

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED – Pełna Opieka dla klientów grupowych

Spis treści

§1 Kim są strony Umowy Ubezpieczenia?.....	2
§2 Definicje.....	2
§3 Co jest przedmiotem Umowy?.....	5
§4 Jak skorzystać z ubezpieczenia?.....	5
§5 Czego wymagamy do zawarcia Umowy?.....	6
§6 Jak zgłosić przystąpienie Ubezpieczonych do Umowy?.....	6
§7 Jak zgłosić wystąpienie Ubezpieczonego w trakcie Umowy?.....	6
§8 Na jak długo jest zawierana Umowa i od kiedy obowiązuje ubezpieczenie?.....	7
§9 Kiedy można odstąpić od Umowy lub ją rozwiązać?.....	7
§10 Do kiedy obowiązuje Umowa?.....	7
§11 Do kiedy obowiązuje ochrona wobec Ubezpieczonego?.....	7
§12 Jaka jest wysokość Składki i jak ją opłacić?.....	7
§13 Jakie mamy obowiązki wobec Ubezpieczającego?.....	8
§14 Jakie są obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego wobec nas?.....	8
§15 Co to jest okres karencji i jaka jest jego długość?.....	8
§16 Jakie są wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia?.....	9
§17 W jaki sposób można złożyć reklamację?.....	11
§18 Postanowienia końcowe.....	11

Informacje zawarte w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia G/002/2022/US

Rodzaj informacji	Numer zapisu w OWU
Przesłanki, które zobowiązują nas do wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	<ul style="list-style-type: none"> §3, §4 ust. 1, 2, 4, 6
Ograniczenia oraz wyłączenia naszej odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	<ul style="list-style-type: none"> §4 ust. 3, §5 ust. 3, §15, §16 <p>Załącznik nr 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> Część I §1 ust. 1 pkt b, ust. 2 pkt. b, ust. 3 pkt. b, ust. 4 pkt. b, ust. 5 pkt. b, ust. 6 pkt. b, ust. 7 pkt. b, ust. 8 pkt. b, ust. 9 pkt. b, ust. 10 pkt. b, ust. 11 pkt. b, §3 ust. 2, §4 ust. 2-3, §5 ust. 3, §6 ust. 2-4, §7 ust. 3-4 Część II ust. 2, 4-5 <p>Załącznik nr 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> Część I §1 ust. 1 pkt b, ust. 2 pkt. b, ust. 3 pkt. b, ust. 4 pkt. b, ust. 5 pkt. b, §2 ust. 2-3, §3 ust. 3, §4 ust. 2-4, §5 ust. 3-4

§1 Kim są strony Umowy Ubezpieczenia?

Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED – Pełna Opieka dla klientów grupowych (OWU), LMG Försäkrings AB S.A. z siedzibą w Sztokholmie, działającą przez oddział LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce (dalej **MY** lub **Ubezpieczyciel**, pełne dane **Ubezpieczyciela** znajdują się w §2 ust. 22), zawiera Umowę Ubezpieczenia z Państwem (dalej **Ubezpieczającym**). Ubezpieczającym może być osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej.

§2 Definicje

W OWU używamy ról rodzaju męskiego (np. Ubezpieczający zamiast Ubezpieczająca / Ubezpieczająca albo Ubezpieczający/ąca), żeby zapewnić czytelność dokumentu. Za każdym razem zwracamy się do odbiorcy niezależnie od jego płci.

- Choroba** – nieprawidłowy według ogólnie uznanej wiedzy medycznej stan fizyczny lub psychiczny organizmu.
- 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 uwarunkowane genetycznie i ma przewlekły oraz często ciężki przebieg. Prowadzi przedwcześnie do zgonu lub powoduje niepełnosprawność. Zazwyczaj ujawnia się w wieku dziecięcym.

- Ciąża Wysokiego Ryzyka** – ciąża, w której występują czynniki ryzyka ze strony matki lub płodu, zwiększające częstotliwość powikłań przebiegu ciąży i porodu, które są zagrożeniem dla zdrowia lub życia matki lub płodu, wymagające w rozumieniu niniejszej Umowy opieki albo rozwiązania w ośrodku III poziomu opieki perinatalnej.
- Deklaracja Przystąpienia** – oświadczenie woli Ubezpieczonego, w którym wyraża wolę objęcia go ochroną ubezpieczeniową w oparciu o niniejsze OWU.
- Drobny Uraz** – uraz, który wymaga pomocy chirurgicznej lub ortopedycznej, ale nie wymaga Hospitalizacji, ani procedur medycznych w reżimie sali operacyjnej.
- Hospitalizacja** – pobyt na oddziale szpitalnym, mający na celu przeprowadzenie diagnostyki, przyjęcie porodu lub leczenie, w tym przeprowadzenie operacji spowodowanych Nieszczęśliwym Wypadkiem lub Chorobą. Hospitalizacja obejmuje:
 - Hospitalizację Planową** – pobyt na oddziale szpitalnym, który:
 - odbywa się w wyznaczonym terminie;
 - może zostać odroczone o co najmniej 24 godziny od momentu stwierdzenia jego konieczności 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.

- b. **Hospitalizację Pilną** – pobyt na oddziale szpitalnym, który nie może zostać odroczoney.
7. **Izba Przyjęć** - dział Szpitala, który:
- kwalifikuje pacjentów do Hospitalizacji;
 - udziela porady i pomocy doraźnej pacjentom niezakwalifikowanym do Hospitalizacji;
 - przygotowuje dokumenty niezbędne do rejestracji Hospitalizacji;
 - przekazuje pacjenta pod opiekę zespołu oddziału szpitalnego.
8. **Koordinator Opieki Szpitalnej** (także **KOS**) – nasz pracownik, którego zadaniem jest obsługa Ubezpieczonego przy realizacji Umowy w ramach Koordynacji Opieki Szpitalnej.
9. **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 dentystry (Dz. U. z 2019 poz. 537 z późn. zm.).
10. **Lista Ubezpieczonych** (także **Lista**) – wykaz osób zgłaszanych do ubezpieczenia, występujących z ubezpieczenia oraz zmian w zakresie ubezpieczenia danego Ubezpieczonego. Osoby zgłaszane to osoby, które złożyły Deklarację Przystąpienia i przeszły pozytywnie ocenę ryzyka. Lista będzie sporządzona według wzoru wskazanego przez nas.
11. **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. Nieszczęśliwym Wypadkiem nie jest nagła Choroba.
12. **Okres Ochrony** – okres, w którym ponosimy odpowiedzialność w stosunku do Ubezpieczonego za zdarzenia objęte Umową.
13. **Operator** – podmiot koordynujący w naszym imieniu udzielanie Świadczeń.
14. **Opieka Doraźna** – świadczenie medyczne na rzecz osób, których stan zdrowia uległ nagłemu pogorszeniu, a brak pomocy medycznej udzielonej niezwłocznie mógłby skutkować dalszym pogorszeniem. Szczegółowy zakres Opieki Doraźnej, w tym wskazanie sytuacji, w których nie możemy jej zapewnić, jest opisany w Załączniku nr 1 (Część I, §7) oraz Załączniku nr 2 (Część I, §5) do OWU. Opieka Doraźna kończy się zaleceniami dotyczącymi dalszego postępowania, uzależnionymi od stanu zdrowia Ubezpieczonego.
15. **Przychodnia** – podmiot leczniczy udzielający świadczeń ambulatoryjnych w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, działający na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej, realizujący Świadczenia w oparciu o OWU.
16. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy. Odbiorcą Polisy jest Ubezpieczający.
17. **Składka** – kwota należna nam z tytułu Umowy. Jej wysokość i termin płatności są określone w Polisie.
18. **Szpital** – podmiot leczniczy udzielający świadczeń szpitalnych w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, działający na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej, realizujący Świadczenia w oparciu o OWU. Definicja Szpitala w rozumieniu OWU obejmuje również przychodnie wchodzące w skład Szpitala.
19. **Świadczenie** – świadczenie, które zostało objęte zakresem niniejszej Umowy i na które składają się:
- Świadczenie Szpitalne** – świadczenie medyczne związane z Hospitalizacją lub Opieką Doraźną, udzielane przez Szpital, a w niektórych sytuacjach również przez Przychodnię. Szczegółowy Zakres Świadczenia Szpitalnego jest opisany w Załączniku nr 1 (Część I) oraz Załączniku nr 2 (Część I) do OWU;
 - Szpitalny Przegląd Zdrowia** (także **Przegląd**) – świadczenia z zakresu diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej i konsultacji specjalistycznych, udzielane przez Szpital. Ma na celu profilaktykę zdrowotną. Szczegółowy zakres Szpitalnego Przeglądu Zdrowia jest opisany w Załączniku nr 1 (Część II) do OWU;
 - Koordynację Opieki Szpitalnej** – zakres świadczeń realizowanych przez KOS, opisany w Załączniku nr 1 (Część III) oraz Załączniku nr 2 (Część II) do OWU.
20. **Transport Medyczny** – obejmuje transport kołowy:
- z miejsca pobytu Ubezpieczonego do Szpitala, wynikający z potwierdzonych przez nas wskazań medycznych (niemożność samodzielnego poruszania się z przyczyn medycznych, konieczność ciągłej opieki i nadzoru medycznego);
 - transport 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 leczenia wykracza poza zakres naszej odpowiedzialności;
 - transport ze Szpitala do miejsca pobytu Ubezpieczonego, wynikający z potwierdzonych przez nas wskazań medycznych.

21. **Ubezpieczony** – Główny Ubezpieczony lub Współubezpieczony. Jeżeli w OWU występuje termin Ubezpieczony oznacza to, że dotyczy on zarówno Głównego Ubezpieczonego, jak i Współubezpieczonego.
- a. **Główny Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rachunek której zawarto Umowę, zamieszkała na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, która w dniu rozpoczęcia ochrony miała ukończone 18 i nie miała ukończonych 70 lat;
- b. **Współubezpieczony** – osoba fizyczna, wskazana przez Ubezpieczającego we Wniosku Ubezpieczeniowym, której zdrowie obejmujemy ochroną w ramach Umowy. Współubezpieczonym może być:
- I. **Partner** – współmałżonek lub osoba prowadząca z Głównym Ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe, niezłączona pokrewieństwem, przysposobieniem lub powinowactwem, która w dniu rozpoczęcia ochrony miała ukończone 18 i nie miała ukończonych 70 lat;
- II. **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.
22. **Ubezpieczyciel** - LMG Försäkrings AB S.A. z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Box 27093, Szwecja, zarejestrowana w Urzędzie Rejestracji Przedsiębiorstw pod numerem 516406-0831, kapitał akcyjny: 4 800 000 Euro opłacony w całości, działająca w Polsce poprzez oddział LMG Försäkrings AB 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, NIP: 1080011494 będąca dużym przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 8 marca 2013 r o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych.
23. **Umowa Ubezpieczenia** (także **Umowa**) – umowa zawarta na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia. Treść Umowy Ubezpieczenia stanowią niniejsze OWU wraz z Załącznikami 1 i 2 oraz Polisa.
24. **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 obejmuje stany wymagające pilnych interwencji torakochirurgicznych, neurochirurgicznych oraz pobytu w warunkach oddziału anestezjologii i intensywnej terapii.
25. **Wniosek Ubezpieczeniowy** (także **Wniosek**) – propozycja zawarcia Umowy, którą składa Ubezpieczający w formie pisemnej, elektronicznej lub dokumentowej na przygotowanym przez nas formularzu.
26. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** - uprawianie dyscyplin sportowych wymagających aktywności fizycznej, obejmujące: uczestnictwo w treningach w ramach klubu, związku lub stowarzyszenia sportowego, a także uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych, udział we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje, inne imprezy o charakterze sportowym) oraz sportowych obozach kondycyjnych lub szkoleniowych. Dotyczy również wypraw do miejsc o ekstremalnych warunkach klimatycznych lub przyrodniczych. Wyczynowym Uprawianiem Sportu nie jest Rekreacyjne Uprawianie Sportu.
27. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** - uprawianie dyscyplin sportowych w wolnym czasie wymagających aktywności fizycznej, ale którego celem jest wyłącznie wypoczynek i/lub regeneracja sił psychofizycznych, utrzymanie dobrego stanu zdrowia. Obejmuje również, w rozumieniu niniejszej Umowy, uprawianie dyscyplin sportowych przez dzieci do 18 roku życia w ramach klubu, klasie lub szkole sportowej.
28. **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 kręzków międzykręgowych, zabiegi z użyciem kleju naczyniowego oraz diagnostyka za pomocą skanerów PET-CT / PET-MRI, badania scyntygraficzne, badania MRI serca. Badania diagnostyczne, o których mowa w niniejszym ustępie 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 zgodnie z zapisami Załącznika nr 1 §1 ust. 1 pkt b ppkt I oraz Załącznika nr 2 §1 ust. 1 pkt b ppkt II.

§3 Co jest przedmiotem Umowy?

1. Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczony może skorzystać z ubezpieczenia w zakresie Świadczenia Szpitalnego w razie następujących zdarzeń:
 - a. otrzymanie skierowania na leczenie szpitalne (datą zdarzenia jest data wystawienia skierowania);
 - b. ciąża (datą zdarzenia jest data planowanego porodu wpisana w karcie ciąży, w przypadku dwóch dat jest to data wcześniejsza);
 - c. wystąpienie Drobного Urazu lub stanu zdrowia wymagającego Opieki Doraźnej (datą zdarzenia jest dzień wystąpienia Drobного Urazu lub pogorszenia stanu zdrowia).
3. Odpowiadamy za zdarzenia, które mają miejsce w Okresie Ochrony.
4. Jeżeli przez minimum 2 lata nieprzerwanego Okresu Ochrony nie miało miejsca żadne ze zdarzeń wymienionych w ust. 2, Ubezpieczony może skorzystać ze Szpitalnego Przeglądu Zdrowia.
5. W ramach Umowy zapewniamy również Koordynację Opieki Szpitalnej, której celem jest wsparcie Ubezpieczonego w zakresie korzystania z ubezpieczenia.
6. Szczegółowy zakres Świadczeń wymienionych w ust. 2-5 znajduje się w następujących załącznikach do OWU:
 - a. Załącznik nr 1 – zakres Świadczeń dla Głównego Ubezpieczonego, Partnera i Pełnoletniego Dziecka;
 - b. Załącznik nr 2 – zakres Świadczeń dla Niepełnoletniego Dziecka.
7. Ubezpieczony może wybrać jeden z poniższych wariantów ochrony:
 - a. Indywidualny – dla Głównego Ubezpieczonego;
 - b. Partnerski – dla Głównego Ubezpieczonego i jednego Współubezpieczonego;
 - c. Rodzinny – dla Głównego Ubezpieczonego i dowolnej liczby Współubezpieczonych.
8. Świadczenia są udzielane na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w lokalizacjach wskazanych przez nas, których pełna lista znajduje się na stronie www.opiekaszpitalna.luxmed.pl. Lista lokalizacji zawiera zakres Świadczeń Szpitalnych, jakie dana placówka realizuje.

§4 Jak skorzystać z ubezpieczenia?

1. Aby skorzystać ze Świadczeń, Ubezpieczony powinien powiadomić Koordynatora Opieki Szpitalnej o zdarzeniu objętym Umową. Dane kontaktowe do KOS są przekazywane Ubezpieczającemu mailowo niezwłocznie po zawarciu Umowy.
2. Do podjęcia decyzji o realizacji Świadczenia potrzebujemy następujących dokumentów:
 - a. kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o realizację Świadczenia;
 - b. kopii skierowania do szpitala oraz kopii posiadanej dokumentacji medycznej w przypadku Hospitalizacji Planowej;
 - c. kopii posiadanej dokumentacji medycznej dotyczącej ciąży oraz zaświadczenia wydanego nie wcześniej niż początek trzeciego trymestru od lekarza prowadzącego, że ciąża nie jest Ciężką Wysokim Ryzykiem, jeśli wniosek dotyczy Świadczenia położniczo-neonatologicznego.
3. Zrealizujemy Świadczenie Szpitalne, jeżeli wniosek o realizację Świadczenia zostanie do nas złożony nie później niż 30 dni po wystawieniu skierowania do szpitala.
4. W przypadku Drobного Urazu lub Opieki Doraźnej, traktujemy zgodę na podjęcie leczenia jako złożenie wniosku o realizację Świadczenia.
5. W określonych sytuacjach skorzystanie z ubezpieczenia nie będzie możliwe. Jest to związane z okresem karencji (opisany w §15) oraz wyjątkowymi sytuacjami ograniczenia naszej odpowiedzialności (opisane w §16).
6. Jeżeli do określenia czy Ubezpieczonemu przysługuje Świadczenie, potrzebne będą dodatkowe dokumenty, informacje, dodatkowe badania lub konsultacje lekarskie poinformujemy o tym Ubezpieczonego składającego wniosek. Informację przekazemy pisemnie lub w inny sposób, na który ta osoba wyraziła zgodę.
7. Rozpoczniemy realizację Świadczenia nie później niż 30 dni od otrzymania wniosku o realizację Świadczenia, w uzgodnionym z Ubezpieczonym terminie. Ubezpieczony może wskazać inny, późniejszy termin.
8. Ustalenie czy Ubezpieczonemu przysługuje Świadczenie może być niemożliwe w terminie określonym w ust. 7. W takiej sytuacji rozpoczniemy Świadczenie w terminie 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, przy zachowaniu należytej staranności.
9. Weryfikując wniosek o realizację Świadczenia i załączoną dokumentację medyczną możemy ustalić, że Świadczenie nie przysługuje

Ubezpieczonemu. Poinformujemy o tym na piśmie Ubezpieczonego składającego wniosek i wskażemy okoliczności oraz podstawę prawną, które uzasadniają odmowę. Przekażemy też, że Ubezpieczony, który nie zgadza się z decyzją może dochodzić roszczeń na drodze sądowej.

10. W przypadku wystąpienia Drobного Urazu lub Opieki Doraźnej weryfikujemy wniosek pod kątem zasadności zgłoszonego roszczenia niezwłocznie po jego otrzymaniu. Informację o uznaniu lub odmowie roszczenia przekazujemy osobie zgłaszającej zdarzenie.
11. Świadczenie Opieki Doraźnej realizujemy niezwłocznie po uznaniu przez nas roszczenia.

§5 Czego wymagamy do zawarcia Umowy?

1. Umowę zawieramy na podstawie Wniosku Ubezpieczeniowego, wraz z dołączonymi do niego dokumentami, wskazanymi we Wniosku oraz wymienionymi w §6 ust. 1.
2. Ubezpieczający oraz Ubezpieczeni są zobowiązani podać do naszej wiadomości wszystkie znane sobie informacje i okoliczności, które są wymagane we Wniosku, Deklaracjach Przystąpienia oraz inne informacje niezbędne do zawarcia Umowy, o które zapytamy przed jej zawarciem.
3. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, które powstały z powodu niepoinformowania nas o istotnych kwestiach związanych ze stanem zdrowia Ubezpieczonego.
4. Przyjmujemy Wnioski, które są kompletne i poprawnie wypełnione.
5. Wniosek może zostać złożony w formie papierowej lub elektronicznej.
6. Jeżeli Wniosek Ubezpieczeniowy nie będzie zawierał wszystkich wymaganych informacji lub dokumentów, wtedy niezwłocznie zawiadomimy o tym Ubezpieczającego i poprosimy o ich uzupełnienie.
7. Jeżeli informacje lub dokumenty nie zostaną uzupełnione we wskazanym przez nas terminie, nie dojdzie do zawarcia Umowy.
8. Na etapie weryfikacji stanu zdrowia Ubezpieczonego możemy poprosić go o dostarczenie dodatkowych dokumentów lub informacji.
9. Do zawarcia Umowy dochodzi z chwilą akceptacji przez nas Wniosku Ubezpieczeniowego. Data zawarcia Umowy potwierdzona jest na Polisie.

§6 Jak zgłosić przystąpienie Ubezpieczonych do Umowy?

1. Osoby zgłaszane do Umowy są obejmowane przez nas ochroną ubezpieczeniową na podstawie:
 - a. przekazanej nam przez Ubezpieczającego Listy Ubezpieczonych;
 - b. kompletnych, poprawnie wypełnionych Deklaracji Przystąpienia;
 - c. dostarczonych kwestionariuszy medycznych, jeżeli są wymagane;
 - d. innych dokumentów, jeżeli były one przez nas wskazane jako niezbędne do zawarcia Umowy.
2. W trakcie trwania Umowy Ubezpieczający może zgłaszać nowe osoby do ubezpieczenia na podstawie dokumentów opisanych w ust. 1.
3. Pierwsza Lista Ubezpieczonych wraz ze wszystkimi wymaganymi dokumentami będzie przekazana do nas nie później niż 5 dni roboczych przed datą początku okresu ubezpieczenia. Kolejne Listy Ubezpieczonych będą przekazywane do nas miesięcznie, nie później niż 5 dni roboczych przed końcem miesiąca kalendarzowego.
4. Okres Ochrony rozpoczyna się w stosunku do Ubezpieczonych zgłoszonych w ramach pierwszej Listy Ubezpieczonych w dniu wskazanym na Polisie. Przystąpienie osoby w trakcie trwania Umowy następuje pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego po dacie otrzymania Listy Ubezpieczonych pod warunkiem dotrzymania terminu, o którym mowa w ust. 3. W przypadku przekazania Listy po tym terminie uznajemy, że dotyczy ona kolejnego miesiąca. Data przystąpienia osoby do Umowy jest początkiem jej Okresu Ochrony.
5. Na etapie weryfikacji stanu zdrowia osoby zgłaszanej do Umowy możemy poprosić o dostarczenie dodatkowych dokumentów lub informacji.
6. Na podstawie przeprowadzonej oceny ryzyka zgłaszanej osoby możemy:
 - a. przyjąć ją do Umowy;
 - b. zaproponować zmienione warunki Umowy;
 - c. odmówić przyjęcia jej do Umowy.

§7 Jak zgłosić wystąpienie Ubezpieczonego w trakcie Umowy?

1. W trakcie trwania Umowy Ubezpieczający może zgłaszać osoby występujące z ubezpieczenia w oparciu o Listę Ubezpieczonych.
2. Lista Ubezpieczonych będzie przekazywana do nas miesięcznie, nie później niż 5 dni roboczych przed końcem miesiąca kalendarzowego.

3. Wystąpienie osoby w trakcie trwania Umowy następuje pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego po dacie otrzymania Listy Ubezpieczonych pod warunkiem dotrzymania terminu, o którym mowa w ust. 2. W przypadku przekazania Listy po tym terminie uznajemy, że dotyczy ona kolejnego miesiąca.
4. Wystąpienie osoby w trakcie trwania Umowy oznacza koniec Okresu Ochrony wobec tej osoby. Wystąpienie Ubezpieczonego Głównego z Umowy jest równoznaczne z końcem Okresu Ochrony w stosunku do zgłoszonych Współubezpieczonych.
5. W ciągu 12 miesięcy od dnia wystąpienia z Umowy Ubezpieczony nie może ponownie do niej przystąpić chyba, że ponowne przystąpienie jest wynikiem ponownego zatrudnienia Głównego Ubezpieczonego przez Ubezpieczającego.

§8 Na jak długo jest zawierana Umowa i od kiedy obowiązuje ubezpieczenie?

1. Umowa jest zawierana na okres 12 miesięcy.
2. Umowa zostaje automatycznie przedłużona na kolejne 12 miesięcy z zastrzeżeniem ust. 3-5.
3. Przy przedłużeniu Umowy na kolejny roczny okres, mamy prawo zaproponować zmianę wysokości Składki. Propozycję zmiany Składki wyślemy na co najmniej 60 dni przed końcem okresu ubezpieczenia.
4. Brak odpowiedzi Ubezpieczającego w terminie 14 dni przed datą rozpoczęcia kolejnego rocznego okresu trwania Umowy jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na zmianę wysokości Składki i nie wymaga zmiany Umowy. W przypadku braku zgody Ubezpieczającego na zmianę wielkości Składki, Umowa wygaśnie z końcem okresu, na który została zawarta.
5. Umowa nie zostanie przedłużona jeśli, najpóźniej na 30 dni przed końcem jej obowiązywania, przynajmniej jedna ze Stron złoży drugiej Stronie oświadczenie wyrażające brak zgody na przedłużenie.

§9 Kiedy można odstąpić od Umowy lub ją rozwiązać?

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. Po upływie terminu wskazanego w ust. 1, Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć Umowę w dowolnym momencie, z zachowaniem 3

miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. W tym celu wypowiedzenie należy wysłać na adres naszej siedziby: 02-676 Warszawa, ul. Postępu 21C lub elektronicznie na adres: bok@luxmed.pl. Ubezpieczający może też wskazać inny, późniejszy termin.

3. Umowę uznamy za wypowiedzianą również w sytuacji, gdy Ubezpieczający nie opłaci Składki w ustalonym terminie, mimo naszego uprzedniego wezwania do zapłaty w dodatkowym terminie 7 dni. W wezwaniu podamy informację, że brak zapłaty będzie skutkowało rozwiązaniem Umowy.

§10 Do kiedy obowiązuje Umowa?

1. Umowa ulega zakończeniu:
 - a. następnego dnia roboczego po dniu, w którym otrzymaliśmy odstąpienie od Umowy;
 - b. w dniu rozwiązania Umowy zgodnie z §9 ust. 2 i 3;
 - c. gdy upłynie ostatni dzień 7-dniowego terminu na zapłatę kolejnej raty Składki, o którym mowa w §9 ust. 4;
 - d. ostatniego dnia okresu obowiązywania Umowy, jeżeli nie zostanie ona przedłużona na kolejny 12-miesięczny okres.

§11 Do kiedy obowiązuje ochrona wobec Ubezpieczonego?

1. Ubezpieczony przestaje być objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy:
 - a. w dniu zakończenia Umowy, zgodnie z §10;
 - b. ostatniego dnia rocznego okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony skończył 71 lat;
 - c. w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - d. w dniu wystąpienia Ubezpieczonego z Umowy zgodnie z §7 ust. 3.

§12 Jaka jest wysokość Składki i jak ją opłacić?

1. Składka za ubezpieczenie jest opłacana miesięcznie.
2. Wysokość Składki uzależniona jest od:
 - a. struktury wiekowo-płciowej grupy osób zgłoszonych do Umowy;
 - b. wariantu ubezpieczenia, który wybiorą Ubezpieczeni;
 - c. przeprowadzonej przez nas oceny ryzyka.
3. Wysokość Składki należnej od Ubezpieczającego ustalana będzie jako iloczyn Składki za jednego Ubezpieczonego oraz liczby Ubezpieczonych w danym miesiącu, tj. z uwzględnieniem osób przystępujących i występujących z ubezpieczenia.

4. Za dzień opłacenia Składki uznaje się dzień otrzymania przez nas całej należności na rachunku bankowym.
5. W przypadku, gdy wpłacona kwota jest niższa od należnej Składki, Składkę uważa się za niezapłaconą.
6. W przypadku powstania zaległości w opłacie Składek, dokonane wpłaty w pierwszej kolejności są przekazywane na pokrycie wcześniej nieuregulowanych Składek.

§13 Jakie mamy obowiązki wobec Ubezpieczającego?

1. Przekażemy Ubezpieczającemu OWU wraz z załącznikami przed zawarciem Umowy. Szczegółowy wykaz załączników znajduje się na końcu niniejszego dokumentu.
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. Poinformujemy Ubezpieczającego, nie później niż w terminie 14 dni, o zmianie naszych adresów korespondencyjnych 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.

§14 Jakie są obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpiezonego wobec nas?

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są podać do naszej wiadomości wszystkie znane okoliczności, o które zapytamy przed zawarciem Umowy we Wniosku Ubezpieczeniowym i Deklaracjach Przystąpienia. Jeżeli zawarliśmy Umowę mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego lub Ubezpiezonego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do:
 - a. opłacania Składki w wysokości i terminach określonych w Umowie;
 - b. dostarczenia nam kompletnych List Ubezpieczonych według wzoru wraz ze wszystkimi wymaganymi dokumentami;
 - c. niezwłocznego powiadomienia nas, nie później niż w terminie 14 dni, o zmianie swojej siedziby lub adresu korespondencyjnego;
 - d. informowania nas o zmianie wszelkich danych dotyczących Ubezpieczonych i Ubezpieczającego, podanych we Wniosku Ubezpieczeniowym;
 - e. doręczenia Ubezpieczonym warunków Umowy, w tym w szczególności OWU przed

- wyrażeniem przez Ubezpieczonych zgody na udzielenie im ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli taka zgoda jest wymagana Umową lub jeżeli Ubezpieczony zgadza się na finansowanie kosztu Składki ubezpieczeniowej - przed wyrażeniem przez niego na to zgody. Obowiązek ten dotyczy również doręczenia dokumentów wprowadzających wszelkie zmiany do Umowy w trakcie jej obowiązywania;
- f. poinformowania nas o śmierci Ubezpiezonego;
 - g. poinformowania Ubezpieczonych o zmianie numeru infolinii, w ramach której Ubezpieczony może uzyskać informacje na temat ubezpieczenia oraz o zmianach dotyczących Operatora.

3. Ubezpieczający ponosi pełną odpowiedzialność za działania i zaniechania w ramach Umowy, w tym w szczególności za naruszenie postanowień ust. 2 powyżej.
4. Obowiązki Ubezpiezonego obejmują:
 - a. przestrzeganie zaleceń Lekarzy;
 - b. przestrzeganie zasad obowiązujących w Przychodniach i Szpitalach;
 - c. stosowanie się do poleceń personelu Przychodni i Szpitali;
 - d. przestrzeganie uzgodnionych z nami terminów wykonania Świadczeń;
 - e. przybycie w uzgodnionym terminie do Szpitala lub Przychodni wskazanej przez nas lub poinformowania Operatora 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 o rezygnacji niezwłocznie po powstaniu jej przyczyny;
 - f. powstrzymanie się od wszelkich działań utrudniających lub uniemożliwiających udzielenie Świadczenia.

§15 Co to jest okres karencji i jaka jest jego długość?

1. W Umowie stosujemy karencję. Jest to okres, który musi upłynąć od początku Okresu Ochrony, zanim obejmimy określonym Świadczeniem osobę Ubezpieczoną.
2. Okresy karencji stosowane w Umowie wynoszą:
 - a. 3 miesiące - dla Hospitalizacji Planowych;
 - b. 10 miesięcy - dla Wysokospecjalistycznych Metod Leczenia i Diagnostyki oraz Świadczeń położniczo-neonatologicznych.
3. Nie stosujemy karencji wobec zdarzeń będących wynikiem Nieszczęśliwego Wypadku, Koordynacji Opieki Szpitalnej, Opieki Doraźnej i Hospitalizacji Pilnej.

4. W przypadku dodania nowych Współubezpieczonych do Umowy, zostaną oni objęci karencją liczoną od początku ich Okresu Ochrony.
5. Karencji nie stosujemy w przypadku kontynuacji Okresu Ochrony w ramach Umowy na kolejne okresy w takim samym lub węższym zakresie ubezpieczenia.
6. Jeżeli Ubezpieczony był objęty ubezpieczeniem, w którym byliśmy Ubezpieczycielem i które obejmowało zakresem Hospitalizację wówczas okres trwania poprzedniego ubezpieczenia jest zaliczany do okresów karencji dla:
 - a. Hospitalizacji Planowych, z wyłączeniem onkologii – o ile były one objęte poprzednim ubezpieczeniem,
 - b. Świadczeń położniczo-neonatologicznych – o ile były one objęte poprzednim ubezpieczeniem.

Aby skorzystać z tej zasady, wcześniejsze ubezpieczenie musi być zakończone i nie mogło skończyć się wcześniej niż 3 miesiące przed początkiem Okresu Ochrony opartego o niniejsze warunki. Jeżeli Ubezpieczony był objęty kilkoma ubezpieczeniami wówczas ta zasada ma zastosowanie tylko do umowy ubezpieczenia z najpóźniejszą datą zakończenia.

§16 Jakie są wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia?

1. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje zdarzeń ubezpieczeniowych, a więc nie udzielimy Świadczenia, które są skutkiem:
 - a. działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, wojny domowej, rewolucji, stanu wyjątkowego, cywilnego zamachu stanu, aktów terroryzmu, służby wojskowej, udziału w misjach wojskowych lub stabilizacyjnych, czynnego uczestnictwa Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach lub strajkach;
 - b. stosowania naukowo nieuznanych metod leczenia oraz medycyny niekonwencjonalnej, stosowania leków niedopuszczonych do użytku na terenie Unii Europejskiej, udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych, badaniach klinicznych lub podobnych badaniach związanych ze zdrowiem;
 - c. transplantacji organów lub tkanek, komórek, hodowli komórkowych (pochodzenia naturalnego lub sztucznego), w tym także z wykorzystaniem autoprzeszczepu, wszczepiania implantów i urządzeń;
 - d. Wyczynowego Uprawiania Sportu;
 - e. stanów kłęski żywiołowej, katastrof naturalnych, stanów pandemii oraz stanów epidemii ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej, jeżeli powodują dezorganizację lub brak możliwości świadczenia usług po naszej stronie;
 - f. działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego oraz czynników biologicznych i chemicznych w zakresie szkodliwym dla człowieka;
 - g. prowadzenia pojazdu bez uprawnień, prowadzenia pojazdu bez aktualnego badania technicznego zgodnie z obowiązującymi przepisami lub prowadzenia pojazdu pod wpływem alkoholu, narkotyków albo innych środków odurzających, psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jednolity Dz. U. z 2019 poz. 852 z późn. zm.);
 - h. usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia, świadomego spowodowania rozstroju zdrowia;
 - i. popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa lub wykroczenia;
 - j. samodzielnego leczenia niezleconego przez Lekarza, niestosowania się do zaleceń medycznych dotyczących Świadczeń udzielanych w ramach Umowy, modyfikacji zaleconego leczenia lub rażącego niedbalstwa;
 - k. pozostawiania 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;
 - l. uczestnictwa w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nielicencjonowanych linii lotniczych.
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 ust 8 lub jej zakres wykracza poza zakres opisany w Załączniku nr 1 oraz Załączniku nr 2 do OWU.
 3. Mając na uwadze standardy bezpieczeństwa medycznego, Przychodnia lub Szpital może udzielić Świadczenia określonego pacjentowi z pierwszeństwem przed innymi pacjentami.
 4. Przychodnia lub Szpital ma prawo odmówić Ubezpieczonemu udzielania 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, możemy wyłączyć Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej.
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 świadczenia usług po naszej stronie.
 6. Świadczenie nie obejmuje:
 - a. natychmiastowego leczenia stanów nagłych stwierdzonych w dniu przyjęcia do oddziału szpitalnego (m.in. udaru mózgu, zawału m. sercowego, zapalenia trzustki, zatorowości płucnej i innych); w warunkach oddziału intensywnej terapii (w szczególności: Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Oddziału Leczenia Udarów, Oddziału Intensywnej Opieki Neurologicznej, Oddziału Leczenia Stanów Astmatycznych) lub z zapewnieniem intensywnej terapii nerkozastępczej, dializy wątrobowej, ECMO, wentylacji mechanicznej, kontrapulsacji.
 - b. rehabilitacji innej niż wymieniona w Załączniku nr 1 §6 oraz Załączniku nr 2 §4;
 - c. leczenia Urazów Wielonarządowych oraz ich następstw;
 - d. wszczepienia protez lub implantów innych niż wymienione w Załączniku nr 1 i 2 do OWU, w szczególności zastępujących narządy zmysłów (np. implant ślimakowy);
 - e. zabiegów chirurgii robotycznej innych niż wymienione w Załączniku nr 1 i 2 do OWU;
 - f. leczenia w oddziałach psychiatrycznych;
 - g. diagnozowania i leczenia zaburzeń płodności oraz ich następstw;
 - h. diagnozowania i leczenia związanego ze zmianą płci oraz ich następstw;
 - i. diagnozowania i leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z aberracjami chromosomalnymi oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność oraz ich następstw;
 - j. diagnozowania i leczenia Chorób Rzadkich oraz ich następstw;
 - k. przeprowadzania zabiegów aborcji i leczenia powikłań będących jej następstwami;
 - l. diagnozowania i leczenia protetycznego, ortodontycznego, periodontologicznego, implantologicznego oraz ich następstw;
 - m. diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej wynikającej ze wskazań niemedyceńskich oraz kosmetologii, a także leczenia ich niepożądanych następstw, o ile zakres Świadczenia Szpitalnego nie stanowi inaczej;
 - n. diagnozowania i leczenia niewykonywanego w Szpitalach lub Przychodniach wskazanych przez nas oraz ich następstw;
 - o. wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń i wniosków nie związanych z koniecznością kontynuacji procesu diagnostycznego i terapeutycznego prowadzonego w Szpitalu lub Przychodni wskazanej przez nas (wyłączenie nie dotyczy świadczeń medycyny pracy o ile są objęte zakresem ubezpieczenia i zaświadczeń o niezdolności do pracy lub nauki);
 - p. leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz pobytów rehabilitacyjnych, w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgniacyjnej, w której Ubezpieczony przebywa z przyczyn medycznych, rodzinnych lub społecznych;
 - q. leczenia zakażenia wirusami HIV (AIDS), SARS-CoV-2, wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem tych zakażeń;
 - r. leczenia domowego jako kontynuacji terapii szpitalnej z wyłączeniem leczenia będącego następstwem procedur objętych i zrealizowanych w ramach ubezpieczenia;
 - s. opieki medycznej po Hospitalizacji w zakresie opisanym w załączniku nr 1 i nr 2 do OWU związanej z Hospitalizacją wykonaną w innych placówkach niż wskazane przez nas;
 - t. diagnozowania i leczenia bez wskazań medycznych;
 - u. leczenia wynikającego ze wskazań natury psychologicznej;
 - v. leczenia chorób lub następstw Nieszczęśliwych Wypadków, które nie zostały podane do naszej wiadomości w dokumentach wymaganych przez nas do zawarcia Umowy, a które wystąpiły lub przyczyny ich wystąpienia były znane Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu w ciągu 12 miesięcy przed zawarciem Umowy; także Chorób lub następstw Nieszczęśliwych Wypadków, o których przy zachowaniu należytej staranności Ubezpieczony mógł się dowiedzieć w tym okresie;
 - w. detoksykacji, zabiegów odwykowych oraz leczenia odwykowego oraz ich następstw;
 - x. leczenia chorób psychicznych, otępiennych, neurodegeneracyjnych (w tym choroby Alzheimera) oraz ich następstw;
 - y. świadczeń uzyskanych za pomocą czynów zakazanych, prób wyłudzenia lub celowego wprowadzenia nas w błąd.
 7. Nie odpowiadamy za zdarzenia ubezpieczeniowe wynikłe z:
 - a. błędów medycznych,
 - b. błędów z nienależyście prowadzonej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.

Za błędy wymienione w ust. 7 pkt a. i b. odpowiada podmiot leczniczy udzielający Świadczenia.

8. Nie zrealizujemy Świadczenia Szpitalnego w okresie pierwszych 12 miesięcy od początku nieprzerwanie trwającego Okresu Ochrony w stosunku do Ubezpieczonego, jeżeli jest ono następstwem Chorób, które zostały zdiagnozowane lub były leczone, Nieszczęśliwych Wypadków i urazów, które wystąpiły lub były leczone, objawów chorobowych, które wystąpiły lub przyczyny ich wystąpienia były znane Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu lub też o których, przy zachowaniu należytej staranności mogli się dowiedzieć w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu Ochrony.

§17 W jaki sposób można złożyć reklamację?

1. Reklamacje związane z zawarciem lub wykonywaniem Umowy mogą być zgłoszone przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego:
 - a. elektronicznie – na adres mailowy: reklamacje.ubezpieczenia@luxmed.pl;
 - b. pisemnie - przesyłką pocztową na adres naszej siedziby: 02-676 Warszawa, ul. Postępu 21C.
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 w formie pisemnej lub w formie elektronicznej, jeżeli osoba składająca reklamację wyrazi taką zgodę, maksymalnie w ciągu 30 dni od daty otrzymania reklamacji.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach odpowiedź możemy wysłać z opóźnieniem. W takiej sytuacji przed upływem terminu na odpowiedź:
 - a. wyjaśnimy przyczynę opóźnienia;
 - b. wskażemy okoliczności, które muszą zostać dodatkowo ustalone do rozpatrzenia sprawy;
 - c. określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie będzie dłuższy niż 60 dni od daty otrzymania reklamacji.
5. Po wyczerpaniu postępowania reklamacyjnego przysługuje prawo Ubezpieczającemu oraz Ubezpieczonemu do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez podmiot uprawniony

do rozwiązywania pozasądowych sporów, którym jest Rzecznik Finansowy (szczegóły znajdziesz na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: <https://rf.gov.pl/>);

§18 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w Umowie mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd:
 - a. właściwy dla naszej siedziby, albo
 - b. dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, albo
 - c. dla miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.
3. Kierowane do nas wnioski, oświadczenia i powiadomienia, które dotyczą realizacji niniejszej Umowy muszą być złożone w formie pisemnej na adres: 02-676 Warszawa, ul. Postępu 21C lub elektronicznej na adres bok@luxmed.pl.
4. Wszelkie zmiany Umowy wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności.
5. Roszczenia z tytułu Świadczeń wynikających z Umowy nie mogą być przedmiotem cesji w rozumieniu przepisów art. 509 Kodeksu Cywilnego, ani zastawu w rozumieniu art. 327 Kodeksu Cywilnego.
6. Roszczenia są objęte gwarancją Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego w wysokości 50% wierzytelności, nie większej jednak, niż równowartość w złotych kwoty 30.000 euro przeliczonej według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski obowiązującego w dniu ogłoszenia upadłości, oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzenia postępowania upadłościowego albo w dniu zarządzenia likwidacji przymusowej (o ile wystąpiły te zdarzenia).
7. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego (<https://www.knf.gov.pl>).
8. Korespondencja związana z Umową wysyłana jest pod ostatni znany adres stron Umowy.

Wykaz załączników:

- Załącznik nr 1 – zakres Świadczeń dla Głównego Ubezpieczonego, Partnera i Pełnoletniego Dziecka
- Załącznik nr 2 – zakres Świadczeń dla Niepełnoletniego Dziecka

ZAKRES ŚWIADCZEŃ W RAMACH UBEZPIECZENIA SZPITALNEGO LUX MED – PEŁNA OPIEKA NR G/002/2022/US, DLA GŁÓWNEGO UBEZPIECZONEGO, PARTNERA ORAZ PEŁNOLETNIEGO DZIECKA.

W ramach Umowy Ubezpieczenia dla Głównego Ubezpieczonego, Współubezpieczonego oraz Pełnoletniego Dziecka, zapewniamy:

- Świadczenie Szpitalne (Część I)
- Szpitalny Przegląd Zdrowia (Część II)
- Koordynację Opieki Szpitalnej (Część III)

CZĘŚĆ I: ŚWIADCZENIE SZPITALNE

§1 Hospitalizacja

Zapewniamy Hospitalizację Pilną oraz Hospitalizację Planową w zakresie następujących obszarów medycznych:

1. **Diagnostyka i leczenie w ramach oddziału zachowawczego**
 - a. obejmuje pobyt oraz przeprowadzenie kompleksowej diagnostyki i leczenia stanów chorobowych w oddziałach: chorób wewnętrznych, kardiologii, pulmonologii, alergologii, neurologii, diabetologii, gastroenterologii, dermatologii, reumatologii, endokrynologii, chorób zakaźnych oraz nefrologii;
 - b. nie obejmuje:
 - I. diagnostyki i leczenia, których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych;
 - II. programów lekowych wskazanych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia jako świadczenie gwarantowane, które odbywa się z zastosowaniem innowacyjnych, kosztownych substancji czynnych, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń gwarantowanych;
 - III. Hospitalizacji w celu planowanego zastosowania terapii farmakologicznej chorób przewlekłych;
 - IV. diagnostyki i leczenia następstw udarów;
 - V. przewlekłego leczenia nerkozastępczego, realizowanego poza okresem niezbędnej Hospitalizacji mieszczącej się w zakresie Umowy.
2. **Ortopedia**
 - a. obejmuje zabiegi operacyjne ortopedyczne, w tym endoprotezy i ortopedyczne materiały zespalające;
 - b. nie obejmuje:
 - I. wydłużania kończyn;
 - II. zabiegów osseointegracji.
3. **Chirurgia ogólna**
 - a. obejmuje zabiegi operacyjne z zakresu chirurgii ogólnej;
 - b. nie obejmuje:
 - I. chirurgicznego leczenia otyłości;
 - II. zabiegów chirurgicznych klatki piersiowej (tj. torakochirurgicznych).
4. **Chirurgia naczyniowa**
 - a. obejmuje zabiegi operacyjne na żyłach i tętnicach obwodowych;
 - b. nie obejmuje:
 - I. zabiegów operacyjnych wykonywanych w krążeniu pozaustrojowym;
 - II. operacji tętniaków i malformacji naczyniowych;
 - III. zabiegów embolizacji zmian patologicznych;
 - IV. zabiegów na naczyniach wewnątrzczaszkowych.
5. **Ginekologia**
 - a. obejmuje zabiegi operacyjne z zakresu ginekologii;
 - b. nie obejmuje diagnostyki i leczenia zaburzeń płodności kobiecej oraz wspomaganego rozrodu.
6. **Laryngologia**
 - a. obejmuje zabiegi laryngologiczne;
 - b. nie obejmuje:

- I. zabiegów wszczepienia implantów narządu słuchu i innych zastępujących funkcje zmysłów;
- II. zabiegów wymagających asysty neurochirurgicznej;
- III. leczenia następstw urazów twarzowo-czaszkowych, w szczególności zabiegów rekonstrukcyjnych twarzoczaszki.

7. Urologia

- a. obejmuje zabiegi z zakresu urologii, w tym chirurgię robotyczną gruczołu krokowego;
- b. nie obejmuje:
 - I. zabiegów pobrania lub wszczepienia nerki, przewlekłego leczenia nerkozastępczego realizowanego poza okresem niezbędnej Hospitalizacji mieszczącej się w zakresie Umowy;
 - II. zabiegów urologicznych powiązanych z korekcją wielkości lub kształtu narządów płciowych;
 - III. leczenia zaburzeń erekcji;
 - IV. implantacji sztucznych zwieraczy dróg moczowych;
 - V. leczenia zaburzeń płodności męskiej, np. rewazektomii.

8. Okulistyka

- a. obejmuje zabiegi okulistyczne;
- b. nie obejmuje:
 - I. korekty chirurgicznej wad wzroku (np. laserowa korekta wad wzroku lub wszczepienie soczewek fakijnych), za wyjątkiem wszczepienia soczewek korygujących podczas jednoczasowej operacji zaćmy;
 - II. zabiegów przeszczepu rogówki;
 - III. leczenia operacyjnego stożka rogówki;
 - IV. zabiegów protezowania zmysłu wzroku.

9. Neurochirurgia kręgosłupa

- a. obejmuje zabiegi neurochirurgiczne krążków kręgosłupa;
- b. nie obejmuje:
 - I. leczenia wtórnych i pierwotnych skolioz kręgosłupa;
 - II. zabiegów operacyjnych dotyczących trzech i więcej krążków międzykręgowych;
 - III. zabiegów neurochirurgicznych dotyczące mózgowia i czaszki;
 - IV. zabiegów na rdzeniu kręgowym i korzeniach nerwowych.

10. Onkologia

- a. obejmuje:
 - I. leczenie chirurgiczne zmian nowotworowych, w tym: plastyczną rekonstrukcję piersi po mastektomii;
 - II. zabiegi profilaktyczne ze wskazań onkologicznych obejmujące owariectomię i mastectomię z plastyczną rekonstrukcją piersi;
 - III. zaawansowane metody leczenia nowotworów prostaty, w tym chirurgię robotyczną nowotworów prostaty;
- b. nie obejmuje:
 - I. rozległych zabiegów operacyjnych nowotworów głowy i szyi, w tym w szczególności krtani;
 - II. terapii systemowych (chemioterapii, immunoterapii, CAR-T i innych) oraz radioterapii onkologicznej, jako leczenia izolowanego lub jako elementu leczenia skojarzonego;
 - III. leczenia zmian nowotworowych mózgowia, płuc, nowotworów hematologicznych;
 - IV. rekonstrukcji piersi, w przypadku przeciwwskazań medycznych do wykonania takiego zabiegu.

Zapewniamy tylko Hospitalizację Planową w odniesieniu do następującego obszaru medycznego:

11 Kardiologia inwazyjna

- a. obejmuje planowe zabiegi z zakresu kardiologii inwazyjnej, w tym także niezbędne w okresie pozabiegowym pobyty w warunkach oddziału intensywnej terapii (Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego);
- b. nie obejmuje:
 - I. leczenia ostrych zespołów wieńcowych, według aktualnych kryteriów rozpoznania Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego;
 - II. operacji kardiologicznych;
 - III. implantacji kardiostymulatorów, zastawek serca, kardiowerterów-defibrylatorów (ICD) i urządzeń o analogicznej lub zbliżonej funkcji.

§2 Konsultacje psychologiczne

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

§3 Świadczenia położniczo-neonatologiczne

1. Świadczenia położniczo-neonatologiczne obejmują:
 - a. przyjęcie porodu drogami natury lub poprzez cięcie cesarskie;
 - b. indywidualną opiekę położnej podczas porodu;
 - c. udział w szkole rodzenia;
 - d. opiekę neonatologiczną nad noworodkiem.
2. Nasza odpowiedzialność w zakresie Świadczeń położniczo-neonatologicznych nie obejmuje:
 - a. prowadzenia Cięży Wysokiego Ryzyka;
 - b. Hospitalizacji, wynikających z patologicznego przebiegu ciąży (zarówno patologie matki, jak i płodu), jeżeli ciąża wymaga opieki albo rozwiązania w ośrodku III poziomu opieki perinatalnej;
 - c. 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 §3 ust 8 OWU;
 - d. wykonywania testów genetycznych płodu, amniopunkcji i kordocentezy;
 - e. opieki neonatologicznej nad noworodkiem wymagającym intensywnej terapii w warunkach ośrodka III poziomu opieki perinatalnej.

§4 Opieka medyczna przed Hospitalizacją

1. Zakresem objęte są świadczenia diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej i konsultacji specjalistycznych 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:
 - a. określenia konieczności Hospitalizacji Planowej, jej typu, metody i zakresu zabiegu;
 - b. zakwalifikowania Ubezpieczonego do Hospitalizacji;
 - c. określenia terminu przeprowadzenia operacji, zabiegu;
 - d. opracowania planu leczenia.
2. Opieka medyczna przed Hospitalizacją nie jest tym samym co:
 - a. postawienie diagnozy;
 - b. monitorowanie leczenia;
 - c. poradnictwo ogólnomedyczne;
 - d. wydanie drugiej opinii medycznej.
3. Zakres nie obejmuje prowadzenia ciąży.

§5 Opieka medyczna po Hospitalizacji

1. Opieka po Hospitalizacji obejmuje 3 wizyty kontrolne we wskazanej przez nas placówce medycznej. Służą one monitorowaniu efektów przeprowadzonego zabiegu i procesu powrotu do zdrowia w okresie do 30 dni od wypisu ze Szpitala.
2. Zapewniamy 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.
3. Opiekę medyczną po Hospitalizacji zapewniamy wyłącznie w odniesieniu do Świadczenia przeprowadzonego w ramach Umowy Ubezpieczenia.

§6 Rehabilitacja

1. Rehabilitacja po Hospitalizacji obejmuje:
 - a. niezbędne zabiegi z zakresu fizykoterapii i fizjoterapii wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego po zabiegach ortopedycznych przez okres do 6 tygodni od daty zabiegu;
 - b. niezbędne zabiegi z zakresu fizykoterapii i fizjoterapii wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego po zabiegach neurochirurgicznych przez okres do 10 tygodni od daty zabiegu;
 - c. niezbędne zabiegi z zakresu drenażu limfatycznego po zabiegach chirurgicznych (np. mastektomii) wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego do 6 tygodni po zabiegu.
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:
 - a. zabiegów rehabilitacyjnych wynikających ze wskazań innych niż następstwa zabiegu operacyjnego zrealizowanego w ramach ochrony ubezpieczeniowej;
 - b. terapii złamań za pomocą stymulatorów zrostu kostnego wykorzystujących oddziaływania fizyczne (np. fale ultradźwiękowe).
4. Rehabilitację zapewniamy wyłącznie w odniesieniu do Świadczenia przeprowadzonego w ramach Umowy Ubezpieczenia.

§7 Opieka Doraźna

1. Konsultacja Lekarza Opieki Doraźnej, jest możliwa pod warunkiem, że Koordynator Opieki Szpitalnej potwierdzi, że konsultacja jest konieczna i właściwa z medycznego punktu widzenia.
2. W ramach Opieki Doraźnej zapewnimy, w zależności od wskazań medycznych oraz od zakresu dostępnych usług w danej lokalizacji:
 - a. interwencję zespołu ratownictwa medycznego;
 - b. udzielenie niezbędnej pomocy medycznej w miejscu pobytu Ubezpieczonego;
 - c. udzielenie niezbędnej pomocy medycznej w Przychodni lub Szpitalu wskazanym przez nas;
 - d. wydanie zaleceń odnośnie dalszego trybu postępowania zachowawczego;
 - e. transport do szpitala.

Zakres usług dostępnych w ramach Opieki Doraźnej w danej lokalizacji jest wskazany na stronie www.opiekaszpitalna.luxmed.pl.

3. 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. Nie stanowi to nieprawidłowego wykonania Umowy.
4. Nasza odpowiedzialność w zakresie Opieki Doraźnej nie obejmuje 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.
5. 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 o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. Nr 112, poz. 654) tj. z dnia 16 marca 2021 r. (Dz.U. z 2021 r. poz. 711) z późn. zm.

CZĘŚĆ II: SZPITALNY PRZEGLĄD ZDROWIA

1. Szpitalny Przegląd Zdrowia jest przeprowadzany we wskazanym przez nas Szpitalu, w ciągu jednego dnia, w terminie uzgodnionym z Ubezpieczonym. Wydłużenie czasu realizacji Przeglądu Stanu Zdrowia powyżej jednego dnia może mieć miejsce w przypadkach uzasadnionych medycznie, jak np. konieczność powtórzenia badania w warunkach szpitalnych.

- W zależności od oficjalnych wytycznych, w tym wytycznych wewnętrznych Szpitala związanych z sytuacją epidemiczną, wykonanie Szpitalnego Przejądu 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 Przejądu. Test finansujemy i udostępnimy przed planowanym Przejądem.
- Szczegółowy zakres świadczeń, zależy od płci i wieku ubezpieczonego:

Szpitalny Przejąd Zdrowia dla kobiety do 40 roku życia

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Pomiar ciśnienia Pomiar wzrostu i wagi Mocz – badanie ogólne Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny Badania laboratoryjne: Ferrytyna, Glukoza, HBs Ag, HCV Ab, HIV, Kreatynina, krew utajona w kale, kwas moczowy, lipidogram, OB, transaminaza GPT, TSH | <ul style="list-style-type: none"> 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 Przejąd Zdrowia dla kobiety w wieku 40 lat i więcej

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Pomiar ciśnienia Pomiar wzrostu i wagi Mocz – badanie ogólne Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny Badania laboratoryjne: Ferrytyna, Glukoza, HBs Ag, HCV Ab, HIV, Kreatynina, krew utajona w kale, kwas moczowy, lipidogram, OB, transaminaza GPT, TSH | <ul style="list-style-type: none"> Badanie EKG – spoczynkowe Próba wysiłkowa RTG klatki piersiowej USG serca, jamy brzusznej, piersi, tarczycy, ginekologiczne Mammografia Cytologia szyjki macicy Konsultacja internisty, ginekologa i kardiologa |
|---|---|

Raport stanu zdrowia i zalecenia

Szpitalny Przejąd Zdrowia dla mężczyzny do 40 roku życia

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Pomiar ciśnienia Pomiar wzrostu i wagi Mocz – badanie ogólne Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny Badania laboratoryjne: Glukoza, HBs Ag, HCV Ab, HIV, Kreatynina, krew utajona w kale, kwas moczowy, lipidogram, OB, transaminaza GPT, TSH | <ul style="list-style-type: none"> Panel PSA Badanie EKG – spoczynkowe RTG klatki piersiowej USG serca, jamy brzusznej, tarczycy, jąder, prostaty Konsultacja internisty i urologa |
|--|---|

Raport stanu zdrowia i zalecenia

Szpitalny Przejąd Zdrowia dla mężczyzny w wieku 40 lat i więcej

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Pomiar ciśnienia Pomiar wzrostu i wagi Mocz – badanie ogólne Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny Badania laboratoryjne: Glukoza, HBs Ag, HCV Ab, HIV, Kreatynina, krew utajona w kale, kwas moczowy, lipidogram, OB, transaminaza GPT, TSH | <ul style="list-style-type: none"> Panel PSA Badanie EKG – spoczynkowe Próba wysiłkowa RTG klatki piersiowej USG serca, jamy brzusznej, tarczycy, jąder, prostaty Konsultacja internisty, urologa i kardiologa |
|--|--|

Raport stanu zdrowia i zalecenia

- Nie przeprowadzimy Szpitalnego Przejądu Zdrowia, jeżeli Ubezpieczony ma stwierdzoną infekcję, jej podejrzenie lub inny rozstrój zdrowia, który może zaburzyć wyniki Świadczenia.

5. Możemy odstąpić od wykonania lub ograniczyć zakres Szpitalnego Przejglądu Zdrowia, w razie przeciwwskazań medycznych do wykonania określonych badań.

CZĘŚĆ III: KOORDYNACJA OPIEKI SZPITALNEJ

1. Niezwłocznie po rozpoczęciu Okresu Ochrony, przekazemy Ubezpieczonemu dane kontaktowe do zespołu Koordynacji Opieki Szpitalnej. Dane zostaną przekazane wiadomością email, wiadomością sms lub listownie, w zależności od tego, jakie dane do kontaktu otrzymaliśmy.
2. Ubezpieczony korzysta z Koordynacji Opieki Szpitalnej według swoich potrzeb. Może skorzystać z części lub z całości oferowanego zakresu.
3. Zakres świadczeń, które oferujemy w ramach Koordynacji Opieki Szpitalnej obejmuje:
 - a. przyjęcie od Ubezpieczonego wniosku o realizację Świadczenia oraz bieżący kontakt z Ubezpieczonym w trakcie weryfikacji wniosku, a także w trakcie trwania Umowy.
 - b. koordynację opieki nad Ubezpieczonym w przypadku Opieki Doraźnej:
 - I. weryfikację uprawnień do Świadczenia;
 - II. przekazanie Ubezpieczonemu wskazówek co do dalszego postępowania;
 - III. kontakt z Izbą Przyjęć lub Przychodnią;
 - IV. pomoc w przyjęciu do Szpitala lub Przychodni i w bieżącej organizacji niezbędnych badań i konsultacji zgodnie z zaleceniami Lekarza;
 - V. pomoc w kompletowaniu dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
 - VI. kontakt z osobą upoważnioną do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym.
 - c. koordynację opieki nad Ubezpieczonym przed Hospitalizacją:
 - I. weryfikację uprawnień do Świadczenia, w tym uzyskanie decyzji Ubezpieczyciela w związku ze złożonym wnioskiem;
 - II. przedstawienie propozycji Hospitalizacji – przedstawienie do wyboru dostępnych Szpitali i Lekarzy, a także położnej, w przypadku osoby Ubezpieczonej planującej poród;
 - III. umówienie pobytu i zgodnie z wyborem Ubezpieczonego;
 - IV. pomoc w umówieniu na badania i konsultacje kwalifikujące do Hospitalizacji;
 - V. monitorowanie realizacji przez Ubezpieczonego badań i konsultacji;
 - VI. przypomnienie Ubezpieczonemu o terminie przyjęcia do Szpitala i wymaganych dokumentach, a także potwierdzenie obecności Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - VII. koordynację obiegu dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem;
 - VIII. przekazanie informacji dotyczących pobytu w Szpitalu.
 - d. koordynację w trakcie Świadczenia Szpitalnego:
 - I. przekazanie wszystkich dokumentów niezbędnych do Świadczenia Ubezpieczonego;
 - II. bieżący kontakt ze Szpitalem;
 - III. przekazywanie informacji o bieżącym statusie realizacji procedur medycznych osobie upoważnionej do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym;
 - IV. umówienie na wizytę kontrolną po pobycie w Szpitalu, a także przedstawienie planu opieki po Świadczeniu;
 - V. organizację Transportu Medycznego.
 - e. koordynację opieki po Hospitalizacji, zgodnie z zaleceniami Lekarza:
 - I. umówienie zleconych Ubezpieczonemu badań lub rehabilitacji;
 - II. organizację Transportu Medycznego, jeżeli wynika on ze wskazań medycznych;
 - III. skompletowanie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.
 - f. koordynację Szpitalnego Przejglądu Zdrowia:
 - I. weryfikację uprawnień do Świadczenia;
 - II. przedstawienie propozycji Szpitala i Lekarza realizujących Szpitalny Przejgląd Zdrowia;
 - III. umówienie Szpitalnego Przejglądu Zdrowia zgodnie z wyborem Ubezpieczonego;
 - IV. przypomnienie Ubezpieczonemu o terminie Świadczenia, wymaganych dokumentach oraz potwierdzenie obecności w Szpitalu;
 - V. monitorowanie realizacji Szpitalnego Przejglądu Zdrowia;
 - VI. koordynację obiegu dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem;
 - VII. przekazanie ogólnych informacji dotyczących realizacji Szpitalnego Przejglądu Zdrowia.

ZAKRES ŚWIADCZEŃ W RAMACH UBEZPIECZENIA SZPITALNEGO LUX MED – PEŁNA OPIEKA NR G/002/2022/US, DLA NIEPEŁNOLETNIEGO DZIECKA.

W ramach Umowy Ubezpieczenia dla Niepełnoletniego Dziecka, zapewniamy:

- Świadczenie Zdrowotne (Część I)
- Koordynację Opieki Szpitalnej (Część II)

CZĘŚĆ I: ŚWIADCZENIE SZPITALNE

§1 Hospitalizacja

Zapewniamy Hospitalizację Pilną oraz Hospitalizację Planową w zakresie następujących obszarów medycznych:

1. **Diagnostyka i leczenie w ramach oddziału zachowawczego**
 - a. obejmuje pobyt oraz przeprowadzenie kompleksowej diagnostyki i leczenia stanów chorobowych w oddziałach: pediatrii, kardiologii, neurologii, diabetologii, gastroenterologii, dermatologii, reumatologii, chorób zakaźnych oraz nefrologii;
 - b. nie obejmuje:
 - I. diagnostyki i leczenia, których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych;
 - II. programów lekowych wskazanych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia jako świadczenie gwarantowane, które odbywa się z zastosowaniem innowacyjnych, kosztownych substancji czynnych, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń gwarantowanych;
 - III. Hospitalizacji w celu planowanego zastosowania terapii farmakologicznej chorób przewlekłych;
 - IV. diagnostyki i leczenia następstw udarów;
 - V. przewlekłego leczenia nerkozastępczego, realizowanego poza okresem niezbędnej Hospitalizacji mieszczącej się w zakresie Umowy.
2. **Ortopedia**
 - a. obejmuje zabiegi operacyjne ortopedyczne, w tym endoprotezy i ortopedyczne materiały zespalające;
 - b. nie obejmuje:
 - I. wydłużania kończyn;
 - II. zabiegów osseointegracji.
3. **Chirurgia dziecięca**
 - a. obejmuje zabiegi operacyjne z zakresu chirurgii ogólnej;
 - b. nie obejmuje:
 - I. chirurgicznego leczenia otyłości;
 - II. zabiegów chirurgicznych klatki piersiowej (tj. torakochirurgicznych).
4. **Ginekologia**
 - a. obejmuje zabiegi operacyjne z zakresu ginekologii dla Dzieci powyżej 16 roku życia;
 - b. nie obejmuje diagnostyki i leczenia zaburzeń płodności kobiecej oraz wspomaganego rozrodu.
5. **Laryngologia**
 - a. obejmuje zabiegi laryngologiczne;
 - b. nie obejmuje:
 - I. zabiegów wszczepienia implantów narządu słuchu i innych zastępujących funkcje zmysłów;
 - II. zabiegów wymagających asysty neurochirurgicznej;
 - III. leczenia następstw urazów twarzowo-czaszkowych, w szczególności zabiegów rekonstrukcyjnych twarzoczaszki.
6. Świadczenia szpitalne obejmują również świadczenia położniczo-neonatologiczne w przypadkach, które takiego świadczenia wymagają. Zakres świadczenia położniczo-neonatologicznego jest zgodny z §3 Załącznika nr 1 do OWU - zakres Świadczeń dla Głównego Ubezpieczonego, Partnera i Pełnoletniego Dziecka.

§2 Opieka medyczna przed Hospitalizacją

1. Zakresem objęte są wszystkie świadczenia z zakresu diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej i konsultacji specjalistycznych niezbędne do przygotowania do Hospitalizacji. Opieka medyczna przed Hospitalizacją, jest niezbędna do:
 - a. określenia konieczności Hospitalizacji Planowej, jej typu, metody i zakresu zabiegu;
 - b. zakwalifikowania Ubezpieczonego do Hospitalizacji;
 - c. określenia
 - d. terminu przeprowadzenia operacji, zabiegu;
 - e. opracowania planu leczenia.
2. Opieka medyczna przed Hospitalizacją nie jest tym samym co:
 - a. postawienie diagnozy;
 - b. monitorowanie leczenia;
 - c. poradnictwo ogólnomedyczne;
 - d. wydanie drugiej opinii medycznej.
3. Zakres nie obejmuje prowadzenia ciąży.

§3 Opieka medyczna po Hospitalizacji

1. Opieka po Hospitalizacji obejmuje 3 wizyty kontrolne we wskazanej przez nas placówce medycznej. Służą one monitorowaniu efektów przeprowadzonego zabiegu i procesu powrotu do zdrowia w okresie do 30 dni od wypisu ze Szpitala.
2. Zapewniamy 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.
3. Opiekę medyczną po Hospitalizacji zapewniamy wyłącznie w odniesieniu do Świadczenia przeprowadzonego w ramach Umowy Ubezpieczenia.

§4 Rehabilitacja

1. Rehabilitacja po Hospitalizacji obejmuje niezbędne zabiegi z zakresu fizykoterapii i fizjoterapii wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego po zabiegach ortopedycznych przez okres do 6 tygodni od daty zabiegu.
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:
 - a. zabiegów rehabilitacyjnych wynikających ze wskazań innych niż następstwa zabiegu operacyjnego zrealizowanego w ramach ochrony ubezpieczeniowej;
 - b. terapii złamań za pomocą stymulatorów zrostu kostnego wykorzystujących oddziaływania fizyczne (np. fale ultradźwiękowe).
4. Rehabilitację zapewniamy wyłącznie w odniesieniu do Świadczenia przeprowadzonego w ramach Umowy Ubezpieczenia.

§5 Opieka Doraźna

1. Konsultacja Lekarza Opieki Doraźnej, jest możliwa pod warunkiem, że Koordynator Opieki Szpitalnej potwierdzi, że konsultacja jest konieczna i właściwa z medycznego punktu widzenia.
2. W ramach Opieki Doraźnej zapewnimy, w zależności od wskazań medycznych oraz od zakresu dostępnych usług w danej lokalizacji:
 - a. interwencję zespołu ratownictwa medycznego;
 - b. udzielenie niezbędnej pomocy medycznej w miejscu pobytu Ubezpieczonego;
 - c. udzielenie niezbędnej pomocy medycznej w Przychodni lub Szpitalu wskazanym przez nas;
 - d. wydanie zaleceń odnośnie dalszego trybu postępowania zachowawczego;
 - e. transport do szpitala.

Zakres usług dostępnych w ramach Opieki Doraźnej w danej lokalizacji jest wskazany na stronie www.opiekaszpitalna.luxmed.pl.

3. 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. Nie stanowi to nieprawidłowego wykonania Umowy.
4. Nasza odpowiedzialność w zakresie Opieki Doraźnej nie obejmuje 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.
5. 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 o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. Nr 112, poz. 654) tj. z dnia 16 marca 2021 r. (Dz.U. z 2021 r. poz. 711) z późn. zm.

CZĘŚĆ II: KOORDYNACJA OPIEKI SZPITALNEJ

1. Niezwłocznie po rozpoczęciu Okresu Ochrony przekazemy opiekunowi prawnemu Dziecka Niepełnoletniego dane kontaktowe do zespołu Koordynacji Opieki Szpitalnej. Dane zostaną przekazane wiadomością email, wiadomością sms lub listownie, w zależności od tego, jakie dane do kontaktu otrzymaliśmy.
2. Ubezpieczony poprzez opiekuna prawnego korzysta z Koordynacji Opieki Szpitalnej według swoich potrzeb. Może skorzystać z części lub z całości oferowanego zakresu.
3. Zakres świadczeń, które oferujemy w ramach Koordynacji Opieki Szpitalnej obejmuje:
 - a. przyjęcie od Ubezpieczonego wniosku o realizację Świadczenia oraz bieżący kontakt z Ubezpieczonym w trakcie weryfikacji wniosku, a także w trakcie trwania Umowy.
 - b. koordynację opieki nad Ubezpieczonym w przypadku Opieki Doraźnej:
 - I. weryfikację uprawnień do Świadczenia;
 - II. przekazanie Ubezpieczonemu wskazówek co do dalszego postępowania;
 - III. kontakt z Izbą Przyjęć lub Przychodnią;
 - IV. pomoc w przyjęciu do Szpitala lub Przychodni i w bieżącej organizacji niezbędnych badań i konsultacji zgodnie z zaleceniami Lekarza;
 - V. pomoc w kompletowaniu dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
 - VI. kontakt z osobą upoważnioną do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym.
 - c. koordynację opieki nad Ubezpieczonym przed Hospitalizacją:
 - I. weryfikację uprawnień do Świadczenia, w tym uzyskanie decyzji Ubezpieczyciela w związku ze złożonym wnioskiem;
 - II. przedstawienie propozycji Hospitalizacji – przedstawienie do wyboru dostępnych Szpitali i Lekarzy, a także położnej, w przypadku osoby Ubezpieczonej planującej poród;
 - III. umówienie pobytu i zgodnie z wyborem Ubezpieczonego;
 - IV. pomoc w umówieniu na badania i konsultacje kwalifikujące do Hospitalizacji;
 - V. monitorowanie realizacji przez Ubezpieczonego badań i konsultacji;
 - VI. przypomnienie Ubezpieczonemu o terminie przyjęcia do Szpitala i wymaganych dokumentach, a także potwierdzenie obecności Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - VII. koordynację obiegu dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem;
 - VIII. przekazanie informacji dotyczących pobytu w Szpitalu.
 - d. koordynację w trakcie Świadczenia Szpitalnego:
 - I. przekazanie wszystkich dokumentów niezbędnych do Świadczenia Ubezpieczonego;
 - II. bieżący kontakt ze Szpitalem;
 - III. przekazywanie informacji o bieżącym statusie realizacji procedur medycznych osobie upoważnionej do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym;
 - IV. umówienie na wizytę kontrolną po pobycie w Szpitalu, a także przedstawienie planu opieki po Świadczeniu;
 - V. organizację Transportu Medycznego.
 - e. koordynację opieki po Hospitalizacji, zgodnie z zaleceniami Lekarza:
 - I. umówienie zleconych Ubezpieczonemu badań lub rehabilitacji;
 - II. organizację Transportu Medycznego, jeżeli wynika on ze wskazań medycznych;

- III. skompletowanie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.
- f. koordynację Szpitalnego Przejądu Zdrowia:
 - I. weryfikację uprawnień do Świadczenia;
 - II. przedstawienie propozycji Szpitala i Lekarza realizujących Szpitalny Przejąd Zdrowia;
 - III. umówienie Szpitalnego Przejądu Zdrowia zgodnie z wyborem Ubezpieczonego;
 - IV. przypomnienie Ubezpieczonemu o terminie Świadczenia, wymaganych dokumentach oraz potwierdzenie obecności w Szpitalu;
 - V. monitorowanie realizacji Szpitalnego Przejądu Zdrowia;
 - VI. koordynację obiegu dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem;
 - VII. przekazanie ogólnych informacji dotyczących realizacji Szpitalnego Przejądu Zdrowia.