjęcie leczenia, udzieloną i zarejestrowaną w trakcie rozmowy telefonicznej z Koordynatorem opieki szpitalnej, jako złożenie wniosku o realizację Świadczenia.
6. W przypadku Opieki doraźnej Koordynator opieki szpitalnej weryfikuje zgłoszenie Ubezpieczonego pod kątem zasadności i zgodności z warunkami Umowy niezwłocznie po jego otrzymaniu. Informację o uznaniu lub odmowie uznania roszczenia przekazujemy osobie zgłaszającej zdarzenie. Świadczenie szpitalne w zakresie Opieki doraźnej realizujemy niezwłocznie po uznaniu przez nas roszczenia.

§ 6.3 Jaka Karencja obowiązuje w wariancie Pełna Opieka?

1. Okresy Karencji stosowane w wariancie Pełna Opieka wynoszą:
   1) 3 miesiące – dla Świadczeń z tytułu Hospitalizacji planowych, Hospitalizacji pilnej oraz szkoły rodzenia;
   2) 10 miesięcy – dla Wysokospecjalistycznych metod leczenia i diagnostyki oraz przyjęcia porodu i opieki neonatologicznej nad noworodkiem.
2. Nie stosujemy Karencji wobec Świadczeń związanych ze zdarzeniami będącymi następstwem Nieszczęśliwego wypadku oraz w odniesieniu do Koordynacji szpitalnej i Opieki doraźnej.
3. W przypadku dodania nowych Ubezpieczonych do Umowy ubezpieczenia, zostaną oni objęci Karencją liczoną od początku ich Okresu ochrony.
4. Jeżeli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia grupowego, w którym ubezpieczycielem byliśmy my lub LMG Försäkrings AB i które obejmowało świadczenia w ramach Hospitalizacji planowej i Hospitalizacji pilnej w zakresie odpowiadającym zakresowi niniejszego wariantu, wówczas okres trwania poprzedniej ochrony ubezpieczeniowej jest zaliczany na poczet okresów Karencji. Aby skorzystać z tej zasady, wcześniejsza ochrona musi być zakończona i nie mogła skończyć się wcześniej niż 3 miesiące przed początkiem ochrony w zakresie niniejszego wariantu. Jeżeli Ubezpieczony był objęty kilkoma umowami ubezpieczenia spełniającymi wyżej wymienione warunki, wówczas ta zasada ma zastosowanie tylko do ochrony ubezpieczeniowej z najpóźniejszą datą zakończenia.

§ 6.4 Jakie są wyłączenia w wariancie Pełna Opieka?

1. Oprócz wyłączeń określonych w § 5 Części ogólnej OWU nasza odpowiedzialność w wariancie Pełna Opieka nie obejmuje:

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

1) natychmiastowego leczenia stanów nagłych stwierdzonych w dniu przyjęcia do oddziału szpitalnego (m.in. udaru mózgu, zawału m. sercowego, zapalenia trzustki, zatorowości płucnej i innych), zwłaszcza w warunkach oddziałów prowadzących intensywną terapię lub z zapewnieniem intensywnej terapii nerkozastępczej, dializy wątrobowej, ECMO, wentylacji mechanicznej, kontrapulsacji;
2) rehabilitacji innej niż w placówce wskazanej przez nas i wymienionej w zakresie ubezpieczenia;
3) leczenia Urazów wielonarządowych oraz ich następstw;
4) wszczepienia protez, implantów lub urządzeń zastępujących funkcjonalnie lub anatomicznie narządy innych niż wymienione w zakresie ubezpieczenia;
5) zabiegów chirurgii robotycznej innych niż wymienione w zakresie ubezpieczenia;
6) diagnozowania i leczenia związanego z korektą płci, zaburzeniami płodności oraz ich następstwami;
7) diagnozowania i leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z aberracjami chromosomalnymi oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność, Chorób rzadkich oraz ich następstwami;
8) przeprowadzania zabiegów aborcji i leczenia powikłań będących jej następstwami;
9) diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji również ze wskazań medycznych z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej w tym operacji lub zabiegów o charakterze korekcyjnym, kosmetologii; a także leczenia ich niepożądanych następstw, o ile zakres Świadczenia szpitalnego nie stanowi inaczej;
10) usuwania guzków, zmian skórnych i/lub podskórnych mniejszych niż 2 cm (niniejsze wyłączenie nie oznacza, że guzki i zmiany mniejsze niż 2 cm nie wymagają diagnostyki – Ubezpieczony dbając o swoje bezpieczeństwo medyczne, powinien skonsultować taką zmianę z właściwym lekarzem specjalistą. Taka konsultacja, jako usługa realizowana w przychodni, a nie w szpitalu, nie jest objęta ubezpieczeniem w zakresie niniejszego wariantu);
11) następstw leczenia niewykonywanego w Szpitalach lub Przychodniach wskazanych przez nas;
12) wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń i wniosków niezwiązanych z koniecznością kontynuacji procesu leczenia objętego zakresem ubezpieczenia;
13) leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego, pobytów rehabilitacyjnych w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgnacyjnej;
14) leczenia zakażenia wirusami HIV, SARS-CoV-2, wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem tych zakażeń;
15) leczenia domowego;
16) opieki medycznej po Hospitalizacji związanej z leczeniem wykonywanym w innych placówkach niż wskazane przez nas;
17) diagnozowania i leczenia bez wskazań medycznych oraz diagnostyki i leczenia których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych;
18) leczenia wynikającego ze wskazań natury psychologicznej.

2. Jeśli przed objęciem Ubezpieczonego ochroną w ramach Umowy nie weryfikowaliśmy jego stanu zdrowia, to nie zrealizujemy Świadczenia szpitalnego w okresie pierwszych 12 miesięcy od początku nieprzerwanie trwającego Okresu ochrony, jeżeli jest ono następstwem:
   1) Chorób, w tym objawów potwierdzających obecność Choroby, które były obecne, wystąpiły, zostały zdiagnozowane lub były leczone w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu ochrony; Choroby lub ich objawy powinny zostać opisane w dokumentacji medycznej;
   2) Nieszczęśliwych wypadków, a także ich skutków, które były obecne, wystąpiły, zostały zdiagnozowane lub były leczone w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu ochrony; Nieszczęśliwy wypadek lub jego skutki powinny zostać opisane w dokumentacji medycznej.
3. Jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia grupowego, w którym ubezpieczycielem byliśmy my lub LMG Försäkrings AB i które obejmowało świadczenia w ramach Hospitalizacji planowej i Hospitalizacji pilnej w zakresie odpowiadającym zakresowi niniejszego wariantu, wówczas okres trwania poprzedniej ochrony ubezpieczeniowej jest zaliczany na poczet okresu, o którym mowa w ust. 2 powyżej. Aby skorzystać z tej zasady, wcześniejsza ochrona musi być zakończona i nie mogła skończyć się wcześniej niż 3 miesiące przed początkiem ochrony w zakresie niniejszego wariantu. Jeżeli Ubezpieczony był objęty kilkoma umowami ubezpieczenia spełniającymi wyżej wymienione warunki, wówczas ta zasada ma zastosowanie tylko do ochrony ubezpieczeniowej z najpóźniejszą datą zakończenia.
4. Jeśli przed objęciem Ubezpieczonego ochroną w ramach Umowy weryfikowaliśmy jego stan zdrowia, to nie obejmiemy swoją odpowiedzialnością diagnozowania i leczenia Chorób, objawów chorobowych lub następstw Nieszczęśliwych wypadków, które

nie zostały podane do naszej wiadomości w dokumentach wymaganych przez nas do przyjęcia Ubezpieczonego do ochrony, a które były obecne lub wystąpiły u Ubezpieczonego w ciągu 12 miesięcy przed pierwszym dniem Okresu ochrony.

5. Wyłączona z zakresu ochrony jest Hospitalizacja, która ze względów bezpieczeństwa medycznego, stwierdzonych w dniu przyjęcia do oddziału szpitalnego lub w trakcie pobytu, wymaga jednoczasowego leczenia wysoko i wielospecjalistycznego w placówce medycznej spoza listy, o której mowa § 6.1 ust 6 niniejszego wariantu lub jej zakres wykracza poza zakres opisany w Załączniku nr 1 oraz Załączniku nr 2 do OWU.
6. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje Świadczeń szpitalnych, które zostały zorganizowane lub zrealizowane u Ubezpieczonego przed zgłoszeniem nam zdarzenia lub w trakcie oczekiwania na decyzję dotyczącą realizacji Świadczenia.
7. Przychodnia lub Szpital ma prawo odmówić Ubezpieczonemu Świadczenia, jeśli narusza on swoim zachowaniem zasady współżycia społecznego lub regulaminu organizacyjnego Przychodni lub Szpitala, a także jeżeli utrudnia pracę lub funkcjonowanie tej placówki lub jej personelu. W przypadku, gdy powyższe działanie ma charakter uporczywy, zastrzegamy sobie prawo do wyłączenia Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej, ze skutkiem na koniec danego miesiąca kalendarzowego.
8. Nie zrealizujemy Świadczenia, jeżeli w wyniku stanu klęski żywiołowej, katastrofy naturalnej, pandemii lub epidemii, ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej, nastąpi brak możliwości spełnienia przez nas Świadczenia.
9. Niezależnie od zakresu Świadczeń objętych ubezpieczeniem, rekomendujemy każde nieprawidłowości czy zmiany w swoim stanie zdrowia konsultować z właściwym personelem medycznym.

§ 7 Wariant Koordynacja

§ 7.1 Co jest przedmiotem wariantu Koordynacja?

1. W ramach wariantu zapewniamy **Koordynację szpitalną** – usługę, której celem jest wsparcie Ubezpieczonego przez KOS w zakresie korzystania z usług szpitalnych opłacanych samodzielnie przez Ubezpieczonego w Szpitalach. Szczegółowe zasady oraz warunki udzielania tego świadczenia opisane są poniżej.
2. Oferujemy Ubezpieczonym ochronę ubezpieczeniową wyłącznie w zakresie usług KOS związanych z Hospitalizacją planową spowodowaną Chorobą, następstwami Nieszczęśliwego wypadku lub porodem.
3. Zdarzeniami, które uprawniają Ubezpieczonego do skorzystania ze Świadczeń dostępnych w ramach wariantu, są:
   1) otrzymanie skierowania na Hospitalizację planową spowodowane Chorobą, następstwami Nieszczęśliwego wypadku lub porodem (datą zdarzenia jest dzień otrzymania skierowania) – zdarzenie uprawniające do skorzystania z usług KOS w zakresie organizacji Hospitalizacji planowej;
   2) poród (datą zdarzenia jest dzień planowanego porodu wpisana w karcie ciąży) – zdarzenie uprawniające do skorzystania z usług KOS w zakresie organizacji porodu i opieki neonatologicznej nad noworodkiem.
4. Usługi medyczne organizowane na rzecz Ubezpieczonego w ramach Koordynacji szpitalnej są udzielane na terytorium Polski w lokalizacjach wskazanych przez nas. Lista Szpitali jest na bieżąco aktualizowana i znajduje się na stronie internetowej, której adres wskazany jest w Tabeli nr 1. Lista Szpitali zawiera zakres Świadczeń szpitalnych, jakie dana placówka realizuje.
5. **Uwaga! Nasza odpowiedzialność w ramach Koordynacji Szpitalnej nie obejmuje pokrycia kosztów usług medycznych zrealizowanych w Szpitalach. Koszty tych usług ponosi Ubezpieczony.**

§ 7.2 Co obejmuje wariant Koordynacja?

Zakres Świadczeń, które oferujemy w ramach wariantu Koordynacja, obejmuje:

1. koordynację przed Hospitalizacją planową:
   1) przedstawienie propozycji Hospitalizacji planowej – przedstawienie do wyboru dostępnych Szpitali i Lekarzy;
   2) umówienie pobytu zgodnie z wyborem Ubezpieczonego w ramach przedstawionych przez nas opcji;
   3) pomoc w umówieniu na badania i konsultacje kwalifikujące do Hospitalizacji planowej;
   4) monitorowanie realizacji przez Ubezpieczonego badań i konsultacji;
   5) przypomnienie Ubezpieczonemu o terminie przyjęcia do Szpitala i wymaganych dokumentach, a także potwierdzenie obecności Ubezpieczonego w Szpitalu;
   6) koordynację obiegu dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem;
   7) przekazanie informacji dotyczących pobytu w Szpitalu;
2. koordynację w trakcie Hospitalizacji planowej:

1) pomoc w przekazaniu dokumentów niezbędnych do realizacji Świadczenia na rzecz Ubezpieczonego;
2) bieżący kontakt ze Szpitalem;
3) przekazywanie informacji o bieżącym statusie realizacji procedur medycznych osobie upoważnionej do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym;
4) umówienie na wizytę kontrolną po pobycie w Szpitalu, a także przedstawienie planu opieki po pobycie w Szpitalu;
5) organizację transportu medycznego, jeżeli wynika on z potwierdzonych przez nas wskazań medycznych, który obejmuje transport kołowy:
   a) międzyszpitalny w przypadku, gdy zlecimy transport medyczny do innej jednostki;
   b) ze Szpitala do miejsca pobytu Ubezpieczonego, wynikający z potwierdzonych przez nas wskazań medycznych;

3. koordynację po Hospitalizacji planowej, zgodnie z zaleceniami Lekarza:
   1) umówienie zleconych Ubezpieczonemu badań lub rehabilitacji;
   2) organizację transportu medycznego, jeżeli wynika on z potwierdzonych przez nas wskazań medycznych, który obejmuje transport kołowy:
      a) z miejsca pobytu Ubezpieczonego do Szpitala;
      b) ze Szpitala do miejsca pobytu Ubezpieczonego;
   3) skompletowanie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.

§ 7.3 Jak skorzystać z wariantu Koordynacja?

1. Aby skorzystać ze Świadczeń, Ubezpieczony powinien powiadomić Koordynatora opieki szpitalnej o zdarzeniu objętym niniejszym wariantem.
   Dane kontaktowe do KOS znajdują się w Certyfikacie.
2. Ubezpieczony korzysta z wybranych przez siebie Świadczeń w ramach wariantu Koordynacji. Może skorzystać z części lub z całości zakresu Świadczeń oferowanego w ramach wariantu.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu postępujemy zgodnie z krokami opisanymi w § 4 ust. 2-5 Części ogólnej OWU.

§ 7.4 Jakie są wyłączenia w wariancie Koordynacja?

1. Oprócz wyłączeń określonych w § 5 Części ogólnej OWU nasza odpowiedzialność w wariancie Koordynacja nie obejmuje organizacji ani koordynacji:
   1) stanów pilnych oraz zagrożenia życia lub zdrowia oraz ich następstw, zwłaszcza w warunkach oddziałów prowadzących intensywną terapię lub z zapewnieniem intensywnej terapii nerkozastępczej, dializy wątrobowej, ECMO, wentylacji mechanicznej, kontrapulsacji;
   2) diagnozowania i leczenia bez wskazań medycznych oraz diagnostyki i leczenia których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych;
   3) diagnozowania i leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z aberracjami chromosomalnymi oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność, Chorób rzadkich oraz ich następstwami;
   4) następstw leczenia niewykonywanego w Szpitalach lub Przychodniach wskazanych przez nas;
   5) diagnozowania i leczenia związanego z korektą płci, zaburzeniami płodności oraz ich następstwami;
   6) Świadczeń spoza zakresu wskazanego w § 7.2 niniejszego wariantu;
   7) leczenia domowego;
   8) leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego, pobytów rehabilitacyjnych w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgnacyjnej;
   9) leczenia Urazów Wielonarządowych oraz ich następstw;
   10) leczenia w oddziałach psychiatrycznych;
   11) leczenia wynikającego ze wskazań natury psychologicznej;
   12) leczenia zakażenia wirusami HIV, SARS-CoV-2, wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem tych zakażeń;
   13) przeprowadzania zabiegów aborcji i leczenia powikłań będących jej następstwami;

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

14) wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń i wniosków niezwiązanych z koniecznością kontynuacji procesu leczenia objętego zakresem ubezpieczenia.

2. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są koszty zorganizowanych przez KOS usług medycznych, które udzielone zostały Ubezpieczonemu. Ubezpieczony zobowiązany jest do ich pokrycia we własnym zakresie i z własnych środków.
3. Z zakresu ochrony wyłączona jest koordynacja Hospitalizacji planowej, która ze względów bezpieczeństwa medycznego, stwierdzonych w dniu przyjęcia do oddziału szpitalnego lub w trakcie pobytu, wymaga jednoczasowego leczenia wysoko i wielospecjalistycznego w placówce medycznej spoza listy, o której mowa § 7.1 ust. 4 niniejszego wariantu.
4. Szpital ma prawo odmówić Ubezpieczonemu Świadczenia, jeśli narusza on swoim zachowaniem zasady współżycia społecznego lub regulaminu organizacyjnego Szpitala, a także jeżeli utrudnia pracę lub funkcjonowanie tej placówki lub jej personelu. W przypadku, gdy powyższe działanie ma charakter uporczywy, zastrzegamy sobie prawo do wyłączenia Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej, ze skutkiem na koniec danego miesiąca kalendarzowego.
5. Nie zrealizujemy Świadczenia, jeżeli w wyniku stanu klęski żywiołowej, katastrofy naturalnej, pandemii lub epidemii, ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej, nastąpi brak możliwości spełnienia przez nas Świadczenia.

Moduł: Wsparcie w Podróży

Postanowienia niniejszego Modułu mają zastosowanie wobec Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach Modułu Wsparcie w Podróży.

§ 1 Definicje w Module Wsparcie w Podróży

Definicje wskazane w niniejszym Module stosuje się łącznie z definicjami zawartymi w § 2 Części ogólnej OWU, o ile niniejszy Moduł nie stanowi inaczej.

1. **Aktywność na dużej wysokości** - aktywność, która obejmuje lub ma obejmować przekraczanie wysokości 4500 m n.p.m. w charakterze innym niż pasażer komercyjnego statku powietrznego.
2. **Awaria mechaniczna** - problem mechaniczny, który uniemożliwia normalną jazdę pojazdu, w tym usterka elektryczna, przebita opona lub brak płynów (z wyjątkiem braku paliwa).
3. **Bagaż** - rzeczy osobiste, które Ubezpieczony zabiera ze sobą w Podróż lub nabywa podczas Podróży.
4. **Bliska osoba** – osoba, która wobec Ubezpieczonego jest:
   1) współmałżonkiem lub osobą pozostającą w rejestrowanym (sformalizowanym) związku partnerskim;
   2) osobą pozostającą we wspólnym pożyciu;
   3) współlokatorem;
   4) rodzicem, macochą, ojczymem lub teściem;
   5) dzieckiem biologicznym, pasierbem, dzieckiem w pieczy zastępczej sprawowanej przez Ubezpieczonego, dzieckiem adoptowanym lub dzieckiem aktualnie przysposabianym;
   6) rodzeństwem;
   7) dziadkiem lub wnukiem;
   8) ciotką, wujkiem, siostrzeńcem/siostrzenicą lub bratankiem/bratanicą;
   9) opiekunem prawnym lub osobą, wobec której Ubezpieczony jest opiekunem prawnym;
   10) osobą świadczącą odpłatną opiekę i zamieszkującą w domu Ubezpieczonego.
5. **Choroba epidemiczna** - Choroba zakaźna uznana za epidemiczną lub określona jako epidemiczna przez przedstawiciela Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) lub organ państwowy odpowiedzialny za politykę zdrowotną.
6. **Choroba pandemiczna** - Choroba epidemiczna uznana za pandemiczną lub określona jako pandemiczna przez przedstawiciela Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) lub organ państwowy odpowiedzialny za politykę zdrowotną.
7. **Czyn bezprawny** - czyn naruszający przepisy prawa powszechnie obowiązującego w miejscu, w którym został popełniony.
8. **Data powrotu** - data, na którą Ubezpieczony pierwotnie zaplanował zakończenie Podróży, zgodnie z rezerwacją Podróży Ubezpieczonego.
9. **Data wyjazdu** – data, na którą Ubezpieczony pierwotnie zaplanował rozpoczęcie Podróży, zgodnie z rezerwacją Podróży Ubezpieczonego.
10. **Dostawca usług turystycznych** - biuro podróży, tour operator, linia lotnicza, linia wycieczkowa, hotel, przedsiębiorstwo kolejowe lub inny dostawca usług turystycznych.
11. **Działania wojenne** - zorganizowane działania z zastosowaniem sił lądowych, morskich lub powietrznych, będące wynikiem konfliktu zbrojnego między państwami, narodami lub grupami społecznymi.
12. **Działanie siły wyższej** – zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i niemożliwe do zapobieżenia przy dołożeniu należytej staranności;
13. **Istniejący problem zdrowotny** – Obrażenia wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Choroba lub inny problem zdrowotny, które w okresie 120 dni przed datą rozpoczęcia Okresu ochrony, wskazaną w Certyfikacje (włączając tę datę):
   1) skłoniły daną osobę do uzyskania badania medycznego, diagnozy, opieki lub leczenia prowadzonego przez Lekarza;
   2) dały objawy; lub
   3) sprawiły, że dana osoba musi przyjmować lek przepisany przez Lekarza lub Lekarza za granicą (chyba że stan lub objawy są kontrolowane za pomocą takiego leku i cały czas stosowany jest ten sam lek).

   Choroba, Obrażenia lub inny problem zdrowotny muszą być formalnie zdiagnozowane, aby mogły być uznane za Istniejący problem zdrowotny.

Przykład: skręcone kolano, które Ubezpieczony leczył w okresie 100 dni przed datą rozpoczęcia Okresu ochrony, traktowane będzie jako Istniejący problem zdrowotny. Jeżeli później Ubezpieczony będzie musiał odwołać wyjazd, ponieważ okazało się, że skręcone kolano wymaga operacji lub powrót Ubezpieczonego do zdrowia trwa dłużej, niż oczekiwał, albo istnieją inne powody wynikające ze skręcenia kolana, uznamy, że mamy do czynienia z Istniejącym problemem zdrowotnym.

14. **Klauzula działań wojennych, wojny lub zdarzeń terrorystycznych** – postanowienie umowne, wskazujące że za koszty leczenia i pomocy w Podróży w zakresie ubezpieczenia kosztów medycznych i stomatologicznych w nagłych przypadkach w trakcie Podróży oraz ubezpieczenia transportu w nagłych przypadkach w trakcie Podróży powstałe na skutek rozpoczęcia Działań wojennych, wybuchu Wojny lub wystąpienia Zdarzeń terrorystycznych w miejscu pobytu Ubezpieczonego podczas Podróży poza granicami Polski, ponosimy odpowiedzialność przez okres nie dłuższy niż siedem dni, licząc od daty rozpoczęcia Działań wojennych, wybuchu Wojny lub wystąpienia Zdarzeń terrorystycznych.
15. **Klęska żywiołowa** - Trudne warunki pogodowe lub geologiczne na dużą skalę, które powodują szkody w mieniu, zakłócają działanie transportu lub mediów albo stanowią zagrożenie dla ludzi, w szczególności trzęsienie ziemi, pożar, powódź, huragan lub erupcja wulkanu.
16. **Konieczne ze względów medycznych** - wymagane w przypadku Choroby, Obrażeń lub zaostrzenia Istniejącego problemu zdrowotnego i może być bezpiecznie zastosowane wobec Ubezpieczonego. Jeżeli odnosi się to do leczenia, to takie leczenie musi spełniać standardy dobrej praktyki medycznej i nie może służyć wygodzie Ubezpieczonego lub świadczeniodawcy.
17. **Kwarantanna** - przymusowe odosobnienie na mocy nakazu lub innego zarządzenia organu administracji państwowej, organu regulacyjnego odpowiedzialnego za politykę zdrowotną lub kapitana statku żeglugi komercyjnej, na którym Ubezpieczony zarezerwował rejs w trakcie Podróży, aby zapobiec szerzeniu się Choroby zakaźnej, na zakażenie którą narażony był Ubezpieczony lub Towarzysz podróży.
18. **Lekarz** – osoba, która posiada wymagane kwalifikacje i uprawnienia potwierdzone odpowiednimi dokumentami do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa polskiego, w tym w szczególności ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarzy i lekarza dentysty.
19. **Lekarz za granicą** – osoba, która posiada wymagane kwalifikacje i uprawnienia potwierdzone odpowiednimi dokumentami do wykonywania zawodu lekarza lub stomatologa w kraju świadczenia usług poza Polską. Osobą tą nie może być Ubezpieczający będący osobą fizyczną, Ubezpieczony, Towarzysz podróży, Bliska osoba, Bliska osoba Towarzysza podróży, ani Bliska osoba chorej osoby lub osoby, która odniosła Obrażenia.
20. **Lokalny transport publiczny** - środki transportu lokalnego, zbiorowego lub miejskiego (np. kolej miejska, autobus miejski, metro, prom, taksówka, kierowca do wynajęcia lub inny tego typu Przewoźnik), za pośrednictwem których Ubezpieczony lub Towarzysz podróży podróżuje na odległość mniejszą niż 150 km.
21. **Miejsce zamieszkania** - miejsce stałego pobytu Ubezpieczonego na terenie Polski.
22. **Niepokoje społeczne** - każdy publiczny protest, Strajk, zamieszki, demonstracja, nielegalne zgromadzenie lub zakłócenie w obrębie społeczności, regionu, państwa lub narodu obejmujące akty przemocy, Wandalizmu, bezprawia lub utrudniania swobodnego dostępu lub przemieszczania się w miejscach publicznych przez zgromadzenia osób. Nie obejmuje to żadnego zdarzenia, które osiąga poziom Ryzyka politycznego, Zdarzenia terrorystycznego lub Wojny lub jest z nimi związane.
23. **Niezdatny do zamieszkania** – Miejsce zamieszkania niedostępne lub nienadające się do użytku w ocenie rozsądnej osoby z powodu wystarczająco dużych szkód (w tym długotrwałej utraty dostępu do energii elektrycznej, gazu lub wody) spowodowanych przez klęskę żywiołową, pożar, powódź, włamanie lub akt Wandalizmu.
24. **Objęte ubezpieczeniem przyczyny** - wskazane konkretnie sytuacje lub zdarzenia, w przypadku wystąpienia których Ubezpieczony jest objęty ubezpieczeniem w ramach ubezpieczenia w Podróży.
25. **Obrażenia** – fizyczne uszkodzenie ciała.
26. **Operator w ubezpieczeniu w Podróży** – podmiot koordynujący w naszym imieniu udzielanie Świadczeń z tytułu ubezpieczenia w Podróży.
27. **Podróż** - wyjazd do, z lub w obrębie lokalizacji, która nie jest Miejscem zamieszkania Ubezpieczonego, który pierwotnie ma rozpocząć się w Dacie wyjazdu i zakończyć w Dacie powrotu. Nie może obejmować przeprowadzki lub dojazdu do i z pracy.
28. **Przedmioty o wysokiej wartości** - przedmioty kolekcjonerskie, biżuteria, zegarki, klejnoty, perły, futra, aparaty fotograficzne, kamery wideo, instrumenty muzyczne, profesjonalny sprzęt audio, lornetki, teleskopy, Sprzęt sportowy, urządzenia mobilne, smartfony, komputery, radia, drony, roboty i inny sprzęt elektroniczny, w tym części i akcesoria do wyżej wymienionych przedmiotów.
29. **Przewoźnik** - przedsiębiorca posiadający wymagane prawem zezwolenia umożliwiające odpłatny przewóz osób i mienia środkami transportu lądowego, powietrznego lub wodnego. Nie obejmuje to:
    1) wypożyczalni pojazdów;

2) prywatnych lub niekomercyjnych przewoźników transportowych;
3) transportu czarterowego, z wyjątkiem transportu grupowego czarterowanego przez tour operatora Ubezpieczonego; lub
4) Lokalnego transportu publicznego.

30. **Refundacja** - gotówka, kredyt lub bon na przyszły wyjazd, które przysługują Ubezpieczonemu od Dostawcy usług turystycznych/wypożyczalni pojazdów, lub kredyt bądź zwrot przysługujący Ubezpieczonemu od pracodawcy, innego towarzystwa ubezpieczeniowego, wystawcy karty kredytowej lub innego podmiotu za te same szkody z innego tytułu niż Umowa ubezpieczenia.
31. **Ryzyko cybernetyczne** - wszelkie straty, szkody, odpowiedzialność, roszczenia, koszty lub wydatki o jakimkolwiek charakterze bezpośrednio lub pośrednio spowodowane przez, które przyczyniły się do, wynikające z, lub w związku z jednym lub więcej przypadkami któregokolwiek z poniższych:
    1) wszelkie nieuprawnione, złośliwe lub nielegalne działania, lub groźba takich działań, obejmujące dostęp do, lub przetwarzanie, wykorzystanie, lub działanie, jakiegokolwiek Systemu komputerowego;
    2) wszelkie błędy lub zaniedbania dotyczące dostępu do, przetwarzania, użytkowania lub działania jakiegokolwiek Systemu komputerowego;
    3) jakakolwiek częściowa lub całkowita niedostępność lub brak dostępu, przetwarzania, użytkowania lub obsługi jakiegokolwiek Systemu komputerowego; lub
    4) utrata możliwości korzystania, zmniejszenie funkcjonalności, naprawa, wymiana, przywrócenie lub odtworzenie jakichkolwiek danych, w tym wszelkie kwoty odnoszące się do wartości takich danych.
32. **Ryzyko polityczne** - jedno lub więcej z poniższych:
    1) jakiekolwiek wydarzenie, zorganizowany opór lub działanie mające na celu lub sugerujące zamiar obalenia, zastąpienia lub zmiany poza normalnymi procesami prawnymi aktualnej głowy państwa, wybranego urzędnika, mianowanego urzędnika, rządu lub zorganizowanej grupy politycznej lub rządzącej;
    2) nacjonalizacja;
    3) konfiskata;
    4) wywłaszczenie (w tym dyskryminacja selektywna i przymusowe wydalenie);
    5) powstanie;
    6) przewrót wojskowy lub cywilny (zagarnięcie władzy wbrew prawu).
33. **Sporty wspinaczkowe** - aktywność fizyczna z użyciem uprzęży, lin, asekuracji, raków lub czekanów. Nie obejmuje wspinaczki pod nadzorem na sztucznych obiektach przeznaczonych do wspinaczki rekreacyjnej.
34. **Sprzęt sportowy** - sprzęt lub przedmioty służące do uprawiania sportu.
35. **Strajk pracowniczy** (także **Strajk**) - zorganizowane i celowe zatrzymanie lub spowolnienie pracy przez grupę pracowników lub odstąpienie od świadczenia usług przez pracowników, mające na celu zmuszenie pracodawcy do zastosowania się do żądań tych pracowników. Nie obejmuje to żadnego szerokiego lub ogólnego strajku pracowników lub społeczeństwa w społeczności, stanie, regionie lub kraju. Nie obejmuje to również żadnego strajku, który osiąga poziom lub jest związany z jakimikolwiek Niepokojami społecznymi lub Ryzykiem politycznym.
36. **Suma ubezpieczenia** – kwota stanowiąca górną granicę naszej odpowiedzialności z tytułu danego ubezpieczenia wymienionego w Tabeli nr 5. Suma ubezpieczenia obejmuje wszystkie zdarzenia zaistniałe podczas jednej Podróży z zastrzeżeniem, że Suma ubezpieczenia dla ubezpieczenia opóźnienia rozpoczęcia Podróży oraz limity odpowiedzialności z tytułu opieki stomatologicznej oraz pokrycia kosztów poszukiwań i ratownictwa są określone jako górna granica naszej odpowiedzialności w ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia Okresu ochrony oraz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy Okresu ochrony w razie przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w § 10 Części ogólnej OWU, z tytułu wszystkich zdarzeń podczas wszystkich Podróży łącznie.
37. **System komputerowy** - każdy komputer, sprzęt, oprogramowanie, system komunikacyjny lub urządzenie elektroniczne (w tym smartfon, laptop, tablet, urządzenie typu wearable), serwer, chmura, mikrokontroler, w tym powiązane urządzenia wejściowe, wyjściowe, do przechowywania danych, sprzęt sieciowy lub urządzenia do tworzenia kopii zapasowych.
38. **Szkoda majątkowa** - szkoda powstała wskutek uszkodzenia, zniszczenia lub utraty rzeczy.
39. **Szkoda osobowa** - szkoda wyrządzona osobie, skutkująca Obrażeniami, rozstrojem zdrowia lub śmiercią.
40. **Szpital za granicą** – podmiot leczniczy udzielający świadczeń szpitalnych realizujący Świadczenia w oparciu o OWU, działający zgodnie z regulacjami prawnymi wydanymi przez organy państwowe odpowiedzialne za politykę zdrowotną. Definicja Szpitala za granicą w rozumieniu Modułu obejmuje również przychodnie wchodzące w jego skład.

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

41. **Towarzysz podróży** - osoba lub Pies asystujący, podróżująca z Ubezpieczonym lub przemieszczająca się w celu towarzyszenia Ubezpieczonemu w Podróży. Kierownik grupy lub wycieczki nie jest uważany za Towarzysza podróży, chyba że dzieli z Ubezpieczonym ten sam pokój.
42. **Trudne warunki pogodowe** - niebezpieczne zjawiska pogodowe, w tym m.in. wichury, huragany, tornada, mgły, gradobicia, ulewy, burze śnieżne i lodowe.
43. **Udział własny** - część objętej ubezpieczeniem szkody, którą Ubezpieczony musi pokryć, zanim Operator w ubezpieczeniu w Podróży wypłaci Świadczenie**.**
44. **Wandalizm** - każdy Czyn bezprawny, którego celem jest spowodowanie uszkodzenia lub zniszczenia publicznego lub prywatnego mienia materialnego. Nie obejmuje to uszkodzenia lub zniszczenia publicznego lub prywatnego mienia materialnego w wyniku Zdarzeń terrorystycznych, Wojny, Działań wojennych, Ryzyka politycznego lub niepokojów społecznych.
45. **Wojna** - stan lub okres wrogiego konfliktu zbrojnego, wojny domowej, działań wojskowych lub paramilitarnych pomiędzy dwoma lub więcej z następujących podmiotów: narodem, państwem, rządem, terytorium lub zorganizowaną grupą polityczną lub rządzącą. Obejmuje to wszelkie działania lub zdarzenia bezpośrednio związane z takim konfliktem lub działaniami i mające miejsce w ich trakcie lub bezpośrednio wywołujące taki konflikt lub działania. Definicja ta ma zastosowanie niezależnie od tego, czy wojna została oficjalnie lub formalnie wypowiedziana.
46. **Współlokator** - osoba w wieku co najmniej 18 lat, z którą Ubezpieczony aktualnie mieszka, i mieszkał wspólnie przez co najmniej 12 miesięcy poprzedzających Podróż.
47. **Wypadek drogowy** - nieoczekiwane i niezamierzone zdarzenie związane z ruchem drogowym, poza Awarią mechaniczną, które powoduje Obrażenia lub szkodę materialną bądź oba te skutki.
48. **Zakwaterowanie** - hotel lub inny obiekt noclegowy, w którym Ubezpieczony dokonał rezerwacji lub korzysta z odpłatnego pobytu.
49. **Zdarzenie terrorystyczne** – czyn obejmujący użycie siły lub przemocy przez jakąkolwiek osobę lub grupę(y) osób, działających samodzielnie lub w imieniu jakiejkolwiek organizacji lub w powiązaniu z jakąkolwiek organizacją(ami), który stanowi zdarzenie terrorystyczne, uznany za takie przez władze publiczne lub zgodnie z polskim prawem, popełniony w celach politycznych, religijnych, etnicznych, ideologicznych lub podobnych, w tym, lecz nie wyłącznie, z zamiarem wywarcia wpływu na jakikolwiek rząd i/lub wywołania strachu wśród społeczeństwa lub jakiejkolwiek jego części. Nie obejmuje to Ryzyka politycznego, Wojny ani Działań wojennych.
50. **Pies asystujący** - pies, który został indywidualnie wyszkolony do wykonywania pracy lub zadań na rzecz osoby niepełnosprawnej, w tym cierpiącej na niepełnosprawność fizyczną, sensoryczną, psychiatryczną, intelektualną lub inną. Przykłady pracy lub zadań obejmują w szczególności prowadzenie osób niewidomych, ostrzeganie osób głuchoniemych i ciągnięcie wózka inwalidzkiego. Za zwierzęta (psy) asystujące nie uznaje się innych gatunków zwierząt, zarówno dzikich, jak i udomowionych, bez względu na to, czy zostały wyszkolone. Zgodnie z tą definicją, za pracę lub zadanie nie uważa się odstraszającego przestępców wpływu obecności zwierzęcia oraz zapewnienia przez zwierzę wsparcia emocjonalnego, dobrego samopoczucia, komfortu lub towarzystwa.

§ 2 Co jest przedmiotem Modułu Wsparcie w Podróży?

1. Wsparcie w Podróży jest dostępne w dwóch wariantach przedstawionych w Tabeli nr 5. Wariant definiuje zakres ochrony, przedmiot ubezpieczenia oraz Sumy ubezpieczenia. Zakres ochrony w ramach wariantu nie podlega modyfikacjom. Ubezpieczający wybiera we Wniosku ubezpieczeniowym wariant lub warianty Modułu, które będą udostępniane Ubezpieczonym.

   Tabela nr 5: Zakres i Sumy ubezpieczenia w wariantach

Lp	Przedmiot ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia	
		Wariant I	**Wariant II**
1	**Koszty medyczne i stomatologiczne w nagłych przypadkach w trakcie Podróży**	300 000 zł w tym: • na opiekę stomatologiczną limit 2 000 zł rocznie • na pokrycie kosztów poszukiwań i ratownictwa limit 25 000 zł rocznie	350 000zł w tym: • na opiekę stomatologiczną limit 2 000 zł rocznie • na pokrycie kosztów poszukiwań i ratownictwa limit 25 000 zł rocznie
2	**Transport w nagłych przypadkach w trakcie Podróży**		

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

3	**Następstwa Nieszczęśliwych wypadków w Podróży**	100 000 zł w przypadku 100 stopni Obrażeń 200 000 zł w przypadku śmierci	120 000 zł w przypadku 100 stopni Obrażeń 240 000 zł w przypadku śmierci
4	**Bagaż**	5 000 zł	5 000 zł
5	**Opóźnienie Bagażu** (minimalne wymaganie opóźnienie: 4 godziny)	1 000 zł	1 000 zł
6	**Odpowiedzialność cywilna w Podróży**	200 000 zł	300 000 zł
7	**Rezygnacja z Podróży**	10 000 zł	10 000 zł
8	**Koszty transportu do Miejsca zamieszkania w związku z wcześniejszym lub późniejszym powrotem z Podróży**	-	3 000 zł
9	**Koszty Zakwaterowania i transportu w związku z przedłużonym pobytem w trakcie Podróży**	-	3 000 zł W tym: • koszty Zakwaterowania i transportu maksymalnie 600 zł za dzień przez maksymalnie 5 dni
10	**Koszty Zakwaterowania i transportu w związku z kontynuowaniem Podróży**	-	3 000 zł
11	**Opóźnienie rozpoczęcia Podróży** (minimalne wymaganie opóźnienie: 4 godziny)	-	1 000 zł rocznie z tytułu jednej lub więcej Podróży łącznie Zwrot kosztów maksymalnie za 24 godziny opóźnienia
12	**Całodobowa pomoc w Podróży**	Jest w zakresie bez Sumy ubezpieczenia	Jest w zakresie bez Sumy ubezpieczenia

Szczegółowe zakresy oraz opis przedmiotu ubezpieczeń wymienionych w Tabeli nr 5 są opisane w § 3-12 poniżej.

2. Ubezpieczenie nie pokrywa kosztów usług udzielanych po ustaniu ochrony ubezpieczeniowej lub naszej odpowiedzialności.
3. W ramach Modułu udzielamy ochrony ubezpieczeniowej na terenie wszystkich państw świata, z wyłączeniem terytorium Polski.

§ 3 Koszty medyczne i stomatologiczne w nagłych przypadkach w trakcie Podróży

1. Jeżeli Ubezpieczony otrzyma pomoc medyczną lub stomatologiczną podczas Podróży poza Polską z jednej z poniższych Objętych ubezpieczeniem przyczyn, Operator w ubezpieczeniu w Podróży zwróci Ubezpieczonemu poniesione i udokumentowane koszty usług, do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia kosztów medycznych i stomatologicznych w nagłych przypadkach w trakcie Podróży, wskazanej w Tabeli nr 5 (obowiązuje maksymalny limit roczny dla opieki stomatologicznej). Operator w ubezpieczeniu w Podróży zwróci koszty odpowiadające zazwyczaj pobieranym opłatom za daną usługę na danym obszarze geograficznym, z uwzględnieniem dostępności i złożoności usługi, dostępności potrzebnych części, materiałów, dostaw, sprzętu oraz dostępności odpowiednio wykwalifikowanych i licencjonowanych dostawców usług.
2. Objęte ubezpieczeniem przyczyny to:
   1) podczas Podróży poza Polską wystąpi u Ubezpieczonego nagła, nieprzewidziana Choroba (obejmuje to zdiagnozowanie Choroby epidemicznej lub Choroby pandemicznej, takiej jak COVID-19), nastąpi zaostrzenie Istniejącego problemu

zdrowotnego, lub Ubezpieczony dozna Obrażeń wskutek Nieszczęśliwego wypadku, które mogą spowodować poważne szkody w razie niepodjęcia leczenia przed powrotem do domu;

2) podczas Podróży poza Polską wystąpi u Ubezpieczonego uraz zęba lub infekcja stomatologiczna, wypadnie plomba lub złamie się ząb, co będzie wymagało podjęcia leczenia.

3. W razie konieczności przyjęcia do Szpitala za granicą Operator w ubezpieczeniu w Podróży może udzielić gwarancji zapłaty lub wypłacić zaliczkę, do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia kosztów medycznych i stomatologicznych w nagłych przypadkach w trakcie Podróży, wskazanej w Tabeli nr 5.
4. Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg leczenia i jego efekty, stawiane diagnozy, nieskierowanie na dodatkowe badania, co do których decyzje podejmuje Lekarz za granicą prowadzący leczenie Ubezpieczonego.
5. Operator w ubezpieczeniu w Podróży może wystąpić do Ubezpieczonego albo jego przedstawiciela ustawowego o wyrażenie pisemnej zgody na wystąpienie przez niego do podmiotów, które udzielały Ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych, w celu uzyskania informacji związanych z weryfikacją podanych przez Ubezpieczonego danych o stanie zdrowia z wyłączeniem wyników badań genetycznych lub w związku z ustaleniem prawa do i wysokości Świadczenia, w szczególności do Lekarzy za granicą, którzy sprawowali lub nadal sprawują opiekę nad Ubezpieczonym.
6. Oprócz wyłączeń wymienionych w § 14 Modułu obowiązują następujące warunki i wyłączenia:
   1) usługi udzielone Ubezpieczonemu musiały być Konieczne ze względów medycznych w celu leczenia stanów nagłych oraz realizowane przez Lekarza za granicą lub w Szpitalu za granicą;
   2) ubezpieczenie nie pokrywa kosztów usług w związku z Chorobą (w tym zdiagnozowaniem Choroby epidemicznej lub Choroby pandemicznej, takiej jak COVID-19), zaostrzeniem Istniejącego problemu zdrowotnego, Obrażeniami wskutek Nieszczęśliwego wypadku, które nie powstały podczas Podróży Ubezpieczonego;
   3) ubezpieczenie nie pokrywa kosztów usług w odniesieniu do zdarzeń o charakterze innym niż nagły, oraz dodatkowo nie pokrywa kosztów:
      a) zabiegów chirurgii kosmetycznej, plastycznej, zabiegów medycyny estetycznej i zabiegów korekcyjnych;
      b) badań okresowych lub rutynowych;
      c) przewlekłej opieki;
      d) leczenia alergii (z wyjątkiem stanów zagrażających życiu);
      e) badań lub opieki w związku z utratą/uszkodzeniem aparatów słuchowych, protez, okularów i soczewek kontaktowych;
      f) terapii fizycznej, rehabilitacji lub opieki paliatywnej (chyba że jest konieczna do ustabilizowania stanu Ubezpieczonego);
      g) leczenia eksperymentalnego;
      h) wszelkiej innej opieki medycznej lub stomatologicznej poza nagłymi przypadkami.

§ 4 Transport w nagłych przypadkach w trakcie Podróży

1. WAŻNE:

1) W przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub stanu zagrażającego życiu, Ubezpieczony powinien niezwłocznie skorzystać z pomocy miejscowej służby ratunkowej.
2) Operator w ubezpieczeniu w Podróży nie jest dostawcą usług medycznych i ratunkowych.
3) Operator w ubezpieczeniu w Podróży działa zgodnie ze wszystkimi krajowymi i międzynarodowymi przepisami prawa, a jego usługi wymagają zgody właściwych organów lokalnych oraz podlegają ograniczeniom w zakresie Podróży i ograniczeniom regulacyjnym.

2. Ewakuacja ratunkowa (przewiezienie Ubezpieczonego do najbliższej placówki medycznej)

1) Jeżeli podczas Podróży poza Polską wystąpi u Ubezpieczonego nagła, nieprzewidziana Choroba (obejmuje to zdiagnozowanie Choroby epidemicznej lub Choroby pandemicznej, takiej jak COVID-19), nastąpi zaostrzenie Istniejącego problemu zdrowotnego, lub Ubezpieczony dozna Obrażeń wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Operator w ubezpieczeniu w Podróży zapłaci za lokalny transport ratunkowy z miejsca zdarzenia do lokalnego Lekarza za granicą lub lokalnej placówki medycznej. Jeżeli Operator w ubezpieczeniu w Podróży stwierdzi, że lokalne placówki medyczne nie są w stanie zapewnić odpowiedniego leczenia:
   a) zespół medyczny Operatora w ubezpieczeniu w Podróży skonsultuje się z lokalnym Lekarzem za granicą w celu uzyskania informacji niezbędnych do podjęcia odpowiednich decyzji dotyczących ogólnego stanu zdrowia Ubezpieczonego;

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

b) Operator w ubezpieczeniu w Podróży wskaże najbliższy dostępny Szpital za granicą lub inną odpowiednią placówkę medyczną oraz zorganizuje i zapłaci za transport do niej;

c) w razie konieczności Operator w ubezpieczeniu w Podróży zorganizuje i zapłaci za eskortę medyczną.

2) W przypadku powyższych punktów a), b) i c) obowiązują następujące warunki:

a) Ubezpieczony lub ktoś w jego imieniu musi się skontaktować z Operatorem w ubezpieczeniu w Podróży, a Operator w ubezpieczeniu w Podróży musi z wyprzedzeniem dokonać wszelkich ustaleń dotyczących transportu. Jeżeli Operator w ubezpieczeniu w Podróży nie wyraził zgody na transport ani go nie zorganizował, zapłaci jedynie kwotę, jaką poniósłby, gdyby to sam uczynił. Nie przyjmujemy odpowiedzialności za zdarzenia w trakcie transportu, na który Operator w ubezpieczeniu w Podróży nie wyraził zgody ani którego nie zorganizował;

b) wszystkie decyzje dotyczące ewakuacji Ubezpieczonego muszą być podejmowane przez członków personelu medycznego posiadających odpowiednie uprawnienia w krajach, w których wykonują zawód;

c) Ubezpieczony musi stosować się do decyzji podejmowanych przez zespół medyczny Operatora w ubezpieczeniu w Podróży. W przeciwnym razie będziemy zwolnieni z wszelkiej odpowiedzialności za skutki decyzji Ubezpieczonego i zastrzegamy sobie prawo do nieudzielenia Świadczenia;

d) co najmniej jeden z dostawców usług transportu ratunkowego musi wyrazić zgodę i mieć możliwość przewiezienia Ubezpieczonego z miejsca, w którym aktualnie przebywa, do wskazanego Szpitala za granicą lub placówki medycznej.

3. Repatriacja medyczna (transport do domu po otrzymaniu pomocy)

1) Jeżeli podczas Podróży poza Polską wystąpi u Ubezpieczonego nagła, nieprzewidziana Choroba (obejmuje to zdiagnozowanie Choroby epidemicznej lub Choroby pandemicznej, takiej jak COVID-19), nastąpi zaostrzenie Istniejącego problemu zdrowotnego, lub Ubezpieczony dozna obrażeń wskutek Nieszczęśliwego wypadku, a zespół medyczny Operatora w ubezpieczeniu w Podróży uzyska potwierdzenie od Lekarza za granicą prowadzącego leczenie, że stan medyczny Ubezpieczonego jest dostatecznie stabilny, aby mógł podróżować:

a) Operator w ubezpieczeniu w Podróży zorganizuje i zapłaci za transport Ubezpieczonego za pośrednictwem komercyjnego Przewoźnika w tej samej klasie usług, którą pierwotnie zarezerwował, chyba że Konieczne ze względów medycznych jest inne rozwiązanie w odniesieniu do powrotnej części Podróży Ubezpieczonego, przy czym Operator w ubezpieczeniu w Podróży potrąci otrzymane przez Ubezpieczonego kwoty Refundacji za niewykorzystane bilety. Transport odbędzie się do:

- Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego,
- wybranego przez Ubezpieczonego miejsca w Polsce lub
- placówki medycznej w pobliżu Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub wybranego przez niego miejsca w Polsce. W każdym przypadku placówka medyczna musi wyrazić zgodę i być zdolna do przyjęcia Ubezpieczonego jako pacjenta, a zespół medyczny Operatora w ubezpieczeniu w Podróży musi uznać, że pod względem medycznym nadaje się ona do dalszej opieki nad Ubezpieczonym;

b) Operator w ubezpieczeniu w Podróży zorganizuje i zapłaci za eskortę medyczną, jeżeli zespół medyczny Operatora w ubezpieczeniu w Podróży uzna to za konieczne.

2) Obowiązują następujące warunki:

a) specjalne ustalenia dotyczące zajmowanych miejsc w czasie transportu muszą być Konieczne ze względów medycznych (na przykład, jeżeli ze względów medycznych Ubezpieczony potrzebuje więcej niż jednego miejsca);

b) Ubezpieczony lub ktoś w jego imieniu musi się skontaktować z Operatorem w ubezpieczeniu w Podróży, a Operator w ubezpieczeniu w Podróży musi z wyprzedzeniem dokonać wszelkich ustaleń dotyczących transportu. Jeżeli Operator w ubezpieczeniu w Podróży nie wyraził zgody na transport ani go nie zorganizował, zapłaci jedynie kwotę, jaką poniósłby, gdyby to sam uczynił. Nie przyjmujemy odpowiedzialności za zdarzenia w trakcie transportu, na który Operator w ubezpieczeniu w Podróży nie wyraził zgody ani którego nie zorganizował;

c) wszystkie decyzje dotyczące repatriacji Ubezpieczonego muszą być podejmowane przez członków personelu medycznego posiadających uprawnienia w krajach, w których wykonują zawód;

d) Ubezpieczony musi stosować się do decyzji podejmowanych przez zespół medyczny Operatora w ubezpieczeniu w Podróży. W przeciwnym razie będziemy zwolnieni z wszelkiej odpowiedzialności za skutki jego decyzji i zastrzegamy sobie prawo do nieudzielenia Świadczenia;

e) co najmniej jeden z dostawców usług transportu ratunkowego musi wyrazić zgodę i mieć możliwość przewiezienia Ubezpieczonego z miejsca, w którym aktualnie przebywa, do wybranego miejsca przeznaczenia.

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

4. Transport osoby wskazanej przez Ubezpieczonego

1) Jeżeli podczas Podróży Ubezpieczonego Lekarz za granicą prowadzący leczenie poinformuje go, że będzie przebywał w Szpitalu za granicą przez więcej niż 72 godziny lub że stan Ubezpieczonego zagraża życiu, Operator w ubezpieczeniu w Podróży zorganizuje i opłaci transport w klasie ekonomicznej w obie strony za pośrednictwem Przewoźnika dla jednej wskazanej przez Ubezpieczonego osoby, aby odwiedziła Ubezpieczonego.

2) Obowiązuje następujący warunek: Ubezpieczony lub ktoś w jego imieniu musi się skontaktować z Operatorem w ubezpieczeniu w Podróży, a Operator w ubezpieczeniu w Podróży musi z wyprzedzeniem dokonać wszelkich ustaleń dotyczących transportu. Jeżeli Operator w ubezpieczeniu w Podróży nie wyraził zgody na transport ani go nie zorganizował, zapłaci jedynie kwotę, jaką poniósłby, gdyby to sam uczynił. Nie przyjmujemy odpowiedzialności za zdarzenia w trakcie transportu, na który Operator w ubezpieczeniu w Podróży nie wyraził zgody ani którego nie zorganizował.

5. Powrót osób zależnych (sprowadzenie małoletnich i osób zależnych do domu)

1) W przypadku otrzymania informacji od Lekarza za granicą prowadzącego leczenie, że pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu za granicą będzie trwał dłużej niż 24 godziny lub w przypadku śmierci Ubezpieczonego podczas Podróży, Operator w ubezpieczeniu w Podróży zorganizuje i opłaci transport Towarzyszy podróży, którzy nie ukończyli 18. roku życia, lub osób zależnych wymagających stałego nadzoru i opieki ze strony Ubezpieczonego do:

- Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub
- wybranego miejsca w Polsce.

a) Operator w ubezpieczeniu w Podróży zorganizuje i opłaci transport dorosłej Bliskiej osoby, aby towarzyszyła Towarzyszom podróży, którzy nie ukończyli 18. roku życia, lub osobom zależnym wymagającym stałego nadzoru i opieki ze strony Ubezpieczonego, jeżeli uzna to za konieczne;

b) Transport będzie odbywał się za pośrednictwem Przewoźnika w tej samej klasie usług, która była pierwotnie zarezerwowana, przy czym Operator w ubezpieczeniu w Podróży potrąci otrzymane przez Ubezpieczonego kwoty Refundacji za niewykorzystane bilety.

2) Obowiązują następujące warunki:

a) Świadczenie jest dostępne tylko w czasie pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu za granicą oraz na wypadek śmierci Ubezpieczonego, a także w przypadku, gdy nie podróżuje z nim dorosła Bliska osoba, która byłaby zdolna do opieki nad Towarzyszami podróży poniżej 18. roku życia lub osobami zależnymi;

b) Ubezpieczony lub ktoś w jego imieniu musi się skontaktować z Operatorem w ubezpieczeniu w Podróży, a Operator w ubezpieczeniu w Podróży musi z wyprzedzeniem dokonać wszelkich ustaleń dotyczących transportu. Jeżeli Operator w ubezpieczeniu w Podróży nie wyraził zgody na transport ani go nie zorganizował, zapłaci jedynie kwotę, jaką poniósłby, gdyby to sam uczynił. Nie przyjmujemy odpowiedzialności za zdarzenia w trakcie transportu, na który Operator w ubezpieczeniu w Podróży nie wyraził zgody ani którego nie zorganizował.

6. Repatriacja szczątków lub zwłok Ubezpieczonego (przewiezienie do domu)

1) Operator w ubezpieczeniu w Podróży zorganizuje i zapłaci za uzasadnione i niezbędne usługi i materiały w celu przetransportowania zwłok lub szczątków Ubezpieczonego do domu pogrzebowego w Polsce.

2) Obowiązują następujące warunki:

a) ktoś w imieniu Ubezpieczonego musi się skontaktować z Operatorem w ubezpieczeniu w Podróży, a Operator w ubezpieczeniu w Podróży musi z wyprzedzeniem dokonać wszelkich ustaleń dotyczących transportu. Jeżeli Operator w ubezpieczeniu w Podróży nie wyraził zgody na transport ani go nie zorganizował, zapłaci jedynie kwotę, jaką poniósłby, gdyby to sam uczynił. Nie przyjmujemy odpowiedzialności za zdarzenia w trakcie transportu, na który Operator w ubezpieczeniu w Podróży nie wyraził zgody ani którego nie zorganizował oraz

b) śmierć Ubezpieczonego musi nastąpić podczas Podróży.

3) Jeżeli Bliska osoba postanowi zorganizować pogrzeb Ubezpieczonego, pochówek lub kremację w miejscu, w którym nastąpiła śmierć, Operator w ubezpieczeniu w Podróży zwróci niezbędne wydatki do wysokości kwoty, którą poniósłby z tytułu transportu zwłok lub szczątków Ubezpieczonego do domu pogrzebowego w pobliżu jego Miejsca zamieszkania.

7. Poszukiwanie i ratownictwo

1) Operator w ubezpieczeniu w Podróży pokryje koszty działań poszukiwawczych i ratowniczych prowadzonych przez profesjonalny zespół ratowniczy do wysokości limitu dla poszukiwania i ratownictwa wskazanego w zakresie ubezpieczenia transportu w nagłych przypadkach w Podróży w Tabeli nr 5 w przypadku zgłoszenia zaginięcia Ubezpieczonego podczas Podróży lub konieczności uratowania Ubezpieczonego w sytuacji zagrożenia fizycznego.

§ 5 Następstwa Nieszczęśliwych wypadków w Podróży

1. Świadczenie w razie Obrażeń

1) Jeżeli Ubezpieczony podczas Podróży odniesie Obrażenia wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Operator w ubezpieczeniu w Podróży wypłaci mu Świadczenie w wysokości odpowiadającej takiemu procentowi Sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków w Podróży, wskazanej w Tabeli nr 5, w jakim stopniu Ubezpieczony odniósł Obrażenia:

Rodzaj Obrażenia	**Stopień Obrażeń**
Oparzenia/odmrożenia (II i III stopnia)	
- oparzenia/odmrożenia obejmujące 5 – 15% powierzchni ciała	10
- oparzenia/odmrożenia obejmujące 16 – 30% powierzchni ciała	25
- oparzenia/odmrożenia obejmujące powyżej 30% powierzchni ciała	45
Całkowita utrata zmysłów wzroku/słuchu/węchu/smaku	
- gałki ocznej lub wzroku w jednym oku	30
- obu gałek ocznych lub wzroku w obydwu oczach	100
- słuchu w jednym uchu	30
- słuchu w obu uszach	60
- węchu	10
- języka i zmysłu smaku łącznie	50
Całkowita utrata narządów wewnętrznych	
- utrata płata płucnego	50
- utrata śledziony	15
- utrata jednej nerki	20
- utrata obu nerek	50
- utrata żołądka	20
- utrata jelita cienkiego lub grubego (powyżej 50% długości narządów)	20
- utrata wątroby (powyżej 50% miąższu)	20
Utrata kończyny lub władzy nad poszczególnymi kończynami	
- kończyna górna w stawie barkowym	70
- kończyna górna powyżej stawu łokciowego, a poniżej stawu barkowego	65
- kończyna górna poniżej stawu łokciowego, a powyżej nadgarstka	60
- kończyna górna poniżej lub na wysokości nadgarstka	55
- kończyna dolna powyżej środkowej części uda	70
- kończyna dolna poniżej środkowej części uda a powyżej stawu kolanowego	60
- kończyna dolna poniżej stawu kolanowego, a powyżej środkowej części	50
- kończyna dolna poniżej środkowej części podudzia, a powyżej stopy	45
- kończyna dolna – stopa w stawie skokowym	40
- kończyna dolna – stopa z wyłączeniem pięty	30
Utrata palców (częściowa utrata oznacza utratę fragmentu kostnego)	
- całkowita utrata kciuka	20
- częściowa utrata kciuka	10
- całkowita utrata palca wskazującego	10

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

- częściowa utrata palca wskazującego	5
- całkowita utrata innego palca u ręki	5
- częściowa utrata innego palca u ręki	2
- całkowita utrata palucha	5
- częściowa utrata palucha	2
- całkowita utrata innego palca u stopy	2
Złamania	
- złamania kości miednicy, kości w obrębie stawu biodrowego (z wyjątkiem izolowanych złamań kości łonowej lub kulszowej, kości ogonowej), w obrębie stawu biodrowego (panewka stawu, nasada bliższa kości udowej, krętarze, złamania pod- i przezkrętarzowe)	
wieloodłamowe otwarte	25
inne złamania otwarte	10
inne złamania wieloodłamowe	8
inne złamania	5
- złamania kości ramiennej/udowej	
wieloodłamowe otwarte	15
inne złamania otwarte	10
inne złamania wieloodłamowe	8
inne złamania	3
- złamania kości podudzia	
wieloodłamowe otwarte	10
inne złamania otwarte	8
inne złamania wieloodłamowe	5
inne złamania	3
- złamania kości podstawy i sklepienia czaszki, złamanie łopatki	
wieloodłamowe otwarte	15
inne złamania otwarte	10
inne złamania wieloodłamowe	8
inne złamania	5
- złamania kości: twarzoczaszki, żuchwy, kciuka (paliczki kciuka i kości śródręcza kciuka), palca wskazującego, rzepki, kości skokowej, piętowej	
wieloodłamowe otwarte	10
inne złamania otwarte	6
inne złamania wieloodłamowe	4
inne złamania	3
- złamania kości: talerza biodrowego, kolców biodrowych, guza kulszowego, trzonu kręgów	
złamania otwarte	8
inne złamania	3
- złamania kości łokciowej, promieniowej, łódkowatej stopy, sześciennej, klinowatych	
wieloodłamowe otwarte	8
inne złamania otwarte	6
inne złamania wieloodłamowe	4
inne złamania	2

- złamania kości: żeber, obojczyka, mostka, palców dłoni i stóp (z wyjątkiem kciuka i wskazującego), ogonowej, wyrostków ościstych i poprzecznych kręgosłupa, łonowej, kulszowej (łącznie za wszystkie):	
złamania otwarte	8
inne złamania	2
- złamania kości śródstopia i śródręcza (oprócz kości śródręcza kciuka), nadgarstka	
złamania otwarte	6
inne złamania	2
Zwichnięcia i skręcenia	
- zwichnięcia/skręcenia w obrębie kręgosłupa szyjnego	10
- zwichnięcia w obrębie kręgosłupa piersiowego	20
- zwichnięcia w obrębie kręgosłupa lędźwiowego	15
- zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego	5
- zwichnięcie stawu barkowego	5
- zwichnięcie stawu łokciowego	8
- zwichnięcia w obrębie stawów nadgarstka	6
- zwichnięcie w stawie kciuka	3
- zwichniecie w stawie palca wskazującego	2
- zwichnięcie stawu biodrowego	12
- zwichnięcie stawu kolanowego	10
- zwichnięcie stawu skokowego górnego	5
- zwichnięcie stawu Choparta	5
- zwichnięcie stawu Lisfranca	5
- zwichnięcie stawu palucha	2
- skręcenie w obrębie kręgosłupa piersiowego	6
- skręcenie w obrębie kręgosłupa lędźwiowego	4
- skręcenie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego	1
- skręcenie stawu barkowego	2
- skręcenie stawu łokciowego	2
- skręcenie w obrębie stawów nadgarstka	1
- skręcenie w stawie kciuka	1
- skręcenie w stawie palca wskazującego	1
- skręcenie stawu biodrowego	3
- skręcenie stawu kolanowego	3
- skręcenie stawu skokowego górnego	1
- skręcenie stawu Choparta	1
- skręcenie stawu Lisfranca	1
- skręcenie stawu palucha	1
Inne urazy	
- utrata tkanki kostnej czaszki na całej jej grubości	
na powierzchni co najmniej 6 cm2	30
na powierzchni od 3 do 6 cm2	20

na powierzchni mniejszej niż 3 cm2	10
- utrata zębów stałych P– co najmniej 50% korony	
siekacze, kły	1
pozostałe zęby za każdy ząb począwszy od dwóch	1
- utrata ucha	
utrata jednej małżowiny	15
utrata obu małżowin	25
- uszkodzenie krtani skutkujące koniecznością stałego noszenia rurki tchawicznej oraz	
zaburzeniami głosu	30
całkowitym bezgłosem	60
- utrata nosa w całości	30
- utrata żuchwy	50
- uszkodzenie płuc i opłucnej	
bez niewydolności oddechowej	5
z trwałą niewydolnością oddechową potwierdzoną spirometrią i badaniem gazometrycznym	25
- uszkodzenie serca	
a) z wydolnym układem krążenia	15
b) prowadzące do niewydolności krążenia	40
- uszkodzenie zwieracza odbytu powodujące stałe nietrzymanie gazów i stolca	30
- uszkodzenie pęcherza lub cewki moczowej prowadzące do nietrzymania moczu	20
- utrata prącia	40
- utrata jednego jądra lub jajnika	20
- utrata macicy	40
- rana cięta, szarpana lub miażdżona	
a) w obrębie twarzy, szyi, dłoni	2
b) w obrębie pozostałych części ciała	1
- Brak Obrażenia na liście (lista nie przewiduje takiego Obrażenia)	0

2) Jeżeli Operator w ubezpieczeniu w Podróży wypłacił Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Obrażeń, a następnie w ciągu 12 miesięcy od dnia Nieszczęśliwego wypadku nastąpi śmierć Ubezpieczonego będąca konsekwencją tego samego Nieszczęśliwego wypadku, wówczas Operator w ubezpieczeniu w Podróży wypłaci Uposażonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków w Podróży, wskazanej w Tabeli nr 5 pomniejszone o wcześniej wypłacone Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Obrażeń. Łącznie wypłacone Świadczenie z tytułu Obrażeń i śmierci nie może przekroczyć Sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków w Podróży, wskazanej w Tabeli nr 5.

3) W razie śmierci Ubezpieczonego nie będącej następstwem Obrażeń wskutek Nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty tego Nieszczęśliwego wypadku, a przed ustaleniem i wypłatą na rzecz Ubezpieczonego Świadczenia w razie Obrażeń wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Świadczenie z tytułu Obrażeń wskutek Nieszczęśliwego wypadku wypłaca się Uposażonemu, a jego wysokość ustalana jest przez Lekarza uprawnionego na podstawie przedłożonej dokumentacji medycznej jako stopień Obrażeń wynikający z przedłożonej dokumentacji.

2. Świadczenie w razie śmierci

1) Jeżeli śmierć Ubezpieczonego spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem nastąpi w ciągu 12 miesięcy od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku, a przed ustaleniem wysokości Świadczenia z tytułu Obrażeń wskutek Nieszczęśliwego wypadku, wówczas Operator w ubezpieczeniu w Podróży wypłaci Uposażonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków w Podróży, wskazanej w Tabeli nr 5.

3. Obowiązują następujące warunki:

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

1) wysokość Świadczenia z tytułu ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków w Podróży ustala się po stwierdzeniu, że istnieje adekwatny związek przyczynowy między Nieszczęśliwym wypadkiem a Obrażeniami, bądź śmiercią Ubezpieczonego w okresie 12 miesięcy od daty Nieszczęśliwego wypadku, albo śmiercią Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
2) stopień obrażeń ustala się na podstawie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej. Przy ustalaniu stopnia obrażeń nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego;
3) jeżeli wskutek Nieszczęśliwego wypadku została upośledzona większa liczba funkcji fizycznych, to stopnie Obrażeń zostają zsumowane, maksymalnie jednak do wartości 100 stopni Obrażeń;
4) przyjmuje się, iż za każdy 1 stopień Obrażeń przysługuje Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków w Podróży, wskazanej w Tabeli nr 5.

§ 6 Bagaż

1. W przypadku utraty, uszkodzenia lub kradzieży Bagażu podczas Podróży Ubezpieczonego, Operator w ubezpieczeniu w Podróży wypłaci mu, pomniejszoną o otrzymane przez Ubezpieczonego kwoty Refundacji, najniższą z poniższych kwot do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia Bagażu, wskazanej w Tabeli nr 5:
   1) koszt naprawy uszkodzonego Bagażu albo
   2) koszt wymiany utraconego, uszkodzonego lub skradzionego Bagażu po aktualnej cenie rynkowej za ten sam lub podobny przedmiot, pomniejszony o 10% za każdy pełny rok użytkowania od daty pierwotnego zakupu, przy czym pomniejszenie może maksymalnie wynosić 50%.
2. Obowiązują następujące warunki:
   1) Ubezpieczony podjął niezbędne starania, aby zabezpieczyć Bagaż oraz aby go odzyskać;
   2) w ciągu 24 godzin od stwierdzenia utraty Bagażu Ubezpieczony zgłosił ten fakt (i zachował kopię zgłoszenia) wraz z opisem przedmiotów i ich wartości właściwym organom lokalnym, Przewoźnikowi, hotelowi lub tour operatorowi;
   3) kradzież Bagażu Ubezpieczony musi zgłosić policji i zachować kopię zgłoszenia;
   4) Ubezpieczony musi przedstawić paragony lub inne dowody zakupu zgubionych, uszkodzonych lub skradzionych przedmiotów;
   5) kradzież lub utratę urządzenia komórkowego Ubezpieczony musi zgłosić dostawcy sieci komórkowej i poprosić o jego zablokowanie.
3. Ochrona nie obejmuje:
   1) zwierząt, w tym ich zwłok lub szczątków.
   2) samochodów, motocykli, motorowerów, statków powietrznych, jednostek pływających i innych pojazdów (w tym pojazdów drogowych), wraz z akcesoriami i oprzyrządowaniem.
   3) sprzętu sportowego.
   4) aparatów słuchowych, okularów na receptę i soczewek kontaktowych.
   5) sztucznych zębów, protez i aparatów ortopedycznych.
   6) wózków inwalidzkich i innych urządzeń służących do poruszania się.
   7) materiałów eksploatacyjnych, lekarstw, sprzętu medycznego/środków zaopatrzenia medycznego, artykułów łatwo psujących się.
   8) biletów, paszportów, aktów notarialnych, planów, pieczątek i innych dokumentów.
   9) pieniędzy, walut, kart kredytowych, obligacji lub papierów dłużnych, instrumentów zbywalnych, czeków podróżnych, papierów wartościowych, złota, biżuterii, kamieni szlachetnych i kluczy.
   10) dywanów.
   11) antyków i dzieł sztuki.
   12) delikatnych i łatwo tłukących się przedmiotów.
   13) broni palnej i innej, w tym amunicji.
   14) wartości niematerialnych, w tym oprogramowania i danych elektronicznych.
   15) mienia służącego do prowadzenia działalności gospodarczej lub handlowej.
   16) mienia, które nie jest własnością Ubezpieczonego.

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

17) przedmiotów o wysokiej wartości.

18) bagażu, który:

a) został wysłany, chyba że za pośrednictwem Przewoźnika Ubezpieczonego;

b) w momencie zdarzenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej znajdował się w przyczepie samochodowej lub na niej;

c) w momencie zdarzenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej pozostawał bez nadzoru w otwartym samochodzie;

d) w momencie zdarzenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej pozostawał bez nadzoru w zamkniętym samochodzie, chyba że był niewidoczny z zewnątrz.

19) bagażu, który został pozostawiony bez nadzoru lub zagubiony w czasie, gdy był w posiadaniu Ubezpieczonego.

§ 7 Opóźnienie Bagażu

1. Jeżeli nastąpi opóźnienie w dostarczeniu Bagażu Ubezpieczonego przez Przewoźnika podczas Podróży Ubezpieczonego względem pierwotnie zakładanego czasu dostarczenia Bagażu, Operator w ubezpieczeniu w Podróży zwróci Ubezpieczonemu koszty niezbędnych przedmiotów, które będą mu potrzebne do czasu doręczenia Bagażu, do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia opóźnienia Bagażu, wskazanej w Tabeli nr 5.
2. Obowiązuje następujący warunek: czas trwania opóźnienia w dostarczeniu Bagażu musi odpowiadać co najmniej minimalnemu wymaganemu opóźnieniu wskazanemu w zakresie ubezpieczenia opóźnienia Bagażu w Tabeli nr 5. Świadczenie dostępne jest jedynie w odniesieniu do wyjazdu do miejsca przeznaczenia (nie powrotu z Podróży).

§ 8 Odpowiedzialność cywilna w Podróży

1. Jeżeli podczas Podróży Ubezpieczony wyrządzi osobie trzeciej Szkodę osobową lub Szkodę majątkową, będącą następstwem czynu niedozwolonego, do naprawienia której będzie zobowiązany w myśl przepisów prawa kraju zdarzenia, Operator w ubezpieczeniu w Podróży pokryje koszty poniższych Świadczeń do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w Podróży, wskazanej w Tabeli nr 5:
   1) sprawdzenie zasadności roszczenia oraz wypłata należnych odszkodowań w imieniu Ubezpieczonego. Wypłata odszkodowania na rzecz poszkodowanego następuje wyłącznie na podstawie uznania przez nas roszczenia albo na podstawie prawomocnego wyroku sądu albo na podstawie ugody z poszkodowanym, zawartej za zgodą Operatora w ubezpieczeniu w Podróży.
   2) wynagrodzenie wskazanego lub zaakceptowanego przez Operatora w ubezpieczeniu w Podróży rzeczoznawcy, powołanego w celu ustalenia okoliczności powstania lub rozmiaru szkody.
2. Ochroną ubezpieczeniową objęte są szkody wyrządzone przez Ubezpieczonego oraz przez osoby i zwierzęta, które towarzyszą mu w czasie Podróży i za które ponosi odpowiedzialność.
3. Obowiązują następujące warunki:
   1) jeżeli poszkodowany występuje z roszczeniem wobec Ubezpieczonego – Ubezpieczony jest zobowiązany w ciągu 10 dni od daty uzyskania informacji o roszczeniu powiadomić o tym Operatora w ubezpieczeniu w Podróży;
   2) w przypadku, gdy zawiadomienie Operatora w ubezpieczeniu w Podróży w terminie określonym w pkt 1) było niemożliwe z powodu wystąpienia Działania siły wyższej, Ubezpieczony jest zobowiązany powiadomić Operatora w ubezpieczeniu w Podróży po ustaniu przyczyn uniemożliwiających zgłoszenie roszczenia;
   3) jeżeli zostało wszczęte wstępne śledztwo, wystosowano pozew lub nakaz zapłaty przeciwko Ubezpieczonemu – Ubezpieczony jest zobowiązany niezwłocznie poinformować Operatora w ubezpieczeniu w Podróży o tym również w sytuacji, gdy Szkoda osobowa lub Szkoda majątkowa została zgłoszona wcześniej;
   4) w przypadku otrzymania nakazów zapłaty lub jakichkolwiek innych nakazów wystosowanych przez władze administracyjne – Ubezpieczony reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika jest zobowiązany wnieść sprzeciw lub inne właściwe środki odwoławcze, bez oczekiwania na instrukcje Operatora w ubezpieczeniu w Podróży, o ile wniesienie środka odwoławczego, w okolicznościach danej sprawy, jest zasadne; jeżeli wniesienie środka odwoławczego wymaga uiszczenia opłaty, Operator w ubezpieczeniu w Podróży zobowiązuje się zwrócić Ubezpieczonemu poniesione z tego tytułu opłaty;
   5) Ubezpieczony jest zobowiązany podjąć współpracę z Operatorem w ubezpieczeniu w Podróży w zakresie niezbędnym do wyjaśnienia okoliczności powstania Szkody osobowej lub Szkody majątkowej, dostarczyć mu wyczerpujących i rzetelnych sprawozdań i opisów zdarzenia, a także dostarczyć Operatorowi w ubezpieczeniu w Podróży niezwłocznie po otrzymaniu każde wezwanie, pozew, wszelkie akta pozasądowe i dokumenty sądowe;
   6) Ubezpieczony nie może potwierdzać swej odpowiedzialności ani akceptować jakiejkolwiek ugody bez zgody Operatora w ubezpieczeniu w Podróży. Nie jesteśmy związani działaniami podjętymi przez Ubezpieczonego, zmierzającymi do

zaspokojenia roszczenia osoby poszkodowanej, a w szczególności uznania jej roszczeń lub zawarcia z nią ugody, bez uzyskania uprzedniej pisemnej zgody Operatora w ubezpieczeniu w Podróży;

7) zaspokojenie lub uznanie przez Ubezpieczonego roszczenia osoby poszkodowanej bez wymaganej pisemnej zgody Operatora w ubezpieczeniu w Podróży nie ma wpływu na naszą odpowiedzialność.

4. **WAŻNE:** Nasza odpowiedzialność nie obejmuje szkód polegających na zapłacie następujących należności pieniężnych nałożonych na Ubezpieczonego: kar pieniężnych, kar umownych, grzywien sądowych, kar administracyjnych, podatków lub innych należności publicznoprawnych.
5. Dodatkowo oprócz wyłączeń wymienionych w § 14 nie odpowiadamy za szkody:
   1) wyrządzone umyślnie.
   2) wyrządzone przez Ubezpieczonego Bliskim osobom oraz zwierzętom, za które ponosi odpowiedzialność.
   3) wynikające z wykonywania zawodu lub prowadzenia działalności gospodarczej.
   4) spowodowane przez jakikolwiek pojazd prowadzony przez Ubezpieczonego lub należący do Ubezpieczonego.
   5) objęte ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych albo będące następstwem zdarzeń, co do których istnieje obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia (ubezpieczenia obowiązkowe) na terytorium kraju Podróży.
   6) powstałe w środowisku naturalnym.
   7) powstałe wskutek przeniesienia Choroby, w tym również Choroby epidemicznej lub Choroby pandemicznej, takiej jak COVID-19.
   8) powstałe wskutek posiadania lub używania broni palnej, a także powstałe podczas polowań.
   9) powstałe w mieniu ruchomym, z którego Ubezpieczony korzystał na podstawie umowy najmu, dzierżawy, leasingu, użyczenia lub innej umowy odpłatnej (nie dotyczy Zakwaterowania).
   10) rozumiane jako utracone korzyści.
   11) związane z naruszeniem praw autorskich, patentów, znaków towarowych i nazw fabrycznych.
   12) powstałe w wartościach pieniężnych, za które uważa się krajowe i zagraniczne znaki pieniężne oraz wyroby ze złota, srebra, kamieni szlachetnych i pereł, a także platyny i pozostałych metali z grupy platynowców oraz monety złote i srebrne.
   13) powstałe w dokumentach, zbiorach archiwalnych, filatelistycznych, numizmatycznych, przedmiotach o charakterze zabytkowym lub unikatowym, dziełach sztuki i antykach, zbiorach informacji – niezależnie od rodzaju nośnika.
   14) za które Ubezpieczony był lub jest odpowiedzialny wskutek umownego przejęcia odpowiedzialności cywilnej osoby trzeciej, albo wskutek rozszerzenia zakresu własnej odpowiedzialności cywilnej, ponad wynikającą z obowiązujących przepisów prawa.

§ 9 Rezygnacja z Podróży

1. Jeżeli Podróż Ubezpieczonego zostanie odwołana lub przełożona z Objętych ubezpieczeniem przyczyn wymienionych poniżej, Operator w ubezpieczeniu w Podróży zwróci Ubezpieczonemu poniesione koszty rezerwacji Podróży, depozytów, opłat za anulowanie rezerwacji oraz zmiany rezerwacji środka transportu (pomniejszone o otrzymane przez Ubezpieczonego kwoty Refundacji), do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia rezygnacji z Podróży, wskazanej w Tabeli nr 5. Ochrona z tego tytułu przysługuje Ubezpieczonemu przed rozpoczęciem Podróży.
2. Ponadto, jeżeli Ubezpieczony zapłacił z góry za wspólne Zakwaterowanie, a jego Towarzysz podróży anuluje Podróż z jednej lub kilku Objętych ubezpieczeniem przyczyn, a Ubezpieczony bierze udział w Podróży, to Operator w ubezpieczeniu w Podróży zwróci Ubezpieczonemu wszelkie koszty Zakwaterowania, które zmuszony jest ponieść w związku ze zmianą Zakwaterowania.
3. **WAŻNE:** Nie zwracamy kosztów Podróży i/lub opłat, za które odpowiedzialny jest Przewoźnik lub Dostawca usług turystycznych.
4. **WAŻNE:** Ubezpieczony musi powiadomić wszystkich Dostawców usług turystycznych w ciągu 48 godzin od chwili stwierdzenia, że musisz zrezygnować z Podróży (co obejmuje również zalecenie Lekarza, aby Ubezpieczony zrezygnował z Podróży). Jeżeli Ubezpieczony dokona powiadomienia po tym terminie i w efekcie otrzyma niższą kwotę Refundacji, nie pokryjemy różnicy. Jeżeli poważna Choroba, Obrażenia lub problem zdrowotny uniemożliwia Ubezpieczonemu powiadomienie Dostawców usług turystycznych w ciągu 48 godzin, takiego powiadomienia powinien dokonać w najszybszym możliwym terminie.
5. Objęte ubezpieczeniem przyczyny:

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

1) Ubezpieczony lub Towarzysz podróży zachoruje (obejmuje to zdiagnozowanie Choroby epidemicznej lub Choroby pandemicznej, takiej jak COVID-19), Ubezpieczony odniesie Obrażenia wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub nastąpi zaostrzenie Istniejącego problemu zdrowotnego na tyle poważne, aby w ocenie Lekarza uczynić koniecznym rezygnację z Podróży.

   Obowiązuje następujący warunek: Lekarz zalecił Ubezpieczonemu lub Towarzyszowi podróży rezygnację z Podróży, zanim Ubezpieczony z niej zrezygnował;

2) Bliska osoba, która nie podróżuje z Ubezpieczonym, zachoruje, odniesie Obrażenia wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub rozwinie się u niej problem zdrowotny (obejmuje to zdiagnozowanie Choroby epidemicznej lub Choroby pandemicznej, takiej jak COVID-19).

   Obowiązuje następujący warunek: Choroba, Obrażenie lub problem zdrowotny musi zostać uznany przez Lekarza za zagrażający życiu bądź wymagać hospitalizacji;

3) nastąpił zgon Ubezpieczonego, Towarzysza podróży, Bliskiej osoby lub Psa asystującego w lub po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Modułu, a przed Datą wyjazdu;

4) Ubezpieczony lub Towarzysz podróży został poddany Kwarantannie przed Datą wyjazdu z powodu narażenia na:

   a) zakażenie Chorobą zakaźną inną niż Choroba epidemiczna lub Choroba pandemiczna; lub

   b) Chorobę epidemiczną lub Chorobę pandemiczną (np. COVID-19), ale jedynie, gdy spełnione są następujące warunki:

      - Kwarantanna dotyczy konkretnie Ubezpieczonego lub Towarzysza podróży, czyli Ubezpieczony lub Towarzysz podróży muszą być konkretnie wskazani i wymienieni z imienia i nazwiska w nakazie lub zarządzeniu Kwarantanny z powodu Choroby epidemicznej lub Choroby pandemicznej oraz

      - Kwarantanna nie ma zastosowania ogólnie (i) do części lub całości populacji, obszaru geograficznego, budynku lub statku (w tym nakazu schronienia się w Miejscu zamieszkania, pozostania w domu lub innego podobnego ograniczenia); lub (ii) w oparciu o miejsce, do lub z którego bądź przez które dana osoba podróżuje. Warunek ten ma zastosowanie nawet wtedy, gdy Ubezpieczony i Towarzysz podróży są wymienieni z imienia i nazwiska w nakazie lub zarządzeniu Kwarantanny;

5) Ubezpieczony lub Towarzysz podróży uczestniczy w Wypadku drogowym w Dacie wyjazdu;

   a) wystąpić musi jeden z następujących warunków:

      - Ubezpieczony lub Towarzysz podróży potrzebują pomocy medycznej;

      - pojazd Ubezpieczonego lub Towarzysza podróży wymaga naprawy, ponieważ nie jest bezpieczny w eksploatacji.

6) Ubezpieczony jest prawnie zobowiązany do udziału w postępowaniu sądowym podczas Podróży.

   Obowiązuje następujący warunek: udział Ubezpieczonego nie wynika z wykonywanego zawodu (ochrona ubezpieczeniowa nie ma na przykład zastosowania, jeżeli Ubezpieczony bierze udział w postępowaniu w charakterze adwokata, sędziego, urzędnika sądowego, funkcjonariusza organów ścigania, asystenta prawnego);

7) Miejsce zamieszkania Ubezpieczonego stało się Niezdatne do zamieszkania;

8) Ubezpieczony, Towarzysz podróży lub Bliska osoba, służący w siłach zbrojnych zostali oddelegowani lub odwołani z urlopu, z wyjątkiem sytuacji spowodowanych Wojną lub postępowaniem dyscyplinarnym.

§ 10 Koszty transportu do Miejsca zamieszkania w związku z wcześniejszym lub późniejszym powrotem z Podróży, koszty Zakwaterowania i transportu w związku z przedłużonym pobytem w trakcie Podróży, koszty Zakwaterowania i transportu w związku z kontynuowaniem Podróży

1. Koszty transportu do Miejsca zamieszkania w związku z wcześniejszym lub późniejszym powrotem z Podróży Jeśli Ubezpieczony musi wrócić wcześniej lub później niż pierwotna Data powrotu z jednej lub kilku Objętych ubezpieczeniem przyczyn wymienionych poniżej, Operator w ubezpieczeniu w Podróży zapłaci lub zwróci koszty, pomniejszone o otrzymane przez Ubezpieczonego kwoty Refundacji, biletu(ów) Przewoźnika na Podróż powrotną do Miejsca zamieszkania w tej samej klasie usług, którą pierwotnie zarezerwował Ubezpieczony, do Sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia kosztów transportu do Miejsca zamieszkania w związku z wcześniejszym lub późniejszym powrotem z Podróży, wskazanej w Tabeli nr 5.
2. Koszty Zakwaterowania i transportu w związku z przedłużonym pobytem w trakcie Podróży Jeśli Ubezpieczony musi przerwać Podróż z jednej lub kilku Objętych ubezpieczeniem przyczyn wymienionych poniżej, a przerwa spowoduje, że pozostanie w miejscu docelowym (lub miejscu przerwania Podróży), dłużej niż pierwotnie planowano, Operator w ubezpieczeniu w Podróży zwróci mu koszty za dodatkowe Zakwaterowanie i wydatki na Lokalny transport publiczny, pomniejszone o otrzymane przez Ubezpieczonego kwoty Refundacji, do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia kosztów Zakwaterowania i transportu w związku z przedłużonym pobytem w trakcie Podróży, wskazanej w Tabeli nr 5.

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

3. Koszty Zakwaterowania i transportu w związku z kontynuowaniem Podróży
Jeśli Ubezpieczony musi przerwać Podróż z jednej lub kilku Objętych ubezpieczeniem przyczyn wymienionych poniżej, i może kontynuować Podróż, wówczas Operator w ubezpieczeniu w Podróży pomoże mu zorganizować transport niezbędny do kontynuowania Podróży oraz:
   1) Operator w ubezpieczeniu w Podróży zapłaci lub zwróci Ubezpieczonemu, pomniejszone o otrzymane przez Ubezpieczonego kwoty Refundacji, niezbędne koszty transportu poniesione w celu kontynuowania Podróży, do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia kosztów Zakwaterowania i transportu w związku z kontynuowaniem Podróży, wskazanej w Tabeli nr 5;
   2) Operator w ubezpieczeniu w Podróży zwróci Ubezpieczonemu dodatkowe opłaty za Zakwaterowanie, które Ubezpieczony musi ponieść, pomniejszone o otrzymane przez Ubezpieczonego kwoty Refundacji, do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia kosztów Zakwaterowania i transportu w związku z kontynuowaniem Podróży, wskazanej w Tabeli nr 5, jeśli Ubezpieczony przedpłacił za wspólne Zakwaterowanie, a jego Towarzysz podróży musi zakończyć Podróż.
4. Objęte ubezpieczeniem przyczyny:
   1) Ubezpieczony lub Towarzysz podróży zachoruje (obejmuje to zdiagnozowanie Choroby epidemicznej lub Choroby pandemicznej, takiej jak COVID-19), odniesie Obrażenia wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub nastąpi zaostrzenie Istniejącego problemu zdrowotnego na tyle poważne, aby w ocenie Lekarza za granicą uczynić koniecznym przerwanie Podróży.
   Obowiązują następujący warunek: Lekarz za granicą musi zbadać Ubezpieczonego lub Towarzysza podróży albo odbyć konsultacje z Ubezpieczonym lub Towarzyszem podróży, zanim Ubezpieczony podejmie decyzję o przerwaniu Podróży;
   2) Bliska osoba, która nie podróżuje z Ubezpieczonym, zachoruje, odniesie Obrażenia lub rozwinie się u niej problem zdrowotny (obejmuje to zdiagnozowanie Choroby epidemicznej lub Choroby pandemicznej, takiej jak COVID-19). Obowiązuje następujący warunek: Choroba, Obrażenie lub problem zdrowotny musi zostać uznany przez Lekarza za granicą za zagrażający życiu bądź wymagać hospitalizacji;
   3) nastąpi zgon Ubezpieczonego, Towarzysza podróży, Bliskiej osoby lub Psa asystującego podczas Podróży Ubezpieczonego;
   4) Ubezpieczony lub Towarzysz podróży został poddany Kwarantannie w trakcie Podróży z powodu narażenia na:
      a) zakażenie Chorobą zakaźną inną niż Choroba epidemiczna lub Choroba pandemiczna lub
      b) zakażenie Chorobą epidemiczną lub Chorobą pandemiczną (np. COVID-19), ale jedynie, gdy spełnione są następujące warunki:
         - Kwarantanna dotyczy konkretnie Ubezpieczonego lub Towarzysza podróży, czyli Ubezpieczony lub Towarzysz podróży muszą być konkretnie wskazani i wymienieni z imienia i nazwiska w nakazie lub zarządzeniu Kwarantanny z powodu Choroby epidemicznej lub Choroby pandemicznej; oraz
         - Kwarantanna nie ma zastosowania ogólnie i) do części lub całości populacji, obszaru geograficznego, budynku lub statku (w tym nakazu schronienia się w Miejscu zamieszkania, pozostania w domu lub innego podobnego ograniczenia); lub ii) w oparciu o miejsce, do lub z którego bądź przez które dana osoba podróżuje. Warunek ten ma zastosowanie nawet wtedy, gdy Ubezpieczony i Towarzysz podróży są wymienieni z imienia i nazwiska w nakazie lub zarządzeniu Kwarantanny.
   5) Ubezpieczony lub Towarzysz podróży uczestniczy w Wypadku drogowym. Wystąpić musi jeden z następujących warunków:
      a) Ubezpieczony lub Towarzysz podróży potrzebuje pomocy medycznej;
      b) pojazd Ubezpieczonego lub Towarzysza podróży wymaga naprawy, ponieważ nie jest bezpieczny w eksploatacji;
   6) Ubezpieczony jest prawnie zobowiązany do udziału w postępowaniu sądowym podczas Podróży. Obowiązuje następujący warunek: udział Ubezpieczonego nie wynika z wykonywanego zawodu (ochrona ubezpieczeniowa nie ma na przykład zastosowania, jeżeli Ubezpieczony bierze udział w postępowaniu w charakterze adwokata, sędziego, urzędnika sądowego, funkcjonariusza organów ścigania lub asystenta sądowego);
   7) Miejsce zamieszkania Ubezpieczonego stało się Niezdatne do zamieszkania;
   8) Ubezpieczony jest lub Towarzysz podróży jest pasażerem porwanego samolotu, pociągu, pojazdu lub statku;
   9) Ubezpieczony, Towarzysz podróży lub Bliska osoba, służący w siłach zbrojnych zostali oddelegowani lub odwołani z urlopu, z wyjątkiem sytuacji spowodowanych Wojną lub postępowaniem dyscyplinarnym.

§ 11 Opóźnienie rozpoczęcia Podróży

1. Jeżeli Podróż Ubezpieczonego lub Towarzysza podróży zostanie opóźniona z jednej z Objętych ubezpieczeniem przyczyn wymienionych poniżej, Operator w ubezpieczeniu w Podróży zwróci Ubezpieczonemu następujące koszty do wysokości Sumy

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia opóźnienia rozpoczęcia Podróży, wskazanej w Tabeli nr 5, pomniejszone o otrzymane przez Ubezpieczonego kwoty Refundacji:

1) utracone przez Ubezpieczonego przedpłacone koszty Podróży oraz dodatkowe koszty posiłków, Zakwaterowania, komunikacji i transportu lokalnego, które Ubezpieczony poniósł podczas trwania opóźnienia w miejscu, w którym opóźnienie nastąpiło, z zastrzeżeniem, że Operator w ubezpieczeniu w Podróży zwróci koszty poniesione w czasie udokumentowanego opóźnienia Podróży, maksymalnie w czasie 24 godzin licząc od pierwotnej godziny rozpoczęcia Podróży;
2) jeżeli opóźnienie sprawi, że Ubezpieczony nie zdąży na rozpoczęcie rejsu/wycieczki – konieczne koszty transportu do miejsca, w którym może dołączyć do rejsu/wycieczki lub do miejsca przeznaczenia;
3) jeżeli Ubezpieczony nie zdąży na wylot samolotu lub odjazd pociągu ze względu na opóźnienia Lokalnego transportu publicznego w drodze na lotnisko lub stację kolejową – konieczne koszty transportu do miejsca przeznaczenia lub powrotu do domu.

2. Czas trwania opóźnienia musi odpowiadać co najmniej minimalnemu wymaganemu opóźnieniu wskazanemu w zakresie ubezpieczenia opóźnienia Podróży w Tabeli nr 5 i wynikać z jednej z poniższych Objętych ubezpieczeniem przyczyn:
   1) opóźnienie ze strony Przewoźnika (nie obejmuje to anulowania przez Przewoźnika przed Datą wyjazdu);
   2) Strajk, chyba że został zapowiedziany lub ogłoszony przed rozpoczęciem Podróży;
   3) Kwarantanna w trakcie Podróży z powodu narażenia na:
      a) zakażenie Chorobą zakaźną inną niż Choroba epidemiczna lub Choroba pandemiczna lub
      b) zakażenie Chorobą epidemiczną lub Chorobą pandemiczną (np. COVID-19), ale jedynie, gdy spełnione są następujące warunki:
         - Kwarantanna dotyczy konkretnie Ubezpieczonego lub Towarzysza podróży, czyli Ubezpieczony lub Towarzysz podróży muszą być konkretnie wskazani i wymienieni z imienia i nazwiska w nakazie lub zarządzeniu Kwarantanny z powodu Choroby epidemicznej lub Choroby pandemicznej oraz
         - Kwarantanna nie ma zastosowania ogólnie i) do części lub całości populacji, obszaru geograficznego, budynku lub statku (w tym nakazu schronienia się w miejscu pobytu, pozostania w domu lub innego podobnego ograniczenia); lub ii) w oparciu o miejsce, do lub z którego bądź przez które dana osoba podróżuje. Warunek ten ma zastosowanie nawet wtedy, gdy Ubezpieczony i Towarzysz podróży są wymienieni z imienia i nazwiska w nakazie lub zarządzeniu Kwarantanny;
   4) Klęska żywiołowa;
   5) zgubienie lub kradzież dokumentów Podróży;
   6) uprowadzenie środka transportu, chyba że jest to Zdarzenie terrorystyczne;
   7) Niepokoje społeczne, chyba że przekształcą się w Ryzyko polityczne;
   8) Wypadek drogowy;
   9) Przewoźnik odmówił wpuszczenia Ubezpieczonego lub Towarzysza podróży na pokład ze względu na podejrzenie u Ubezpieczonego lub Towarzysza podróży Choroby zakaźnej (w tym Choroby epidemicznej lub Choroby pandemicznej, takiej jak COVID-19). Nie obejmuje to odmowy przestrzegania lub nieprzestrzegania zasad bądź wymogów dotyczących Podróży lub wjazdu do miejsca przeznaczenia.

§ 12 Całodobowa pomoc w Podróży

Operator w ubezpieczeniu w Podróży jest dostępny przez całą dobę, jeżeli Ubezpieczony potrzebuje pomocy podczas Podróży w zakresie udzielania następujących Świadczeń:

1. **Znalezienie Lekarza za granicą lub placówki medycznej**

   W razie potrzeby podczas Podróży Operator w ubezpieczeniu w Podróży pomoże Ubezpieczonemu znaleźć Lekarza za granicą lub placówkę medyczną.

2. **Monitorowanie opieki Ubezpieczonego**

   Jeżeli Ubezpieczony jest hospitalizowany, personel medyczny Operatora w ubezpieczeniu w Podróży pozostanie w kontakcie z Ubezpieczonym i Lekarzem prowadzącym leczenie. Operator w ubezpieczeniu w Podróży może również powiadomić rodzinę Ubezpieczonego i Lekarza o Chorobie Ubezpieczonego lub Obrażeniach, a także na bieżąco informować ich o jego stanie zdrowia.

3. **Pomoc w przypadku zgubienia dokumentów podróży**

   W razie zgubienia lub kradzieży paszportu lub innych dokumentów podróży Ubezpieczonego, Operator w ubezpieczeniu w Podróży może pomóc mu w uzyskaniu dokumentów zastępczych i zmianie planów Podróży.

4. **Tłumaczenia w nagłych wypadkach**

   Operator w ubezpieczeniu w Podróży może pomóc w zakresie tłumaczeń, jeżeli Ubezpieczony potrzebuje pomocy podczas Podróży za granicą.

5. **Pomoc finansowa w nagłych wypadkach**

   Jeżeli Podróż Ubezpieczonego jest opóźniona lub została przerwana, a Ubezpieczony potrzebuje dodatkowej gotówki na pokrycie nieprzewidzianych wydatków, Operator w ubezpieczeniu w Podróży może pomóc w zorganizowaniu transferu środków od rodziny lub przyjaciół.

§ 13 Jak skorzystać z Modułu Wsparcie w Podróży?

1. Zgłaszanie szkód:
   1) Przed zgłoszeniem szkody prosimy o sprawdzenie Certyfikatu oraz warunków ubezpieczenia opisanych w § 3-12 Modułu. Należy pamiętać, że nie każda szkoda jest objęta ubezpieczeniem, nawet jeżeli jest nagła i niespodziewana.
   2) Aby zgłosić szkodę telefonicznie lub pocztą elektroniczną, należy skontaktować się z Operatorem w ubezpieczeniu w Podróży:
      a) zadzwonić na numer telefonu: (+48) 22 558 60 23 – w przypadku nagłej pomocy w Podróży (organizacja pomocy medycznej, stomatologicznej, transportu, całodobowa pomoc)
      b) napisać na adres: szkody_luxmedubezpieczenia@mondial-assistance.pl – w przypadku pozostałych szkód związanych z Podróżą (zwrot kosztów związanych z Bagażem, Zakwaterowaniem, Rezygnacją z Podróży, następstwa Nieszczęśliwego wypadku, odpowiedzialność cywilna).

   W każdym przypadku prosimy o zachowanie dowodów potwierdzających wystąpienie szkody oraz zakres szkody lub obrażeń (faktury, rachunki). Prosimy o niezwłoczne przesłanie zgłoszenia szkody wraz z dowodami do Operatora w ubezpieczeniu w Podróży.
2. W przypadku wszystkich zgłoszeń wymagane jest przedstawienie następujących dowodów:
   1) potwierdzenie rezerwacji Podróży z danymi dotyczącymi zarezerwowanej usługi, uczestników Podróży i ceny Podróży;
   2) faktury, rachunki i potwierdzenia płatności za wszystkie poniesione koszty;
   3) informacje o tym, czy Ubezpieczony posiada inne ubezpieczenie podróżne w zakresie szkód majątkowych;
   4) wszelkie inne dokumenty potwierdzające zgłoszone roszczenie;
   5) dane konta bankowego do wypłaty odszkodowania z nazwą i adresem odbiorcy płatności.

Dla wygody Ubezpieczonego, tutaj podajemy przegląd wymaganych dokumentów.

3. Do obsługi szkód z tytułu ubezpieczenia odwołania lub przełożenia Podróży lub ubezpieczenia przerwania Podróży Operator w ubezpieczeniu w Podróży wymaga:
   1) dla wszystkich roszczeń:
      a) potwierdzenie rezerwacji Podróży z danymi dotyczącymi zarezerwowanej usługi, uczestników Podróży i ceny Podróży;
      b) faktura (lub faktury) za anulowanie rezerwacji Podróży potwierdzająca poniesione koszty anulowania, w tym harmonogram anulowania Dostawcy usług turystycznych;
      c) wyjaśnienie Ubezpieczonego, dlaczego musiał odwołać, przerwać lub całkowicie zrezygnować z Podróży;
      d) potwierdzenia zapłaty wszystkich kosztów objętych roszczeniem;
      e) informacje i dokumenty potwierdzające otrzymane Refundacje (w odniesieniu do szkód majątkowych).
   2) dla roszczeń z powodów zdrowotnych:
      a) szczegółowa dokumentacja medyczna zawierająca historię medyczną zdarzenia (np. karta pacjenta, dokumenty dotyczące leczenia, raport wypisowy), o ile Ubezpieczony ją posiada;
      b) odpis aktu zgonu, jeżeli dotyczy;
      c) dowód pokrewieństwa (np. akt urodzenia, akt małżeństwa) w przypadku zdarzenia z udziałem Bliskiej osoby.
   3) dla roszczeń z powodu Kwarantanny:

a) zawiadomienie od uprawnionego organu administracji publicznej zawierające szczegóły dotyczące okresu Kwarantanny, wydane imiennie dla Ubezpieczonego lub jego Towarzysza podróży.

4) dla roszczeń z powodu Wypadku drogowego:

a) raport policyjny opisujący i potwierdzający Wypadek drogowy, o ile Ubezpieczony go posiada.

5) dla roszczeń z powodu: Miejsce zamieszkania Niezdatne do zamieszkania:

a) potwierdzenie od właściwych służb ratowniczych/ władz administracyjnych, o ile Ubezpieczony je posiada.

6) dla roszczeń z pozostałych powodów niewymienionych tutaj:

a) dokumenty wydane przez instytucje lub upoważnione władze administracji publicznej potwierdzające zajście zdarzenia i jego przyczynę.

4. Do obsługi szkód z tytułu ubezpieczenia opóźnienia rozpoczęcia Podróży Operator w ubezpieczeniu w Podróży wymaga:
   1) wyjaśnienie na piśmie, co było przyczyną opóźnienia;
   2) potwierdzenie od linii lotniczej lub Przewoźnika o opóźnieniu, w tym opis przyczyny;
   3) bilety na przejazdy lub przeloty, np bilet lotniczy, bilet kolejowy, bilet autobusowy;
   4) rachunki, faktury za dodatkowe koszty transportu i/lub Zakwaterowania.
5. Do obsługi szkód z tytułu ubezpieczenia Bagażu Operator w ubezpieczeniu w Podróży wymaga:
   1) raport policyjny dotyczący zdarzenia, jeśli Ubezpieczony go posiada;
   2) pisemne potwierdzenie szkody od Dostawcy usług turystycznych lub dostawcy usług Zakwaterowania;
   3) tzw protokół niezgodności mienia (PIR) od linii lotniczej lub Przewoźnika czyli opis zgubienia/skradzenia/opóźnienia/uszkodzenia Bagażu, w przypadku uszkodzenia lub zagubienia Bagażu;
   4) faktury, rachunki lub inne dowody zakupu przedmiotów, których dotyczy roszczenie;
   5) faktury, rachunki za naprawę lub dokument zawierający wycenę kosztów naprawy.
6. Do obsługi szkód z tytułu ubezpieczenia opóźnienia Bagażu Operator w ubezpieczeniu w Podróży wymaga:
   1) protokół niezgodności mienia (PIR) od linii lotniczej lub Przewoźnika czyli opis opóźnienia Bagażu o tymczasowej utracie Bagażu, wraz z potwierdzeniem czasu trwania opóźnienia do kiedy Ubezpieczony otrzymał Bagaż z powrotem;
   2) faktury, rachunki za niezbędne rzeczy zakupione w czasie oczekiwania na dostarczenie Bagażu.
7. Do obsługi szkód z tytułu ubezpieczenia kosztów medycznych i stomatologicznych w nagłych przypadkach w trakcie Podróży Operator w ubezpieczeniu w Podróży wymaga:
   1) raport Lekarza za granicą (z nazwiskiem pacjenta, diagnozą, danymi o leczeniu);
   2) rachunek za wizytę u Lekarza za granicą lub pobyt w Szpitalu za granicą wraz z potwierdzeniem rozliczenia/płatności;
   3) inne faktury lub rachunki z potwierdzeniem płatności dokonanej przez Ubezpieczonego, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów.
8. W celu rozpatrzenia roszczenia z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w Podróży Operator w ubezpieczeniu w Podróży wymaga:
   1) powiadomienia nas telefonicznie lub pisemnie o zajściu Objętej ubezpieczeniem przyczyny powodującej szkodę w ciągu 10 dni od daty jej zajścia. W przypadku, gdy zawiadomienie nas w terminie określonym w zdaniu pierwszym było niemożliwe z powodu wystąpienia zdarzeń losowych lub Działania siły wyższej, Ubezpieczony lub przedstawiciel jest zobowiązany powiadomić nas po ustaniu przyczyn uniemożliwiających zgłoszenie Objętej ubezpieczeniem przyczyny;
   2) Ubezpieczony lub przedstawiciel jest zobowiązany do natychmiastowego przekazania nam każdego wezwania, pozwu, akt pozasądowych i dokumentów sądowych do zaadresowanych do Ubezpieczonego lub jemu doręczonych.
9. W celu rozpatrzenia roszczenia z tytułu ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków w Podróży Operator w ubezpieczeniu w Podróży wymaga:
   1) opisu okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
   2) karty wypadku lub protokołu ustalenia okoliczności i przyczyn Nieszczęśliwego wypadku wraz z załącznikami do protokołu wypadkowego – jeżeli Nieszczęśliwy wypadek jest kwalifikowany jako wypadek przy pracy, o ile Ubezpieczony posiada te dokumenty;
   3) dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego lub osoby zgłaszającej szkodę;
   4) notatkę policyjną w przypadku zawiadomienia Policji, o ile Ubezpieczony ją posiada;

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

5) orzeczenia kończącego postępowanie karne, jeżeli postępowanie takie było w danym wypadku prowadzone, a także innych posiadanych przez Ubezpieczonego dokumentów dotyczących postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność roszczenia;
6) dokumentacji medycznej niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia;
7) dokumentu potwierdzającego uprawnienia do kierowania pojazdem (w przypadku, gdy Ubezpieczony kierował pojazdem lub rowerem);
8) dokumentu potwierdzającego dopuszczenie pojazdu do ruchu drogowego (w przypadku wypadku komunikacyjnego);
9) aktu zgonu, jeżeli dotyczy.

§ 14 Jakie są wyłączenia w Module Wsparcie w Podróży?

1. Ubezpieczenie nie zapewnia ochrony, Świadczeń lub usług w odniesieniu do jakichkolwiek działań, które naruszałyby obowiązujące przepisy prawa w miejscu, w którym te działania miały miejsce, w szczególności sankcje gospodarcze/handlowe lub embarga.
2. Jeżeli Ubezpieczony podróżuje wbrew nakazowi lub zaleceniu zakazującemu Podróży wydanemu przez rząd Polski lub kraju miejsca docelowego Podróży, nie ponosimy odpowiedzialności za szkody zaistniałe w trakcie takiej Podróży.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte szkody wynikające z poniższych ogólnych wyłączeń w zakresie w jakim dotyczą one Ubezpieczonego, Towarzysza podróży lub Bliskiej osoby:
   1) wszelkie szkody, stany lub zdarzenia, które były znane, zamierzone lub oczekiwane w chwili rozpoczęcia Podróży w ramach Umowy ubezpieczenia;
   2) celowe samookaleczenie, próba samobójcza lub samobójstwo;
   3) ciąża lub poród przebiegające normalnie i bez powikłań;
   4) leczenie zaburzeń płodności lub planowa aborcja;
   5) używanie lub nadużywanie:
      a) narkotyków oraz wszelkie powiązane z tym objawy fizyczne. Nie dotyczy to leków przepisanych przez Lekarza lub Lekarza za granicą i używanych zgodnie z zaleceniami;
      b) alkoholu oraz wszelkie powiązane z tym objawy fizyczne;
   6) wykonywanie czynności lub wykonywanie pracy w charakterze członka załogi (w tym stażysty lub ucznia/studenta), na pokładzie dowolnego statku powietrznego, pojazdu drogowego lub jednostki pływającej;
   7) uczestnictwo w zawodach sportowych o charakterze profesjonalnym lub półprofesjonalnym bądź trenowanie do takich zawodów;
   8) uczestnictwo w zawodach sportowych o charakterze amatorskim bądź trenowanie do takich zawodów w trakcie Podróży. Nie obejmuje to udziału w nieformalnych, rekreacyjnych zawodach sportowych, turniejach organizowanych przez hotele, ośrodki wypoczynkowe lub linie wycieczkowe na potrzeby rozrywki gości;
   9) uczestnictwo w niżej wymienionych aktywnościach i sportach:
      a) BASE jumping, paralotniarstwo lub spadochroniarstwo (w tym skydiving);
      b) skoki na bungee;
      c) speleologia, zjazdy na linie, eksploracja jaskiń;
      d) jazda na nartach lub snowboardzie poza wyznaczonymi trasami lub w miejscach dostępnych z helikoptera;
      e) Sporty wspinaczkowe, wspinaczka swobodna (free climbing);
      f) Aktywność na dużej wysokości;
      g) sporty walki;
      h) prowadzenie pojazdu silnikowego lub motorowej jednostki pływającej w wyścigach lub trenowanie do takich wyścigów;
      i) nurkowanie na wstrzymanym oddechu (free diving), oprócz snorkeling;
      j) nurkowanie z automatem oddechowym na głębokości większej niż 20 m, a w przypadku osób nie posiadających certyfikatu, nurkowanie bez nadzoru certyfikowanego divemastera;
   10) Czyn bezprawny, skutkujący wyrokiem skazującym, z wyjątkiem sytuacji, gdy ofiarą takiego czynu jest Ubezpieczony, Towarzysz podróży lub Bliska osoba;

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

11) Choroba epidemiczna lub Choroba pandemiczna, z wyjątkiem przypadków i w zakresie wskazanym w ubezpieczeniu odwołania lub przełożenia Podróży, ubezpieczeniu kosztów transportu do Miejsca zamieszkania w związku wcześniejszym lub późniejszym powrotem z Podróży, ubezpieczeniu opóźnienia rozpoczęcia Podróży i ubezpieczeniu kosztów medycznych i stomatologicznych w nagłych przypadkach w trakcie Podróży;
12) Klęska żywiołowa, z wyjątkiem przypadków i w zakresie wskazanym w ubezpieczeniu opóźnienia rozpoczęcia Podróży;
13) zanieczyszczenie powietrza, wody lub inne zanieczyszczenie, w tym zanieczyszczenia termiczne, biologiczne i chemiczne lub skażenia;
14) reakcja jądrowa, promieniowanie lub skażenie radioaktywne;
15) Wojna, Działania wojenne, Zdarzenia terrorystyczne z zastrzeżeniem Klauzuli działań wojennych, wojny lub zdarzeń terrorystycznych w zakresie ubezpieczenia kosztów medycznych i stomatologicznych w nagłych przypadkach w trakcie Podróży oraz ubezpieczenia transportu w nagłych przypadkach w trakcie Podróży;
16) służba wojskowa, z wyjątkiem przypadków i w zakresie wskazanym w ubezpieczeniu odwołania lub przełożenia Podróży lub ubezpieczeniu kosztów transportu do Miejsca zamieszkania w związku wcześniejszym lub późniejszym powrotem z Podróży;
17) Niepokoje społeczne, z wyjątkiem przypadków i w zakresie wskazanym w ubezpieczeniu kosztów transportu do Miejsca zamieszkania w związku wcześniejszym lub późniejszym powrotem z Podróży lub ubezpieczeniu opóźnienia rozpoczęcia Podróży;
18) Zdarzenia terrorystyczne;
19) Ryzyko polityczne;
20) Ryzyko cybernetyczne;
21) ostrzeżenia lub zakazy dla podróżujących wydawane przez władze państwowe lub organy publiczne, z wyjątkiem przypadków i w zakresie wskazanym w ubezpieczeniu odwołania lub przełożenia Podróży lub ubezpieczeniu kosztów transportu do Miejsca zamieszkania w związku wcześniejszym lub późniejszym powrotem z Podróży;
22) całkowite zaprzestanie działalności przez Dostawcę usług turystycznych z powodu sytuacji finansowej, wraz ze złożeniem lub bez złożenia wniosku o ogłoszenie upadłości;
23) ograniczenia nałożone przez Dostawcę usług turystycznych w zakresie Bagażu, w tym sprzętu i wyposażenia medycznego;
24) zwykłe zużycie lub wady materiałów bądź wykonania;
25) rażące zaniedbanie, którego dopuścił się Ubezpieczony lub Towarzysz podróży, chyba że realizacja Świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności.

4. Aktywności sportowe są objęte ubezpieczeniem, jeżeli:
   1) są organizowane w ramach Podróży Ubezpieczonego;
   2) są świadczone przez podlegającą regulacji lub licencjonowaną firmę, jeżeli jest to wymagane;
   3) nie są zabronione przez prawo;
   4) Ubezpieczony, podczas ich uprawiania, stosuje wszystkie zalecane środki bezpieczeństwa.
5. **WAŻNE:** Wypłata Świadczenia z tytułu ubezpieczenia nie przysługuje Ubezpieczonemu, jeżeli:
   1) na biletach Przewoźnika nie ma dat podróży;
   2) Ubezpieczony podejmuje Podróż z zamiarem skorzystania z opieki zdrowotnej lub leczenia podczas Podróży.

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

Moduł: Wsparcie w Poważnym Zachorowaniu

Postanowienia niniejszego Modułu mają zastosowanie wobec Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach Modułu Wsparcie w Poważnym Zachorowaniu.

§ 1 Definicje i wyłączenia stosowane w Module Wsparcie w Poważnym Zachorowaniu

Definicje wskazane w niniejszym Module stosuje się łącznie z definicjami zawartymi w § 2 Części ogólnej OWU, o ile niniejszy Moduł nie stanowi inaczej.

1. **Lekarz** – osoba, która posiada wymagane kwalifikacje i uprawnienia potwierdzone odpowiednimi dokumentami do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa polskiego, w tym w szczególności ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarzy i lekarza dentysty.
2. **Poważne zachorowanie** – Choroby lub stany chorobowe określone poniżej:
   1) **Nowotwór złośliwy (Rak)** - nieprawidłowy i nadmierny rozrost tkanek ustroju, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Definicja nowotworu złośliwego obejmuje również białaczkę, chłoniaka złośliwego i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina).
      a) Warunkiem uznania nowotworu złośliwego za Poważne zachorowanie jest:
         - wynik badania histopatologicznego, potwierdzającego nowotwór złośliwy oraz
         - potwierdzenie rozpoznania przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności onkologia lub hematologia oraz
         - konieczność leczenia chirurgicznego, radioterapeutycznego lub chemioterapeutycznego.

      b) Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:
         - wszelkie zmiany opisane histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości i nieinwazyjne; w tym carcinoma in situ (Tis) oraz Ta według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care, Seventh Edition TNM Classification);
         - wszystkie nowotwory skóry, poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC;
         - nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC;
         - nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 2 cm i opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC;
         - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, w tym także (ale nie wyłącznie) chłoniak i mięsak Kaposiego.

   2) **Ostry zawał serca (MI)** - sytuacja kliniczna wskazująca na ostre niedokrwienie mięśnia sercowego, przy dowodach na obecność martwicy mięśnia sercowego. Rozpoznanie zawału musi być postawione przez prowadzącego leczenie Lekarza w oparciu o czasowy związek i spełnienie jednego z poniższych kryteriów:
      a) Wykrycie wzrostu i/lub spadku wartości biomarkera sercowego [najlepiej troponiny sercowej (cTn)], przy co najmniej jednej wartości powyżej 99. centyla górnej granicy wartości referencyjnej (URL) oraz co najmniej jedno z następujących:
         - objawy niedokrwienia;
         - nowe lub przypuszczalnie nowe, znamienne zmiany odcinka ST–załamka T (ST–T) lub nowy blok lewej odnogi pęczka Hisa (LBBB);
         - powstanie patologicznych załamków Q w EKG;
         - nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;
         - obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionego badaniem angiograficznym lub w autopsji.

      b) Wzrost (związany z przezskórną interwencją wieńcową - PCI) wartości cTn (> 5 × 99. centyla URL) u pacjentów z prawidłowymi wartościami wyjściowymi (< 99. centyla URL) lub wzrost wartości cTn > 20%, jeśli wartości początkowe były podwyższone i stabilne lub spadały. Dodatkowo wymagane są:
         - objawy wskazujące na niedokrwienie mięśnia sercowego lub
         - nowe zmiany niedokrwienne w EKG, lub
         - obraz angiograficzny zgodny z powikłaniami zabiegu, lub
         - uwidocznienie za pomocą badań obrazowych nowego ubytku żywotnego mięśnia sercowego lub nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości;

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

c) Wykrycie (związane z zakrzepicą w stencie) zakrzepicy za pomocą koronarografii lub autopsji w przypadku niedokrwienia mięśnia sercowego ze wzrostem i/lub spadkiem wartości biomarkerów sercowych, gdy co najmniej jedna wartość przekracza 99. centyl URL.

d) Wzrost (związany z pomostowaniem tętnic wieńcowych - CABG) wartości cTn (> 10 × 99. Centyla URL) u pacjentów z prawidłowymi wartościami wyjściowymi cTn (< 99. centyla URL). Dodatkowo konieczne jest:

- stwierdzenie nowych patologicznych załamków Q lub nowego LBBB lub
- udokumentowanie w badaniu angiograficznym nowego zamknięcia pomostu lub natywnej tętnicy wieńcowej pacjenta, lub
- uwidocznienie nowego ubytku żywotnego mięśnia sercowego lub
- uwidocznienie nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości.

Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) i wszelkie inne postacie ostrych incydentów wieńcowych.

3) **Udar mózgu** - nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmózgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 3 miesięcy od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać postawione przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: neurologia lub neurochirurgia i być potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR). Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:

a) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);

b) uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem;

c) patologie naczyń krwionośnych powodujące zaburzenia błędnika lub zaburzenia widzenia takie jak zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki;

d) przebyty bezobjawowo udar mózgu, rozpoznany na podstawie badań obrazowych.

4) **Przeszczep głównych organów** - przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub szpiku kostnego. Leczenie przeszczepem musiało być skutkiem nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu, zaś jego wykonanie musiało być jedynym sposobem leczenia Choroby, potwierdzonym przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: transplantologia kliniczna lub kardiologia lub chirurgia ogólna lub chirurgia klatki piersiowej lub onkologia kliniczna lub hematologia. Zakresem ubezpieczenia nie są objęte inne przeszczepy niż wymienione powyżej, w tym w szczególności wykorzystujące komórki macierzyste i przeszczepy wysp trzustkowych.

5) **Łagodny guz mózgu** - zagrażający życiu guz mózgu, powodujący wystąpienie trwałych ubytków neurologicznych z ewidentnymi zaburzeniami ruchowymi lub czuciowymi, utrzymującymi się stale przez okres 6 miesięcy. Istnienie guza musi być potwierdzone przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: neurologia lub neurochirurgia oraz badaniami wizualizacyjnymi, takimi jak CT lub MRI. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są torbiele, ziarniniaki, patologie tętniczych i żylnych naczyń mózgowych, krwiaki, ropnie, nerwiaki nerwu słuchowego, guzy (w tym gruczolaki) przysadki mózgowej, zmiany w obrębie opon mózgowo-rdzeniowych i rdzenia kręgowego.

6) **Utrata kończyn** - amputacja co najmniej dwóch kończyn będąca skutkiem Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, na poziomie stawu skokowego lub powyżej w przypadku kończyny dolnej lub na poziomie nadgarstków lub powyżej w przypadku kończyny górnej. Konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: chirurgia ogólna lub ortopedia i traumatologia narządu ruchu.

7) **Operacja zastawki serca** - przeprowadzona na otwartym sercu z otwarciem klatki piersiowej, wymiana lub naprawa chorobowo zmienionej jednej lub więcej zastawek serca. Konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: kardiologia lub kardiochirurgia i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych. Operacje wykonane przy użyciu technik śródnaczyniowych są wykluczone z zakresu ubezpieczenia.

8) **Śpiączka** - stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby naturalne, utrzymujący się przez okres co najmniej 96 godzin, wymagający intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia w warunkach szpitalnych. Skutkiem tego stanu musi być dodatkowo zaistnienie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni od momentu wystąpienia utraty przytomności i nierokującego możliwości poprawy. Rozpoznanie i zakres zmian musi być potwierdzone przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: neurologia lub neurochirurgia lub anestezjologii i intensywnej terapii. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje śpiączki farmakologicznej lub pozostającej w związku z nadużyciem alkoholu lub narkotyków lub będących skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej.

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

9) **Stwardnienie rozsiane** - Choroba, u której podłoża leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie Choroby, postawione w sposób jednoznaczny (wykluczające inne przyczyny w tym naczyniowe), przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: neurologia, musi być potwierdzone:
   a) istnieniem trwałych deficytów neurologicznych z ewidentnymi zaburzeniami ruchowymi lub czuciowymi, utrzymującymi się stale przez okres 6 miesięcy oraz
   b) charakterystycznym dla stwardnienia wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego, nieprawidłowym wynikiem badania wzrokowych i słuchowych potencjałów wywołanych oraz badaniem rezonansu magnetycznego (MRI), potwierdzającym istnienie rozsianych ognisk demielinizacji w ośrodkowym układzie nerwowym.
10) **Operacyjne leczenie choroby wieńcowej (by-pass)** - operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona badaniem wykazującym istnienie zwężenia tętnicy wieńcowej, zaś jej wykonanie musiało być jedynym sposobem leczenia Choroby i być potwierdzone opinią prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: kardiochirurgia. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki wieńcowej (PTCA) ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.
11) **Oparzenia trzeciego stopnia** - oparzenie trzeciego stopnia co najmniej 20% powierzchni ciała. Rozpoznanie musi być postawione przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: chirurgia ogólna lub chirurgia klatki piersiowej lub chirurgia plastyczna i stwierdzać stopień i zakres oparzenia, zgodnie z obowiązującymi standardami klinicznymi ich określania.
12) **Utrata wzroku** - całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach, spowodowana Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: okulistyka. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym.
13) **Utrata słuchu** - całkowita, stała, obustronna i nieodwracalna utrata słuchu w zakresie wszystkich dźwięków spowodowana Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: otorynolaryngologia oraz dodatkowo wynikiem badania audiometrycznego tonalnego i audiometrii impedancyjnej. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym aparatem słuchowym i leczeniem operacyjnym.
14) **Niewydolność nerek -** schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitym, nieodwracalnym i nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, stanowiące bezwzględne wskazanie do rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii. Fakt rozpoczęcia dializoterapii oraz konieczność jej stosowania muszą być potwierdzone przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: nefrologia. Ostra niewydolność nerek wymagająca okresowej dializoterapii nie jest objęta zakresem ubezpieczenia.
15) **Operacja aorty -** operacja chirurgiczna tętniaka, koarktacji lub rozwarstwienia aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii, polegająca na usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej graftem. Konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: chirurgia naczyniowa lub kardiochirurgia i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych. W rozumieniu niniejszej definicji za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszną, z wykluczeniem jej odgałęzień. Metody chirurgiczne stosujące mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym przezskórne operacje naprawcze nie są objęte zakresem ubezpieczenia.
16) **Porażenie (paraliż)** - całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem i uniemożliwiająca Ubezpieczonemu samodzielne wykonywanie co najmniej 3 z 5 niżej wymienionych codziennych czynności:
   a) kąpiel – zdolność umycia się w wannie lub pod prysznicem (w tym wejście i wyjście z wanny lub prysznica);
   b) ubieranie się – zdolność zakładania i zdejmowania odzieży;
   c) przemieszczanie się – zdolność do przemieszczania się (w tym wejścia na schody);
   d) toaleta – zdolność do korzystania z ubikacji;
   e) odżywianie się – zdolność do spożycia przygotowanego i podanego posiłku.

   Porażenie musi mieć charakter nierokujący poprawy i występować przez okres minimum 3 miesięcy. Rozpoznanie i zakres zmian musi być potwierdzone przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: neurologia lub neurochirurgia. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
   a) niedowładów;
   b) porażeń częściowych, przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), porażeń spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub psychiatrycznymi lub będących skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej.

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

17) **Utrata mowy** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata funkcji mowy spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krtani lub uszkodzeniem ośrodka mowy w mózgu spowodowana Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem. Całkowita utrata mowy musi występować przez minimum 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: otorynolaryngologia lub audiologia i foniatria. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków utraty mowy spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub psychiatrycznymi.

18) **Suma ubezpieczenia** - określona w Module kwota stanowiąca górną granicę naszej odpowiedzialności z tytułu Modułu w stosunku do Ubezpieczonego.

§ 2 Co jest przedmiotem Modułu Wsparcie w Poważnym Zachorowaniu?

1. Zdarzeniem, które uprawnia Ubezpieczonego do skorzystania ze Świadczeń dostępnych w ramach Modułu Wsparcie w Poważnym Zachorowaniu, jest wystąpienie u Ubezpieczonego, po raz pierwszy w jego życiu, Poważnego zachorowania w Okresie ochrony. Zakres Poważnych zachorowań objętych ochroną zależy od wybranego wariantu. Wariant, który posiada Ubezpieczony, wskazany jest w Certyfikacie.

Wariant I	Wariant II
• Nowotwór złośliwy (Rak); • Ostry zawał serca (MI); • Udar mózgu; • Przeszczep głównych organów; • Łagodny guz mózgu; • Utrata kończyn; • Operacja zastawki serca; • Śpiączka.	• Nowotwór złośliwy (Rak); • Ostry zawał serca (MI); • Udar mózgu; • Przeszczep głównych organów; • Łagodny guz mózgu; • Utrata kończyn; • Operacja zastawki serca; • Śpiączka; • Stwardnienie rozsiane; • Operacyjne leczenie choroby wieńcowej (by-pass); • Oparzenia trzeciego stopnia; • Utrata wzroku; • Utrata słuchu; • Niewydolność nerek; • Operacja aorty; • Porażenie (paraliż); • Utrata mowy.

2. Datą zdarzenia ubezpieczeniowego jest data wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, tj.:
   1) dzień postawienia przez Lekarza ostatecznej diagnozy potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z opisem Poważnego zachorowania lub
   2) dzień zabiegu operacyjnego w przypadku zabiegów operacyjnych w związku z wystąpieniem Poważnego zachorowania.
3. W razie wystąpienia Poważnego zachorowania wypłacimy Świadczenie pieniężne w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia określonej poniżej:

Suma Ubezpieczenia dla zakresu ochrony określonego w Wariancie I	Suma Ubezpieczenia dla zakresu ochrony określonego w Wariancie II
30 000 zł (trzydzieści tysięcy złotych)	50 000 zł (pięćdziesiąt tysięcy złotych)

4. Z tytułu ubezpieczenia w ramach Modułu Ubezpieczonemu przysługuje Świadczenie za każde Poważne zachorowanie objęte zakresem, o ile występuje ono po raz pierwszy w jego życiu, niezależnie od liczby Poważnych zachorowań w Okresie ochrony.
5. W ramach Modułu zapewniamy ochronę ubezpieczeniową na całym świecie.

§ 3 Jak skorzystać z Modułu Wsparcie w Poważnym Zachorowaniu?

1. Aby skorzystać z ubezpieczenia, Ubezpieczony może powiadomić nas o wystąpieniu Poważnego zachorowania:
   1) pocztą elektroniczną
   2) pocztą tradycyjną – wysyłając dokumenty z dopiskiem: „Świadczenie PZ".

   Dane kontaktowe do wysłania wniosku o wypłatę Świadczenia dotyczącą Poważnego zachorowania znajdują się w Tabeli nr 1.
2. Do podjęcia decyzji o wypłacie Świadczenia potrzebujemy następujących dokumentów:
   1) kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o realizację Świadczenia;
   2) kopii posiadanej dokumentacji medycznej potwierdzającej ostateczną diagnozę Poważnego zachorowania lub przeprowadzenie zabiegu operacyjnego.

   Dokumenty w języku obcym powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego, zanim zostaną do nas dostarczone. Nie pokrywamy kosztów tłumaczenia dokumentów.
3. Decyzję o uznaniu roszczenia podejmujemy na podstawie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej. Zastrzegamy sobie jednak prawo do zweryfikowania diagnozy Poważnego zachorowania poprzez zasięgniecie opinii wskazanego przez nas Lekarza lub skierowanie Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne.
4. Pokrywamy koszty zleconych przez nas konsultacji lekarskich oraz badań medycznych, o których mowa w ust. 3 powyżej.
5. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu postępujemy zgodnie z krokami opisanymi w §4 ust 2-5 Części ogólnej OWU.

§ 4 Jaka Karencja obowiązuje w Module Wsparcie w Poważnym Zachorowaniu?

1. Okres Karencji stosowany w Module Wsparcie w Poważnym Zachorowaniu wynosi 3 miesiące.
2. Nie stosujemy Karencji wobec Świadczeń związanych ze zdarzeniami będącymi następstwem Nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku dodania nowych Ubezpieczonych do Umowy, zostaną oni objęci Karencją liczoną od początku ich Okresu ochrony.
4. Jeżeli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia grupowego, w którym ubezpieczycielem byliśmy my lub LMG Försäkrings AB i które obejmowało Poważne zachorowania wówczas okres trwania poprzedniej ochrony ubezpieczeniowej jest zaliczany do okresu Karencji w ramach Modułu w zakresie odpowiadającym wcześniej posiadanemu Wariantowi ubezpieczenia. Aby skorzystać z tej zasady, wcześniejsza ochrona musi być zakończona i nie mogła skończyć się wcześniej niż 3 miesiące przed początkiem Okresu ochrony w zakresie niniejszego Modułu. Jeżeli Ubezpieczony był objęty kilkoma umowami ubezpieczenia spełniającymi wyżej wymienione warunki, wówczas ta zasada ma zastosowanie tylko do ochrony ubezpieczeniowej z najpóźniejszą datą zakończenia.

§ 5 Jakie są wyłączenia w Module Wsparcie w Poważnym Zachorowaniu?

1. Oprócz wyłączeń określonych w § 5 Części ogólnej OWU nasz odpowiedzialność w Module Wsparcie w Poważnym Zachorowaniu nie obejmuje:
   1) Poważnych zachorowań, które wystąpiły lub których objawy wystąpiły, lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u Ubezpieczonego przed początkiem Okresu ochrony; Poważne zachorowanie lub jego objawy powinny zostać opisane w dokumentacji medycznej;
   2) Poważnych zachorowań, które są następstwem Nieszczęśliwych wypadków zaistniałych przed początkiem Okresu ochrony; Nieszczęśliwy wypadek lub jego skutki powinny zostać opisane w dokumentacji medycznej;
   3) zakażenia wirusami HIV, SARS-CoV-2, wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem tych zakażeń.

Moduł: Wsparcie Bliskich (NNW)

Postanowienia niniejszego Modułu mają zastosowanie wobec Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach Modułu Wsparcie Bliskich (NNW).

§ 1 Definicje w Module Wsparcie Bliskich

Definicje wskazane w niniejszym Module stosuje się łącznie z definicjami zawartymi w § 2 Części ogólnej OWU, o ile niniejszy Moduł nie stanowi inaczej.

1. **Suma ubezpieczenia** - określona w Module kwota stanowiąca górną granicę naszej odpowiedzialności z tytułu Modułu w stosunku do Ubezpieczonego.

§ 2 Co jest przedmiotem Modułu Wsparcie Bliskich?

1. Zdarzeniem, które uprawnia Uposażonego do otrzymania Świadczenia w ramach Modułu Wsparcie Bliskich, jest śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w Okresie ochrony, która nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od daty tego Nieszczęśliwego wypadku.
2. Datą zdarzenia jest dzień zgonu Ubezpieczonego.
3. W ramach Modułu zapewniamy ochronę ubezpieczeniową na całym świecie.

§ 3 Jaka jest wysokość Świadczenia w Module Wsparcie Bliskich?

1. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wypłacimy Uposażonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia.
2. Suma ubezpieczenia wynosi 50 000 zł (pięćdziesiąt tysięcy złotych).

§ 4 Jak skorzystać z Modułu Wsparcie Bliskich?

1. Aby skorzystać z ubezpieczenia, Uposażony powinien powiadomić nas o śmierci Ubezpieczonego, w dogodny dla siebie sposób dostarczając dokumenty wymienione w ust. 2:
   1) pocztą elektroniczną;
   2) pocztą tradycyjną – wysyłając dokumenty z dopiskiem: „Świadczenie NNW".

   Dane kontaktowe do wysłania wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku znajdują się w Tabeli nr 1.
2. Do podjęcia decyzji o uznaniu zgłoszonego roszczenia i wypłacie Świadczenia potrzebujemy następujących dokumentów:
   1) kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o realizację Świadczenia;
   2) kopii aktu zgonu Ubezpieczonego;
   3) kopii protokołu policji/prokuratury lub postanowienia sądu opisującego przebieg Nieszczęśliwego wypadku o ile czynności takie były prowadzone i Uposażony posiada takie dokumenty.

   Dokumenty w języku obcym powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego, zanim zostaną do nas dostarczone. Nie pokrywamy kosztów tłumaczenia dokumentów.
3. Po uznaniu roszczenia wypłacimy Uposażonemu lub Uposażonym Świadczenie w łącznej wysokości 100% Sumy ubezpieczania z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
4. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu Ubezpieczyciel postępuje zgodnie z krokami opisanymi w § 4 ust. 2-5 Części ogólnej OWU.

§ 5 Jakie są wyłączenia w Module Wsparcie Bliskich?

1. Oprócz wyłączeń określonych w § 5 Części ogólnej OWU nasza odpowiedzialność w Module Wsparcie Bliskich nie obejmuje zgonu Ubezpieczonego, który:
   1) został spowodowany następstwami Nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił przed pierwszym dniem Okresu ochrony;
   2) nastąpił w Okresie Ochrony, ale wystąpił później niż po upływie 6 miesięcy od daty Nieszczęśliwego wypadku;
   3) jest wynikiem Chorób lub stanów chorobowych (w tym: zakażenia wirusami HIV, SARS-CoV-2, wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem tych zakażeń) występujących u Ubezpieczonego i nie pozostających w związku z następstwami Nieszczęśliwego wypadku;
   4) jest skutkiem Nieszczęśliwego wypadku w ruchu lotniczym, w którym Ubezpieczony uczestniczył w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera statku powietrznego wojskowego lub prywatnego nielicencjonowanych linii lotniczych.

Moduł: Medycyna Pracy

§ 1 Kim są strony Umowy ubezpieczenia

Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowego (**OWU**) LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (dalej **my** lub **Ubezpieczyciel**) zawiera Umowę ubezpieczenia z **Państwem (dalej Ubezpieczającym).** Moduł Medycyna Pracy jest ubezpieczeniem dla Ubezpieczającego (pracodawcy).

§ 2 Definicje w Module Medycyna Pracy

Definicje wskazane w niniejszym Module dotyczą wyłącznie Modułu Medycyna Pracy.

1. **Badania profilaktyczne** – badania lekarskie z zakresu Medycyny pracy, przeprowadzane na podstawie skierowania wydanego przez Ubezpieczającego. W skład Badań profilaktycznych wchodzą:

   1) **Badania wstępne** – wykonywane u Kandydatów na Pracowników przed rozpoczęciem pracy lub u Pracowników zmieniających stanowisko pracy, jeżeli na nowym stanowisku występują inne czynniki szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe.

   2) **Badania okresowe** - wykonywane u Pracowników pracujących na danym stanowisku, według informacji podanych na skierowaniu o warunkach pracy uwzględniający informacje o czynnikach niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, którym skończyła się ważność poprzedniego zaświadczenia dopuszczającego do pracy; oraz poza terminami wynikającymi z częstotliwości wykonywania badań okresowych orzekanie o możliwości wykonywania dotychczasowej pracy. Skierowanie na przeprowadzenie badania wydaje Ubezpieczający po zgłoszeniu przez Pracownika niemożności wykonywania dotychczasowej pracy.

   3) **Badania kontrolne** - wykonywane u każdego Pracownika powracającego do pracy po przerwie spowodowanej niezdolnością do pracy w wyniku choroby trwającej dłużej niż 30 dni.

2. **Badania do celów sanitarno-epidemiologicznych** – badania przeprowadzane na podstawie skierowania wydanego przez Ubezpieczającego, w celu stwierdzenia czy Kandydat na pracownika lub Pracownik nie jest źródłem zakażenia lub nosicielem drobnoustrojów chorobotwórczych, które mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia innych osób podczas wykonywania określonej pracy lub działalności. Zakres badań ustalany jest na podstawie obowiązujących przepisów prawa i kończą się wydaniem orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych, potwierdzającego brak przeciwwskazań lub istnienie przeciwskazań zdrowotnych do wykonywania prac wymagających szczególnej ochrony sanitarnej.

3. **Jednostki służby medycyny pracy** – podmioty wykonujące działalność leczniczą, uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu Medycyny pracy, które spełniają definicję jednostek, o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy, współpracujące z nami w zakresie udzielania Świadczeń Medycyny pracy.

4. **Kandydat na pracownika** – osoba fizyczna, którą Ubezpieczający planuje zatrudnić na podstawie umowy cywilnoprawnej, umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania albo innej umowy, której przedmiotem jest świadczenie pracy albo usług. Kandydatem na pracownika może być tylko osoba zamieszkała na terytorium Polski, która ukończyła 18 lat albo jest pracownikiem młodocianym w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy.

5. **Medycyna pracy** – ochrona zdrowia Pracowników przed wpływem niekorzystnych warunków związanych ze środowiskiem pracy, sposobem wykonania pracy oraz w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad Kandydatami na pracowników i Pracownikami.

6. **Moduł** – część OWU definiująca warunki ubezpieczenia.

7. **Okres ubezpieczenia** – okres, w którym ponosimy odpowiedzialność w stosunku do Ubezpieczającego za zdarzenia objęte zakresem ubezpieczenia. Rozpoczyna się zawsze 1. dnia miesiąca kalendarzowego i jest wskazany na Polisie.

8. **Operator LUX MED** – LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod nr KRS 0001192054, koordynująca w naszym imieniu udzielanie Świadczeń.

9. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia.

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

10. **Portal Klienta Grupowego** – aplikacja udostępniona Ubezpieczającemu w celu realizacji Umowy ubezpieczenia, której funkcjonalności określone są w Regulaminie dostępnym na stronie internetowej: https://mojafirma.ubezpieczenia.luxmed.pl/api/public/Regulamin-portal-klienta-grupowego-LMG.
11. **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; także osoba fizyczna będąca członkiem organu jednostki organizacyjnej Ubezpieczającego. Pracownikiem może być tylko osoba zamieszkała na terytorium Polski, która ukończyła 18 lat albo jest pracownikiem młodocianym w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy.
12. **Rocznica** – dzień w każdym kolejnym roku odpowiadający dacie początku Okresu ubezpieczenia, a jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma dnia miesiąca odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca.
13. **Składka** – kwota należna nam z tytułu Umowy ubezpieczenia za dany miesiąc od Ubezpieczającego.
14. **Świadczenie –** organizacja oraz pokrycie przez nas kosztów usług i badań wchodzących w zakres niniejszego Modułu, do jakich Ubezpieczający jest zobowiązany wobec Kandydatów na pracownika i Pracowników zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
15. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną, która zawiera z nami Umowę ubezpieczenia, opłaca Składkę oraz jest jednocześnie podmiotem zatrudniającym Pracowników; zgodnie z Kodeksem pracy jest stroną stosunku pracy z Pracownikiem i ponosi obowiązki wynikające z przepisów prawa pracy, w szczególności w zakresie kierowania na badania profilaktyczne; w niniejszym Module Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym i pracodawcą.
16. **Ubezpieczyciel** – LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna, z siedzibą: ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod nr KRS 0001192054, NIP: 5214131363, REGON: 542630342.
17. **Umowa o Udzielanie Świadczeń Zdrowotnych Medycyny Pracy** – umowa pomiędzy Ubezpieczającym, Ubezpieczycielem, a Operatorem LUX MED, która określa zasady finansowania, realizacji i korzystania ze Świadczeń wchodzących w zakres niniejszego Modułu, informację o przetwarzaniu danych osobowych oraz o dodatkowych usługach medycznych i sposobie ich opłacania.
18. **Umowa ubezpieczenia** - (także **Umowa**) – Umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU.
19. **Wniosek ubezpieczeniowy** (także **Wniosek**) – propozycja zawarcia Umowy na podstawie niniejszych OWU, którą składa Ubezpieczający w formie pisemnej, elektronicznej lub dokumentowej na przygotowanym przez nas formularzu.

§3 Co jest przedmiotem Modułu Medycyna Pracy?

1. Ubezpieczający ma możliwość wyboru jednego lub kilku Modułów z niniejszego OWU.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest interes majątkowy Ubezpieczającego polegający na ryzyku poniesienia kosztów oraz organizacji usług i badań z zakresu Medycyny pracy, do zapewnienia których Ubezpieczający jest zobowiązany wobec Kandydatów na pracowników i Pracowników zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w przypadku powstania obowiązku ich zorganizowania i sfinansowania w Okresie ubezpieczenia.
3. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest potrzeba zapewnienia przez Ubezpieczającego Pracownikom lub Kandydatom na pracownika Badań profilaktycznych lub Badań do celów sanitarno-epidemiologicznych oraz udzielenie tych Świadczeń w Okresie ubezpieczenia (datą zdarzenia jest dzień realizacji konkretnego badania lub usługi).

§ 4 Zakres Modułu Medycyna Pracy

1. Zakres Modułu Medycyna Pracy obejmuje koszty oraz organizację usług i badań z zakresu Medycyny pracy, w tym:
   1) dostęp do Centrum Umawiania Badań Medycyny Pracy – specjalna infolinia Operatora LUX MED do umawiania badań z zakresu Medycyny pracy;
   2) Badania profilaktyczne, w tym badania dodatkowe oraz konsultacje specjalistyczne niezbędne do wydania orzeczenia lekarskiego, zgodnie z obowiązującymi przepisami Kodeksu Pracy;
   3) wydanie orzeczenia lekarskiego na podstawie Badania profilaktycznego o zdolności do pracy wydawane przez lekarzy uprawnionych do orzekania w zakresie Medycyny Pracy zgodnie z obowiązującymi przepisami Kodeksu Pracy;
   4) Badania do celów sanitarno-epidemiologicznych oraz orzeczenia lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych wydawane przez lekarzy uprawnionych do orzekania w zakresie Medycyny Pracy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa – ustawą o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń oraz chorób zakaźnych u ludzi.

2. Świadczenia są udzielane na terytorium Polski w lokalizacjach wskazanych przez nas.
3. Szczegółowy zakres badań oraz zasady ich realizacji - dla Kandydatów na pracownika lub Pracowników mających wykonywać zawody, dla których przepisy prawa przewidują dodatkowe lub specjalistyczne badania – jeśli są objęte Umową, określone są w Umowie o Udzielanie Świadczeń Zdrowotnych Medycyny Pracy.
4. Zakres Modułu Medycyna Pracy może zostać rozszerzony o dodatkową usługę e-skierowanie. Informacja o tym, czy zakres ubezpieczenia jest rozszerzony o dodatkowe usługi znajduje się w Umowie o Udzielanie Świadczeń Zdrowotnych Medycyny Pracy. E-skierowanie – usługa w Portalu dla Firm dostarczanym przez Operatora LUX MED, umożliwiająca elektroniczną obsługę skierowań na badania Medycyny pracy, daje możliwość:
   1) wystawiania skierowań na badania medycyny pracy w formie elektronicznej, w tym zatwierdzanie ich podpisem elektronicznym przez osoby uprawnione przez Ubezpieczającego;
   2) powiadamiania Kandydata na pracownika oraz Pracownika poprzez SMS o wystawieniu skierowania;
   3) przesyłania pocztą elektroniczną do Kandydata na pracownika oraz Pracownika oryginału dokumentu skierowania;
   4) informowania osób uprawnionych przez Ubezpieczającego o statusie realizacji badań Medycyny pracy;
   5) monitorowania stanu ważności wystawionych orzeczeń, w tym przypominanie o konieczności wystawienia skierowań na kolejne Badania okresowe i Badania kontrolne;
   6) tworzenia szablonów stanowisk i zarządzanie nimi.

§ 5 Jak skorzystać z Modułu Medycyna Pracy?

1. Aby skorzystać z Modułu Medycyna Pracy, Ubezpieczający powinien wystawić imienne skierowania na badanie w trybie obowiązujących przepisów prawa. Skierowanie powinno zawierać:
   1) w przypadku Badań profilaktycznych – określenie rodzaju Badania profilaktycznego, jakie ma być wykonane (Badanie wstępne, Badanie okresowe albo Badanie kontrolne);
   2) w przypadku Kandydatów na pracownika i Pracowników przenoszonych na inne stanowiska pracy – określenie stanowiska pracy, na którym osoba podlegająca badaniu jest lub ma być zatrudniona. W tym przypadku Ubezpieczający może wskazać w skierowaniu dwa lub więcej stanowiska pracy w kolejności odpowiadającej potrzebom zakładu pracy;
   3) w przypadku Pracowników – określenie stanowiska pracy, na którym Pracownik jest zatrudniony;
   4) informacje o występowaniu na stanowisku pracy czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych oraz aktualne wyniki badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tych stanowiskach pracy;
   5) w przypadku Badań do celów sanitarno-epidemiologicznych – wskazanie wykonywanych prac przez Kandydata na pracownika lub Pracownika, przy których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby.
2. Kandydat na pracownika lub Pracownik, po otrzymaniu skierowania od Ubezpieczającego powinien skontaktować się z Operatorem LUX MED telefonicznie lub przez Portal Pacjenta w celu umówienia terminu badań. Dane kontaktowe znajdują się w Tabeli nr 1.

§ 6 Jakie są wyłączenia w Module Medycyna Pracy?

1. Nasza odpowiedzialność w Module Medycyna Pracy nie obejmuje:
   1) badań i usług, które nie wchodzą w zakres niniejszego Modułu;
   2) badań bez skierowania lub z błędnie wystawionym skierowaniem;
   3) szczepień spoza zakresu Umowy o Udzielanie Świadczeń Zdrowotnych Medycyny Pracy, badań dodatkowych i innych usług, które wynikają z praw i obowiązków Kandydatów na Pracowników i Pracowników;
   4) realizacji badań poza placówkami wskazanymi przez Operatora LUX MED oraz poza trybem kierowania opisanym w OWU.
2. Nie zrealizujemy Świadczenia, jeżeli w wyniku stanu klęski żywiołowej, katastrofy naturalnej, pandemii lub epidemii, ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej, nastąpi brak możliwości spełnienia przez nas Świadczenia.

§ 7 Czego wymagamy do zawarcia Umowy i kiedy rozpoczyna się Okres ubezpieczenia?

1. Umowę zawieramy na podstawie Wniosku ubezpieczeniowego wraz z dołączonymi do niego dokumentami wskazanymi we Wniosku oraz innymi dokumentami, jeżeli były one przez nas wskazane jako niezbędne do zawarcia Umowy, w tym Umowy o Udzielanie Świadczeń Zdrowotnych Medycyny Pracy.
2. Przyjmujemy Wnioski, które są kompletne i poprawnie wypełnione.
3. Wniosek może zostać złożony w formie pisemnej, dokumentowej lub elektronicznej.

4. Okres ubezpieczenia rozpocznie się w dacie wskazanej na Wniosku, jeżeli kompletny i poprawnie wypełniony Wniosek zostanie do nas złożony nie później niż do 15. dnia miesiąca kalendarzowego bezpośrednio poprzedzającego miesiąc, od którego Okres ubezpieczenia ma się rozpocząć. Jeżeli warunek ten nie zostanie spełniony, Okres ubezpieczenia rozpocznie się 1. dnia miesiąca następującego bezpośrednio po spełnieniu wyżej wymienionego warunku. W takim przypadku zwrócimy Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu Polisy, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W przypadku braku sprzeciwu Umowa dojdzie do skutku zgodnie z treścią Polisy (Okres ubezpieczenia rozpocznie się w dniu wskazanym na Polisie) następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
5. Jeśli Ubezpieczający w jednej Umowie oprócz Modułu Medycyna Pracy wybierze inny Moduł lub Moduły z niniejszego OWU - Okres ubezpieczenia jest jeden wspólny dla całej Umowy (dla wszystkich Modułów) i zaczyna się zgodnie z § 6 pkt 4 Części ogólnej niniejszego OWU. W takim przypadku ust. 4 powyżej nie ma zastosowania.
6. Jeżeli Wniosek ubezpieczeniowy nie będzie zawierał wszystkich wymaganych informacji lub dokumentów, niezwłocznie zawiadomimy o tym osobę składającą Wniosek i poprosimy o ich uzupełnienie.
7. Jeżeli informacje lub dokumenty nie zostaną uzupełnione we wskazanym przez nas terminie, nie dojdzie do zawarcia Umowy.
8. Do zawarcia Umowy dochodzi z chwilą z chwilą doręczenia Polisy, co jest równoznaczne z akceptacją przez nas Wniosku ubezpieczeniowego. Data zawarcia Umowy oraz Okres ubezpieczenia wskazane są na Polisie.
9. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia wskazanego w Polisie, niezależnie od zapłacenia pierwszej Składki całkowitej.

§ 8 Na jak długo jest zawierana jest Umowa, jakie są warunki jej odnowienia i kiedy ulega zakończeniu?

1. Umowa jest zawierana na Okres ubezpieczenia wynoszący 12 miesięcy.
2. Umowa zostaje odnowiona na kolejny 12-miesięczny Okres ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 3-9 poniżej.
3. Przy odnowieniu Umowy na kolejny roczny Okres ubezpieczenia, mamy prawo zaproponować zmianę wysokości Składki w związku ze wzrostem wartości usług i badań wchodzących w skład zakresu ubezpieczenia. Wzrost wartości usług i badań odzwierciedla wzrost ponoszonych przez nas kosztów w związku ze Świadczeniami udzielanymi przez nas na podstawie Umowy.
4. Wzrost wartości usług i badań z zakresu Medycyny Pracy obliczany jest w oparciu o historię szkodowości danej Umowy oraz zmiany kosztów wynagrodzeń w sektorze ochrony zdrowia publikowanych przez GUS.
5. W propozycji zmiany kwot składających się na Składkę możemy podać wskaźnik wzrostu wartości usług i badań wchodzących w skład zakresu ubezpieczenia.
6. Propozycję zmiany Składki wyślemy na co najmniej 60 dni przed końcem Okresu ubezpieczenia.
7. Ubezpieczający informuje nas o swojej decyzji dotyczącej odnowienia Umowy na kolejny okres w terminie do 30 dni przed datą rozpoczęcia kolejnego rocznego Okresu ubezpieczenia. Jeżeli nie otrzymamy od Ubezpieczającego wniosku w formie pisemnej lub dokumentowej, Umowa wygaśnie z końcem bieżącego Okresu ubezpieczenia.
8. Możemy odmówić odnowienia Umowy na kolejny Okres ubezpieczenia. Decyzję przekażemy Ubezpieczającemu najpóźniej na 30 dni przed terminem odnowienia Umowy.
9. Umowa ulega zakończeniu:
   1) w dniu, w którym otrzymaliśmy odstąpienie od Umowy złożone w terminie wskazanym w OWU;
   2) w dniu rozwiązania Umowy;
   3) w ostatnim dniu okresu wypowiedzenia Umowy;
   4) w ostatnim dniu trwania Umowy, jeżeli Umowa nie została odnowiona na kolejny 12-miesięczny Okres ubezpieczenia.

§ 9 Kiedy Ubezpieczający może odstąpić od Umowy lub ją wypowiedzieć?

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia. W takim przypadku zwrócimy Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę w ciągu 14 dni od dnia otrzymania oświadczenia o odstąpieniu. Składka zostanie pomniejszona o należność za okres, w którym udzieliliśmy ochrony.
2. Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć Umowę w dowolnym momencie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Ubezpieczający może też wskazać inny, późniejszy termin. Wypowiedzenie należy wysłać w formie:
   1) pisemnej na adres: LUX MED Ubezpieczenia TUiR SA, ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa;
   2) elektronicznej na adres e-mail: wypowiedzenia@luxmedubezpieczenia.pl.

3. Jeżeli pierwsza Składka nie została zapłacona w terminie wskazanym na Polisie, możemy wypowiedzieć Umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty Składki za okres, przez który ponosiliśmy odpowiedzialność. W razie niewypowiedzenia przez nas Umowy wygaśnie ona z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona Składka.
4. Niezapłacenie w terminie Składki za drugi lub którykolwiek następny miesiąc Okresu ubezpieczenia może powodować ustanie naszej odpowiedzialności. Po upływie terminu zapłaty wezwiemy Ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje rozwiązanie Umowy.
5. Możemy wypowiedzieć Umowę z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia jedynie w przypadkach wskazanych w ustawie, a także z ważnych powodów określonych poniżej:
   1) popełnienia przez Ubezpieczającego w związku z zawarciem lub realizacją Umowy czynu zabronionego w rozumieniu art. 115 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny;
   2) uporczywe naruszanie przez Pracownika, Kandydata na pracownika lub Ubezpieczającego dóbr osobistych lub innych praw Ubezpieczyciela lub podmiotów lub osób, za pomocą których Ubezpieczyciel wykonuje Umowę, po uprzednim pisemnym wezwaniu Pracownika, Kandydata na pracownika lub Ubezpieczającego do zaniechania ww. naruszeń;
   3) powtarzające się naruszanie przez Pracownika, Kandydata na pracownika lub Ubezpieczającego regulaminów organizacyjnych Przychodni po uprzednim wezwaniu Pracownika, Kandydata na pracownika lub Ubezpieczającego do zaniechania ww. działań.
6. Zakończenie Umowy z jakiegokolwiek powodu przed planowanym końcem Okresu ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania Składki za okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej, w tym za miesięczny okres wypowiedzenia.

§ 10 Jaka jest wysokość składki i jak ją opłacić?

1. Wysokość Składki za Moduł Medycyna Pracy uzależniona jest od: liczby Pracowników zatrudnionych przez Ubezpieczającego oraz czynników ryzyk w miejscu pracy.
2. Wysokość Składki oraz częstotliwość i terminy jej płatności wskazane są w Polisie.
3. Składka jest opłacana przez Ubezpieczającego miesięcznie, o ile Umowa nie stanowi inaczej.
4. Składkę opłaca Ubezpieczający na rachunek bankowy wskazany w Polisie.
5. Za dzień opłacenia Składki uznaje się dzień wpływu całej należności na rachunek bankowy wskazany w Polisie. W przypadku, gdy wpłacona kwota jest niższa od należnej Składki, Składkę uważa się za niezapłaconą.

§ 11 Jakie mamy obowiązki wobec Ubezpieczającego?

1. Przekażemy Ubezpieczającemu OWU wraz z załącznikami przed zawarciem Umowy.
2. W ramach potwierdzenia zawarcia Umowy wystawimy i dostarczymy Polisę, a w przypadku zmian do Umowy wymagających zmian na Polisie dostarczymy aneks do Polisy.
3. Nie później niż w terminie 14 dni przed dokonaniem zmiany poinformujemy Ubezpieczającego o zmianie naszego adresu korespondencyjnego oraz o zmianie numeru infolinii, w ramach której Pracownik i Kandydat na pracownika może uzyskać informacje na temat Świadczeń.
4. Będziemy prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania wynikające z Umowy ubezpieczenia, w szczególności dotyczące realizacji Świadczeń.

§ 12 Jakie są obowiązki Ubezpieczającego wobec nas?

1. Ubezpieczający ma obowiązek podać wszystkie znane okoliczności oraz informacje, o które zapytamy przed zawarciem Umowy ubezpieczenia. Jeżeli zawarliśmy Umowę ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego na zadane pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, o które zapytaliśmy i o których nie zostaliśmy poinformowani przed zawarciem Umowy.
2. Ubezpieczający ma także obowiązek niezwłocznie poinformować nas, jeżeli dane podane przy zawarciu Umowy ubezpieczenia ulegną zmianie w czasie obowiązywania Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do:
   1) opłacania Składki w wysokości i terminach wskazanych w Polisie;
   2) poinformowania nas o zmianie swojej siedziby lub adresu korespondencyjnego nie później niż w terminie 14 dni przed dokonaniem zmiany;

3) zobowiązania Pracowników i Kandydatów na pracowników do przestrzegania zasad obowiązujących w Jednostkach służby medycyny pracy, stosowania się do poleceń ich personelu, przestrzegania uzgodnionych z Operatorem LUX MED terminów wykonania Świadczeń lub poinformowania Operatora LUX MED o rezygnacji ze Świadczenia z wyprzedzeniem, powstrzymywania się od wszelkich działań utrudniających lub uniemożliwiających udzielenie Świadczenia, a także do okazania dokumentu tożsamości ze zdjęciem przed realizacją Świadczenia.

§ 13 W jaki sposób można złożyć reklamację?

1. Reklamacje związane z oferowaniem, zawieraniem lub wykonywaniem Umowy mogą być zgłoszone przez poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego:
   1) na piśmie:
      a) w postaci elektronicznej:
         i. na adres e-mail;
         ii. za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej;
         iii. poprzez wysłanie na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy;
      b) w postaci papierowej:
         i. poprzez przesłanie pocztą tradycyjną;
         ii. poprzez osobiste dostarczenie pisemnej reklamacji;
   2) ustnie do spisywanego protokołu:
      a) poprzez zgłoszenie telefoniczne;
      b) poprzez osobistą wizytę w naszej siedzibie.

   Dane kontaktowe i adres strony internetowej do złożenia reklamacji znajdują się w Tabeli nr 1.
2. Reklamacja powinna być skierowana do nas i zawierać zwięzły opis nieprawidłowości, który pozwoli nam na zidentyfikowanie zdarzenia, którego reklamacja dotyczy i ustalenie wszystkich istotnych okoliczności.
3. Odpowiemy na reklamację maksymalnie w ciągu 30 dni od daty otrzymania reklamacji na piśmie w postaci:
   1) elektronicznej – w przypadku, gdy reklamacja została złożona w takiej formie, o ile osoba składająca reklamację nie wniosła o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej;
   2) papierowej – w przypadku, gdy reklamacja została złożona w takiej formie, o ile osoba składająca reklamację nie wniosła o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
   3) elektronicznej lub papierowej, zgodnie z wnioskiem osoby składającej reklamację – w przypadku, gdy reklamacja została złożona ustnie.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach możemy potrzebować więcej czasu na rozpatrzenie reklamacji. W takiej sytuacji przed upływem terminu na odpowiedź na reklamację:
   1) wyjaśnimy przyczynę opóźnienia;
   2) wskażemy okoliczności, które muszą zostać dodatkowo ustalone do rozpatrzenia sprawy;
   3) określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie będzie dłuższy niż 60 dni od daty otrzymania reklamacji.

§ 14 Postanowienia końcowe

1. Mając na uwadze standardy bezpieczeństwa medycznego, Jednostka służby medycyny pracy może udzielić Świadczenia określonemu pacjentowi z pierwszeństwem przed innym pacjentami.
2. Ubezpieczyciel w ramach Umowy i na czas jej trwania udostępnia Ubezpieczającemu Portal Klienta Grupowego, którego zakres funkcjonalności określa Regulamin.
3. Z chwilą podpisania Umowy Ubezpieczający akceptuje w pełni Regulamin Portalu Klienta Grupowego.
4. Ubezpieczający zobowiązuje się do bieżącego aktualizowania danych Użytkownika Portalu Klienta Grupowego wskazanych we Wniosku oraz jego uprawnień. Zmiany Użytkownika Portalu Klienta Grupowego Ubezpieczający dokonuje poprzez przekazanie do Ubezpieczyciela Formularza Ustanowienia Użytkownika Portalu.

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

5. OWU sporządzone są w języku polskim. Jakiekolwiek wersje językowe OWU inne niż polska mają wyłącznie charakter pomocniczy. Jedyną wiążącą wersją jest wersja OWU w języku polskim.
6. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w języku polskim. Jakiekolwiek wersje językowe Umowy i dokumentacji związanej z zawieraniem, wykonywaniem i rozwiązywaniem Umowy inne niż polskie mają wyłącznie charakter pomocniczy. Jedynymi wiążącymi wersjami tych dokumentów są wersje w języku polskim.
7. Prawem właściwym stanowiącym podstawę stosunków między nami a Ubezpieczającym przed zawarciem Umowy ubezpieczenia oraz prawem właściwym do zawarcia i wykonywania tej Umowy ubezpieczenia oraz rozwiązywania ewentualnych sporów z nią związanych jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie przepisy prawa powszechnie obowiązującego na terytorium Polski.
8. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego.
9. Kierowane do nas wnioski, oświadczenia i powiadomienia, które dotyczą realizacji Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie tych OWU, mogą być składane w postaci:
   1) papierowej – wysyłając je pocztą tradycyjną;
   2) elektronicznej – wysyłając je pocztą elektroniczną.

   Dane kontaktowe znajdują się w Tabeli nr 1.
10. Wszelkie zmiany Umowy wymagają formy pisemnej, elektronicznej lub dokumentowej pod rygorem nieważności.
11. Roszczenia z tytułu Świadczeń wynikających z Umowy nie mogą być przedmiotem cesji w rozumieniu przepisów art. 509 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, ani zastawu w rozumieniu art. 327 Kodeksu cywilnego.
12. Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

***

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Grupowego (KOD O/GR/02/26/2026/00) zostały zatwierdzone uchwałą zarządu Ubezpieczyciela nr 3 z dnia 4 lutego 2026 roku i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych z datą 1 marca 2026 roku lub późniejszą.

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowego - Kod O/GR/02/26/2026/00

Spis treści

CZĘŚĆ I: ŚWIADCZENIA SZPITALNE **2**
Wariant: Opieka Ortopedyczna 2
§ 1 Hospitalizacja 2
Wariant: Opieka Ortopedyczna Plus **2**
§ 1 Hospitalizacja 2
§ 2 Opieka doraźna 2
Wariant: Opieka w Chorobie **3**
§ 1 Hospitalizacja 3
Wariant: Pełna Opieka **10**
§ 1 Hospitalizacja 10
§ 2 Opieka doraźna 13
§ 3 Konsultacje psychologiczne 13
§ 4 Świadczenia położniczo-neonatologiczne 13
CZĘŚĆ II: DODATKOWE ŚWIADCZENIA SZPITALNE **14**
§ 1 Opieka medyczna przed Hospitalizacją 14
§ 2 Opieka medyczna po Hospitalizacji 14
§ 3 Rehabilitacja 14
CZĘŚĆ III: SZPITALNY PRZEGLĄD ZDROWIA 15
CZĘŚĆ IV: KOORDYNACJA SZPITALNA 16

ZAKRES ŚWIADCZEŃ W RAMACH MODUŁU LECZENIE SZPITALNE DLA GŁÓWNEGO UBEZPIECZONEGO, PARTNERA ORAZ DZIECKA PEŁNOLETNIEGO.

CZĘŚĆ I: ŚWIADCZENIA SZPITALNE

Wariant: Opieka Ortopedyczna

§ 1 Hospitalizacja

1. Oferujemy Hospitalizację planową spowodowaną Nieszczęśliwym wypadkiem w zakresie ortopedii (potwierdzoną skierowaniem na zabieg lub operację będącymi konsekwencją urazu. Skierowanie powinno być wystawione w okresie do 90 dni od wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku):
   1) obejmuje zabiegi operacyjne ortopedyczne, w tym:
      a) endoprotezy i ortopedyczne materiały zespalające;
      b) implant własny, od dawcy lub syntetyczny przy rekonstrukcji więzadeł, łąkotek;
   2) nie obejmuje:
      a) wydłużania kończyn;
      b) zabiegów osseointegracji;
      c) operacji kręgosłupa.

Wariant: Opieka Ortopedyczna Plus

§ 1 Hospitalizacja

1. Oferujemy Hospitalizację pilną oraz Hospitalizację planową w zakresie ortopedii:
   1) obejmuje zabiegi operacyjne ortopedyczne, w tym:
      a) endoprotezy i ortopedyczne materiały zespalające;
      b) implant własny, od dawcy lub syntetyczny przy rekonstrukcji więzadeł, łąkotek;
   2) nie obejmuje:
      a) wydłużania kończyn;
      b) zabiegów osseointegracji;
      c) operacji kręgosłupa.

§ 2 Opieka doraźna

1. Usługi w ramach Opieki doraźnej są dostępne pod warunkiem, że Koordynator opieki szpitalnej potwierdzi, że są one konieczne i właściwe z medycznego punktu widzenia.
2. W ramach Opieki doraźnej oferujemy, w zależności od wskazań medycznych oraz od zakresu dostępnych usług w danej lokalizacji:
   1) interwencję zespołu ratownictwa medycznego;
   2) udzielenie niezbędnej pomocy medycznej w Przychodni lub Szpitalu wskazanym przez nas;
   3) wydanie zaleceń odnośnie dalszego trybu postępowania zachowawczego;
   4) skierowanie i transport do szpitala w przypadku wskazań medycznych;
   5) organizację do 3 wizyt kontrolnych jako kontynuację procesu leczniczego mającego bezpośredni związek z usługami zrealizowanymi w ramach Opieki doraźnej;
   6) badania obrazowe niezbędne do monitorowania przebiegu postępów rekonwalescencji, mającej bezpośredni związek z usługami zrealizowanymi w ramach Opieki doraźnej.

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

Lista Szpitali świadczących usługi w ramach Opieki doraźnej wskazana jest na stronie https://ubezpieczenia-luxmed.pl/przychodnie-i-szpitale.

3. W ramach świadczenia oferujemy również zgodnie z zaleceniami Lekarza środki specjalne, takie jak temblaki, ortezy (z wyłączeniem ortez typu iWalk) oraz kule. Środki te zostaną wydane przez Szpital przeprowadzający Opiekę doraźną lub w przypadku ich braku na stanie Szpitala Ubezpieczony ma prawo do ich samodzielnego zakupu. W takim przypadku zostanie dokonany zwrot kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego na podstawie przedstawionych nam imiennych faktur.
4. Opieka doraźna nie zastępuje pomocy udzielanej w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Operator ma prawo skierować Ubezpieczonego do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności, jeżeli stan zdrowia i bezpieczeństwo medyczne będzie tego wymagało.
5. Nasza odpowiedzialność w zakresie Opieki doraźnej nie obejmuje wizyt domowych oraz sytuacji zdrowotnych, w których każde opóźnienie w udzieleniu pomocy medycznej, dostępnej w najbliższym podmiocie leczniczym, niesie bezpośrednie zagrożenie dla życia Ubezpieczonego. W szczególności dotyczy to: utraty przytomności; wstrząsu anafilaktycznego; zadławienia; stanu padaczkowego; ostrych i nasilonych reakcji uczuleniowych będących efektem ukąszenia czy użądlenia przez jadowite zwierzęta; zatrucia lekami, środkami chemicznymi lub gazami; porażenia prądem; podtopienia; dokonanej próby samobójczej; upadku z dużej wysokości; rozległej rany będącej efektem urazu, w tym urazowe amputacje kończyn lub elementów kończyn; urazów wielonarządowych; nagłych zaburzeń narządu wzroku lub słuchu; urazów twarzowo–czaszkowych.
6. Ust. 4 nie zwalnia Operatora z udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenia życia lub zdrowia, wynikającego z art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Wariant: Opieka w Chorobie

§ 1 Hospitalizacja

1. Oferujemy Hospitalizację planową w zakresie Chorób wymienionych w Tabeli nr. 1.
2. Świadczenia nie obejmują leczenia w trybie pilnym w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.

Tabela nr 1: Wykaz Chorób objętych ochroną ubezpieczeniową:

Obszar	Szczegółowy kod ICD-10	W rozumieniu niniejszego wariantu Opieka w Chorobie, przez poniższe definicje rozumie się:
Chirurgia ogólna	K44.9	**Przepuklina przeponowa** to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej w worku przepuklinowym do klatki piersiowej przez otwór w przeponie. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przepukliny przeponowej bez niedrożności lub zgorzeli obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym, w tym użycie siatek polipropylenowych.
Chirurgia ogólna	K42.9	**Przepuklina pępkowa** to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej przez otwarty pierścień pępkowy. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przepukliny pępkowej bez niedrożności lub zgorzeli obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym, w tym użycie siatek polipropylenowych.
Chirurgia ogólna	K43.9	**Przepuklina brzuszna** to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej w worku przepuklinowym poza jej ścianę. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przepukliny brzusznej bez niedrożności lub zgorzeli obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym, w tym użycie siatek polipropylenowych.
Chirurgia ogólna	K40.9	**Przepuklina pachwinowa jednostronna** to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej w worku przepuklinowym poza jej ścianę w okolicę pachwiny i kanału pachwinowego jednostronnie. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie jednostronnej przepukliny pachwinowej, bez niedrożności lub zgorzeli obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym, w tym użycie siatek polipropylenowych.
Chirurgia ogólna	K40.2	**Przepuklina pachwinowa obustronna** to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej w worku przepuklinowym poza jej ścianę w okolicę

		pachwiny i kanału pachwinowego obustronnie. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie obustronnej przepukliny pachwinowej, bez niedrożności lub zgorzeli obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym, w tym użycie siatek polipropylenowych.
Chirurgia ogólna	K41.2	**Przepuklina udowa obustronna** to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej w worku przepuklinowym poza jej ścianę przez kanał udowy obustronnie. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie obustronnej przepukliny udowej, bez niedrożności lub zgorzeli obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym, w tym użycie siatek polipropylenowych.
Chirurgia ogólna	K41.9	**Przepuklina udowa jednostronna** to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej w worku przepuklinowym poza jej ścianę przez kanał udowy jednostronnie. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie jednostronnej lub nieokreślonej przepukliny udowej bez niedrożności lub zgorzeli obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym, w tym użycie siatek polipropylenowych.
Chirurgia ogólna	E 04.0 E04.1 E04.2 E04.8	**Wole tarczycy** to objaw choroby tarczycy, w którym najczęściej dochodzi do jej powiększenia lub obecności guzków. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie wola nietoksycznego rozlanego, guzka tarczycy pojedynczego, wola wieloguzkowego tarczycy oraz innego określonego wola obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	E21.0 E21.1 E21.2 E21.4	**Nadczynność przytarczyc** to nadmierne wydzielanie parathormonu (PTH) przez komórki przytarczyc, które zaburza gospodarkę wapniową. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie nadczynności pierwotnej, wtórnej, innej oraz innych określonych chorób przytarczyc obejmujące leczenie operacyjnie odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	I84.0 I84.2 I84.3 I84.5 I84.6 I84.9	**Guzy krwawnicze odbytu (żylaki odbytu, choroba hemoroidalna)** to powiększenie jamistych, tętniczo-żylnych struktur w kanale odbytu zwanych guzkami krwawniczymi. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie żylaków odbytu wewnętrznych oraz zewnętrznych zarówno zakrzepowych jak i bez innych powikłań obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K25.7	**Wrzód żołądka** to powtarzające się trawienne wrzody (ograniczone ubytki błony śluzowej z naciekiem zapalnym i martwicą) występujące w żołądku. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie wrzodów żołądka obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K28.7	**Wrzód żołądka i jelita czczego** to powtarzające się trawienne wrzody (ograniczone ubytki błony śluzowej z naciekiem zapalnym i martwicą) występujące w żołądku i jelicie czczym. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie wrzodów obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K26.7	**Wrzód dwunastnicy** to powtarzające się trawienne wrzody (ograniczone ubytki błony śluzowej z naciekiem zapalnym i martwicą) występujące w dwunastnicy. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

		wrzodów dwunastnicy obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K57.1 K57.3 K57.5 K57.9	**Choroba uchyłkowa (uchyłki) jelit** to uwypuklenia błony śluzowej jelit na zewnątrz ich ściany. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie choroby uchyłkowej jelita cienkiego lub jelita grubego bez objawów ostrego zapalenia, przedziurawienia lub ropnia obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K63.5	**Polip jelita grubego** to rozrost łagodny błony śluzowej w kształcie uwypuklenia do światła jelita. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie polipów uszypułowanych lub nieuszypułowanych okrężnicy obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K50.0 K50.1 K50.8	**Choroba Leśniowskiego i Crohna (ChLC)** to pełnościenne zapalenie przewodu pokarmowego z charakterystycznymi zapalnymi zmianami odcinkowymi. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie zapalenia dotyczącego jelita cienkiego i grubego obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K51.0 K51.1 K51.2 K51.3 K51.8 K51.9	**Wrzodziejące zapalenie jelita** to zapalenie błony śluzowej przewodu pokarmowego pod postacią nadżerek lub owrzodzeń w cięższych przypadkach. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie zapalenia jelita cienkiego i grubego, krętego i grubego, prostnicy, prostnicy i esicy, innego i nieokreślonego zapalenia jelita grubego obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K80.2 K80.5	**Kamica żółciowa** to stan, w którym w pęcherzyku żółciowym i/lub drogach żółciowych występują nierozpuszczalne złogi zbudowane z substancji chemicznych, które znajdują się w żółci. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie kamicy żółciowej bez objawów ostrego zapalenia obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym, w tym użycie stentów przewodu żółciowego w zwężeniach dróg żółciowych.
Chirurgia ogólna	K81.1	**Zapalenie pęcherzyka żółciowego** to stan zapalny pęcherzyka żółciowego spowodowany przede wszystkim kamicą żółciową. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przewlekłego zapalenie pęcherzyka żółciowego bez objawów ostrego zapalenia obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym, w tym użycie stentów przewodu żółciowego w zwężeniach dróg żółciowych.
Chirurgia naczyniowa	I83.9	**Żylaki kończyn dolnych** to wydłużenie i poszerzenie żyły, które prowadzi do jej krętego przebiegu. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie żylaków kończyn dolnych bez owrzodzenia i zapalenia obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym. Dodatkowo nie obejmuje pajączków żylnych tzw. teleangiektazji i żylaków siatkowatych.
Okulistyka	H26.0 H26.1 H26.2	**Zaćma** to zmętnienie soczewki, powodujące pogorszenie ostrości widzenia. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie zaćmy dziecięcej, młodzieńczej i przedstarczej, urazowej, wikłającej, polekowej oraz stanów po zaćmie i innych określonych i nieokreślonych postaci zaćmy obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w

	H26.3 H26.4 H26.8 H26.9	trybie planowym, w tym wszczepienie soczewek korygujących podczas jednoczasowej operacji zaćmy.
Okulistyka	H40.1 H40.2 H40.3 H40.4 H40.5 H40.6 H40.8 H40.9	**Jaskra** to postępujące uszkodzenie nerwu wzrokowego w wyniku wysokiego ciśnienia wewnątrzgałkowego, które prowadzi do ubytków w polu widzenia lub utraty wzroku. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie jaskry pierwotnej z otwartym i zamkniętym kątem przesączania, wtórnej oraz innych i nieokreślonych postacie jaskry obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Okulistyka	H00.0	**Jęczmień** to zapalenie bakteryjne (gronkowcowe) mieszka włosowego rzęsy. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie ropni powiek i czyraków powiek obejmujące leczenie zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Okulistyka	H00.1	**Gradówka** to jałowe zapalenie brzegu powiek. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie gradówki obejmujące leczenie zabiegowego odbywające się w trybie planowym.
Laryngologia	J35.0 J35.1 J35.2 J35.3	**Przerost migdałków** to przewlekłe powiększenie się migdałków. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przerostu migdałków podniebiennych, gardłowego, przewlekłego zapalenia migdałków, innych przewlekłych chorób migdałków obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Laryngologia	J34.2	**Skrzywienie przegrody nosowej** to zniekształcenie w obrębie jej sztywnego obramowania kostnego. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie skrzywienia obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Laryngologia	J34.3	**Przerost małżowin nosowych** to stan, w którym dochodzi do ich przewlekłego powiększenia. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przerostu małżowin, obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Laryngologia	J32.0 J32.1 J32.2 J32.3 J32.4 J32.8	**Przewlekłe zapalenie zatok** to stan zapalny zatok trwający ponad 12 tygodni przy miernym nasileniu objawów takich jak: niedrożność/zatkanie/przekrwienie nosa, wydzielina z nosa, ból twarzy/rozpieranie, osłabienie lub utrata węchu. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przewlekłego zapalenia zatok szczękowych, czołowych, klinowych, komórek sitowych lub innych i nieokreślonych obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

	J32.9	
Laryngologia	J33.0 J33.1 J33.8 J33.9	**Polipy nosa i zatok** to rozrost łagodny błony śluzowej przewodów nosowych oraz zatok przynosowych, w kształcie uwypuklenia. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie polipów jamy nosowej, zatok oraz nieokreślonych polipów nosa obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Urologia	I86.1	**Żylaki powrózka nasiennego** to poszerzenie naczyń żylnych w górnym biegunie jądra. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie żylaków obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Urologia	N20.0 N20.1 N20.2	**Kamica nerki i moczowodu** to obecność złogów, które powstały w wyniku wytrącania się substancji chemicznych zawartych w moczu. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie kamicy nerki i moczowodu obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym, w tym użycie stentu moczowodowego (Double - J).
Urologia	N21.0 N21.1	**Kamica pęcherza moczowego i kamień w cewce moczowej** to obecność złogów, które powstały w wyniku wytrącania się substancji chemicznych zawartych w moczu. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie kamicy pęcherza moczowego i kamienia w cewce moczowej obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Urologia	N28.1	**Torbiele nerek** to przestrzenie w obrębie miąższu nerki wypełnione płynem, powstałe w wyniku poszerzenia cewek nerkowych, swoim wyglądem przypominające pęcherzyki. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie torbieli obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Urologia	N28.8	**Torbiele ujścia moczowodu** to poszerzenie odcinka moczowodu pod postacią rozdęcia tuż powyżej zwężenia moczowodu przy ujściu do pęcherza. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie torbieli obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Urologia	N35.0 N35.1 N35.8 N35.9	**Zwężenie cewki moczowej** to stan, w którym dochodzi do zmniejszenia światła cewki w wyniku stanów chorobowych lub urazów. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie zwężenia pourazowego, pozapalnego, innego i nieokreślonego obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Urologia	N40.1 N40.3 N40.6	**Przerost gruczołu krokowego** to powiększenie stercza o charakterze łagodnym. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie rozrostu, przerostu, powiększenia gruczołu obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Ginekologia	N84.0 N84.1 N84.2 N84.3 N84.8	**Polipy żeńskich narządów rodnych** to rozrost łagodny ich błony śluzowej w kształcie uwypuklenia powyżej jej poziomu. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie polipów trzonu macicy, szyjki macicy, pochwy, sromu oraz innych części żeńskiego narządu rodnego i nieokreślonych obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

	N84.9	
Ginekologia	N81.1 N81.2 N81.3	**Wypadanie żeńskiego narządu rodnego** to zmiana położenia narządów miednicy, poniżej ich prawidłowego umiejscowienia, które skutkuje wypadaniem pochwy lub szyjki macicy lub macicy. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie wypadania macicy, pochwy zarówno częściowe jak i całkowite oraz dodatkowo obniżenie pęcherza moczowego obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym.
Ginekologia	D25.0 D25.1 D25.2 D25.9	**Mięśniaki** to nowotwory niezłośliwe macicy pochodzące z tkanki mięśniowej gładkiej, która buduje mięsień macicy. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie mięśniaków podśluzówkowych, śródściennych, surowiczych i nieokreślonych obejmujące leczenie operacyjnie odbywające się w trybie planowym.
Ginekologia	N75.0 N75.1	**Torbiel lub ropień gruczołu Bartholina** to zmiany powstałe w przebiegu jego stanu zapalnego wywołanego przez bakterie. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie torbieli oraz ropnia gruczołu obejmujące leczenie operacyjnie lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Ginekologia	N80.0 N80.1 N80.2 N80.3 N80.4 N80.5 N80.6 N80.8 N80.9	**Endometrioza (Gruczolistość)** to nieprawidłowe występowanie komórek błony śluzowej trzonu macicy (endometrium) poza właściwą strukturą jaką jest jama macicy. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie endometriozy macicy, jajnika, jajowodu, miednicy mniejszej, przegrody odbytniczo-pochwowej, pochwy, jelita, blizny skórnej, innych lokalizacji i nieokreślonej obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Ginekologia	N82.0 N82.1 N82.2 N82.3 N82.4 N82.5 N82.8 N82.9	**Przetoki żeńskich narządów rodnych** to nieprawidłowe połączenie narządu rodnego z innym narządem, które powstało na skutek procesów chorobowych, również urazów. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przetoki pęcherzowo-pochwowej, między pochwą a jelitem cienkim, między pochwą a jelitem grubym, między żeńskim układem rozrodczym a skórą oraz innej przetoki między żeńskim układem rozrodczym a układem moczowym, jelitami obejmujące leczenie operacyjnie odbywające się w trybie planowym.
Ginekologia	N83.0 N83.1 N83.2 N83.6	**Torbiel jajnika lub torbiel jajowodu** to występowanie w obrębie jajnika lub jajowodu nieprawidłowej przestrzeni z płynną treścią, otoczonej ścianą. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie pęcherzykowej torbieli jajnika, torbieli ciałka żółtego, innej i nieokreślonej torbieli jajnikowej oraz krwiaka jajowodu i innej i nieokreślonej torbieli

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

	N83.8	jajowodu obejmujących leczenie operacyjnie odbywające się w trybie planowym.
Ginekologia	N39.3 N39.4	**Nietrzymanie moczu** to niekontrolowane, niezależne od woli/świadomej decyzji danej osoby, oddawanie moczu z pęcherza moczowego. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie nietrzymania moczu wysiłkowego oraz innego określonego nietrzymania moczu obejmujące leczenie operacyjnie odbywające się w trybie planowym, w tym wszczepienie syntetycznej taśmy podcewkowej w nietrzymaniu moczu.
Kardiologia inwazyjna	I25.0	**Przewlekła choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa)** to przewlekłe stany niedokrwienia mięśnia sercowego na tle przewężenia tętnic wieńcowych. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie stanów niedokrwienia mięśnia sercowego obejmujące koronarografię i leczenie zabiegowe (angioplastyka obejmuje stenty wieńcowe typu DES, BMS) odbywające się w trybie planowym.
Kardiologia inwazyjna	I47.1 I47.2	**Częstoskurcz napadowy** to każdy nieutrwalony rytm serca o częstotliwości >100/min. W zakresie umowy zrealizujemy wyłączenie leczenie częstoskurczu napadowego nadkomorowego i komorowego obejmujące leczenie zabiegowe (ablacja) odbywające się w trybie planowym.
Kardiologia inwazyjna	I48.0 I48.1 I48.3	**Migotanie przedsionków** to nieskoordynowane pobudzenie przedsionków serca objawiające się szybką, niemiarową czynnością serca, często powodującą uczucie kołatania w klatce piersiowej. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie migotania napadowego, przetrwałego, utrwalonego, typowego, atypowego oraz nieokreślonego obejmujące leczenie zabiegowe (ablacja) i odbywające się w trybie planowym.
Neurochirurgia kręgosłupa	M51.1 M51.2 M51.3 M51.4 M51.8	**Dyskopatia** to zmiany zwyrodnieniowe rozwijające się w obrębie krążka międzykręgowego z uwypukleniem jądra miażdżystego. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie zabiegowe krążków międzykręgowych piersiowych, lędźwiowo-krzyżowych i oraz termolezję nerwów rdzeniowych okolicy lędźwiowej, bez ingerencji w ośrodkowy układ nerwowy i odbywające się w trybie planowym. Zakres obejmuje ruchome lub sztywne implanty krążka międzykręgowego (metalowe lub z materiału typu PEEK oraz implant żelowy), implanty międzywyrostkowe przy leczeniu rwy kulszowej lub usunięciu krążka międzykręgowego, termolezję.
Neurochirurgia kręgosłupa	M47.8	**Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa** to zużycie i zniekształcenie kręgów i stawów międzykręgowych. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie operacyjne krążków międzykręgowych szyjnych, piersiowych, lędźwiowo-krzyżowych bez ingerencji w ośrodkowy układ nerwowy i odbywające się w trybie planowym. Zakres obejmuje ruchome lub sztywne implanty krążka międzykręgowego (metalowe lub z materiału typu PEEK oraz implant żelowy), implanty międzywyrostkowe przy leczeniu rwy kulszowej lub usunięciu krążka międzykręgowego, termolezję.
Neurochirurgia kręgosłupa	M50.2 M50.3 M50.8	**Dyskopatia** to zmiany zwyrodnieniowe rozwijające się w obrębie krążka międzykręgowego z uwypukleniem jądra miażdżystego. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie operacyjne krążków międzykręgowych szyjnych, bez ingerencji w ośrodkowy układ nerwowy i odbywające się w trybie planowym. Zakres obejmuje ruchome lub sztywne implanty krążka międzykręgowego (metalowe lub z materiału typu PEEK oraz implant żelowy), implanty międzywyrostkowe przy leczeniu rwy kulszowej lub usunięciu krążka międzykręgowego, termolezję.

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

Neurochirurgia kręgosłupa	M48.0	**Zespół wąskiego kanału kręgowego** to zespół objawów neurologicznych, powstających wskutek uszkodzenia włókien korzeni nerwowych biegnących w kanale kręgowym tworzących ogon koński wskutek dyskopatii. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie operacyjne krążków międzykręgowych lędźwiowo-krzyżowych, bez ingerencji w ośrodkowy układ nerwowy i odbywające się w trybie planowym. Zakres obejmuje ruchome lub sztywne implanty krążka międzykręgowego (metalowe lub z materiału typu PEEK oraz implant żelowy), implanty międzywyrostkowe przy leczeniu rwy kulszowej lub usunięciu krążka międzykręgowego, termolezję.
Neurochirurgia kręgosłupa	M54.3	**Rwa kulszowa** to zespół bólowy wywodzący się najczęściej z dolnej części kręgosłupa wywoływany przez ucisk wywierany na nerw kulszowy lub tworzące go nerwy rdzeniowe. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie operacyjne krążków międzykręgowych lędźwiowo-krzyżowych w tym termolezję nerwów rdzeniowych okolicy lędźwiowej, bez ingerencji w ośrodkowy układ nerwowy i odbywające się w trybie planowym. Zakres obejmuje ruchome lub sztywne implanty krążka międzykręgowego (metalowe lub z materiału typu PEEK oraz implant żelowy), implanty międzywyrostkowe przy leczeniu rwy kulszowej lub usunięciu krążka międzykręgowego, termolezję.

Wariant: Pełna Opieka

§ 1 Hospitalizacja

Oferujemy Hospitalizację pilną oraz Hospitalizację planową w zakresie następujących obszarów medycznych:

1. **Diagnostyka i leczenie w ramach oddziału zachowawczego**
   1) obejmuje pobyt oraz przeprowadzenie diagnostyki i leczenia stanów chorobowych w oddziałach: chorób wewnętrznych, kardiologii, pulmonologii, alergologii, neurologii, diabetologii, gastroenterologii, dermatologii, endokrynologii oraz nefrologii;
   2) nie obejmuje:
      a) programów lekowych wskazanych w aktualnie obowiązującym obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych jako świadczenie gwarantowane, które odbywa się z zastosowaniem innowacyjnych, kosztownych substancji czynnych, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń gwarantowanych;
      b) usuwania znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków oraz kępek żółtych;
      c) Hospitalizacji w celu planowanego zastosowania terapii farmakologicznej chorób przewlekłych;
      d) diagnostyki i leczenia następstw udarów;
      e) przewlekłego leczenia nerkozastępczego, realizowanego poza okresem niezbędnej Hospitalizacji mieszczącej się w zakresie Umowy.
2. **Ortopedia**
   1) obejmuje zabiegi operacyjne ortopedyczne, w tym:
      a) endoprotezy i ortopedyczne materiały zespalające;
      b) implant własny, od dawcy lub syntetyczny przy rekonstrukcji więzadeł, łąkotek;
   2) nie obejmuje:
      a) wydłużania kończyn;
      b) zabiegów osseointegracji;
      c) operacji kręgosłupa.
3. **Chirurgia ogólna**
   1) obejmuje zabiegi operacyjne z zakresu chirurgii ogólnej w tym:
      a) użycie siatek polipropylenowych w przepuklinach;
      b) użycie stentów przewodu żółciowego w zwężeniach dróg żołciowych;

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

2) nie obejmuje:
   a) chirurgicznego leczenia otyłości;
   b) zabiegów chirurgicznych klatki piersiowej (tj. torakochirurgiczych);
   c) usuwania znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków oraz kępek żółtych.

4. **Chirurgia bariatryczna**
   1) obejmuje chirurgiczne leczenie otyłości po łącznym spełnieniu kryteriów kwalifikacyjnych do operacji:
      a) wskaźnik masy ciała BMI: ≥ 40 kg/m² bez względu na obecność chorób współistniejących lub ≥ 35 kg/m² w przypadku współistnienia chorób związanych z otyłością;
      b) wiek pacjenta: 18–65 lat;
      c) współistnienie co najmniej 2 chorób związanych z otyłością, obejmujących: cukrzycę typu 2, nadciśnienie tętnicze, obturacyjny bezdech senny, niewydolność serca z udokumentowaną nieskutecznością ich leczenia, dla której chirurgiczna redukcja masy ciała jest jedyną terapeutyczną możliwością poprawy tej skuteczności;
      d) potwierdzony w dokumentacji 2 letni brak skutecznego leczenia zachowawczego tj. nie osiągnięto zmiany stylu życia oraz brak efektów leczenie farmakologicznego, których celem było ograniczenie otyłości i ich następstw;
      e) gotowość pacjenta do współpracy i zmiany stylu życia, w tym potwierdzona w dokumentacji medycznej redukcja masy ciała o co najmniej 10% wartości pierwotnej masy ciała, ale nie mniej niż 10 kg przed planowaną operacją bariatryczną;
      f) brak przeciwwskazań do zabiegu;
   2) nie obejmuje innych metod leczenia otyłości niż laparoskopowa rękawowa resekcja żołądka oraz laparoskopowe ominięcie żołądkowe typu Roux-en-Y.

5. **Chirurgia naczyniowa**
   1) obejmuje zabiegi operacyjne na żyłach i tętnicach obwodowych, w tym stenty naczyniowe obwodowe;
   2) nie obejmuje:
      a) zabiegów operacyjnych wykonywanych w krążeniu pozaustrojowym;
      b) operacji tętniaków i malformacji naczyniowych;
      c) zabiegów embolizacji zmian patologicznych;
      d) zabiegów na naczyniach wewnątrzczaszkowych.

6. **Ginekologia**
   1) obejmuje zabiegi operacyjne z zakresu ginekologii, w tym:
      a) wszczepienie syntetycznej taśmy podcewkowej w nietrzymaniu moczu;
      b) chirurgię robotyczną raka trzonu macicy;
   2) nie obejmuje:
      a) diagnostyki i leczenia zaburzeń płodności kobiecej oraz wspomaganego rozrodu;
      b) usuwania znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków.

7. **Laryngologia**
   1) obejmuje zabiegi laryngologiczne;
   2) nie obejmuje:
      a) zabiegów wymagających asysty neurochirurgicznej;
      b) leczenia następstw urazów twarzowo-czaszkowych, w szczególności zabiegów rekonstrukcyjnych twarzoczaszki.

8. **Urologia**
   1) obejmuje zabiegi z zakresu urologii, w tym:
      a) chirurgię robotyczną gruczołu krokowego oraz nerki;
      b) użycie stentu moczowodowego (Double -J);
      c) w tym wszczepienie syntetycznej taśmy podcewkowej w nietrzymaniu moczu u mężczyzn z powodu usunięcia gruczołu krokowego;
   2) nie obejmuje:
      a) zabiegów pobrania lub wszczepienia nerki, przewlekłego leczenia nerkozastępczego realizowanego poza okresem niezbędnej Hospitalizacji mieszczącej się w zakresie Umowy;
      b) zabiegów urologicznych powiązanych z korekcją wielkości lub kształtu narządów płciowych;

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

c) leczenia zaburzeń płodności oraz zaburzeń erekcji;

d) wazektomii, rewazektomii.

9. **Okulistyka**

1) obejmuje zabiegi okulistyczne, w tym wszczepienie soczewek korygujących podczas jednoczasowej operacji zaćmy;

2) nie obejmuje:

a) korekty chirurgicznej wad wzroku (np. laserowa korekta wad wzroku;

b) zabiegów przeszczepu rogówki;

c) leczenia operacyjnego stożka rogówki;

d) usuwania znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków oraz kępek żółtych.

10. **Neurochirurgia kręgosłupa**

1) obejmuje zabiegi neurochirurgiczne krążków kręgosłupa, w tym:

a) ruchome lub sztywne implanty krążka międzykręgowego (metalowe lub z materiału typu PEEK oraz implant żelowy);

b) implanty międzywyrostkowe przy leczeniu rwy kulszowej lub usunięciu krążka międzykręgowego;

c) termolezję;

2) nie obejmuje:

a) leczenia wtórnych i pierwotnych skolioz kręgosłupa;

b) zabiegów operacyjnych dotyczących trzech i więcej krążków międzykręgowych;

c) zabiegów neurochirurgicznych dotyczących mózgowia i czaszki;

d) zabiegów na rdzeniu kręgowym i korzeniach nerwowych;

e) zabiegów dotyczących złamań kręgosłupa.

11. **Chirurgia onkologiczna**

1) obejmuje:

a) leczenie chirurgiczne zmian nowotworowych, w tym: plastyczną rekonstrukcję piersi po mastektomii i usuwanie guzków, zmian skórnych i/lub podskórnych większych niż 2 cm;

b) zabiegi profilaktyczne ze wskazań onkologicznych obejmujące owariektomię i mastektomię z plastyczną rekonstrukcją piersi;

c) chirurgię robotyczną raka prostaty oraz raka trzonu macicy;

2) nie obejmuje:

a) rozległych zabiegów operacyjnych nowotworów głowy i szyi, w tym w szczególności krtani;

b) terapii systemowych (chemioterapii, immunoterapii, CAR-T i innych) oraz radioterapii onkologicznej, jako leczenia izolowanego lub jako elementu leczenia skojarzonego;

c) leczenia zmian nowotworowych mózgowia, płuc, nowotworów hematologicznych;

d) rekonstrukcji piersi w przypadku przeciwwskazań medycznych do wykonania takiego zabiegu.

Oferujemy **tylko Hospitalizację planową** w odniesieniu do następującego obszaru medycznego:

12. **Kardiologia inwazyjna**

1) obejmuje planowe zabiegi z zakresu kardiologii inwazyjnej, w tym:

a) stenty wieńcowe typu DES, BMS;

b) niezbędne w okresie pozabiegowym pobyty w warunkach oddziału intensywnej terapii (Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego);

2) nie obejmuje:

a) leczenia ostrych zespołów wieńcowych, według aktualnych kryteriów rozpoznania Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego;

b) operacji kardiochirurgicznych;

c) implantacji kardiostymulatorów, zastawek serca, kardiowerterów-defibrylatorów (ICD) i urządzeń o analogicznej lub zbliżonej funkcji.

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

§ 2 Opieka doraźna

1. Usługi w ramach Opieki doraźnej są dostępne pod warunkiem, że Koordynator opieki szpitalnej potwierdzi, że są one konieczne i właściwe z medycznego punktu widzenia.
2. W ramach Opieki doraźnej oferujemy, w zależności od wskazań medycznych oraz od zakresu dostępnych usług w danej lokalizacji:
   1) interwencję zespołu ratownictwa medycznego;
   2) udzielenie niezbędnej pomocy medycznej w Przychodni lub Szpitalu wskazanym przez nas;
   3) wydanie zaleceń odnośnie dalszego trybu postępowania zachowawczego;
   4) skierowanie i transport do szpitala – w przypadku wskazań medycznych;
   5) organizację do 3 wizyt lekarskich jako kontynuację procesu leczniczego i mającego bezpośredni związek z usługami zrealizowanymi w ramach Opieki doraźnej;
   6) badania obrazowe niezbędne do monitorowania przebiegu postępów rekonwalescencji mającej bezpośredni związek z usługami zrealizowanymi w ramach Opieki doraźnej.

   Lista Szpitali świadczących usługi w ramach Opieki doraźnej wskazana jest na stronie https://ubezpieczenia-luxmed.pl/przychodnie-i-szpitale.
3. W ramach świadczenia oferujemy również zgodnie z zaleceniami Lekarza środki specjalne, takie jak temblaki, ortezy (z wyłączeniem ortez typu iWalk) oraz kule. Środki te zostaną wydane przez Szpital przeprowadzający Opiekę doraźną lub w przypadku ich braku na stanie Szpitala Ubezpieczony ma prawo do ich samodzielnego zakupu. W takim przypadku zostanie dokonany zwrot kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego na podstawie przedstawionych nam imiennych faktur.
4. Opieka doraźna nie zastępuje pomocy udzielanej w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Operator ma prawo skierować Ubezpieczonego do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności, jeżeli stan zdrowia i bezpieczeństwo medyczne będzie tego wymagało.
5. Nasza odpowiedzialność w zakresie Opieki doraźnej nie obejmuje wizyt domowych oraz sytuacji zdrowotnych, w których każde opóźnienie w udzieleniu pomocy medycznej, dostępnej w najbliższym podmiocie leczniczym, niesie bezpośrednie zagrożenie dla życia Ubezpieczonego. W szczególności dotyczy to: utraty przytomności; wstrząsu anafilaktycznego; zadławienia; stanu padaczkowego; ostrych i nasilonych reakcji uczuleniowych będących efektem ukąszenia, czy użądlenia przez jadowite zwierzęta; zatrucia lekami, środkami chemicznymi lub gazami; porażenia prądem; podtopienia; dokonanej próby samobójczej; upadku z dużej wysokości; rozległej rany będącej efektem urazu, w tym urazowe amputacje kończyn lub elementów kończyn; urazów wielonarządowych; nagłych zaburzeń narządu wzroku lub słuchu; urazów twarzowo–czaszkowych.
6. Ust. 4 nie zwalnia Operatora z udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenia życia lub zdrowia, wynikającego z art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

§ 3 Konsultacje psychologiczne

Dla Ubezpieczonych ze zdiagnozowanym nowotworem złośliwym, korzystających ze Świadczenia Hospitalizacji w obszarze Chirurgii onkologicznej, oferujemy konsultacje psychologiczne. Konsultacje mogą zostać przeprowadzone w trybie stacjonarnym lub zdalnym. Oferujemy do 5 konsultacji w ciągu 12 miesięcy, licząc od daty zdiagnozowania nowotworu. Datą zdiagnozowania nowotworu jest data wykonania badania histopatologicznego potwierdzającego nowotwór.

§ 4 Świadczenia położniczo-neonatologiczne

1. Świadczenia położniczo-neonatologiczne obejmują:
   1) przyjęcie porodu drogami natury lub poprzez cięcie cesarskie;
   2) indywidualną opiekę położnej podczas porodu;
   3) udział w szkole rodzenia;
   4) opiekę neonatologiczną nad noworodkiem.
2. Nasza odpowiedzialność w zakresie Świadczeń położniczo-neonatologicznych nie obejmuje:
   1) prowadzenia ciąży;
   2) Hospitalizacji wynikających z patologicznego przebiegu ciąży (zarówno patologie kobiety w ciąży, jak i płodu), jeżeli ciąża wymaga opieki albo rozwiązania w ośrodku III poziomu opieki perinatalnej;

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

3) porodów, w przypadku których względy bezpieczeństwa medycznego, w szczególności bliskość w sytuacji nagłej akcji porodowej powodują konieczność skorzystania z usług szpitala innego niż wymienione na liście lokalizacji, o której umowa w Tabeli nr 1;
4) wykonywania testów genetycznych płodu, amniopunkcji i kordocentezy;
5) opieki neonatologicznej nad noworodkiem wymagającym intensywnej terapii w warunkach ośrodka III poziomu opieki perinatalnej.

CZĘŚĆ II: DODATKOWE ŚWIADCZENIA SZPITALNE

(dostępne w wariantach: Opieka Ortopedyczna, Opieka Ortopedyczna Plus, Opieka w Chorobie, Pełna Opieka)

§ 1 Opieka medyczna przed Hospitalizacją

1. Zakresem objęte są świadczenia: diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej oraz konsultacje lekarskie niezbędne do przygotowania do Hospitalizacji. Zakres wszystkich badań oraz konsultacji określimy w trakcie przygotowania Ubezpieczonego do Hospitalizacji, po zaakceptowaniu wniosku o realizację Świadczenia. Nie zrealizujemy badań oraz konsultacji w zakresie opieki medycznej przed Hospitalizacją zleconych przez inną placówkę medyczną niż wskazana przez nas. Opieka medyczna przed Hospitalizacją jest niezbędna do:
   1) określenia konieczności Hospitalizacji planowej, jej typu, metody i zakresu zabiegu;
   2) zakwalifikowania Ubezpieczonego do Hospitalizacji;
   3) określenia terminu przeprowadzenia operacji, zabiegu;
   4) opracowania planu leczenia.
2. Opieka medyczna przed Hospitalizacją nie jest tym samym co:
   1) postawienie diagnozy;
   2) monitorowanie leczenia;
   3) poradnictwo ogólnomedyczne;
   4) wydanie drugiej opinii medycznej.
3. Zakres nie obejmuje:
   1) prowadzenia ciąży;
   2) leczenia ambulatoryjnego w tym konsultacji, rehabilitacji, zabiegów, badań innych niż wskazane w ust. 1 powyżej.

§ 2 Opieka medyczna po Hospitalizacji

1. Opieka po Hospitalizacji obejmuje 8 wizyt kontrolnych we wskazanej przez nas placówce medycznej. Służą one monitorowaniu efektów przeprowadzonego zabiegu i procesu powrotu do zdrowia realizowane w okresie do 60 dni od wypisu ze Szpitala lub do zakończenia okresu rehabilitacji wskazanego w § 3 poniżej, w zależności od tego, który z tych terminów nastąpi wcześniej.
2. Nasza odpowiedzialność obejmuje również zgodnie z zaleceniami Lekarza środki specjalne, takie jak temblaki, ortezy (z wyłączeniem ortez typu iWalk) i kule. Środki te zostaną wydane przez Szpital przeprowadzający Hospitalizację lub w przypadku ich braku na stanie Szpitala Ubezpieczony ma prawo do ich samodzielnego zakupu. W takim przypadku zostanie dokonany zwrot kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego na podstawie przedstawionych imiennych faktur.
3. Oferujemy opiekę także w przypadku nagłego pogorszenia się stanu zdrowia Ubezpieczonego po udzielonym Świadczeniu. W takim przypadku, zakres opieki dostosowany jest do sytuacji i zapotrzebowania medycznego i ma na celu poprawę lub przywrócenie prawidłowego stanu zdrowia Ubezpieczonego. Zakres Świadczenia określa wskazany przez nas Lekarz.
4. Opiekę medyczną po Hospitalizacji oferujemy wyłącznie w odniesieniu do Świadczenia przeprowadzonego w ramach Umowy.

§ 3 Rehabilitacja

1. Zakres rehabilitacji po Hospitalizacji różni się w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia i obejmuje:
   1) w wariantach: Opieka Ortopedyczna, Opieka Ortopedyczna Plus, Pełna Opieka - niezbędne zabiegi z zakresu fizykoterapii i kinezyterapii wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego po zabiegach ortopedycznych, przez okres do 24 tygodni od daty wypisu ze szpitala;

2) w wariantach: Opieka w Chorobie, Pełna Opieka - niezbędne zabiegi z zakresu fizykoterapii i kinezyterapii wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego po zabiegach neurochirurgicznych przez okres do 24 tygodni od daty wypisu ze szpitala;
3) w wariantach: Opieka w Chorobie, Pełna Opieka - niezbędne zabiegi z zakresu drenażu limfatycznego po zabiegach chirurgicznych (np. mastektomii) wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego do 24 tygodni od daty wypisu ze szpitala;
4) badania obrazowe niezbędne do monitorowania przebiegu postępów rehabilitacji;
5) wizytękontrolną podsumowującą okres rehabilitacji.

2. Szczegółowy zakres rehabilitacji określimy przed końcem Hospitalizacji. Nie zrealizujemy rehabilitacji zleconej przez inną placówkę medyczną niż wskazana przez nas.
3. Nasza odpowiedzialność w zakresie rehabilitacji nie obejmuje:
   1) zabiegów rehabilitacyjnych wynikających ze wskazań innych niż następstwa zabiegu operacyjnego zrealizowanego w ramach ochrony ubezpieczeniowej;
   2) terapii złamań za pomocą stymulatorów zrostu kostnego wykorzystujących oddziaływania fizyczne (np. falę ultradźwiękową);
   3) rehabilitacji zleconej podczas kwalifikacji, ale koniecznej do wykonania przed przeprowadzeniem zabiegu.
4. Rehabilitację oferujemy wyłącznie w odniesieniu do Świadczenia przeprowadzonego w ramach Umowy.

CZĘŚĆ III: SZPITALNY PRZEGLĄD ZDROWIA

(dostępny w wariancie Pełna Opieka)

1. Szpitalny przegląd zdrowia jest przeprowadzany we wskazanym przez nas Szpitalu, w ciągu jednego dnia, w terminie uzgodnionym z Ubezpieczonym. Wydłużenie czasu jego realizacji powyżej jednego dnia może mieć miejsce w przypadkach uzasadnionych medycznie, jak np. konieczność powtórzenia badania w warunkach szpitalnych.
2. W zależności od oficjalnych wytycznych, w tym wytycznych wewnętrznych Szpitala związanych z sytuacją epidemiczną, wykonanie Szpitalnego przeglądu zdrowia może być uwarunkowane uzyskaniem przez Ubezpieczonego negatywnego wyniku rekomendowanego testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 (wirus wywołujący COVID-19) ważnego w dniu realizacji Przeglądu. Test finansujemy i udostępnimy przed planowanym Przeglądem.
3. Szczegółowy zakres świadczeń, zależy od płci i wieku Ubezpieczonego:

Szpitalny przegląd zdrowia dla kobiety w wieku poniżej 40 lat	
• Pomiar ciśnienia • Pomiar wzrostu i wagi • Mocz – badanie ogólne • Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny • Badania laboratoryjne: OB./ESR, Transaminaza ALT, GGTP, Kreatynina, TSH, FT4, HCV Ab przeciwciała, HBS antygen, kwas moczowy, lipidogram, D-dimery, glukoza na czczo, Witamina D3 metabolit 25 (OH), Sód, Potas, Grupa krwi, Ferrytyna	• Badanie EKG – spoczynkowe • RTG klatki piersiowej • USG serca, jamy brzusznej, piersi, tarczycy, ginekologiczne • Cytologia szyjki macicy • Konsultacja internisty i ginekologa
Raport stanu zdrowia i zalecenia	

Szpitalny przegląd zdrowia dla kobiety w wieku 40 lat i więcej	
• Pomiar ciśnienia • Pomiar wzrostu i wagi • Mocz – badanie ogólne • Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny • Badania laboratoryjne: OB./ESR, Transaminaza ALT, GGTP, Kreatynina, TSH, FT4, HCV Ab przeciwciała, HBS antygen, kwas moczowy, lipidogram,	• Badanie EKG – spoczynkowe • RTG klatki piersiowej • USG serca, jamy brzusznej, piersi, tarczycy, ginekologiczne • Mammografia • Cytologia szyjki macicy

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

Homocysteina, D-dimery, glukoza na czczo, HbA1C, Insulina/Insulina na czczo, Witamina D3 metabolit 25 (OH), Witamina B12, Wapń, Fosfor, Sód, Potas, Grupa krwi, FSH, Testosteron, Ferrytyna	• Konsultacja internisty, ginekologa i kardiologa
Raport stanu zdrowia i zalecenia	

Szpitalny przegląd zdrowia dla mężczyzny w wieku poniżej 40 lat	
• Pomiar ciśnienia • Pomiar wzrostu i wagi • Mocz – badanie ogólne • Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny • Badania laboratoryjne: OB./ESR, Transaminaza ALT, GGTP, Kreatynina, TSH, FT4, HCV Ab przeciwciała, HBS antygen, kwas moczowy, lipidogram, D-dimery, glukoza na czczo, Witamina D3 metabolit 25 (OH), Sód, Potas, Grupa krwi, Testosteron	• PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA/PSA) • Badanie EKG – spoczynkowe • RTG klatki piersiowej • USG serca, jamy brzusznej, tarczycy, jąder, prostaty • Konsultacja internisty i urologa
Raport stanu zdrowia i zalecenia	

Szpitalny przegląd zdrowia dla mężczyzny w wieku 40 lat i więcej	
• Pomiar ciśnienia • Pomiar wzrostu i wagi • Mocz – badanie ogólne • Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny • Badania laboratoryjne: OB./ESR, Transaminaza ALT, GGTP, Kreatynina, TSH, FT4, HCV Ab przeciwciała, HBS antygen, kwas moczowy, lipidogram, Homocysteina, D-dimery, glukoza na czczo, HbA1C, Insulina/Insulina na czczo, Witamina D3 metabolit 25 (OH), Witamina B12, Wapń, Fosfor, Sód, Potas, Grupa krwi, Testosteron	• PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA/PSA) • Badanie EKG – spoczynkowe • RTG klatki piersiowej • USG serca, jamy brzusznej, tarczycy, jąder, prostaty • Konsultacja internisty, urologa i kardiologa
Raport stanu zdrowia i zalecenia	

4. Nie przeprowadzimy Szpitalnego przeglądu zdrowia, jeżeli Ubezpieczony ma stwierdzoną infekcję, jej podejrzenie lub inny rozstrój zdrowia, który może zaburzyć wyniki Świadczenia.
5. W przypadku wskazań medycznych, na wniosek Lekarza prowadzącego Szpitalny przegląd zdrowia, możemy rozszerzyć zakres usług zrealizowanych podczas Przeglądu o dodatkowe badania, których łączny koszt nie przekroczy kwoty 1000 zł brutto.
6. Szpitalny przegląd zdrowia to Świadczenie polegające na zaoferowaniu gotowości oddziału szpitalnego na przyjęcie Ubezpieczonego w jednym uzgodnionym terminie nie częściej niż raz na 2 lata w trakcie trwania Okresu ochrony w celu udzielenia świadczenia z zakresu diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej i konsultacji specjalistycznych. W przypadku niestawienia się na Szpitalny przegląd zdrowia w uzgodnionym przez Ubezpieczonego z KOS terminie, mamy prawo do odmowy zaoferowania gotowości oddziału szpitalnego na wykonanie Świadczeń w ramach Przeglądu w innym terminie.
7. Możemy odstąpić od wykonania lub ograniczyć zakres Szpitalnego przeglądu zdrowia w razie przeciwwskazań medycznych do wykonania określonych badań.

CZĘŚĆ IV: KOORDYNACJA SZPITALNA

1. Ubezpieczony korzysta z wybranych przez siebie Świadczeń w ramach Koordynacji szpitalnej. Może skorzystać z części lub z całości oferowanego zakresu Świadczeń.

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

2. Zakres świadczeń, które oferujemy w ramach Koordynacji szpitalnej, obejmuje:
   1) przyjęcie od Ubezpieczonego wniosku o realizację Świadczenia oraz bieżący kontakt z Ubezpieczonym w trakcie weryfikacji wniosku, a także w trakcie trwania Umowy;
   2) koordynację nad Ubezpieczonym w przypadku Opieki doraźnej:
      a) weryfikację uprawnień do Świadczenia;
      b) przekazanie Ubezpieczonemu wskazówek co do dalszego postępowania;
      c) kontakt z Izbą przyjęć lub Przychodnią;
      d) pomoc w przyjęciu do Szpitala lub Przychodni i w bieżącej organizacji niezbędnych badań i konsultacji zgodnie z zaleceniami Lekarza;
      e) pomoc w kompletowaniu dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
      f) kontakt z osobą upoważnioną do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym;
   3) koordynację nad Ubezpieczonym przed Hospitalizacją:
      a) weryfikację uprawnień do Świadczenia;
      b) przedstawienie propozycji Hospitalizacji – przedstawienie do wyboru dostępnych Szpitali i Lekarzy, a także położnej, w przypadku osoby Ubezpieczonej planującej poród;
      c) umówienie pobytu zgodnie z wyborem Ubezpieczonego;
      d) pomoc w umówieniu na badania i konsultacje kwalifikujące do Hospitalizacji;
      e) monitorowanie realizacji przez Ubezpieczonego badań i konsultacji;
      f) przypomnienie Ubezpieczonemu o terminie przyjęcia do Szpitala i wymaganych dokumentach, a także potwierdzenie obecności Ubezpieczonego w Szpitalu;
      g) koordynację obiegu dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem;
      h) przekazanie informacji dotyczących pobytu w Szpitalu;
   4) koordynację w trakcie Hospitalizacji:
      a) pomoc w przekazaniu dokumentów niezbędnych do Świadczenia na rzecz Ubezpieczonego;
      b) bieżący kontakt ze Szpitalem;
      c) przekazywanie informacji o bieżącym statusie realizacji procedur medycznych osobie upoważnionej do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym;
      d) umówienie na wizytę kontrolną po Hospitalizacji, a także przedstawienie planu opieki po udzieleniu Świadczenia;
      e) organizację transportu medycznego, jeżeli wynika on z potwierdzonych przez nas wskazań medycznych, który obejmuje transport kołowy:
         - międzyszpitalny w przypadku, gdy zlecimy transport medyczny do innej jednostki w ramach kontynuacji leczenia objętego zakresem ubezpieczenia, a także do innego najbliższego Szpitala w ramach kontynuacji leczenia w sytuacji, gdy dalsza diagnostyka i leczenie wykracza poza zakres naszej odpowiedzialności;
         - ze Szpitala do miejsca pobytu Ubezpieczonego;
   5) koordynację po Hospitalizacji, zgodnie z zaleceniami Lekarza:
      a) umówienie zleconych Ubezpieczonemu badań lub rehabilitacji;
      b) organizację transportu medycznego kołowego, jeżeli wynika on z potwierdzonych przez nas wskazań medycznych, który obejmuje transport kołowy:
         - z miejsca pobytu Ubezpieczonego do Szpitala;
         - ze Szpitala do miejsca pobytu Ubezpieczonego;
      c) skompletowanie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
   6) koordynację Szpitalnego przeglądu zdrowia:
      a) weryfikację uprawnień do Świadczenia;
      b) przedstawienie propozycji Szpitala i Lekarza realizujących Szpitalny przegląd zdrowia;
      c) umówienie Szpitalnego przeglądu zdrowia zgodnie z wyborem Ubezpieczonego;
      d) przypomnienie Ubezpieczonemu o terminie Świadczenia, wymaganych dokumentach oraz potwierdzenie obecności w Szpitalu;
      e) monitorowanie realizacji Szpitalnego przeglądu zdrowia;

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

f) koordynację obiegu dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem;

g) przekazanie Ubezpieczonemu ogólnych informacji dotyczących realizacji Szpitalnego przeglądu zdrowia.

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

Załącznik nr 2 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowego - Kod O/GR/02/26/2026/00

Spis treści

CZĘŚĆ I: ŚWIADCZENIA SZPITALNE 2
Wariant: Opieka Ortopedyczna 2
§ 1 Hospitalizacja 2
Wariant: Opieka Ortopedyczna Plus 2
§ 1 Hospitalizacja 2
§ 2 Opieka doraźna 2
Wariant: Opieka w Chorobie 3
§ 1 Hospitalizacja 3
Wariant: Pełna Opieka 6
§ 1 Hospitalizacja 6
§ 2 Opieka doraźna 7
CZĘŚĆ II: DODATKOWE ŚWIADCZENIA SZPITALNE 8
§ 1 Opieka medyczna przed Hospitalizacją 8
§ 2 Opieka medyczna po Hospitalizacji 9
§ 3 Rehabilitacja 9
CZĘŚĆ III: KOORDYNACJA SZPITALNA 9

ZAKRES ŚWIADCZEŃ W RAMACH MODUŁU LECZENIE SZPITALNE DLA DZIECKA NIEPEŁNOLETNIEGO.

CZĘŚĆ I: ŚWIADCZENIA SZPITALNE

Wariant: Opieka Ortopedyczna

§ 1 Hospitalizacja

1. Oferujemy Hospitalizację planową spowodowaną Nieszczęśliwym wypadkiem w zakresie ortopedii (potwierdzona skierowaniem na zabieg lub operację będącymi konsekwencją urazu. Skierowanie powinno być wystawione w okresie do 90 dni od wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku):
   1) obejmuje zabiegi operacyjne ortopedyczne, w tym:
      a) endoprotezy i ortopedyczne materiały zespalające;
      b) implant własny, od dawcy lub syntetyczny przy rekonstrukcji więzadeł, łąkotek;
   2) nie obejmuje:
      a) wydłużania kończyn;
      b) zabiegów osseointegracji;
      c) operacji kręgosłupa.

Wariant: Opieka Ortopedyczna Plus

§ 1 Hospitalizacja

1. Oferujemy Hospitalizację pilną oraz Hospitalizację planową w zakresie ortopedii:
   1) obejmuje zabiegi operacyjne ortopedyczne, w tym:
      a) endoprotezy i ortopedyczne materiały zespalające;
      b) implant własny, od dawcy lub syntetyczny przy rekonstrukcji więzadeł, łąkotek;
   2) nie obejmuje:
      a) wydłużania kończyn;
      b) zabiegów osseointegracji;
      c) operacji kręgosłupa.

§ 2 Opieka doraźna

1. Usługi w ramach Opieki doraźnej są dostępne pod warunkiem, że Koordynator opieki szpitalnej potwierdzi, że są one konieczne i właściwe z medycznego punktu widzenia.
2. W ramach Opieki doraźnej oferujemy, w zależności od wskazań medycznych oraz od zakresu dostępnych usług w danej lokalizacji:
   1) interwencję zespołu ratownictwa medycznego;
   2) udzielenie niezbędnej pomocy medycznej w Przychodni lub Szpitalu wskazanym przez nas;
   3) wydanie zaleceń odnośnie dalszego trybu postępowania zachowawczego;
   4) skierowanie i transport do szpitala - w przypadku wskazań medycznych;
   5) organizację do 3 wizyt kontrolnych jako kontynuację procesu leczniczego mającego bezpośredni związek z usługami zrealizowanymi w ramach Opieki doraźnej;
   6) badania obrazowe niezbędne do monitorowania przebiegu postępów rekonwalescencji, mającej bezpośredni związek z usługami zrealizowanymi w ramach Opieki doraźnej.

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

Lista Szpitali świadczących usługi w ramach Opieki doraźnej wskazana jest na stronie https://ubezpieczenia-luxmed.pl/przychodnie-i-szpitale.

3. W ramach świadczenia oferujemy również zgodnie z zaleceniami Lekarza środki specjalne, takie jak temblaki, ortezy (z wyłączeniem ortez typu iWalk) oraz kule. Środki te zostaną wydane przez Szpital przeprowadzający Opiekę doraźną lub w przypadku ich braku na stanie Szpitala Ubezpieczony ma prawo do ich samodzielnego zakupu. W takim przypadku zostanie dokonany zwrot kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego na podstawie przedstawionych nam imiennych faktur.
4. Opieka doraźna nie zastępuje pomocy udzielanej w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Operator ma prawo skierować Ubezpieczonego do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności, jeżeli stan zdrowia i bezpieczeństwo medyczne będzie tego wymagało.
5. Nasza odpowiedzialność w zakresie Opieki doraźnej nie obejmuje wizyt domowych oraz sytuacji zdrowotnych, w których każde opóźnienie w udzieleniu pomocy medycznej niesie bezpośrednie zagrożenie dla życia Ubezpieczonego. W szczególności dotyczy to: utraty przytomności; wstrząsu anafilaktycznego; zadławienia; stanu padaczkowego; ostrych i nasilonych reakcji uczuleniowych będących efektem ukąszenia, czy użądlenia przez jadowite zwierzęta; zatrucia lekami, środkami chemicznymi lub gazami; porażenia prądem; podtopienia; dokonanej próby samobójczej; upadku z dużej wysokości; rozległej rany będącej efektem urazu, w tym urazowe amputacje kończyn lub elementów kończyn; urazów wielonarządowych; nagłych zaburzeń narządu wzroku lub słuchu; urazów twarzowo–czaszkowych.
6. Ust. 4 nie zwalnia Operatora z udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenia życia lub zdrowia, wynikającego z art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Wariant: Opieka w Chorobie

§ 1 Hospitalizacja

1. Oferujemy Hospitalizację planową: w zakresie Chorób wymienionych w Tabeli nr 1.
2. Świadczenia nie obejmują leczenia w trybie pilnym w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.

Tabela nr 1: Wykaz Chorób objętych ochroną ubezpieczeniową:

Obszar	Szczegółowy kod ICD-10	W rozumieniu niniejszego wariantu Opieka w Chorobie poprzez poniższe definicje rozumie się:
Chirurgia ogólna	K44.9	**Przepuklina przeponowa** to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej w worku przepuklinowym do klatki piersiowej przez otwór w przeponie. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przepukliny przeponowej bez niedrożności lub zgorzeli obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym, w tym użycie siatek polipropylenowych.
Chirurgia ogólna	K42.9	**Przepuklina pępkowa** to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej przez otwarty pierścień pępkowy. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przepukliny pępkowej bez niedrożności lub zgorzeli obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym, w tym użycie siatek polipropylenowych.
Chirurgia ogólna	K43.9	**Przepuklina brzuszna** to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej w worku przepuklinowym poza jej ścianę. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przepukliny brzusznej bez niedrożności lub zgorzeli obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym, w tym użycie siatek polipropylenowych.
Chirurgia ogólna	K40.9	**Przepuklina pachwinowa jednostronna** to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej w worku przepuklinowym poza jej ścianę w okolicę pachwiny i kanału pachwinowego jednostronnie. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie jednostronnej przepukliny pachwinowej, bez niedrożności lub zgorzeli obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym, w tym użycie siatek polipropylenowych.
Chirurgia ogólna	K40.2	**Przepuklina pachwinowa obustronna** to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej w worku przepuklinowym poza jej ścianę w okolicę pachwiny i

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

		kanału pachwinowego obustronnie. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie obustronnej przepukliny pachwinowej, bez niedrożności lub zgorzeli obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym, w tym użycie siatek polipropylenowych.
Chirurgia ogólna	K41.2	**Przepuklina udowa obustronna** to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej w worku przepuklinowym poza jej ścianę przez kanał udowy obustronnie. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie obustronnej przepukliny udowej, bez niedrożności lub zgorzeli obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym, w tym użycie siatek polipropylenowych.
Chirurgia ogólna	K41.9	**Przepuklina udowa jednostronna** to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej w worku przepuklinowym poza jej ścianę przez kanał udowy jednostronnie. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie jednostronnej lub nieokreślonej przepukliny udowej bez niedrożności lub zgorzeli obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym, w tym użycie siatek polipropylenowych.
Chirurgia ogólna	E 04.0 E04.1 E04.2 E04.8	**Wole tarczycy** to objaw choroby tarczycy, w którym najczęściej dochodzi do jej powiększenia lub obecności guzków. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie wola nietoksycznego rozlanego, guzka tarczycy pojedynczego, wola wieloguzkowego tarczycy oraz innego określonego wola obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	E21.0 E21.1 E21.2 E21.4	**Nadczynność przytarczyc** to nadmiere wydzielanie parathormonu (PTH) przez komórki przytarczyc, które zaburza gospodarkę wapniową. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie nadczynności pierwotnej, wtórnej, innej oraz innych określonych chorób przytarczyc obejmujące leczenie operacyjnie odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	I84.0 I84.2 I84.3 I84.5 I84.6 I84.9	**Guzki krwawnicze odbytu (żylaki odbytu, choroba hemoroidalna)** to powiększenie jamistych, tętniczo-żylnych struktur w kanale odbytu zwanych guzkami krwawniczymi. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie żylaków odbytu wewnętrznych oraz zewnętrznych zarówno zakrzepowych jak i bez innych powikłań obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K25.7	**Wrzód żołądka** to powtarzające się trawienne wrzody (ograniczone ubytki błony śluzowej z naciekiem zapalnym i martwicą) występujące w żołądku. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie wrzodów żołądka obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K28.7	**Wrzód żołądka i jelita czczego** to powtarzające się trawienne wrzody (ograniczone ubytki błony śluzowej z naciekiem zapalnym i martwicą) występujące w żołądku i jelicie czczym. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie wrzodów obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K26.7	**Wrzód dwunastnicy** to powtarzające się trawienne wrzody (ograniczone ubytki błony śluzowej z naciekiem zapalnym i martwicą) występujące w dwunastnicy. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie wrzodów

		dwunastnicy obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K63.5	**Polip jelita grubego** to rozrost łagodny błony śluzowej w kształcie uwypuklenia do światła jelita. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie polipów uszypułowanych lub nieuszypułowanych okrężnicy obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K50.0 K50.1 K50.8	**Choroba Leśniowskiego i Crohna (ChLC)** to pełnościenne zapalenie przewodu pokarmowego z charakterystycznymi zapalnymi zmianami odcinkowymi. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie zapalenia dotyczącego jelita cienkiego i grubego obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K51.0 K51.1 K51.2 K51.3 K51.8 K51.9	**Wrzodziejące zapalenie jelita** to zapalenie błony śluzowej przewodu pokarmowego pod postacią nadżerek lub owrzodzeń w cięższych przypadkach. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie zapalenia jelita cienkiego i grubego, krętego i grubego, prostnicy, prostnicy i esicy, innego i nieokreślonego zapalenia jelita grubego obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Chirurgia ogólna	K80.2 K80.5	**Kamica żółciowa** to stan, w którym w pęcherzyku żółciowym i/lub drogach żółciowych występują nierozpuszczalne złogi zbudowane z substancji chemicznych, które znajdują się w żółci. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie kamicy żółciowej bez objawów ostrego zapalenia obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym, w tym użycie stentów przewodu żółciowego w zwężeniach dróg żółciowych.
Chirurgia ogólna	K81.1	**Zapalenie pęcherzyka żółciowego** to stan zapalny pęcherzyka żółciowego spowodowany przede wszystkim kamicą żółciową. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przewlekłego zapalenie pęcherzyka żółciowego bez objawów ostrego zapalenia obejmujące leczenie operacyjne odbywające się w trybie planowym, w tym użycie stentów przewodu żółciowego w zwężeniach dróg żółciowych.
Laryngologia	J35.0 J35.1 J35.2 J35.3	**Przerost migdałków** to przewlekłe powiększenie się migdałków. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przerostu migdałków podniebiennych, gardłowego, przewlekłego zapalenia migdałków, innych przewlekłych chorób migdałków obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Laryngologia	J34.2	**Skrzywienie przegrody nosowej** to zniekształcenie w obrębie jej sztywnego obramowania kostnego. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie skrzywienia obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Laryngologia	J34.3	**Przerost małżowin nosowych** to stan, w którym dochodzi do ich przewlekłego powiększenia. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przerostu małżowin, obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

Laryngologia	J32.0 J32.1 J32.2 J32.3 J32.4 J32.8 J32.9	**Przewlekłe zapalenie zatok** to stan zapalny zatok trwający ponad 12 tygodni przy miernym nasileniu objawów takich jak: niedrożność/zatkanie/przekrwienie nosa, wydzielina z nosa, ból twarzy/rozpieranie, osłabienie lub utrata węchu. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie przewlekłego zapalenia zatok szczękowych, czołowych, klinowych, komórek sitowych lub innych i nieokreślonych obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Laryngologia	J33.0 J33.1 J33.8 J33.9	**Polipy nosa i zatok** to rozrost łagodny błony śluzowej przewodów nosowych oraz zatok przynosowych, w kształcie uwypuklenia. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie polipów jamy nosowej, zatok oraz nieokreślonych polipów nosa obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Urologia	I86.1	**Żylaki powrózka nasiennego** to poszerzenie naczyń żylnych w górnym biegunie jądra. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie żylaków obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Urologia	N47	**Stulejka** to bliznowate zwężenie ujścia napletka uniemożliwiające jego odprowadzenie poza rowek zażołędny prącia. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie nadmiaru napletka, stulejki i załupka obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.
Urologia	N43.0 N43.2 N43.4	**Wodniak jądra i powrózka nasiennego** to nagromadzenie się płynu w niezarośniętym wyrostku pochwowym otrzewnej lub pomiędzy osłonkami własnymi jądra. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie otorbionego wodniaka jądra, wodniaka powrózka nasiennego oraz innego wodniaka jądra obejmujące leczenie operacyjnie odbywające się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia wodniaków wrodzonych jąder i powrózków nasiennych.
Urologia	N20.0 N20.1 N20.2	**Kamica nerki i moczowodu** to obecność złogów, które powstały w wyniku wytrącania się substancji chemicznych zawartych w moczu. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie kamicy nerki i moczowodu obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym, w tym użycie stentu moczowodowego (Double -J).
Urologia	N21.0 N21.1	**Kamica pęcherza moczowego i kamień w cewce moczowej** to obecność złogów, które powstały w wyniku wytrącania się substancji chemicznych zawartych w moczu. W zakresie umowy zrealizujemy wyłącznie leczenie kamicy pęcherza moczowego i kamienia w cewce moczowej obejmujące leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywające się w trybie planowym.

Wariant: Pełna Opieka

§ 1 Hospitalizacja

Oferujemy Hospitalizację pilną oraz Hospitalizację planową w zakresie następujących obszarów medycznych:

1. **Diagnostyka i leczenie w ramach oddziału zachowawczego**

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

1) obejmuje pobyt oraz przeprowadzenie diagnostyki i leczenia stanów chorobowych w oddziałach: pediatrii, kardiologii, neurologii, diabetologii, gastroenterologii, dermatologii oraz nefrologii;
2) nie obejmuje:
   a) programów lekowych wskazanych w aktualnie obowiązującym w obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych jako świadczenie gwarantowane, które odbywa się z zastosowaniem innowacyjnych, kosztownych substancji czynnych, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń gwarantowanych;
   b) usuwania znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków oraz kępek żółtych;
   c) Hospitalizacji w celu planowanego zastosowania terapii farmakologicznej chorób przewlekłych;
   d) diagnostyki i leczenia następstw udarów;
   e) przewlekłego leczenia nerkozastępczego, realizowanego poza okresem niezbędnej Hospitalizacji mieszczącej się w zakresie Umowy.

2. **Ortopedia**
   1) obejmuje zabiegi operacyjne ortopedyczne, w tym:
      a) endoprotezy i ortopedyczne materiały zespalające;
      b) implant własny, od dawcy lub syntetyczny przy rekonstrukcji więzadeł, łąkotek;
   2) nie obejmuje:
      a) wydłużania kończyn;
      b) zabiegów osseointegracji;
      c) operacji kręgosłupa.
3. **Chirurgia dziecięca**
   1) obejmuje zabiegi operacyjne z zakresu chirurgii ogólnej, w tym:
      a) użycie siatek polipropylenowych w przepuklinach;
      b) użycie stentów przewodu żółciowego w zwężeniach dróg żołciowych;
   2) nie obejmuje:
      a) chirurgicznego leczenia otyłości;
      b) zabiegów chirurgicznych klatki piersiowej (tj. torakochirurgicznych);
      c) usuwania znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków oraz kępek żółtych.
4. **Ginekologia**
   1) obejmuje zabiegi operacyjne z zakresu ginekologii dla Dzieci powyżej 16 roku życia;
   2) nie obejmuje:
      a) diagnostyki i leczenia zaburzeń płodności kobiecej oraz wspomaganego rozrodu;
      b) usuwania znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków.
5. **Urologia**
   1) obejmuje zabiegi operacyjne w ramach urologii dla dzieci w zakresie: żylaki powrózka nasiennego, stulejka, wodniak jądra i powrózka nasiennego, kamica nerki i moczowodu, kamica pęcherza moczowego i cewki moczowej, w tym użycie stentu moczowodowego (Double -J).
6. **Laryngologia**
   1) obejmuje zabiegi laryngologiczne;
   2) nie obejmuje:
      a) zabiegów wymagających asysty neurochirurgicznej;
      b) leczenia następstw urazów twarzowo-czaszkowych, w szczególności zabiegów rekonstrukcyjnych twarzoczaszki.
7. Świadczenia szpitalne obejmują również świadczenia położniczo-neonatologiczne w przypadkach, które takiego świadczenia wymagają. Warunki i zakres świadczeń położniczo-neonatologicznych jest zgodny z § 4 wariantu: Pełna Opieka Szpitalna w Załączniku nr 1 do OWU - zakres Świadczeń dla Głównego Ubezpieczonego, Partnera i Pełnoletniego Dziecka.

§ 2 Opieka doraźna

1. Usługi w ramach Opieki Doraźnej są dostępne pod warunkiem, że Koordynator opieki szpitalnej potwierdzi, że są one konieczne i właściwe z medycznego punktu widzenia.

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

2. W ramach Opieki doraźnej oferujemy, w zależności od wskazań medycznych oraz od zakresu dostępnych usług w danej lokalizacji:
   1) interwencję zespołu ratownictwa medycznego;
   2) udzielenie niezbędnej pomocy medycznej w Przychodni lub Szpitalu wskazanym przez nas;
   3) wydanie zaleceń odnośnie dalszego trybu postępowania zachowawczego;
   4) skierowanie i transport do szpitala – w przypadku wskazań medycznych;
   5) organizację 3 wizyt lekarskich jako kontynuację procesu leczniczego mającej bezpośredni związek z usługami zrealizowanymi w ramach Opieki doraźnej;
   6) badania obrazowe niezbędne do monitorowania przebiegu postępów rekonwalescencji mającej bezpośredni związek z usługami zrealizowanymi w ramach Opieki doraźnej.

   Lista Szpitali świadczących usługi w ramach Opieki doraźnej wskazana jest na stronie https://ubezpieczenia-luxmed.pl/przychodnie-i-szpitale.
3. W ramach świadczenia oferujemy również zgodnie z zaleceniami Lekarza środki specjalne, takie jak temblaki, ortezy (z wyłączeniem ortez typu iWalk) oraz kule. Środki te zostaną wydane przez Szpital przeprowadzający Opiekę doraźną lub w przypadku ich braku na stanie Szpitala Ubezpieczony ma prawo do ich samodzielnego zakupu. W takim przypadku zostanie dokonany zwrot kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego na podstawie przedstawionych nam imiennych faktur.
4. Opieka doraźna nie zastępuje pomocy udzielanej w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Operator ma prawo skierować Ubezpieczonego do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności, jeżeli stan zdrowia i bezpieczeństwo medyczne będzie tego wymagało.
5. Nasza odpowiedzialność w zakresie Opieki doraźnej nie obejmuje wizyt domowych oraz sytuacji zdrowotnych, w których każde opóźnienie w udzieleniu pomocy medycznej niesie bezpośrednie zagrożenie dla życia Ubezpieczonego. W szczególności dotyczy to: utraty przytomności; wstrząsu anafilaktycznego; zadławienia; stanu padaczkowego; ostrych i nasilonych reakcji uczuleniowych będących efektem ukąszenia, czy użądlenia przez jadowite zwierzęta; zatrucia lekami, środkami chemicznymi lub gazami; porażenia prądem; podtopienia; dokonanej próby samobójczej; upadku z dużej wysokości; rozległej rany będącej efektem urazu, w tym urazowe amputacje kończyn lub elementów kończyn; urazów wielonarządowych; nagłych zaburzeń narządu wzroku lub słuchu; urazów twarzowo–czaszkowych.
6. Ust. 4 nie zwalnia Operatora z udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenia życia lub zdrowia, wynikającego z art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

CZĘŚĆ II: DODATKOWE ŚWIADCZENIA SZPITALNE

(dostępne w wariantach: Opieka Ortopedyczna, Opieka Ortopedyczna Plus, Opieka w Chorobie, Pełna Opieka)

§ 1 Opieka medyczna przed Hospitalizacją

1. Zakresem objęte są świadczenia: diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej oraz konsultacje lekarskie niezbędne do przygotowania do Hospitalizacji. Zakres wszystkich badań oraz konsultacji określimy w trakcie przygotowania Ubezpieczonego do Hospitalizacji, po zaakceptowaniu wniosku o realizację Świadczenia. Nie zrealizujemy badań oraz konsultacji w zakresie opieki medycznej przed Hospitalizacją zleconych przez inną placówkę medyczną niż wskazana przez nas. Opieka medyczna przed Hospitalizacją, jest niezbędna do:
   1) określenia konieczności Hospitalizacji planowej, jej typu, metody i zakresu zabiegu;
   2) zakwalifikowania Ubezpieczonego do Hospitalizacji;
   3) określenia terminu przeprowadzenia operacji, zabiegu;
   4) opracowania planu leczenia.
2. Opieka medyczna przed Hospitalizacją nie jest tym samym co:
   1) postawienie diagnozy;
   2) monitorowanie leczenia;
   3) poradnictwo ogólnomedyczne;
   4) wydanie drugiej opinii medycznej.
3. Zakres nie obejmuje:

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

1) prowadzenia ciąży;
2) leczenia ambulatoryjnego w tym konsultacji, rehabilitacji, zabiegów, badań innych niż wskazane w ust. 1 powyżej.

§ 2 Opieka medyczna po Hospitalizacji

1. Opieka po Hospitalizacji obejmuje 8 wizyt kontrolnych we wskazanej przez nas placówce medycznej. Służą one monitorowaniu efektów przeprowadzonego zabiegu i procesu powrotu do zdrowia w okresie do 60 dni od wypisu ze Szpitala lub do zakończenia okresu rehabilitacji wskazanego w § 3 poniżej, w zależności od tego, który z tych terminów nastąpi wcześniej.
2. Nasza odpowiedzialność obejmuje również zgodnie z zaleceniami Lekarza środki specjalne, takie jak temblaki, ortezy (z wyłączeniem ortez typu iWalk) i kule. Środki te zostaną wydane przez Szpital przeprowadzający Hospitalizację lub w przypadku ich braku na stanie Szpitala Ubezpieczony ma prawo do ich samodzielnego zakupu. W takim przypadku zostanie dokonany zwrot kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego na podstawie przedstawionych imiennych faktur.
3. Oferujemy opiekę także w przypadku nagłego pogorszenia się stanu zdrowia Ubezpieczonego, po udzielonym Świadczeniu. W takim przypadku, zakres opieki dostosowany jest do sytuacji i zapotrzebowania medycznego i ma na celu poprawę lub przywrócenie prawidłowego stanu zdrowia Ubezpieczonego. Zakres Świadczenia określa wskazany przez nas Lekarz.
4. Opiekę medyczną po Hospitalizacji oferujemy wyłącznie w odniesieniu do Świadczenia przeprowadzonego w ramach Umowy.

§ 3 Rehabilitacja

1. Zakres rehabilitacji po Hospitalizacji różni się w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia i obejmuje:
   1) w wariantach: Opieka Ortopedyczna, Opieka Ortopedyczna Plus, Pełna Opieka - niezbędne zabiegi z zakresu fizykoterapii i kinezyterapii wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego po zabiegach ortopedycznych przez okres do 24 tygodni od daty wypisu ze szpitala;
   2) w wariantach: Opieka w Chorobie, Pełna Opieka - niezbędne zabiegi z zakresu drenażu limfatycznego po zabiegach chirurgicznych wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego do 24 tygodni od daty wypisu ze szpitala;
   3) badania obrazowe niezbędne do monitorowania przebiegu postępów rehabilitacji;
   4) wizytę kontrolną podsumowującą okres rehabilitacji.
2. Szczegółowy zakres rehabilitacji określimy przed końcem Hospitalizacji. Nie zrealizujemy rehabilitacji zleconej przez inną placówkę medyczną niż wskazana przez nas.
3. Nasza odpowiedzialność w zakresie rehabilitacji nie obejmuje:
   1) zabiegów rehabilitacyjnych wynikających ze wskazań innych niż następstwa zabiegu operacyjnego zrealizowanego w ramach ochrony ubezpieczeniowej;
   2) terapii złamań za pomocą stymulatorów zrostu kostnego wykorzystujących oddziaływania fizyczne (np. falę ultradźwiękową);
   3) rehabilitacji zleconej podczas kwalifikacji, ale koniecznej do wykonania przed przeprowadzeniem zabiegu.
4. Rehabilitację oferujemy wyłącznie w odniesieniu do Świadczenia przeprowadzonego w ramach Umowy.

CZĘŚĆ III: KOORDYNACJA SZPITALNA

1. Ubezpieczony poprzez opiekuna prawnego korzysta z wybranych przez siebie (opiekuna prawnego) Świadczeń w ramach Koordynacji szpitalnej. Może skorzystać z części lub z całości oferowanego zakresu Świadczeń.
2. Zakres świadczeń, które oferujemy w ramach Koordynacji szpitalnej obejmuje:
   1) przyjęcie od Ubezpieczonego wniosku o realizację Świadczenia oraz bieżący kontakt z Ubezpieczonym w trakcie weryfikacji wniosku, a także w trakcie trwania Umowy;
   2) koordynację nad Ubezpieczonym w przypadku Opieki doraźnej:
      a) weryfikację uprawnień do Świadczenia;
      b) przekazanie Ubezpieczonemu wskazówek co do dalszego postępowania;
      c) kontakt z Izbą przyjęć lub Przychodnią;

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

d) pomoc w przyjęciu do Szpitala lub Przychodni i w bieżącej organizacji niezbędnych badań i konsultacji zgodnie z zaleceniami Lekarza;
e) pomoc w kompletowaniu dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
f) kontakt z osobą upoważnioną do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym.

3) koordynację nad Ubezpieczonym przed Hospitalizacją:
a) weryfikację uprawnień do Świadczenia;
b) przedstawienie propozycji Hospitalizacji – przedstawienie do wyboru dostępnych Szpitali i Lekarzy, a także położnej, w przypadku osoby Ubezpieczonej planującej poród;
c) umówienie pobytu i zgodnie z wyborem Ubezpieczonego;
d) pomoc w umówieniu na badania i konsultacje kwalifikujące do Hospitalizacji;
e) monitorowanie realizacji przez Ubezpieczonego badań i konsultacji;
f) przypomnienie Ubezpieczonemu o terminie przyjęcia do Szpitala i wymaganych dokumentach, a także potwierdzenie obecności Ubezpieczonego w Szpitalu;
g) koordynację obiegu dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem;
h) przekazanie informacji dotyczących pobytu w Szpitalu.

4) koordynację w trakcie Hospitalizacji:
a) pomoc w przekazaniu dokumentów niezbędnych do Świadczenia na rzecz Ubezpieczonego;
b) bieżący kontakt ze Szpitalem;
c) przekazywanie informacji o bieżącym statusie realizacji procedur medycznych osobie upoważnionej do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym;
d) umówienie na wizytę kontrolną po Hospitalizacji, a także przedstawienie planu opieki po udzieleniu Świadczenia;
e) organizację transportu medycznego. jeżeli wynika on z potwierdzonych przez nas wskazań medycznych, który obejmuje transport kołowy:
- międzyszpitalny w przypadku, gdy zlecimy transport medyczny do innej jednostki w ramach kontynuacji leczenia objętego zakresem ubezpieczenia, a także do innego najbliższego Szpitala w ramach kontynuacji leczenia w sytuacji, gdy dalsza diagnostyka leczenie wykracza poza zakres naszej odpowiedzialności;
- ze Szpitala do miejsca pobytu Ubezpieczonego.

5) koordynację po Hospitalizacji, zgodnie z zaleceniami Lekarza:
a) umówienie zleconych Ubezpieczonemu badań lub rehabilitacji;
b) organizację transportu medycznego, jeżeli wynika on z potwierdzonych przez nas wskazań medycznych, który obejmuje transport kołowy:
- z miejsca pobytu Ubezpieczonego do Szpitala;
- ze Szpitala do miejsca pobytu Ubezpieczonego.
c) skompletowanie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

Załącznik nr 3 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowego - Kod O/GR/02/26/2026/00

KLAUZULA OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO
LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.

Niniejszy dokument jest adresowany do Ciebie jako Ubezpieczonego

Poniżej znajdziesz wszelkie niezbędne informacje dotyczące przetwarzania Twoich danych osobowych w związku z objęciem Cię opieką ubezpieczeniową

Kto jest administratorem Twoich danych?	Administratorem Twoich danych osobowych przetwarzanych na potrzeby objęcia Cię opieką ubezpieczeniową jest LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., z siedzibą: ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy KRS pod nr KRS 0001192054, NIP: 5214131363, (dalej jako my, „Ubezpieczyciel" lub „LUX MED Ubezpieczenia"). W przypadku wyrażenia dodatkowej zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych lub w ramach otrzymywania od nas komunikacji marketingowej z wykorzystaniem adresu e-mail/i lub numeru telefonu, administratorem Twoich danych osobowych są podmioty z Grupy LUX MED, których lista znajduje się na stronie internetowej https://ubezpieczenia-luxmed.pl w zakładce dane osobowe.
Z kim możesz się skontaktować w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych?	We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem Twoich danych osobowych przez nas możesz skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, Katarzyną Pisarzewską, pisząc na adres e-mail daneosobowe@luxmed.pl.
Jakie jest źródło danych – skąd są pozyskiwane?	Objęcie opieką ubezpieczeniową odbywa się na podstawie umowy zawartej pomiędzy nami a Ubezpieczającym, który zgłasza Cię do opieki ubezpieczeniowej. W przypadku jeśli składasz deklarację poprzez platformę elektroniczną, Twoje dane osobowe w zakresie: • imienia • nazwiska • numeru PESEL (w przypadku braku data urodzenia) • adresu e-mail • numer, seria i rodzaj dokumentu (paszport lub dowód osobisty) są przekazywane nam przez Ubezpieczającego. Jeżeli jesteś współubezpieczonym, to powyższe dane są nam przekazywane przez Głównego ubezpieczonego zgłaszającego Cię do opieki ubezpieczeniowej. W przypadku jeśli przystępujesz do opieki ubezpieczeniowej poprzez wypełnienie papierowej deklaracji, to deklaracja wraz z Twoimi pełnymi danymi osobowymi, które uzupełniasz w zakresie wskazanym w poniższym punkcie jest nam przekazywana za pośrednictwem podmiotu zgłaszającego Cię do opieki ubezpieczeniowej (nie dotyczy to kwestionariusza medycznego, który – o ile jest wymagany – jest nam dostarczany bezpośrednio przez Ciebie). Pozostałe dane niezbędne do zapewnienia Ci możliwości realizacji objętych ubezpieczeniem świadczeń podajesz nam sam korzystając z opieki ubezpieczeniowej. Dodatkowo w ramach likwidacji zgłoszonej nam szkody w zakresie posiadanego ubezpieczenia w podróży (jeśli dotyczy), możemy poprosić Cię o przedłożenie dokumentów takich jak m.in. kopia biletów, rachunków faktur, raportów ze zdarzenia, które uzasadniają przyznanie Ci refundacji.
Jaki jest zakres danych osobowych, które przetwarzamy?	Przetwarzamy dane osobowe w zakresie niezbędnym do weryfikacji Twojej tożsamości, przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz realizacji świadczeń objętych ubezpieczeniem. Zakres przetwarzanych przez nas danych obejmuje: • imię i nazwisko • numer PESEL • płeć • datę urodzenia • adres zamieszkania • główną miejscowość opieki W przypadku jeśli jesteś obcokrajowcem dodatkowo poprosimy Cię o: • obywatelstwo • numer, seria i rodzaj dokumentu (paszport, dowód osobisty lub karta pobytu) Aby umożliwić Ci złożenie deklaracji przystąpienia do opieki ubezpieczeniowej za pośrednictwem platformy elektronicznej oraz usprawnić późniejszy proces świadczenia usług możemy również poprosić o Twój:

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">

- numer telefonu
- adres e-mail

W zależności od treści Umowy Ubezpieczenia, którą zawarł z nami Ubezpieczający możemy Cię poprosić o wypełnienie kwestionariusza medycznego, który jest elementem oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Znajdą się w nim pytania dotyczące Twojego: wieku, wagi, wzrostu, stanu zdrowia, informacji o wykonywanym zawodzie lub stanowisku służbowym wraz z jego charakterystyką oraz o Twoim pracodawcy. Będziemy mogli zwrócić się do Ciebie lub jeżeli udzielisz nam stosownego upoważnienia, to będziemy mogli się zwrócić do podmiotów leczniczych z których korzystałeś lub korzystasz w celu uzyskania Twojej dokumentacji medycznej, informacji o stanie Twojego zdrowia lub innych informacji koniecznych do podjęcia decyzji o realizacji świadczenia, prawidłowej jego koordynacji albo przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego w związku ze zgłoszonym roszczeniem. Jeżeli do realizacji celów, o których mowa w zdaniu poprzednim, konieczne będzie uzyskanie Twojej dokumentacji medycznej, to poprosimy Cię o przekazanie nam jej kopii w niezbędnym zakresie bądź na podstawie udzielonej przez Ciebie zgody zwrócimy się do odpowiednich podmiotów leczniczych z wnioskiem o udostępnienie wskazanej dokumentacji.

Zgoda na przetwarzanie danych w celach marketingowych obejmuje informacje dotyczące Ciebie, jakich nam udzieliłeś podczas współpracy z nami, w tym mogą być to dane identyfikacyjne takie jak: imię, nazwisko, płeć, data urodzenia, wiek, miejscowość, zakres ubezpieczenia. Zapewniamy jednak, że w ramach wykonywanych działań marketingowych w żadnym wypadku nie sięgamy do Twojej dokumentacji medycznej, którą nam przekazałeś lub którą pozyskujemy od podmiotów leczniczych na podstawie Twojego stosownego upoważnienia – dostęp do tych informacji mają jedynie upoważnione do tego osoby. W ramach wysyłki komunikacji marketingowej, na podstawie odrębnej zgody możemy wykorzystywać Twój adres e-mail/i lub numer telefonu.
</td></tr>
<tr><td rowspan="6">Jaki jest cel przetwarzania Twoich danych osobowych?</td><td colspan="2">Przetwarzamy dane osobowe jako podmiot ubezpieczeniowy a celem tego przetwarzania jest ocena ryzyka ubezpieczeniowego oraz realizacja umowy ubezpieczeniowej, przez co rozumiemy:</td></tr>
<tr><td>Cel przetwarzania</td><td>Podstawa prawna
(pełne nazwy aktów prawnych znajdziesz na końcu formularza)</td></tr>
<tr><td>

- Ustalenie Twojej tożsamości przed udzieleniem Ci świadczenia oraz umożliwienie nam realizacji umowy i kontakt z Tobą.
- Wykonanie oceny ryzyka ubezpieczeniowego przed zawarciem umowy oraz przetwarzanie danych osobowych w ramach jej wykonywania a także likwidacji roszczeń.
- Na podstawie odrębnie udzielonych przez Ciebie zgód na pozyskiwanie od podmiotów leczniczych, z których usług korzystałeś lub korzystasz Twojej dokumentacji medycznej oraz udostępnianie jej podmiotom leczniczym, które w ramach opieki ubezpieczeniowej mają świadczyć usługi medyczne. LUX MED Ubezpieczenia przetwarza także informacje o stanie Twojego zdrowia zawarte w przedmiotowej dokumentacji.

</td><td>art. 6 ust. 1 lit. b RODO w zw. z art. 41 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.</td></tr>
<tr><td>

- Jeżeli podzieliłeś się z nami swoją opinią na temat świadczeń lub złożyłeś reklamację, możemy przetwarzać Twoje dane osobowe w celu rozpatrzenia zgłoszenia oraz udzielenia na nie odpowiedzi.

</td><td>art. 6 ust. 1 lit. f Rozporządzenia, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, jakim jest rozpatrzenie roszczeń reklamacyjnych obraz obrona interesów Ubezpieczyciela</td></tr>
<tr><td>

- Jako administrator danych będący przedsiębiorcą mamy prawo do dochodzenia roszczeń z tytułu prowadzonej przez nas działalności gospodarczej i przetwarzania Twoich danych w tym celu.

</td><td>art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, którym jest dochodzenie naszych roszczeń i obrona naszych praw.</td></tr>
<tr><td>

- Jako przedsiębiorca prowadzimy księgi rachunkowe oraz spoczywają na nas obowiązki podatkowe – wystawiamy np. rachunki za wykonane przez nas usługi, co może się wiązać z koniecznością przetwarzania danych osobowych.

</td><td>art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.</td></tr>
<tr><td>

- Jeżeli wyraziłeś zgodę na przetwarzanie danych

</td><td>art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia</td></tr>
</table>

	osobowych w celach marketingowych, to możemy przetwarzać Twoje dane osobowe w celu kierowania do Ciebie komunikacji marketingowej dotyczącej działalności Grupy LUX MED, takiej jak w szczególności oferty, informacje o usługach, promocjach, wydarzeniach organizowanych przez podmioty z Grupy LUX MED oraz artykuły prozdrowotne. Na podstawie wyrażonej zgody możemy przetwarzać również Twoje dane osobowe pozyskane w trakcie współpracy z nami w celach marketingowych. W ramach tej zgody możemy także dokonywać tzw. profilowania, które polega na automatycznej ocenie niektórych czynników osobowych, które Cię dotyczą. Celem profilowania prowadzonego przez LUX MED jest dobranie odpowiednich treści materiałów, które Ci przekazujemy (marketingowych, promocyjnych).	(dobrowolnie wyrażona zgoda)
Czy Twoje dane są przetwarzane w sposób zautomatyzowany?	W ramach prowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, możemy przetwarzać Twoje dane osobowe (w tym dane szczególnej kategorii w zakresie stanu zdrowia) zawarte w uzupełnionej przez Ciebie deklaracji, jak również kwestionariuszu medycznym i będzie się to odbywać w sposób zautomatyzowany, w tym poprzez profilowanie. Oznacza to, że Twoje dane osobowe będą przetwarzane przez system informatyczny bez udziału człowieka, a proces ten skutkować będzie decyzją w zakresie przyjęcia Twojej deklaracji czy też przyporządkowania Cię do konkretnego planu ubezpieczeniowego. Podstawą prawną takiego działania po stronie LUX MED Ubezpieczenia są przepisy regulujące naszą działalność jako podmiotu ubezpieczeniowego. Informujemy jednak, że masz prawo nie podlegać decyzji opartej o zautomatyzowane przetwarzanie danych osobowych.	
Komu przekazujemy Twoje dane osobowe?	Dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców w związku z prowadzoną przez nas działalnością: • dostawcom usług zaopatrujących nas w rozwiązania techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające świadczenie usług i zarządzanie naszą organizacją (w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, firmom kurierskim i pocztowym), • dostawcom usług prawnych i doradczych oraz wspierających nas w dochodzeniu należnych roszczeń (w szczególności kancelariom prawnym, firmom windykacyjnym), • zakładom reasekuracji, które będą wykonywać działalność w zakresie reasekuracji ryzyka przyjętego przez nas z tytułu umowy, • podmiotom leczniczym wykonującym opiekę zdrowotną w ramach Umowy Ubezpieczenia oraz innym podmiotom leczniczym, z których usług korzystasz, • podmiotom koordynującym w naszym imieniu udzielanie świadczeń zdrowotnych i świadczenie usług objętych Umową ubezpieczenia. W ramach procesu koordynacji udzielania świadczeń, Twoja dokumentacja medyczna, którą nam przekazałeś lub którą pozyskaliśmy na podstawie Twojej zgody, może zostać udostępniona przez LUX MED Ubezpieczenia podmiotom leczniczym z których usług korzystasz, za pośrednictwem przydzielonego Tobie koordynatora wspierającego proces Twojej hospitalizacji i leczenia.	
Czy Twoje dane są przekazywane do państw trzecich?	Z uwagi na to, że korzystamy z usług innych dostawców, np. w zakresie struktury teleinformatycznej, Twoje dane osobowe mogą być przekazywane poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego (na który składają się państwa Unii Europejskiej oraz Islandia, Norwegia i Liechtenstein). Zapewniamy, że w takim przypadku przekazywanie danych odbywać się będzie w oparciu o stosowną podstawę prawną, na przykład w ramach umowy zawartej pomiędzy LUX MED Ubezpieczenia a tym podmiotem, zawierającej standardowe klauzule ochrony danych przyjęte przez Komisję Europejską lub na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony danych. LUX MED Ubezpieczenia każdorazowo gwarantuje, że przeprowadza odpowiednią weryfikację zapewnienia zgodności i bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych przez dostawcę usług, któremu przekazywane są dane osobowe.	
W jaki sposób możemy profilować Twoje dane?	Profilowanie polega na tym, że możemy tworzyć profile preferencji w oparciu o informacje o Tobie, i tym samym w oparciu o nie, dostosowywać nasze usługi i treści jakie oni od nas otrzymujesz – przetwarzanie danych osobowych w ramach tego procesu odbywa się na podstawie wyrażonej przez Ciebie zgody marketingowej. Zapewniamy, że w ramach tego procesu nie przetwarzamy danych osobowych w sposób w pełni automatyczny, bez ingerencji człowieka.	
Przez jaki czas	Przechowujemy dane osobowe przez okres trwania umowy, a następnie przez okres przedawnienia	

przetwarzane są Twoje dane osobowe?	roszczeń wynikający z przepisów prawa cywilnego. Wszelkie dane przetwarzane na potrzeby rachunkowości oraz podatkowe przetwarzamy przez 5 lat liczonych od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy. Jeżeli wyraziłeś zgodę na przetwarzanie danych w celach marketingowych, przetwarzamy Twoje dane od chwili wyrażenia zgody do czasu jej cofnięcia. Po upływie wyżej wymienionych okresów dane osobowe są usuwane lub poddawane anonimizacji.
Czy podanie danych jest obowiązkiem?	Przystąpienie do ubezpieczenia jest w pełni dobrowolne, jednakże jako ubezpieczyciel jesteśmy zobowiązani do oznaczenia Twojej tożsamości i wykonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego z wykorzystaniem danych osobowych. W takim przypadku niepodanie danych może skutkować odmową zawarcia umowy lub realizacji świadczeń. Również ze względów rachunkowych czy podatkowych posiadamy obowiązek prawny przetwarzania danych, brak ich podania może skutkować np. brakiem wystawienia faktury czy imiennego rachunku. Numer telefonu przekazywany jest na zasadzie dobrowolności – brak tej informacji nie ma wpływu na możliwość korzystania z naszych usług, lecz znacznie utrudni nam to kontakt z osobą uprawnioną w procesie realizacji umowy. Wyrażenie którejkolwiek ze zgód marketingowych również odbywa się na zasadzie dobrowolności. Oznacza to, że odmowa ich udzielenia nie ma wpływu na skorzystanie z naszych świadczeń i jednocześnie osobie, która wyraziła zgodę przysługuje prawo do wycofania zgody w dowolnej chwili.
Jakie prawa Ci przysługują?	Jako administrator danych, zapewniamy Ci prawo dostępu do Twoich danych, jak również prawo do ich sprostowania, żądania ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Możesz również skorzystać z uprawnienia do złożenia wobec nas sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych oraz prawa do przenoszenia danych do innego administratora danych. Jeżeli chcesz skorzystać z któregokolwiek z tych uprawnień - skontaktuj się z nami pisząc na adres siedziby lub mailowo: daneosobowe@luxmed.pl. Informujemy także, że przysługuje Ci prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych.
Definicje i skróty	**RODO** – Rozporządzenie 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; **ustawa o działalności ubezpieczeniowej** – ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

Załącznik nr 4 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowego - Kod O/GR/02/26/2026/00

KLAUZULA OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO
LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.

Poniżej znajdziesz wszelkie niezbędne informacje dotyczące przetwarzania Twoich danych w ramach relacji biznesowych, w szczególności na potrzeby umożliwienia zawarcia umowy oraz zapewnienia kontaktów służbowych

Kto jest administratorem Twoich danych?	Administratorem Twoich danych osobowych jest LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., z siedzibą: ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy KRS pod nr KRS 0001192054, NIP: 5214131363, (dalej jako my, „Ubezpieczyciel" lub „LUX MED Ubezpieczenia").	
Z kim mogę się skontaktować w kwestiach związanych z przetwarzaniem moich danych osobowych?	We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem Twoich danych osobowych przez LUX MED Ubezpieczenia możesz skontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych, Katarzyną Pisarzewską, pisząc na adres e-mail: daneosobowe@luxmed.pl.	
Jakie jest źródło moich danych – skąd są pozyskiwane?	Twoje dane osobowe są udostępniane bezpośrednio przez Ciebie lub przez Twojego pracodawcę bądź reprezentowany przez Ciebie podmiot. Twoje dane mogą być również niekiedy pozyskiwane ze źródeł publicznie dostępnych takich jak np. rejestr KRS czy CEIDG.	
Jaki jest zakres przetwarzanych przez LUX MED Ubezpieczenia moich danych osobowych?	Przetwarzamy Twoje dane osobowe w zakresie imienia, nazwiska, numeru telefonu, adresu e-mail, stanowiska, nazwy reprezentowanego podmiotu oraz siedziby tego podmiotu. Jeżeli występujesz w roli pełnomocnika czy organu kontrahenta LUX MED Ubezpieczenia albo jesteś wspólnikiem spółki cywilnej czy też osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, to LUX MED Ubezpieczenia może przetwarzać Twoje dane osobowe w szerszym zakresie obejmującym także numer PESEL oraz wszelkie inne dane osobowe zawarte w publicznych rejestrach oraz w ramach przedstawionego pełnomocnictwa.	
Jaki jest cel i podstawa prawna przetwarzania moich danych osobowych?	Cel przetwarzania	Podstawa prawna (pełne nazwy aktów prawnych znajdziesz na końcu formularza)
	Kontaktujemy się z Tobą w bieżących sprawach lub udzielamy odpowiedzi na kierowane przez Ciebie do nas pytania lub sprawy. Zazwyczaj wykonujemy te czynności w ramach realizacji umowy pomiędzy LUX MED Ubezpieczenia a Twoim pracodawcą lub reprezentowanym przez Ciebie podmiotem.	Art. 6 ust. 1 lit. f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, którym jest zapewnienie kontaktu w bieżących sprawach wynikających z prowadzonej przez LUX MED Ubezpieczenia działalności.
	Jeżeli jesteś osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą albo wspólnikiem spółki cywilnej, to przetwarzamy Twoje dane w celu zawarcia i realizacji umowy, w tym także w ramach rozliczeń i zapewnienia bieżącej korespondencji służbowej.	Art. 6 ust. 1 lit. b RODO, tj. wykonanie umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub podjęcie działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy
	Jako administrator danych będący przedsiębiorcą mamy prawo do dochodzenia roszczeń z tytułu prowadzonej przez nas działalności gospodarczej, obrony przed tymi roszczeniami i tym samym przetwarzania Twoich danych w tym celu.	Art. 6 ust. 1 lit. f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, którym jest dochodzenie naszych roszczeń i obrona naszych praw.

	Jako przedsiębiorca prowadzimy także księgi rachunkowe oraz spoczywają na nas obowiązki podatkowe – wystawiamy np. rachunki za wykonane przez nas usługi, co może się wiązać z koniecznością przetwarzania Twoich danych osobowych.	Art. 6 ust. 1 lit. c RODO, tj. wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (np. w ramach przepisów prawa podatkowego)
	Z racji tego, że pozostajemy ze sobą w stałych stosunkach gospodarczych, możemy w ramach łączącej nas współpracy przesyłać Ci informacje o naszej działalności, oferty czy inne treści informujące Ciebie o możliwości współpracy z LUX MED Ubezpieczenia.	Art. 6 ust. 1 lit. f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, którym jest budowanie i utrzymywanie relacji z naszymi kontrahentami.
Komu przekazywane są moje dane osobowe?	Z uwagi na konieczność zapewnienia nam odpowiedniej organizacji np. w zakresie infrastruktury informatycznej czy bieżących sprawach dotyczących naszej działalności jako przedsiębiorcy, Twoje dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców: 1. dostawcom usług zaopatrujących LUX MED Ubezpieczenia w rozwiązania techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające realizację naszych obowiązków oraz zarządzanie naszą organizacją (w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, firmom kurierskim i pocztowym), 2. dostawcom usług prawnych i doradczych oraz wspierających LUX MED Ubezpieczenia w dochodzeniu należnych roszczeń (w szczególności kancelariom prawnym, firmom windykacyjnym).	
Czy moje dane są przekazywane poza Unię Europejską?	Z uwagi na to, że korzystamy z usług innych dostawców, np. w zakresie poczty elektronicznej, Twoje dane osobowe mogą być przekazywane poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego (na który składają się państwa członkowskie Unii Europejskiej oraz Norwegia, Islandia i Lichtenstein). Zapewniamy, że w takim przypadku przekazywanie danych odbywać się będzie w oparciu o stosowną umowę pomiędzy LUX MED Ubezpieczenia a tym podmiotem, zawierającą standardowe klauzule ochrony danych przyjęte przez Komisję Europejską albo na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony danych osobowych.	
Przez jaki czas przetwarzane są moje dane osobowe?	Przetwarzamy Twoje dane osobowe przez okres łączącej nas współpracy czy też współpracy pomiędzy LUX MED Ubezpieczenia a Twoim pracodawcą lub reprezentowanym przez Ciebie podmiotem a kolejno po jej zakończeniu przez okres przedawnienia roszczeń. Jeżeli Twoje dane osobowe były przetwarzane w ramach wypełnienia przez LUX MED Ubezpieczenia obowiązków prawnych – przez okres wskazany w przepisach prawa. Po upływie wyżej wymienionych okresów Twoje dane są trwale usuwane lub poddawane anonimizacji.	
Czy podanie danych jest moim obowiązkiem?	Jeżeli podajesz nam swoje dane, odbywa się to na zasadzie dobrowolności. Niepodanie danych może jednak skutkować niemożnością udzielenia odpowiedzi na Twoje zapytanie lub przekazania Ci innych treści, o które nas prosisz, a niekiedy również brakiem możliwości zawarcia umowy z kontrahentem.	
Jakie mam prawa?	Jako administrator Twoich danych, zapewniamy Ci prawo dostępu do Twoich danych, możesz je również sprostować, żądać ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Możesz także skorzystać z uprawnienia do złożenia wobec LUX MED Ubezpieczenia sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych oraz prawa do przenoszenia danych do innego administratora danych. Jeżeli chcesz skorzystać z któregokolwiek z tych uprawnień - skontaktuj się z nami pisząc na adres siedziby lub mailowo: daneosobowe@luxmed.pl. Informujemy także, że przysługuje Ci prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych.	
Definicje i skróty	**RODO -** Rozporządzenie 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.	

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

Załącznik nr 5 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowego - Kod O/GR/02/26/2026/00

STANDARDOWE KLAUZULE OBOWIĄZUJĄCE W UMOWACH UBEZPIECZENIA ZAWIERANYCH PRZEZ LUX MED UBEZPIECZENIA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ I REASEKURACJI SA

§ 1 Postanowienia ogólne

1. Poniższe klauzule stanowią integralną część grupowej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowego – kod OWU nr O/GR/02/26/2026/00 (zwanej dalej „**Umową**") zawartej przez **Ubezpieczającego** z LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, KRS 0001192054 (zwaną dalej „**Ubezpieczycielem**"). Ubezpieczający i Ubezpieczyciel zwani dalej łącznie „**Stronami**" lub każdy z osobna „**Stroną**".
2. Każda ze Stron oświadcza, że jej zobowiązania i oświadczenia, w tym m.in. gwarancje lub zapewnienia zawarte w niniejszym załączniku, pozostaną odpowiednio w mocy i będą aktualne przez cały okres obowiązywania Umowy.
3. Naruszenie przez Stronę którejkolwiek z klauzul niniejszego załącznika przez niewykonanie (w całości lub części) zobowiązania lub złożenie oświadczenia, które okazałoby się w jakimkolwiek stopniu niezgodne ze stanem faktycznym, oznaczać będzie (i) utratę zaufania do Strony, która naruszyła takie zobowiązanie lub złożyła takie niezgodne ze stanem faktycznym oświadczenie („**Strona naruszająca**"), (ii) rażące naruszenie postanowień Umowy oraz (iii) ważny powód uzasadniający wypowiedzenie umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela niebędącego Stroną naruszającą; w takim przypadku druga Strona („**Strona uprawniona**") będzie uprawniona do rozwiązania Umowy ze skutkiem natychmiastowym, z winy Strony naruszającej albo wypowiedzenia Umowy z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, a także dochodzenia odszkodowania za szkody poniesione wskutek niezgodnego z prawem lub dobrymi obyczajami działania lub zaniechania Strony naruszającej.
4. Wybór uprawnienia lub uprawnień, o których mowa w ust. 3 powyżej, jak również decyzja odnośnie do jego/ich zastosowania do Umowy należy do wyłącznej decyzji Strony uprawnionej.
5. W przypadku wykonania przez Stronę uprawnioną któregokolwiek z uprawnień, o których mowa powyżej, Stronie naruszającej nie przysługują żadne roszczenia w stosunku do Strony uprawnionej (z wyłączeniem roszczeń odpowiednio o zwrot nadpłaconej składki za okres, w którym nie udzielono ochrony ubezpieczeniowej albo zapłaty składki za okres, przez który Ubezpieczyciel ponosił odpowiedzialność zgodnie z Umową).

§ 2 Klauzula antykorupcyjna

1. Każda Strona oświadcza, że jest jej wiadomym, iż druga Strona oraz spółki należące do grupy kapitałowej drugiej Strony kierują się w swej działalności zasadami etycznego biznesu przewidującymi zero tolerancji dla zachowań korupcyjnych oraz wymagającymi od kontrahentów oraz podmiotów współpracujących ze spółkami należącymi do grupy kapitałowej drugiej Strony obowiązku przestrzegania najlepszych praktyk, w tym przepisów prawa i dobrych obyczajów. „**Grupa kapitałowa LUX MED**", do której należy Ubezpieczyciel, oznacza LUX MED sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie posiadającą nr KRS 265353 (dalej „**LUX MED**") oraz spółki zależne LUX MED, przez co rozumie się: (i) podmioty, wobec których LUX MED jest spółką dominującą albo które są spółką dominującą wobec LUX MED w rozumieniu art. 4 § 1 pkt 4 ustawy z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych (dalej: „**KSH**") oraz (ii) podmioty powiązane z LUX MED w rozumieniu art. 4 § 1 pkt 5 KSH, oraz (iii) podmioty stanowiące wraz z LUX MED grupę kapitałową w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 44 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, oraz (iv) podmioty stanowiące wraz z LUX MED podatkową grupę kapitałową w rozumieniu art. 1a ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych. „**Grupa kapitałowa Ubezpieczającego**" oznacza Ubezpieczającego oraz spółki zależne i dominujące Ubezpieczającego w rozumieniu wskazanych w niniejszym ustępie przepisów.
2. Każda Strona oświadcza, że w związku ze świadczeniem usług będących przedmiotem Umowy zobowiązuje się działać wyłącznie w zgodzie z prawem oraz dobrymi obyczajami. Każda Strona zobowiązuje się nie oferować ani nie dawać żadnych korzyści osobistych lub majątkowych w celu wpłynięcia na decyzję jakiekolwiek osoby fizycznej lub prawnej oraz nie brać udziału w jakichkolwiek porozumieniach lub ustaleniach, które miałyby na celu wpłynięcie na decyzję jakiekolwiek osoby fizycznej lub prawnej w sposób sprzeczny z prawem lub dobrymi obyczajami. Każda Strona zobowiązana jest przestrzegać wszelkich obowiązujących przepisów prawa, w tym przepisów antykorupcyjnych i jest zobowiązana powstrzymać się od

jakichkolwiek działań, które mogłyby spowodować naruszenie przez drugą Stronę obowiązujących przepisów prawa lub utratę dobrego wizerunku drugiej Strony.

3. Nie ograniczając zobowiązań żadnej Strony określonych w niniejszym paragrafie, każda Strona niniejszym oświadcza i gwarantuje, że podczas realizacji Umowy na rzecz drugiej Strony:
   1) żadne płatności dokonane lub należne do zapłaty na jej rzecz nie zostały i nie zostaną zapłacone na rzecz jakiejkolwiek innej osoby, chyba że obowiązek zapłaty wynikał lub będzie wynikał z przepisów prawa lub istniejących, udokumentowanych zobowiązań podjętych przez nią w dobrej wierze,
   2) nie zapłaciła, nie zaoferowała, nie podarowała ani nie obiecała zapłacić lub podarować, jak też nie upoważniła żadnej osoby do zapłaty lub podarowania, bezpośrednio lub pośrednio, jakichkolwiek pieniędzy lub wartości majątkowych w zamian za korzyści majątkowe lub wpłynięcie na decyzję o zakupie od niej towarów lub usług (w szczególności na decyzję o zawarciu Umowy).
4. W przypadku uzasadnionego podejrzenia, że druga Strona narusza postanowienia niniejszej klauzuli, Strona podejrzewająca będzie uprawniona do zweryfikowania dokumentacji związanej z realizacją Umowy, w tym dokumentacji księgowej, Strony podejrzewanej. Na żądanie Strony korzystającej z prawa do weryfikacji, która wraz z żądaniem przedłożyła listę dokumentów do weryfikacji, druga Strona ma obowiązek niezwłocznie, tj. nie później niż w ciągu 7 (siedmiu) dni roboczych, licząc od przedłożenia listy żądanych dokumentów, udostępnić Stronie żądającej ww. dokumentację w celu weryfikacji. Uzasadnienie podejrzenia o naruszeniu zobowiązań określonych w niniejszej klauzuli powinno być sporządzone na piśmie lub w formie dokumentowej w postaci e-mail, pod rygorem nieważności i przedłożone wraz z żądaniem weryfikacji i listą żądanych dokumentów.

§ 3 Klauzula społeczna

1. Każda Strona bezwzględnie wymaga od drugiej Strony poszanowania praw człowieka i traktowania pracowników z godnością i szacunkiem.
2. Każda Strona oświadcza, iż w żadnej ze swoich działalności nie korzysta i zobowiązuje się nie korzystać z pracy przymusowej bądź niewolniczej, pracy wynikającej z konieczności spłaty długu wobec pracodawcy ani pracy niedobrowolnej wykonywanej przez więźniów, a od pracowników rozpoczynających u niej zatrudnienie nigdy nie żądała i zobowiązuje się nie żądać złożenia w depozycie żadnych dokumentów ani wartości pieniężnych.
3. Każda Strona oświadcza, że w żadnej ze swoich działalności nie korzysta i zobowiązuje się nie korzystać z pracy wykonywanej przez dzieci. Każda Strona oświadcza, że są jej znane zasady, iż zatrudnienie osób młodocianych (poniżej 18 roku życia) jest możliwe wyłącznie w warunkach niezagrażających ich zdrowiu, a także wyłącznie w przypadku, gdy wiek młodocianego pracownika przekracza obowiązującą w danym kraju dolną granicę wieku zatrudnianych osób lub wiek zakończenia obowiązkowej edukacji, i zobowiązuje się przestrzegać tych zasad.
4. Każda Strona oświadcza, iż we wszystkich prowadzonych przez siebie działalnościach zapewnia i zobowiązuje się nadal zapewniać swoim pracownikom miejsce pracy, w którym zakazane są wszelkie formy prześladowania i dyskryminacji, takie jak dyskryminacja ze względu na przynależność rasową, kolor skóry, wiek, płeć, orientację seksualną, przynależność etniczną, niepełnosprawność, wyznanie, przynależność do organizacji politycznych, członkostwo w związku zawodowym czy stan cywilny. Każda Strona oświadcza, iż nie stosuje i zobowiązuje się nie stosować kar cielesnych ani okrutnych lub w inny sposób bezprawnych środków dyscyplinujących.
5. Każda Strona oświadcza, iż we wszystkich prowadzonych przez siebie działalnościach wynagradza i zobowiązuje się wynagradzać pracowników zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi wynagrodzeń.

§ 4 Klauzula dot. sankcji gospodarczych

1. Każda Strona oświadcza i potwierdza, że Umowa nie zobowiązuje i nie może zobowiązać drugiej Strony do wykonania jakiejkolwiek czynności, w tym między innymi do zapłaty za jakąkolwiek dostawę towarów lub usług w zakresie, w jakim miałaby ona naruszać sankcje handlowe lub gospodarcze nałożone na podstawie rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub przepisów ustawowych lub wykonawczych jakiejkolwiek jurysdykcji, której podlega druga Strona, w tym między innymi sankcje nałożone przez:
   1) Unię Europejską,
   2) Wielką Brytanię,
   3) USA,
   4) Polskę,

   w szczególności wszelkie sankcje wymienione lub możliwe do ustalenia na poniższych stronach:

https://www.un.org/sc/suborg/en/sanctions/information
https://sanctionssearchapp.ofsi.hmtreasury.gov.uk/
https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/
https://www.sanctionsmap.eu/#/main
https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami
(dalej „**Sankcje**" lub odpowiednio „**Sankcja**").

2. Jeżeli zajdzie potrzeba zapewnienia zgodności Umowy z przepisami nakładającymi Sankcje, każda Strona zastrzega sobie prawo do podjęcia wszelkich uzasadnionych działań, które - w jej ocenie - będą konieczne w celu zapewnienia zgodności z przepisami. Druga Strona przyjmuje do wiadomości, że może to ograniczyć, opóźnić lub uniemożliwić realizację wynikających z Umowy zobowiązań Strony podejmującej takie działania, i oświadcza, że wyraża na to zgodę.
3. Każda Strona oświadcza, że:
   1) żaden z udziałów w jej kapitale zakładowym nie jest własnością (bezpośrednio lub pośrednio), ani nie jest nad nim sprawowana kontrola w jakikolwiek sposób, jak również nie został na nim ustanowiony zastaw ani użytkowanie na rzecz:
      a) według najlepszej wiedzy Strony - jakichkolwiek podmiotów sankcjonowanych (oznacza każdą osobę fizyczną lub każdy podmiot, w tym osobę prawną lub jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, objętą przez Sankcje lub której Sankcje dotyczą) oraz podmiotów z nimi powiązanych kapitałowo lub osobowo,
      b) według najlepszej wiedzy Strony - jakiegokolwiek podmiotu lub osoby, która korzysta z kapitału lub finansowania zapewnionego przez podmiot sankcjonowany,
   2) nie jest podmiotem objętym Sankcjami, ani żaden z członków jej organów i pracowników i współpracowników szczebla kierowniczego nie jest również objęty Sankcjami,
   3) nie łączą jej relacje handlowe z podmiotami, na które zostały nałożone Sankcje (w szczególności nie eksportuje, nie importuje technologii czy usług z krajów i do krajów objętych Sankcjami, w szczególności w związku z konfliktem na Ukrainie), a w przypadku ich nałożenia w przyszłości niezwłocznie wypowie lub odstąpi od umów zawartych z podmiotami, na które nałożono Sankcje,
   4) swoimi środkami finansowymi, funduszami oraz zasobami gospodarczymi nie wspiera bezpośrednio ani pośrednio (i) agresji Federacji Rosyjskiej na Ukrainę, ani (ii) naruszeń praw człowieka lub represji wobec społeczeństwa obywatelskiego i opozycji demokratycznej, ani (iii) podmiotów, których działalność stanowi inne poważne zagrożenie dla demokracji lub praworządności w Federacji Rosyjskiej i w Białorusi,
   5) jej beneficjent rzeczywisty nie jest osobą wymienioną na listach sankcyjnych określonych w ustępie 1 niniejszego paragrafu.

§ 5 Klauzula przeciwdziałania praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu

1. Strona będąca instytucją obowiązaną w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (dalej „**Ustawa**") oświadcza, że posiada i utrzymuje w mocy wszelkie polityki, procedury i systemy kontroli niezbędne do zapobiegania naruszeniom przepisów Ustawy, a Strona niebędąca instytucją obowiązaną – oświadcza, że w zakresie prowadzonej działalności z należytą starannością podejmuje działania mające na celu zapobieganie naruszeniom przepisów tej Ustawy.
2. Strona oświadcza, że nie nawiązała i nie zamierza nawiązać stosunków gospodarczych z państwem lub państwami trzecimi wysokiego ryzyka, przez które należy rozumieć państwo identyfikowane na podstawie informacji pochodzących z wiarygodnych źródeł (w tym raportów z ewaluacji krajowych systemów przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu przeprowadzanych przez Grupę Specjalną do spraw Przeciwdziałania Praniu Pieniędzy (FATF) oraz organy lub organizacje z nią powiązane), jako: (i) nieposiadające skutecznego systemu przeciwdziałania praniu pieniędzy lub finansowaniu terroryzmu lub (ii) posiadające znaczące braki w systemie przeciwdziałania praniu pieniędzy lub finansowaniu terroryzmu, w szczególności państwo trzecie zidentyfikowane przez Komisję Europejską w akcie delegowanym przyjętym na podstawie art. 9 dyrektywy 2015/849 lub innych odpowiednich aktów prawnych.

§ 6 Klauzula podatkowa

1. Każda Strona zobowiązuje się, w związku z negocjacjami, zawarciem i wykonaniem Umowy lub jej jakiejkolwiek części:
   1) nie angażować w żadne działania, praktyki ani zachowania, które stanowiłyby:
      a) oszustwo podatkowe,
      b) unikanie opodatkowania,
      c) ułatwianie innym podmiotom unikania opodatkowania; oraz

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0001192054
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

2) posiadać i stosować przez cały okres obowiązywania Umowy środki kontrolne, wytyczne lub takie polityki i procedury, które mają na celu (i) zapobieganie: oszustwom podatkowym, unikaniu opodatkowania, ułatwianiu innym podmiotom unikania opodatkowania (w tym m.in. pracownikom i współpracownikom Strony) oraz (ii) zapewnienie zgodności z niniejszym paragrafem; oraz

3) niezwłocznie powiadomić drugą Stronę, w formie co najmniej dokumentowej w postaci e-mail pod rygorem nieważności, o jakimkolwiek swoim naruszeniu postanowień niniejszego paragrafu lub powzięciu wiedzy o popełnieniu oszustwa podatkowego lub unikaniu opodatkowania lub ułatwianiu innym podmiotom unikania opodatkowania przez inny podmiot, w tym przez swoich pracowników lub współpracowników, w związku z negocjacjami, zawarciem lub wykonaniem Umowy lub jej jakiejkolwiek części.

§ 7 Klauzula dot. oszustw

1. Każda Strona oświadcza, że podejmuje wszelkie uzasadnione kroki zgodne z dobrymi praktykami branżowymi w celu zapobieżenia oszustwom, które mogłyby być popełnione przez Stronę (w tym m.in. przez jej pracowników, współpracowników, członków organów) lub jej podwykonawców i niezwłocznie powiadomi drugą Stronę, jeśli poweźmie wiedzę, że doszło do popełnienia oszustwa w związku z zawarciem Umowy lub jej realizacją.
2. Każda Strona ma prawo, w uzasadnionych przypadkach, weryfikować wszelkie dane dotyczące Umowy (w tym faktury, oświadczenia i inne dokumenty) otrzymane od drugiej Strony z odpowiednimi organami (w tym organami ścigania) w celu zapobiegania lub wykrywania fałszywych lub niezgodnych z prawdą informacji lub oszukańczej działalności.

§ 8 Klauzula rzeczywistego właściciela

1. Każda Strona oświadcza, że jest rzeczywistym właścicielem wszystkich należności przysługujących jej z tytułu Umowy w rozumieniu przepisów dotyczących podatku dochodowego, tj. spełnia łącznie następujące warunki:
   1) otrzymuje należności dla własnej korzyści, w tym decyduje samodzielnie o ich przeznaczeniu i ponosi ryzyko ekonomiczne związane z utratą tych należności lub ich części,
   2) nie jest pośrednikiem, przedstawicielem, powiernikiem lub innym podmiotem zobowiązanym do przekazania całości lub części należności innemu podmiotowi,
   3) prowadzi rzeczywistą działalność gospodarczą w kraju siedziby (miejsca zamieszkania), jeżeli należności są uzyskiwane w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą.
2. Niniejsze oświadczenie każdej ze Stron jest ważne do odwołania. Strona zobowiązuje się niezwłocznie zawiadomić drugą Stronę o wszelkich zmianach w zakresie złożonego przez siebie powyżej oświadczenia. Zawiadomienie powinno nastąpić w formie co najmniej dokumentowej w postaci e-mail, pod rygorem nieważności.

***