

**INFORMACJA DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO
KOMPLEMENTARNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO (OWU)**
zgodnie z art. 17 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

	Rodzaj informacji/postanowienia wzorca umownego	Nr zapisu wzorca umownego
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 1, 6–8, 21–44, 87–92, 109–128, 129–135, 138–139, 140–145, 148–149
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1, 53–69, 98–100, 104, 116, 136–137, 146–147

Ogólne Warunki Grupowego Komplementarnego Ubezpieczenia Zdrowotnego

Niniejsze OWU kierujemy do:

- Państwa jako Ubezpieczającego**, zawierającego z nami **Umowę grupowego komplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego**. Postanowienia zawarte w **OWU** przedstawiamy używając formy „Państwo”.
- Uczestników** na rzecz których **Ubezpieczający** zawarł z nami **Umowę grupowego komplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego**.

Część OWU:	Co opisuje?	Nr strony
Wstęp	Wyjaśnienie pojęcia „komplementarne ubezpieczenie zdrowotne”.	2
Ogólne Warunki Grupowego Komplementarnego Ubezpieczenia Zdrowotnego	Ryzyka objęte Umową grupowego komplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego , sposób zapewniania świadczeń zdrowotnych i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela ; ubezpieczenia dodatkowe.	2–11
Definicje	Definicje terminów użytych w OWU , pisanych wielką literą i wyróżnionych kolorem.	2–4
Informacja o Terapiach wykorzystywanych w leczeniu Chorób	Postanowienia regulujące organizację i pokrycie kosztów leczenia Choroby z wykorzystaniem Terapii , w szczególności poprzez zakup i zastosowanie przypisanej jej Technologii medycznej .	4–9
Proteza kończyny dla Uczestnika po Amputacji	Informacja o ubezpieczeniu dodatkowym.	9
Druga Opinia Medyczna – ubezpieczenie dodatkowe	Informacja o ubezpieczeniu dodatkowym.	9–10
E-konsultacja – ubezpieczenie dodatkowe	Informacja o ubezpieczeniu dodatkowym.	10–11
Lista	Tabela z wykazem Technologii medycznych .	
Informacja o przepisach znajdujących odniesienie w standardowych postanowieniach Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego	Ważne odniesienia do OWU , które jesteśmy zobowiązani zrealizować na mocy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.	Wstęp

Wstęp: Wyjaśnienie pojęcia „komplementarne ubezpieczenie zdrowotne”

Dystrybutorem niniejszego **Komplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego** jest Laven S.A. z siedzibą pod adresem ul. Legnicka 57D lokal B/C, 54-203 Wrocław.

O umowie grupowego komplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego

Niniejsze **OWU** mają zastosowanie do ubezpieczenia ryzyka dodatkowych wydatków związanych z koniecznością pokrycia kosztów zakupu, dostarczenia i zastosowania **Technologii medycznych** zawartych w Załączniku Nr 1 (zwanym dalej **Listą**). Wraz z niespodziewaną **Chorobą** zdiagnozowaną u **Uczestnika** po raz pierwszy, niniejsze **OWU** mają również zastosowanie do ubezpieczenia ryzyka dodatkowych wydatków związanych z koniecznością pokrycia kosztów sztucznego zastąpienia brakującej części kończyny, wynikające z **Amputacji**, której poddany był **Uczestnik**.

Komplementarne ubezpieczenie zdrowotne zapewni dostęp do innowacyjnego leczenia przy użyciu **Technologii medycznych** oraz do nowoczesnych protez kończyn, które nie są finansowane przez NFZ na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Przedmiotem ubezpieczenia jest świadczenie rzeczowe obejmujące zakup **Technologii medycznej** dla **Uczestnika** oraz zorganizowanie dostępu do **Terapii** z wykorzystaniem konkretnej **Technologii medycznej** oraz pokrycie kosztów jej zastosowania. Ubezpieczenie umożliwi również zapewnienie **Uczestnikowi**, który przeszedł **Amputację**, nowoczesnej protezy kończyny. W żadnym z tych przypadków skorzystanie ze świadczenia nie wymaga od **Uczestnika** wkładu finansowego.

W odpowiedzi na wniosek **Uczestnika** o ocenę i konsultację jego przypadku medycznego, zapewniamy **Uczestnikowi** następujące ubezpieczenia dodatkowe:

- międzynarodowy program **Druga Opinia Medyczna** z udziałem uprawnionych lekarzy specjalizujących się w przypadkach medycznych podobnych do przypadku **Uczestnika** lub **Członka rodziny**. Na podstawie dokumentacji medycznej przedstawionej przez **Uczestnika** lub **Członka rodziny** lekarze ci przedstawiają własną opinię medyczną, która będzie mieć formę zdalnej konsultacji dotyczącej danego przypadku medycznego, diagnozy i procesu leczenia, udostępnionej **Uczestnikowi** lub **Członkowi rodziny**. Opis oraz zasady powyższego znajdują się w rozdziale zatytułowanym „**Druga Opinia Medyczna** – ubezpieczenie dodatkowe”, uregulowanym niniejszymi **OWU**;
- E-konsultacja** w ramach telemedycyny, umożliwiająca zdalną konsultację z uprawnionym lekarzem z Polski, świadczona w formie konsultacji telefonicznych, obejmująca: udzielanie zdalnych porad medycznych przez lekarza internistę lub pediatrę w zakresie wyników badań, wydania e-recepty, zdalnego wystawienia skierowania na badania oraz zdalnego wystawienia zwolnienia lekarskiego. Opis oraz zasady powyższego znajdują się w rozdziale zatytułowanym „**E-konsultacja** – ubezpieczenie dodatkowe”, uregulowanym niniejszymi **OWU**;
- Zapewniamy wykonanie nowoczesnej protezy kończyny lub kończyn, w ramach określonej kwoty **Limitu amputacyjnego**, dla **Uczestnika** który przeszedł **Amputację** w rozumieniu niniejszych **OWU**.

Definicje

Definicje terminów użytych w OWU, pisanych wielką literą i wyróżnionych kolorem

- Terminy użyte w niniejszych **OWU** oznaczają:
 - Amputacja** – w odniesieniu do **Uczestnika**, utrata części lub całości kończyny lub więcej niż jednej kończyny, wymagająca protezy, tj. sztucznego zastąpienia brakującej kończyny, będąca rezultatem:
 - Wypadku**, który miał miejsce podczas trwania **Ochrony ubezpieczeniowej**, lub
 - Choroby** zdiagnozowanej po raz pierwszy podczas trwania **Ochrony ubezpieczeniowej**;
 - Charakterystyka produktu leczniczego (ChPL)** – ustrukturyzowane informacje o produkcie leczniczym dopuszczonym do obrotu farmaceutycznego; zakres przedmiotowych informacji określa Ustawa z dnia 6 września 2011 r. – Prawo farmaceutyczne (tekst jednolity: Dz. U. 2019, poz. 499 z późniejszymi zmianami) i uwzględnia on w szczególności: 1. Nazwę produktu leczniczego, 2. Skład jakościowy i ilościowy, 3. Postać farmaceutyczną, 4. Szczegółowe dane kliniczne, 5. Właściwości farmakologiczne, 6. Dane farmaceutyczne, 7. Podmiot odpowiedzialny posiadający pozwolenie na dopuszczenie do obrotu, 8. Numer(-y) pozwolenia na dopuszczenie do obrotu, 9. Data wydania pierwszego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu/data przedłużenia pozwolenia, 10. Data zatwierdzenia lub częściowej zmiany tekstu charakterystyki produktu leczniczego;
 - Choroba** – problem zdrowotny osoby, której ciało lub czynności organizmu ulegają uszkodzeniu, co prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
 - Choroba zastana** – każda **Choroba Uczestnika**:
 - kotóra według informacji podanej w dokumentacji medycznej była w jakimkolwiek czasie przedmiotem regularnych konsultacji specjalistycznych lub badań lub przyjmowania leków lub leczona w ramach leczenia szpitalnego w okresie trwania **Choroby zastanej** (liczba lat) bezpośrednio poprzedzającym początek **Ochrony ubezpieczeniowej**, którą objęty jest **Uczestnik** na mocy **Umowy**, który to okres jest podany w **Polisie ubezpieczeniowej** oraz **Dowodzie ubezpieczenia**, lub
 - kotóra jest bezpośrednim skutkiem okoliczności opisanych w punkcie a) powyżej, lub
 - kotórej objawy – zgodnie z informacjami, które zostały umieszczone w dokumentacji medycznej określone jako: bóle brzucha, głowy lub w klatce piersiowej o niewyjaśnionej przyczynie, powiększone węzły chłonne, zaburzenia rytmu serca, duszności, zmiany w obrębie gruczołu piersiowego, gruczołu krokowego lub narządów płciowych, gorączka o niewyjaśnionej przyczynie, postępująca utrata masy ciała – które uwidoczniły się w okresie 6 miesięcy bezpośrednio przed datą rozpoczęcia obowiązywania **Ochrony ubezpieczeniowej Uczestnika** na mocy **Umowy** oraz które wymagają lub skutkują wymogiem dalszego diagnozowania lub leczenia.

- W odniesieniu do **Choroby zastanej**, jak zdefiniowano ją powyżej, odpowiedzialność **Ubezpieczyciela** przywrócona zostaje na koniec 24-miesięcznego nieprzerwanego okresu ubezpieczenia, podczas którego u **Uczestnika** nie wystąpiły żadne objawy **Choroby** i lekarz **Uczestnika** wykaże w sposób przekonujący dla **Ubezpieczyciela**, że **Uczestnik** nie wymagał porady medycznej, badań, przyjmowania leków w czasie takiego okresu i że nie zaleca dalszego leczenia w przyszłości.
- 5) **Członek rodziny** – oznacza **współmałżonka** (to osoba, która w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje z **Uczestnikiem** w związku małżeńskim w rozumieniu Ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy) lub życiowego partnera **Uczestnika** (przez co rozumie się wolny związek dwóch osób pełnoletnich pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym) i/lub jego jakiegokolwiek zstępnego/przysposobionego dziecka (aż do ukończenia przez nie 21-go roku życia w momencie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego i pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym z **Uczestnikiem**);
 - 6) **Deklaracja przystąpienia** – dokument, w którym **Uczestnik** wyraża zgodę na objęcie go Umową; aby przystąpić do ubezpieczenia **Uczestnik** musi wypełnić i dostarczyć **Deklarację przystąpienia**, podlegającą akceptacji **Ubezpieczyciela**; **Deklaracja przystąpienia** zawiera **Kwestionariusz medyczny**, deklarację o stanie zdrowia oraz zgodę na wyłączenie **Chorób** zostanych z zakresu odpowiedzialności **Ubezpieczyciela**;
 - 7) **Dowód ubezpieczenia** – dokument potwierdzający, że dany **Uczestnik** objęty jest **Ochroną ubezpieczeniową**, wskazujący zakres ochrony oferowany w **Wariantcie**, zakres **Ochrony ubezpieczeniowej**, kwotę **Limitu odpowiedzialności**, kwotę **Limitu amputacyjnego**, zawierający dodatkowe postanowienia odnoszące się do zakresu **Ochrony ubezpieczeniowej**;
 - 8) **Druga Opinia Medyczna (DOM)** – pismem opinią sporządzoną przez lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu i wykształcenie medyczne, praktykującego w **Wiodącym Ośrodku Medycznym na Świecie**, przygotowaną zdalnie na podstawie przedstawionej dokumentacji medycznej, udostępniona **Uczestnikowi** lub **Członkowi rodziny** w odniesieniu do procesu diagnostycznego i leczniczego;
 - 9) **E-konsultacja** – konsultacja medyczna świadczona **Uczestnikowi** przez **Organizatora serwisu** oraz jego podwykonawców – lekarzy (pediatrę lub internistę) na odległość, z wyłączeniem bezpośredniego badania fizykalnego, za pośrednictwem systemu komunikacji – tj. w formie konsultacji telefonicznej;
 - 10) **Europejska Agencja Leków (EMA)** – agencja Unii Europejskiej (UE), odpowiedzialna za naukową ocenę, nadzór i monitorowanie bezpieczeństwa leków w UE;
 - 11) **Komplementarne ubezpieczenie zdrowotne** – ubezpieczenie zapewniające dostęp do **Technologii medycznych** wskazanych na **Liście**, dopuszczonych do obrotu i użycia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, które nie są opłacane ze środków publicznych w ramach **Kosztyka świadczeń gwarantowanych**;
 - 12) **Kontrakt menedżerski** – cywilnoprawny kontrakt menedżerski, wykonywany pomiędzy podmiotem (w szczególności spółką) prowadzącym działalność gospodarczą i zlecającym na zewnątrz czynności zarządcze oraz menedżerem, na mocy którego menedżer zobowiązany jest do zarządzania podmiotem gospodarczym (lub jego określoną częścią, lub określonym projektem realizowanym w ramach przedsiębiorstwa) za wynagrodzeniem;
 - 13) **Koordynator leczenia** – osoba pracująca dla **Świadczeniodawcy**, uzgadniająca z **Lekarzem prowadzącym** czas rozpoczęcia leczenia **Uczestnika** z wykorzystaniem **Technologii medycznej**, wymienionej na **Liście**. Osoba ta kontaktuje się z **Uczestnikiem** we wszelkich sprawach z nim związanych i przekazuje wszelkie konieczne informacje związane z organizacją procesu leczenia **Uczestnika**, koordynuje plan leczenia i dba o kompletność dokumentacji medycznej. Osoba ta jest w kontakcie z **Organizatorem serwisu**;
 - 14) **Koszt ochrony** – kwota, którą ustalamy jako należną od każdego **Uczestnika**, któremu zapewniamy **Ochronę ubezpieczeniową**, obliczona zgodnie z aktualną taryfą aktualną dla składek oraz standardami matematyki ubezpieczeniowej, a także zakresem **Ochrony ubezpieczeniowej**, określona w sposób umożliwiający nam wywiązanie się ze wszystkich zobowiązań wynikających z **Umowy**, uregulowanej **OWU**, uwzględniając wyłączenia i ograniczenia zakresu naszej odpowiedzialności mające zastosowanie podczas **Okresów karencji** oraz w odniesieniu do **Chorób zastanych**, a także umożliwiającą pokrycie ponoszonych przez nas kosztów oceny ryzyka ubezpieczeniowego i zawierania polis ubezpieczeniowych;
 - 15) **Koszty świadczeń gwarantowanych** – wykaz świadczeń i procedur leczniczych, opłacanych ze środków publicznych, udzielanych przez **Świadczeniodawców** pacjentom ubezpieczonym w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, prowadzonego przez **NFZ** na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 16) **Kwestionariusz medyczny** – część **Deklaracji przystąpienia** używana do oceny stanu zdrowia **Uczestnika**;
 - 17) **Lekarz** – osoba posiadająca odpowiednie, potwierdzone wymaganymi dokumentami, kwalifikacje do świadczenia usług medycznych, w szczególności do wykonywania następujących czynności: przeprowadzania kontroli stanu zdrowia, diagnozowania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji pacjentów, udzielania porad medycznych oraz wydawania opinii i ustaleń w ramach posiadanej specjalizacji;
 - 18) **Lekarz ekspert** – lekarz będący uznanym specjalistą w dziedzinie medycyny, której dotyczy **Choroba** lub **Amputacja**, który, na nasz wniosek, udziela opinii lekarskiej i ocenia **Wskazania do skorzystania z ubezpieczenia komplementarnego** oraz właściwy przebieg **Terapii**, również w przypadku wystąpienia sporu pomiędzy nami (w rozumieniu **Ubezpieczyciela**) a **Lekarzem prowadzącym**, stosującym **Terapię**, jak też w przypadku zgłoszenia skargi przez **Uczestnika**;
 - 19) **Lekarz kierujący** – lekarz posiadający uprawnienia do wykonywania zawodu, który, na podstawie posiadanej przez siebie wiedzy i umiejętności zawodowych, jako pierwszy rekomenduje zastosowanie **Terapii** oraz który wystawia **Uczestnikowi** dokument zaświadczenia o potrzebie **Uczestnika** zastosowania w **Terapii Uczestnika Technologii medycznej** wskazanej na **Liście**, poświadczony w formie recepty, skierowania na zabieg lub operację, wniosku lekarza lub orzeczenia lekarskiego;
 - 20) **Lekarz prowadzący** – lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu, zatrudniony przez **Świadczeniodawcę**, czyli zakład leczniczy, w którym (lub pod nadzorem którego) u **Uczestnika** zostanie zastosowana **Terapia**, potwierdzający rekomendację dla zastosowania **Terapii** (zarekomendowanej uprzednio przez **Lekarza kierującego**), a następnie stosujący **Terapię** w zgodzie ze swą najlepszą wiedzą medyczną, mając na uwadze czynniki takie jak stan zdrowia **Uczestnika**, postępek **Choroby**, typ/**rodzaj Choroby**, uwzględniając jednocześnie **Charakterystykę produktu leczniczego (CHPL)**;
 - 21) **Limit amputacyjny** – maksymalna kwota wydatku wskazana w **Polisie ubezpieczeniowej** oraz w **Dowodzie ubezpieczenia**, którą poniesiemy w przypadku, gdy **Uczestnik** będzie potrzebował protezy w związku z **Amputacją**; kwota limitu lub jego część, która nie została wykorzystana przy zakupie i zastosowaniu protezy nie powiększa tego limitu przy dostarczaniu temu samemu **Uczestnikowi** kolejnego takiego świadczenia rzeczowego;
 - 22) **Limit na Uczestnika** – 4 000 000 PLN na każdego **Uczestnika**, każda **Terapia** przy użyciu tej samej **Technologii medycznej** łącznie ze **Zdarzeniami niepożądanymi zaistniałymi w trakcie leczenia (ZNZTL)**. Limit w przypadku **Amputacji** wynosi 500 000 PLN na **Uczestnika** na jedno zdarzenie;
 - 23) **Limit odpowiedzialności** – określony w **Polisie ubezpieczeniowej** oraz w **Dowodzie ubezpieczenia**, górny limit kwotowy obowiązujący w trakcie trwania **Ochrony ubezpieczeniowej** zapewnionej **Uczestnikowi** na wszystkie wydatki, które mogą być poniesione w związku z zastosowaniem **Terapii** oraz zastosowanego leczenia **Zdarzenia niepożądanego zaistniałego w trakcie leczenia u Uczestnika**;
 - 24) **Lista** – lista **Świadczeń rzeczowych**, będących **Technologiami medycznymi**, w ramach **Komplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego**, stanowiąca Załącznik Nr 1 do **OWU**;
 - 25) **NFZ** – Narodowy Fundusz Zdrowia w Polsce w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2019, poz. 1373 z późniejszymi zmianami);
 - 26) **Ochrona ubezpieczeniowa** – nasze zobowiązanie organizacyjne i finansowe wobec **Uczestnika** dotycząca:
 - a. **Terapii Choroby**, w przypadku zdiagnozowania **Choroby** po raz pierwszy w trakcie trwania **Ochrony ubezpieczeniowej**,
 - b. zapewnienia protezy w związku z **Amputacją**,
 - c. świadczenia **DOM** oraz **E-konsultacji**;
 - 27) **Okres karencji** – okres ograniczenia naszej odpowiedzialności do zdarzeń stanowiących konsekwencje **Wypadku**, którego długość zależy od wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego przeprowadzanej przy zawieraniu **Umowy** i który jest podany w **Dowodzie ubezpieczenia** oraz w **Polisie ubezpieczeniowej**;
 - 28) **Okres składkowy** – okres, dla którego określono płatność **Składki** ubezpieczeniowej. **Składka** może być opłacana przez **Ubezpieczającego** w okresie miesięcznym, kwartalnym, półrocznym lub rocznym;
 - 29) **Operator** – konsultant **Organizatora serwisu**, dostępny na infolinii **Organizatora serwisu**, organizujący **E-konsultację** na żądanie **Uczestnika**, na warunkach przewidzianych w **OWU**;
 - 30) **Organizator serwisu** – AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-673), ul. Konstruktorska 12, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Miasta Stołecznego Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod Nr KRS 0000130257, NIP 526-23-22-380, który prowadzi następujące czynności:
 - a. likwidacja szkód w ramach **Komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych**,
 - b. organizacja świadczenia **DOM** oraz działanie we współpracy z MediGuide International LLC, 4550 Linden Hill Road, Ste 103 Wilmington, DE 19808, Stany Zjednoczone Ameryki, który to podmiot utrzymuje relacje z **Wiodącymi Ośrodkami Medycznymi na Świecie**,
 - c. organizacja świadczenia **E-konsultacji**,
 - d. obsługa komunikacji z **Uczestnikiem**;
 - 31) **OWU** – niniejsze **Ogólne Warunki Grupowego Komplementarnego Ubezpieczenia Zdrowotnego**;
 - 32) **Polisa ubezpieczeniowa** – dokument potwierdzający zawarcie **Umowy**;
 - 33) **Rocznica polisy** – dzień w każdym roku kalendarzowym w okresie obowiązywania **Umowy**, odpowiadający dacie rozpoczęcia **Ochrony ubezpieczeniowej**, a jeśli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia **Ochrony ubezpieczeniowej**;
 - 34) **Składka** – suma łączna kwot stanowiących **Koszt** ochrony przyznanej różnym **Uczestnikom** podczas trwania **Okresu składkowego**;
 - 35) **Szpital** – podmiot leczniczy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej świadczący nieprzerwaną całodobową opiekę w zakresie diagnostyki i leczenia pacjentów przy udziale wykwalifikowanego personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, posiadającego uprawnienia do wykonywania zawodu, lub podmiot leczniczy przeprowadzający zabiegi chirurgii jednego dnia. W rozumieniu niniejszych **OWU**, **Szpitałem** nie jest jednak ośrodek opieki dla przewlekłych chorych, hospicjum (także hospicjum onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, ani zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym w szczególności szpital uzdrowiskowy lub szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny;
 - 36) **Świadczenie rzeczowe** – w rozumieniu niniejszych **OWU**, lek, technologia lub wyrób medyczny przypisany **Technologii medycznej**, opłacony przez **Ubezpieczyciela**, dostarczony **Uczestnikowi** przez **Świadczeniodawcę**, który, na podstawie decyzji **Lekarza prowadzącego**, włączyony jest do procesu leczenia **Uczestnika**;
 - 37) **Świadczeniodawca** – zakład opieki zdrowotnej, w szczególności **Szpital**, zlokalizowany na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zaangażowany w świadczenie leczenia w rozumieniu Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. 2020, poz. 295 z późniejszymi zmianami), którym w rozumieniu powyższej Ustawy może być ambulatorium;
 - 38) **Technologia medyczna** – środki materialne (leki, wyroby medyczne) oraz środki niematerialne (umiejętności, procedury, rozwiązania organizacyjne) w sposób pośredni lub bezpośredni odnoszące się do procesu leczenia (środki lecznicze, diagnostyczne, rehabilitacyjne lub zapobiegawcze), wykorzystywane w przypadku zaistnienia konkretnych wskazań medycznych, dopuszczone do obrotu na terenie Unii Europejskiej przez **Europejską Agencję Leków (EMA)**, a także systemy wsparcia organizacyjnego, w ramach których zapewniane są świadczenia medyczne;
 - 39) **Terapia** – zastosowanie konkretnej **Technologii medycznej** z **Listy** oraz powiązanych **Usług medycznych** aktualnej na dzień spełnienia **Wskazań do skorzystania z ubezpieczenia komplementarnego** w procesie terapeutycznym prowadzonym zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
 - 40) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna lub prawna, bądź jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zawierająca **Umowę** i zobowiązana do zapłaty **Składki** ubezpieczeniowej;

- 41) **Ubezpieczyciel** – AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, z siedzibą w Warszawie przy ul. Konstruktorskiej 12, 02-673 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000189340, działająca na podstawie zezwolenia udzielonego przez francuski organ nadzoru L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), Banque de France;
- 42) **Uczestnik** – osoba, która:
- jest ubezpieczona na podstawie Umowy; oraz
 - ma nie mniej niż 18 i nie więcej niż 67 lat; oraz
 - którą łączy z Ubezpieczającym stosunek wskazany w Polisie ubezpieczeniowej (np. Umowa o pracę, Kontrakt menedżerski, Umowa zlecenie, Umowa o dzieło lub stosunek członkostwa w stowarzyszeniu, samorządzie zawodowym lub związku zawodowym).
- W ten sposób określamy również osoby, które chciałyby przystąpić do ubezpieczenia w ramach Umowy, z zastrzeżeniem, że osoby przystępujące mają nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 60 lat, z zastrzeżeniem punktu 8 b. niniejszych OWU;
- 43) **Umowa** – umowa grupowego komplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego, uregulowana niniejszymi OWU;
- 44) **Umowa o dzieło** – umowa cywilnoprawna określona w art. 627 Kodeksu cywilnego;
- 45) **Umowa o pracę** – umowa o pracę uregulowana postanowieniami Kodeksu Pracy;
- 46) **Umowa zlecenia** – umowa cywilnoprawna uregulowana w art. 734 lub art. 750 Kodeksu cywilnego;
- 47) **Usługi medyczne** – czynności diagnostyczne, terapeutyczne oraz pielęgnarskie, których wykonanie wynika wprost ze standardowych procedur, przeprowadzanych w trakcie danej Terapii, konieczne i medycznie uzasadnione w związku z Terapią zastosowaną u Uczestnika;
- 48) **Wariant** – wyodrębniony zbiór Technologii medycznych wskazanych na Liście, wraz z przypisanymi im ubezpieczeniami dodatkowymi; Wariant zostaje wskazany we Wniosku o ubezpieczenie i określa zakres ubezpieczenia;
- 49) **Wiodące Ośrodki Medyczne na Świecie** – zakłady opieki zdrowotnej szeroko uznawane na świecie, opisywane jako instytucje zapewniające specjalistyczną opiekę medyczną, wysoko cenione przez szeroko rozumiane środowisko medyczne w zakresie opieki klinicznej;
- 50) **Wniosek o ubezpieczenie** – oświadczenie woli zawarcia Umowy, które Państwo jako Ubezpieczający składa na naszym formularzu;
- 51) **Wskazania do skorzystania z ubezpieczenia komplementarnego** – określane również jako kryteria objęcia leczeniem. Są to warunki medyczne, określone dla konkretnej Technologii medycznej, wymienione we Wskazaniach rejestracyjnych i pominięte we Wskazaniach refundacyjnych;

Informacje dodatkowe:

Ponieważ wydaje się, że do zrozumienia terminu „wskazania do skorzystania z ubezpieczenia komplementarnego” wymagane będzie dodatkowe wyjaśnienie, prosimy zwrócić uwagę na poniższy komentarz:

Zakładając, że:

Wskazania rejestracyjne dla danej Technologii medycznej obejmują trzy zachorowania: Chorobę 1, Chorobę 2 i Chorobę 3;

Wskazania refundacyjne dla tej samej Technologii medycznej obejmują tylko dwa zachorowania: Chorobę 2 i Chorobę 3.

W takiej sytuacji:

zachorowanie określone jako Choroba 1 stanowić będzie „wskazanie do skorzystania z ubezpieczenia komplementarnego”.

- 52) **Wskazania refundacyjne** – kryteria klasyfikacyjne, których spełnienie powoduje, że Technologia medyczna zostaje uwzględniona w Koszku świadczeń gwarantowanych, co oznacza, że zostaje ona wykorzystana w Terapii finansowanej ze środków NFZ;
- 53) **Wskazania rejestracyjne** – zatwierdzone wskazanie, w przypadku którego Europejska Agencja Leków (EMA) formalnie stwierdza, że konkretna technologia lekowa jest medycznie właściwa dla danego wskazania, które następnie zostaje wymienione w ChPL leku. Może także oznaczać wskazanie kliniczne do zastosowania konkretnego wyrobu medycznego. Są to powody medyczne, których istnienie oznacza, że Uczestnik może uzyskać satysfakcjonujący rezultat terapeutyczny po zastosowaniu Terapii;
- 54) **Wykaz wariantów** – dokument informujący o obecnie obowiązujących Wariantach Technologii medycznych, określający zakres Ochrony ubezpieczeniowej w Umowach uregulowanych niniejszymi OWU, obejmujący informacje o dacie wprowadzenia, okresie obowiązywania, jak też o dacie i zakresie każdorazowej zmiany Wariantu; Wykaz wariantów stanowi Załącznik Nr 2 do OWU;
- 55) **Wypadek** – nagłe zdarzenie spowodowane przez okoliczności zewnętrzne, w wyniku którego Uczestnik, niezależnie od swej woli, poniósł trwały uszczerbek na zdrowiu, stanowiący trwałe uszkodzenie struktury i funkcji narządu lub układu, powodujące jego trwałą dysfunkcję;
- 56) **Zdarzenia niepożądane zaistniałe w trakcie leczenia (ZNZTL)** – zdarzenia niepożądane nieobecne przed rozpoczęciem leczenia, bądź zdarzenie już obecne, którego intensywność lub częstotliwość narasta po zastosowaniu konkretnej Terapii. ZNZTL powiązane są z konkretną Technologią medyczną użytą podczas Terapii, zaś ewentualność wystąpienia takiego zdarzenia niepożądanego musi być wymieniona w ChPL produktu leczniczego, zaś jego wystąpienie musi być udokumentowane jako mające miejsce podczas trwania Terapii.

Informacja o Terapiach wykorzystywanych w leczeniu Chorób Postanowienia regulujące organizację i pokrycie kosztów leczenia Choroby z wykorzystaniem Terapii, w szczególności poprzez zakup i zastosowanie przypisanej jej Technologii medycznej

2. Państwo (jako Ubezpieczający wskazany w Polisie ubezpieczeniowej) oraz My (jako Ubezpieczyciel wskazany w Polisie ubezpieczeniowej) zawieramy niniejszą Umowę.
3. Na Umowę składają się następujące części:
- OWU,
 - załączniki do OWU, w szczególności Lista,
 - Wniosek o ubezpieczenie wraz z załącznikami,
 - Deklaracja przystąpienia oraz Kwestionariusz medyczny,
 - Polisa ubezpieczeniowa oraz Dowód ubezpieczenia,
 - inne dokumenty, jeśli takie są przewidziane w procedurze przystąpienia do Umowy i jej wykonywania.
4. Jako Uczestników ubezpieczymy osoby, które:
- łączy z Ubezpieczającym stosunek wskazany w Polisie ubezpieczeniowej, oraz były objęte systemem publicznej opieki zdrowotnej w ramach NFZ przez nieprzerwany okres przynajmniej 6 ostatnich miesięcy, oraz
 - wypełniły i podpisały Deklarację przystąpienia (oraz Kwestionariusz medyczny, kiedy Ubezpieczyciel tego wymaga), zaś my przyjęliśmy je jako dokumenty prawidłowo wypełnione i kompletne oraz potwierdziłszy rozpoczęcie Ochrony ubezpieczeniowej wydając Dowód ubezpieczenia, oraz
 - nie przebywały na zwolnieniu lekarskim przez więcej niż 21 dni w ciągu 12 miesięcy poprzedzających złożenie Deklaracji przystąpienia. Spełniają również pozostałe warunki przystąpienia do Umowy, o ile określili Państwo te kryteria we Wniosku o ubezpieczenie.
5. Ubezpieczony jest Uczestnikiem.

Przedmiot ubezpieczenia – kogo ubezpieczamy lub kto ma prawo do ubezpieczenia?

6. Ubezpieczamy:
- zastosowanie u Uczestnika Terapii, polegającej na zastosowaniu Technologii medycznych wymienionych na Liście, w związku z Chorobą zdiagnozowaną u Uczestnika oraz realizację procesu produkcji, miary i dopasowania protezy w związku z Amputacją.
7. Zdarzenie ubezpieczeniowe to:
- Wypadek skutkujący Amputacją, który wydarzył się podczas obowiązywania Ochrony ubezpieczeniowej, wynikającej z Umowy, uregulowanej niniejszymi OWU;
 - zdiagnozowanie u Uczestnika zachorowania, spełniającego wszystkie z poniższych warunków:
 - zgodnie z postanowieniami punktu 8 poniżej, zachorowanie jest zdiagnozowane po raz pierwszy podczas świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej Uczestnikowi, a zdiagnozowana Choroba nie jest Chorobą zastaną;
 - w leczeniu zdiagnozowanej Choroby można zastosować Terapie, wykorzystującą Technologie medyczną, wymienioną na Liście obowiązującej w dniu, w którym Lekarz kierujący rekomenduje zastosowanie Terapii;
 - zastosowanie Terapii do leczenia Choroby zdiagnozowanej u Uczestnika zgodnie jest ze Wskazaniami rejestracyjnymi dotyczącymi Technologii medycznej wykorzystywanej w Terapii;
 - zastosowanie Terapii do leczenia zdiagnozowanej Choroby z wykorzystaniem Technologii medycznej wymienionej na Liście zgodnie jest ze Wskazaniami do skorzystania z ubezpieczenia komplementarnego.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Ocena ryzyka ubezpieczeniowego

8. Zawierając Umowę, Ubezpieczyciel dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego poprzez zastosowanie zasad opisanych w swojej wewnętrznej procedurze oceny ryzyka. Wynikiem oceny ryzyka może być zmiana długości okresu wyłączenia naszej odpowiedzialności za Chorobę zastaną i/lub zmiana długości Okresu karencji i/lub zastosowanie lub zmiana Okresu karencji dla ubezpieczenia dodatkowego Druga Opinia Medyczna i/lub zmiana w Koszcie ochrony. Procedura wskazuje w jakich sytuacjach możemy:
- zastosować i/lub zmienić Okres karencji określony w Polisie ubezpieczeniowej oraz Dowódzie ubezpieczenia;
 - obniżyć lub podwyższyć górną granicę wieku Uczestnika, która warunkuje możliwość przystąpienia do ubezpieczenia w ramach Umowy;
 - zmienić okres wyłączenia odpowiedzialności za Chorobę zastaną określoną w Polisie ubezpieczeniowej oraz Dowódzie ubezpieczenia;
 - zrezygnować z przywrócenia na koniec 24-miesięcznego nieprzerwanego okresu ubezpieczenia naszej odpowiedzialności za Chorobę stanowiącą Chorobę zastaną, co jasno musi być podane w Polisie ubezpieczeniowej oraz Dowódzie ubezpieczenia.
- Jeżeli w wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wprowadzi zmiany warunków w stosunku do przedstawionych w OWU ograniczeń dotyczących dostępu do świadczeń stanowiących przedmiot Umowy ubezpieczenia, odnośną informację Ubezpieczyciel przedstawi Ubezpieczającemu w formie pisemnej przed zawarciem Umowy i Uczestnikom przed przystąpieniem do Umowy. W razie niedopełnienia tego obowiązku Ubezpieczyciel nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla Ubezpieczającego i Uczestnika.

Jakie są zasady uaktualniania Listy?

9. **Lista**, może być aktualizowana przez **Ubezpieczyciela** na zasadach określonych poniżej.
10. **Technologie medyczne**, które uzyskały finansowanie ze środków publicznych, bądź nie są dostępne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w wyniku aktualizacji zostają usunięte z **Listy**, zaś pewne nowe **Technologie medyczne** nieuwzględnione w **Koszyku świadczeń gwarantowanych** mogą zostać do **Listy** dodane.
11. Podejmując decyzję o tym, które **Technologie medyczne** powinny znaleźć się na **Liście**, śledzimy rynek farmaceutyczny i wykorzystujemy wiedzę oraz doświadczenie współpracujących z nami lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu oraz ekspertów.
12. Aktualizujemy **Listę** i wprowadzamy zmodyfikowane **Warianty** publikowane w **Wykazie wariantów**, przynajmniej raz w roku kalendarzowym. Zaktualizowana **Lista** obowiązuje od dnia wprowadzenia w życie. Zmodyfikowane **Warianty**, stworzone na podstawie ostatnio zaktualizowanej **Listy**, znajdując zastosowanie w **Umowach** zawartych po tym dniu. W **Umowach** zawartych wcześniej, zmodyfikowane **Warianty** wchodzą w życie w dniu **Rocznicy polisy**, następującym bezpośrednio po dacie aktualizacji **Listy**.
13. Zmodyfikowany **Wariant** uwzględnia usunięcie z niego **Technologii medycznych** finansowanych przez **NFZ** oraz dodanie nowych rozwiązań medycznych. **Ubezpieczyciel** dokonuje tych modyfikacji w sposób niezależny, na podstawie wiedzy i doświadczenia zawodowego współpracujących z nim lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu i ekspertów.
14. Potwierdzenie obowiązywania zmodyfikowanego **Wariantu** znajduje się w dokumencie potwierdzającym rodzaj i zakres zmian wprowadzonych w **Umowie** od dnia **Rocznicy polisy**.
15. Aktualnie obowiązująca **Lista** mająca zastosowanie do nowo zawieranych i przedłużanych **Umów** oraz obowiązujący **Wykaz wariantów**, które dotyczą **Wariantów** ze zdefiniowaną nazwą: Laven START, Laven PLUS, Laven MULTI są podawane do publicznej wiadomości pod następującym adresem witryny internetowej: www.laven.pl
16. **Lista** ulega automatycznemu unoważeniu w dniu wejścia w życie kolejnej, zaktualizowanej **Listy** dla nowych i przedłużanych **Umów**.
17. **Ubezpieczyciel** przedstawi **Ubezpieczającemu** na piśmie coroczną aktualizację warunków ubezpieczenia, obejmującą aktualizację zakresu ubezpieczenia oraz **Kosztu ochrony** w ramach **Wariantów** wskazanych w ofercie rocznicowej, przedstawi kwotę **Limitu amputacyjnego**, jak również kwotę **Limitu odpowiedzialności**, zawartą w **Umowie**, wynikającą z opublikowanej aktualizacji **Listy** oraz wprowadzenia zmodyfikowanych **Wariantów** wraz z określeniem przedmiotowych zmian, lub, jeśli **Ubezpieczający** wyrazi zgodę, za pomocą innych środków komunikacji, nie później niż 30 dni przed **Roczną polisy** bezpośrednio po wprowadzeniu zaktualizowanej **Listy**, jednocześnie udzielając **Ubezpieczającemu** 14-dniowego terminu na złożenie deklaracji odmowy zgody na zaproponowane warunki. Jeśli **Ubezpieczający** w ciągu 14-dniowego terminu nie złoży deklaracji odmowy zgody na warunki zaproponowane przez **Ubezpieczyciela**, uwzględniając zaktualizowaną **Listę** obowiązującą w dniu **Rocznicy polisy**, zaktualizowana **Lista** staje się wiążąca.
18. W terminie 14 dni **Ubezpieczający** może złożyć deklarację odmowy zgody na uaktualnienie warunków ubezpieczenia w **Roczną polisy** w związku z aktualizacją **Listy**, co skutkuje rozwiązaniem **Umowy** wraz dniem **Rocznicy polisy**.
19. **Uczestnik** przystępujący do ubezpieczenia w ramach **Umowy** powinien upoważnić **Ubezpieczającego** do wyrażania w jego imieniu zgody na dokonywanie zmian **Listy** jak przewidziano w punktach 9–18 powyżej. Jeśli **Uczestnik** nie udzieli takiego upoważnienia, podczas gdy **Ubezpieczyciel** zaproponuje zmianę **Listy**, wówczas **Ochrona ubezpieczeniowa** świadczona **Uczestnikowi** wygasa ostatniego dnia okresu, za który opłacona została należna **Składka** obejmująca **Koszt ochrony**.
20. Zaktualizowaną **Listę** wyślemy za pośrednictwem:
 - a. poczty elektronicznej na aktualny adres **Ubezpieczającego** podany przez **Ubezpieczającego** jako adres do kontaktu, oraz, gdy dotyczy,
 - b. przesyłki pocztowej lub kuriera na adres siedziby **Ubezpieczającego**.

Kiedy uznajemy odpowiedzialność za sfinansowanie Terapii z wykorzystaniem konkretnej Technologii medycznej?

21. Jeśli podczas trwania **Ochrony ubezpieczeniowej** u **Uczestnika** po raz pierwszy zdiagnozowane zostanie schorzenie wymagające zastosowania **Terapii** przy użyciu **Technologii medycznej**, wymienionej na **Liście**, wówczas taka **Choroba** uznana zostaje za zdarzenie ubezpieczeniowe w rozumieniu **OWU** i, o ile nie wystąpią okoliczności ograniczające bądź wykluczające odpowiedzialność **Ubezpieczyciela**, w terminie 45 dni roboczych od daty spełnienia **Wskazań do skorzystania z ubezpieczenia komplementarnego** oraz wydania polecenia rozpoczęcia **Terapii** przez **Lekarza prowadzącego**, odpowiedzialnego za przebieg leczenia, pokryjemy koszt **Terapii** oraz zainicjujemy proces jej stosowania.
22. Okres 45-dni roboczych, w trakcie którego zobowiązujemy się rozpocząć dostarczanie technologii lekowej lub wyrobu medycznego, związanych z **Technologią medyczną** przypisaną do **Terapii**, może ulec przedłużeniu o uzasadniony czas, jeśli wystąpi którakolwiek z następujących okoliczności:
 - a. w ciągu wspomnianych 45 dni roboczych stan **Uczestnika** pogorszy się w takim stopniu, że kryteria objęcia leczeniem w ramach **Terapii** danego **Uczestnika** nie będą już, według opinii **Lekarza prowadzącego**, spełniane, a procesu leczenia nie będzie można rozpocząć lub będzie on wymagał odłożenia w czasie;

- b. zakup technologii lekowej lub wyrobu medycznego, związanych z **Technologią medyczną**, znajdujących się na **Liście**, zajmie dłużej niż 45 dni roboczych w związku z koniecznością dostarczenia go w ramach procedury importu docelowego lub konieczności nabycia leku lub wyrobu medycznego przez **Świadczeniodawcę** w ramach postępowania o udzielenie zamówienia publicznego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i oficjalną procedurą;
 - c. **ChPL** technologii lekowej lub wskazania kliniczne do użycia wyrobu medycznego, związanych z **Technologią medyczną**, znajdujących się na **Liście**, określają konkretne wymogi medyczne w odniesieniu do zastosowania **Technologii medycznej** w **Terapii**, zalecające jej rozpoczęcie po upływie okresu dłuższego niż 45 dni roboczych;
 - d. produkcja technologii lekowej lub wyrobu medycznego, związanych z **Technologią medyczną**, znajdujących się na **Liście**, jest znacząco ograniczana;
 - e. import technologii lekowej lub wyrobu medycznego, związanych z **Technologią medyczną**, znajdujących się na **Liście**, do Rzeczypospolitej Polskiej został zawieszony na skutek rozwiązania/wygaśnięcia lub czasowej nieważności międzynarodowych umów go regulujących.
23. Nasze zobowiązanie do zapewnienia możliwości zastosowania **Terapii** przy użyciu **Technologii medycznej**, wskazanej na **Liście**, będzie miało zastosowanie pod warunkiem, że **Uczestnik** będzie posiadał nieprzerwaną **Ochronę ubezpieczeniową** podczas jej stosowania.

24. W przypadku **Terapii** wykorzystujących technologie lekową lub wyrób medyczny wskazane na **Liście**, zobowiązanie **Ubezpieczyciela** do zapewnienia możliwości zastosowania **Terapii** przy użyciu **Technologii medycznej** uznaje się za spełnione gdy dostarczymy lek lub wyrób medyczny w czasie rzeczywistym przebiegu **Terapii**, zgodnie z zasadami dawkowania stosowanymi w **Terapii**.

Dodatkowe okoliczności, które spowodują, że Terapia Uczestnika zostanie przez nas sfinansowana

25. Jeżeli zdiagnozowana u **Uczestnika** **Choroba** wymagała wdrożenia do procesu terapeutycznego terapii nie znajdującej się na **Liście**, co oznaczało, że zarówno źródło organizacyjne jak i finansowe takiej terapii leżało poza zakresem naszej odpowiedzialności z tytułu **Umowy**, to z chwilą umieszczenia takiej terapii na **Liście**, **Ubezpieczyciel** przejmie jej finansowanie od dnia początku okresu obowiązywania zaktualizowanej **Listy**. Ze względu na trwający proces terapeutyczny, zrobimy to wcześniej, niż w dacie **Rocznicy polisy**, z której wynika **Ochrona ubezpieczeniowa** oferowana **Uczestnikowi**, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - a. leczona **Choroba** była po raz pierwszy zdiagnozowana w trakcie trwania **Umowy** i nie stanowi **Choroby zastanej**, oraz
 - b. **Uczestnik** złożył do **Ubezpieczyciela** wniosek zgodny ze standardową procedurą ubiegania się o udzielenie świadczenia zgodnie z postanowieniami niniejszych **OWU**, który następnie rozpatrzymy, oraz
 - c. nie występują potwierdzone przez **Lekarza kierującego Zdarzenia niepożądane** zaistniałe w trakcie leczenia będące skutkiem trwającej terapii, które, w takim wypadku, wykluczałyby naszą odpowiedzialność, oraz
 - d. **Lekarz prowadzący** potwierdził rekomendację **Lekarza kierującego** dla zastosowania takiej **Terapii**, oraz
 - e. **Ubezpieczający** zaakceptuje zaktualizowaną **Listę**, która zawiera **Technologię medyczną** przypisaną przedmiotowej **Terapii**.

Zasady ogólne

26. Ponosimy koszt zastosowania **Technologii medycznej** w trakcie **Terapii**, koszt leczenia **Zdarzeń niepożądanych** zaistniałych w trakcie leczenia, będących bezpośrednim skutkiem zastosowania **Terapii**, oraz koszt innych leków bezpośrednio skojarzonych z aplikacją danej **Technologii medycznej** użytych podczas **Terapii**.
27. Wszystkie **Technologie medyczne** umieszczone na **Liście** dopuszczone są do obrotu i stosowania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Wszystkie technologie lekowe związane z **Technologiami medycznymi** umieszczonymi na **Liście** dopuszczone są do obrotu na terytorium Unii Europejskiej (UE) przez **Europejską Agencję Leków (EMA)**.
28. Ubezpieczamy zastosowanie **Terapii** u **Uczestnika** poprzez zastosowanie **Technologii medycznych** wymienionych na **Liście**, angażując wyłącznie **Świadczeniodawców** z siedzibą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
29. **Uczestnik** ponosi odpowiedzialność za przeprowadzanie badań i gromadzenie stosownej dokumentacji, jak też pokrywa związane z tym koszty, w tym koszt potwierdzenia **Wskazań do skorzystania z ubezpieczenia komplementarnego** lub uchylecia ograniczeń **Ochrony ubezpieczeniowej** w odniesieniu do **Chorób zastanych**, gdy **Uczestnik** dokona takich ustaleń z **Ubezpieczycielem**.
30. W przypadku wygaśnięcia stosunku łączącego **Uczestnika** z **Ubezpieczającym**, o którym mowa w pkt 4 a., **Uczestnik** zachowuje **Ochronę ubezpieczeniową** do ostatniego dnia, za który jest opłacony jego **Koszt ochrony**.
31. Świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego nie można dochodzić wielokrotnie, jeśli **Uczestnik** objęty jest więcej niż jedną **Umową** związaną z **Komplementarnym ubezpieczeniem zdrowotnym** u **Ubezpieczyciela**. Jeśli taka okoliczność wystąpi, spełnimy jedno roszczenie z tytułu ubezpieczenia (o takiej samej lub wyższej wartości) należne na mocy jednej **Umowy**, a zwrócimy opłacony za ostatnie 12 miesięcy **Koszt ochrony**, wynikający z pozostałych **Umów**. Dodatkowo, **Uczestnik** zobowiązany jest poinformować **Ubezpieczyciela** o innych umowach ubezpieczenia od tego samego ryzyka, zawartych u innych ubezpieczycieli, kiedy zgłasza roszczenie z tytułu **Komplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego** do **Ubezpieczyciela**. **Uczestnik** przyjmuje ten warunek i wyraża na niego zgodę w **Deklaracji przystąpienia**.

32. W sytuacji, gdy określona dawka technologii lekowej odnosząca się do **Technologii medycznej**, umieszczonej na **Liście**, wydawana jest **Uczestnikowi** w ogólnodostępnej aptece na podstawie recepty wystawionej osobiście dla **Uczestnika**, wówczas własność (nabycie) przedmiotowej dawki technologii lekowej zostaje przeniesiona z ogólnodostępnej apteki na **Uczestnika** wskazanego na recepcie.
33. Innej osobie niż wskazana w recepcie **Uczestnika** może być wydana technologia lekowa odnosząca się do **Technologii medycznej**, umieszczonej na **Liście**, jednak jedynie jako osobie działającej w imieniu i na rzecz **Uczestnika** na podstawie odpowiedniego pełnomocnictwa o czym wcześniej poinformowano **Organizatora serwisu**.
34. **Technologia medyczna** używana w **Terapii** może być podana **Uczestnikowi** w placówce **Świadczeniodawcy**, świadczącego **Usługi medyczne**, lub dawka technologii lekowej odnosząca się do **Technologii medycznej**, umieszczonej na **Liście**, przeznaczona do samodzielnego przyjęcia, może być wydana **Uczestnikowi** w ogólnodostępnej aptece. Metoda podania **Technologii medycznej**, umieszczonej na **Liście**, jest określona przez **Lekarza prowadzącego** w zgodzie z wybranym planem stosowania jej w **Terapii** i zgodnie z **ChPL**.
35. W przypadku utraty, zagubienia, kradzieży, zniszczenia, uszkodzenia czy innego zdarzenia powodującego szkodę w odniesieniu do wydanej dawki technologii lekowej lub utracie dawki, **Ubezpieczyciel** nie jest zobowiązany do jej uzupełnienia bądź naprawienia szkody poniesionej przez **Uczestnika**.
36. Ponadto, nie ponosimy odpowiedzialności za skutki samodzielnego przyjęcia technologii lekowej.
37. Dopuszcza się sytuację, że **Lekarz prowadzący** jest tą samą osobą, co **Lekarz kierujący**.
38. Jeśli **Uczestnik** poświadczy nieprawdę w odniesieniu do swego stanu zdrowia w **Deklaracji przystąpienia**, zgłoszeniu roszczenia o świadczenie, bądź jakimkolwiek innym przedstawionym przez nas formularzu, **Ubezpieczyciel** będzie zwolniony z odpowiedzialności za skutki okoliczności, jakie nie zostały podane do jego wiadomości.
39. **Uczestnik** przyjmuje do wiadomości, że przerwanie **Terapii** w związku z wygaśnięciem **Ochrony ubezpieczeniowej** może prowadzić do negatywnych skutków zdrowotnych i wpłynąć na możliwość kontynuowania leczenia, bądź uniemożliwić stosowanie tej lub innej **Terapii**, co zostaje potwierdzone przez **Uczestnika** w **Deklaracji przystąpienia**.
40. Zakończenie **Terapii** oznacza zastosowanie ostatniej dawki technologii lekowej lub zastosowanie wyrobu medycznego, odnoszących się do **Technologii medycznej**, umieszczonej na **Liście**, stosowanych w **Terapii** oraz zakończenie świadczenia **Usług medycznych** przypisanych do **Terapii**, z zastrzeżeniem jednak, że ponosimy odpowiedzialność za finansowanie leczenia **Zdarzeń niepożądanych zaistniałych w trakcie leczenia**, stanowiących bezpośredni skutek przedmiotowej **Terapii** przez okres 360 dni od dnia zakończenia **Terapii** na zasadach ogólnych.
41. **Lekarz prowadzący** zakończy **Terapię** z powodów medycznych, gdy:
- uzna, iż **Wskazania do skorzystania z ubezpieczenia komplementarnego** z wykorzystaniem danej **Technologii medycznej** zostały wyczerpane;
 - stwierdzi wystąpienie powikłań, związanych z **Chorobą**, nie będących **Zdarzeniem niepożądanym zaistniałym w trakcie leczenia**, wynikających z zastosowania danej **Technologii medycznej**;
 - stwierdzi, iż **Uczestnik** nie stosuje się w **Terapii** do zaleceń lekarza;
 - stwierdzi, iż nie występują już żadne wskazania medyczne do stosowania **Terapii**.
42. **Lekarz prowadzący** może podjąć decyzję o zawieszeniu lub nawet zakończeniu **Terapii** na podstawie własnej, niezależnej opinii lekarskiej, w szczególności, jeśli **Uczestnik** nie stosuje się do zaleceń lekarskich wydawanych przez **Lekarza prowadzącego** w trakcie trwania **Terapii**, co zakłóca lub utrudnia ustalony proces **Terapii** lub udaremnia możliwość uzyskania pozytywnych wyników prowadzonej **Terapii**.
43. Jeśli ciągłość **Terapii** stosowanej u **Uczestnika** zostanie przerwana z przyczyn nie leżących po stronie **Ubezpieczyciela**, wówczas **Ubezpieczyciel** jest zwolniony z zapewniania dostaw dawek **Technologii medycznej** w trakcie przerwy w **Terapii**, które to byłyby należne i wymagane w sytuacji kontynuowania **Terapii**. **Lekarz prowadzący**, w porozumieniu z **Lekarzem ekspertem**, może zdecydować o wznowieniu **Terapii** i przywróceniu dostarczania dawek **Technologii medycznej**.
44. Nawrót **Choroby**, w szczególności nawrót guza lub wystąpienie przerzutów po okresie, w którym **Choroba Uczestnika** uległa remisji, nie upoważnia **Uczestnika** do przejścia po raz kolejny **Terapii**, która została już zakończona.

W jaki sposób Uczestnik może dokonać zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego?

45. Przed zgłoszeniem do nas zdarzenia ubezpieczeniowego **Uczestnik** powinien:
- przeanalizować postanowienia niniejszych **OWU** wraz z załącznikami, aby sprawdzić zakres **Ochrony ubezpieczeniowej**, do której jest uprawniony;
 - zapoznać się z posiadanym **Dowodem ubezpieczenia**, zwracając szczególną uwagę na numer dokumentu;
 - przygotować swoje dane osobowe;
 - przygotować pełną dokumentację związaną ze zdarzeniem (dokumentację medyczną).
46. Zdarzenie ubezpieczeniowe można zgłosić do nas za pośrednictwem **Organizatora serwisu** w następujący sposób:
- telefonicznie: +48 22 563 12 04 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora),
 - pisemnie na adres: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa.
47. Jeśli **Uczestnik** skontaktuje się z **Organizatorem serwisu**, by zainicjować proces rozpatrywania wniosku o świadczenie z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, będzie proszony o podanie następujących danych:
- imię i nazwisko,
 - adres zamieszkania,
 - numer **Dowodu ubezpieczenia**,
 - numer telefonu kontaktowego i adresu e-mail.
48. Pracownik **Organizatora serwisu** sprawdzi dostęp do świadczeń. Jeśli weryfikacja będzie pomyślna, pracownik **Organizatora serwisu** poprosi o adres, na który niezwłocznie przesłany zostanie komplet formularzy i zgód, które **Uczestnik** zobowiązany jest wypełnić, by uzyskać świadczenie, a następnie dostarczyć je na własny koszt do **Organizatora serwisu** wraz z pełną dokumentacją medyczną dotyczącą **Choroby Uczestnika**.
49. Jeśli pojawią się jakiegokolwiek pytania co do sposobu wypełniania formularzy czy rodzaju i liczby wyników badań i innych dokumentów medycznych przekazywanych w formie załączników, pracownik **Organizatora serwisu** zapewni **Uczestnikowi** konieczną pomoc i niezbędne wyjaśnienia.
50. Jeśli **Uczestnik** zdecyduje się na dokonanie zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego na piśmie, proces będzie przebiegał podobnie do opisanego powyżej.
51. Gdy **Organizator serwisu** otrzyma od **Uczestnika** konieczne formularze, zgody i dokumentację, niezwłocznie zaangażuje, w uzgodnionym porządku i wymaganym zakresie, wszystkich uczestników procesu weryfikacji spełnienia przez **Uczestnika Wskazań do skorzystania z ubezpieczenia komplementarnego**. Uczestnikami wspomnianego procesu weryfikacji są, jak następuje: **Lekarz kierujący**, **Lekarz prowadzący** oraz **Lekarz ekspert**.
52. **Ubezpieczyciel** będzie korzystał z usług **Lekarza eksperta** w celu uzyskania wyjaśnień, bądź by rozstrzygnąć w ewentualnych spornych kwestiach medycznych pomiędzy **Uczestnikiem**, **Lekarzem kierującym**, **Lekarzem prowadzącym** i **Świadczeniodawcą**.

Jakie są ograniczenia naszej odpowiedzialności?

53. **Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności z tytułu roszczeń osób trzecich wobec **Uczestnika**, w szczególności zgłaszanych przez **Świadczeniodawcę** lub **NFZ**, wynikających z braku aktualnej ochrony ubezpieczeniowej **Uczestnika** w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń, prowadzonego przez **NFZ** na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
54. **Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności w sytuacji zakończenia **Terapii** z powodów medycznych, wynikających z decyzji podjętej przez **Lekarza prowadzącego**.
55. **Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności w sytuacji przerwania **Terapii** na podstawie decyzji podjętej samodzielnie przez **Uczestnika**, który nie zgadza się na zastosowanie lub kontynuowanie u niego **Terapii**, bądź wycofuje taką zgodę.
56. Każda **Terapia** zastosowana u **Uczestnika** na mocy **Umowy**, uregulowana niniejszymi **OWU**, będzie finansowana do wysokości kwoty **Limitu odpowiedzialności**. **Limit odpowiedzialności** wskazany jest w **Polisie ubezpieczeniowej**. Kwota finansowania **Terapii** może ulec zmianie w trakcie trwania **Ochrony ubezpieczeniowej** – na dany dzień równa jest **Limitowi odpowiedzialności**, pomniejszonemu o wydatki poniesione przez nas na zastosowanie **Terapii** u **Uczestnika**, pomniejszonemu o nakłady poniesione przez nas na leczenie ewentualnych **Zdarzeń niepożądanych zaistniałych w trakcie leczenia** od początku okresu świadczenia **Ochrony ubezpieczeniowej Uczestnikowi** do tego dnia. Część **Limitu odpowiedzialności** nie wykorzystana do finansowania **Terapii** zastosowanej u **Uczestnika** nie zwiększa kwoty **Limitu odpowiedzialności** przypisanej do kolejnej **Terapii** stosowanej u **Uczestnika**.
57. Nie zapewniamy technologii lekowej bądź wyrobu medycznego odnoszącego się do **Technologii medycznej**, wskazanej na **Liście**, stosowanej w **Terapii** lub wyrobu medycznego (protezy), stanowiącego sztuczne uzupełnienie brakującej części kończyny, jeśli technologia lekowa bądź wyrób medyczny stosowany jest z naruszeniem warunków rejestrowych dla ich zastosowania:
- w dawkach innych niż te, określone w **ChPL** lub wskazaniach klinicznych;
 - w innym systemie dawkowania;
 - wykorzystując inną drogę podania;
 - z naruszeniem instrukcji co do kryteriów wiekowych;
 - w populacji, dla której dana technologia lekowa nie jest przewidziana;
 - pomimo przeciwwskazań.
58. Jeśli w leczeniu tego samego wskazania medycznego można wykorzystać więcej niż jedną technologię lekową lub wyrób medyczny, a każdy z nich może przynieść pozytywny wynik terapeutyczny, można wybrać tylko jeden. Oznacza to, że podczas leczenia konkretnego przypadku medycznego u **Uczestnika** z konkretnym wskazaniem medycznym możliwe jest zastosowanie tylko jednej **Terapii**, jednej **Technologii medycznej** wykorzystującej jedną technologię lekową albo jeden wyrób medyczny.
59. Nie zapewniamy technologii lekowej lub wyrobu medycznego, odnoszących się do **Technologii medycznej**, wskazanej na **Liście**, stosowanych w **Terapii**, lub wyrobu medycznego (protezy), stanowiącego sztuczne uzupełnienie brakującej części kończyny, jeśli **Choroba** lub **Amputacja** są skutkiem:
- nieuzasadnionego niezastosowania się **Uczestnika** do wskazań i poleceń lekarza, potwierdzonych w dokumentacji medycznej **Uczestnika**;
 - spożycia przez **Uczestnika** alkoholu, zacycia narkotyków lub substancji wpływających na ośrodkowy układ nerwowy, nieprzepisanych przez lekarza (w tym substancji psychoaktywnych, substancji psychotropowych, substytutów lub nowych substancji psychoaktywnych wskazanych w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii);

- c. sytuacji, gdy **Uczestnik** był pod wpływem alkoholu, tj. stężenie alkoholu we krwi **Uczestnika** przekroczyło 0,5 promila, pod wpływem narkotyków lub innych podobnie działających substancji szkodliwych (w tym substancji psychoaktywnych, substancji psychotropowych, substytutów lub nowych substancji psychoaktywnych wskazanych w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), leków nie przepisanych przez lekarza lub zażytych z naruszeniem zaleceń lekarza lub wskazań co do ich zażycia;
- d. nadużywania przez **Uczestnika** alkoholu, zażycia narkotyków lub substancji wpływających na ośrodkowy układ nerwowy, wskazanych powyżej, ujawnionego w dokumentacji medycznej **Uczestnika**;
- e. popełnienia lub próby popełnienia przez **Uczestnika** przestępstwa lub umyślnego samookaleczenia;
- f. epidemii, pandemii, zakażeń i kłesk żywiołowych, aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- g. umyślnego i dobrowolnego udziału **Uczestnika** w aktach przemocy innych niż te, wskazane w punkcie (f.), chyba, że **Uczestnik** bierze w nich udział w ramach wykonywania obowiązków zawodowych, działając w stanie wyższej konieczności lub obrony koniecznej, lub zaburzenia psychicznego;
- h. działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w stopniu szkodliwym dla ludzi, z wyjątkiem stosowania terapii według zaleceń lekarza.
60. **Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienie lub brak możliwości zapewnienia ubezpieczonych **Świadczeń rzeczowych**, jeśli takie opóźnienie lub brak możliwości są wynikiem niżej wymienionych czynników i okoliczności leżących poza kontrolą **Ubezpieczyciela**:
- strajki, niepokoje społeczne, zamieszki, akty terrorystyczne, sabotaż, wojna (wojna domowa), skutki promieniowania radioaktywnego, działanie siły wyższej, szczególne okoliczności oraz ograniczenia w przemieszczaniu się wprowadzone decyzją władz administracyjnych;
 - zaprzestanie produkcji technologii lekowej lub wyrobu medycznego, odnoszących się do **Technologii medycznej**, wskazanej na **Liście**, lub znaczące ograniczenie ich produkcji;
 - zaprzestanie importu technologii lekowej lub wyrobu medycznego, odnoszących się do **Technologii medycznej**, wskazanej na **Liście**, wynikające ze zmian przepisów regulujących import leków i wyrobów medycznych do Rzeczypospolitej Polskiej.
61. **Umowa** przewiduje **Okres karencji** (wynoszący 90 dni, który nie ma zastosowania do ubezpieczeń dodatkowych **Druga Opinia Medyczna** oraz **E-konsultacja**). Z zastrzeżeniem postanowień zawartych w zdaniu poprzednim, **Okres karencji** może zostać zastosowany lub zmieniony w związku z punktem 8 niniejszych **OWU**. **Okres karencji** obowiązuje licząc od daty przystąpienia **Uczestnika** do **Umowy** i ma zastosowanie do każdego **Uczestnika** przystępującego do **Umowy**.
62. Do **Uczestnika**, który po akceptacji **Ubezpieczyciela** przystępuje do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od uzyskania prawa do przystąpienia do ubezpieczenia, stosuje się 180-dniowy **Okres karencji** liczony od dnia przystąpienia, z wyjątkiem ubezpieczenia dodatkowego **Druga Opinia Medyczna**, dla którego stosuje się w tym przypadku 90-dniowy **Okres karencji** liczony od dnia przystąpienia.
63. **Uczestnik**, który odnawia **Ochronę ubezpieczeniową** po okresie, w którym **Ubezpieczający** nie opłacił Składki ubezpieczeniowej podlega 180-dniowemu **Okresowi karencji**, z wyjątkiem ubezpieczenia dodatkowego **Druga Opinia Medyczna**, dla którego stosuje się w tym przypadku 90-dniowy **Okres karencji** liczony od dnia przystąpienia.
64. Nie stosujemy protezy kończyny, jeżeli **Choroba** skutkująca **Amputacją** dotyczy **Choroby zastanej**.
65. Odpowiedzialność **Ubezpieczyciela** za **Terapię** w ramach **Ochrony ubezpieczeniowej** nie obejmuje odpowiedzialności za koszty podróży, zakwaterowania, koszty prawne, koszty wytworzenia lub zastąpienia dokumentacji medycznej lub koszty tłumaczenia dokumentacji (w szczególności dokumentacji medycznej) przez tłumacza przysięgłego czy innego tłumacza, które ponosi **Uczestnik**. Z zastrzeżeniem postanowień zawartych w zdaniu poprzednim, **Ubezpieczyciel** pokrywa wyłącznie koszty tłumaczenia dokumentacji medycznej dostarczonej przez **Uczestnika** w związku z realizacją świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego **Druga Opinia Medyczna**.
66. Jeśli metoda zastosowania **Terapii** ma się różnić od standardów jej prowadzenia i w związku z tym wzbudzi nasze zastrzeżenia, obowiązkiem **Lekarza prowadzącego** będzie przedstawienie nam wyczerpujących wyjaśnień w odniesieniu do wskazanych różnic. W odpowiedzi na naszą prośbę, dodatkową opinię w tej kwestii może wydać **Lekarz ekspert**. Negatywna opinia **Lekarza eksperta** może skutkować:
- zastąpieniem **Lekarza prowadzącego**,
 - zastąpieniem **Świadczeniodawcy** nadzorującego stosowanie **Terapii**,
 - innymi czynnościami zasugerowanymi w opinii.
67. **Technologie medyczne** i **Usługi medyczne** finansujemy wyłącznie w trakcie trwania **Terapii** i w celu jej stosowania. Nie finansujemy diagnostyki lub zewnętrznych opinii lekarskich w celu weryfikacji lub udowodnienia spełnienia kryteriów do objęcia **Terapią**, ani by udokumentować, iż **Uczestnik** spełnia **Wskazania do skorzystania z ubezpieczenia komplementarnego**. Wszelkie leki, wyroby medyczne, diagnostyka medyczna, kontrola medyczna, urządzenia, Usługi medyczne po zakończeniu lub przerwaniu **Terapii** nie należą do zakresu naszej odpowiedzialności oprócz leczenia **Zdarzeń niepożądanych zaistniałych w trakcie leczenia**, stanowiących bezpośredni skutek przedmiotowej **Terapii** w okresie do 360 dni od dnia zakończenia lub przerwania takiej **Terapii**.
68. Zastosowanie **Terapii** u konkretnego **Uczestnika** z użyciem **Technologii medycznej** wyklucza ponowne zastosowanie **Terapii** z wykorzystaniem tej samej **Technologii medycznej** u tego samego **Uczestnika** w ramach **Umowy**. Z zastrzeżeniem postanowień zawartych w zdaniu poprzednim, kolejna inna **Terapia** może być przeprowadzona u **Uczestnika** nie wcześniej niż po upływie 360 dni od dnia zakończenia lub przerwania poprzedniej **Terapii**.
69. **Ubezpieczyciel** nie świadczy usług medycznych.

Co powinni Państwo wiedzieć o Umowie jako Ubezpieczający?

Obowiązki Ubezpieczającego

70. **Ubezpieczający** zobowiązany jest przedstawić **OWU** i inne warunki ubezpieczenia, dotyczące konkretnego **Uczestnika**, osobie zainteresowanej przystąpieniem do ubezpieczenia.
71. W ramach **Umowy** zawartej na podstawie niniejszych **OWU**, **Ubezpieczający** będzie również zobowiązany do wykonania następujących czynności:
- przedstawienia **Ubezpieczycielowi**, nie później niż w momencie opłacenia **Składki**, pisemnej listy **Uczestników** objętych **Umową** wraz ze specyfikacją przynależnych im **Kosztów ochrony**, które sumują się do kwoty należnej **Składki**;
 - przedstawienia **Ubezpieczycielowi** pisemnej listy **Uczestników** przystępujących i występujących z **Umowy**;
 - poinformowania **Ubezpieczyciela** o wystąpieniu każdego zdarzenia, skutkującego wygaśnięciem **Ochrony ubezpieczeniowej** danego **Uczestnika**;
 - niezwłocznie po powzięciu takiej informacji, poinformowania **Ubezpieczyciela** o wystąpieniu zdarzenia, objętego **Ochroną ubezpieczeniową**.
72. Ponadto, aby umożliwić **Ubezpieczycielowi** prawidłowe wykonywanie swych zobowiązań, wynikających z zawartej **Umowy**, **Ubezpieczający** zobowiązany jest do przekazania **Ubezpieczycielowi** na jego prośbę, następujących informacji:
- listy **Uczestników** objętych ubezpieczeniem;
 - listy **Uczestników**, których **Ochrona ubezpieczeniowa** wygasła – **Ochrona ubezpieczeniowa** przyznana przez **Ubezpieczyciela** w ramach **Umowy**, wraz ze wskazaniem przyczyny wygaśnięcia;
 - dane dotyczące zatrudnienia u **Ubezpieczającego**, działalności gospodarczej **Ubezpieczającego**, oraz inne dane stanowiące podstawę do obliczenia kwoty **Kosztu ochrony** i realizacji postanowień **Umowy**;
 - dane adresowe **Uczestników**.
73. W celu zawarcia **Umowy** dla konkretnego **Uczestnika**, a także by dokonać zmiany **Umowy**, konieczna jest uprzednia zgoda **Uczestnika**. **Uczestnik** ma możliwość wyrażenia stosownej zgody **Ubezpieczającemu** na zmianę warunków **Umowy** i zakresu ubezpieczenia w **Deklaracji przystąpienia**. Zmiana **Umowy** bez zgody **Uczestnika** nie może naruszać jego praw, praw jako beneficjenta, ani praw osób upoważnionych na mocy **Umowy**.
74. **Uczestnik** może zażądać od **Ubezpieczyciela** przekazania mu informacji dotyczących postanowień **Umowy** oraz informacji o **OWU** – w zakresie, w którym informacje te dotyczą **Uczestnika**.
75. **Ubezpieczający** zobowiązany jest przekazać **Uczestnikowi** powiadomienie za pośrednictwem poczty elektronicznej lub, jeśli **Uczestnik** wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku wskazanym przez **Ubezpieczającego**, zawierające następujące informacje, które otrzyma od **Ubezpieczyciela**, dotyczące:
- zmiany warunków **Umowy** lub zmiany przepisów prawa ją regulujących, określające wpływ tych zmian na wartość uposażenia, do którego jest uprawniony – przed wyrażeniem przez **Ubezpieczającego** zgody na wspomniane zmiany;
 - zakresu świadczeń, do których uprawniony jest **Uczestnik** na mocy **Umowy**, jeśli zakres ten ulegnie zmianie w trakcie obowiązywania **Umowy** – niezwłocznie po otrzymaniu informacji od **Ubezpieczyciela**;
 - zmiany **Limitu odpowiedzialności** lub **Limitu amputacyjnego**, wyrażonego kwotowo, jeśli świadczenie ustalone jest na tej podstawie – niezwłocznie po otrzymaniu informacji od **Ubezpieczyciela**;
 - zakończenia **Umowy** oraz ustania **Ochrony ubezpieczeniowej** – niezwłocznie po otrzymaniu informacji od **Ubezpieczyciela**.
76. W przypadku niewykonania, bądź nienależytego wykonania obowiązków wskazanych w **OWU**, **Ubezpieczający** ponosi odpowiedzialność wobec **Ubezpieczyciela** na zasadach ogólnych.

W jaki sposób można zawrzeć pierwszą roczną Umowę?

77. Zawierają Państwo **Umowę** na czas określony, na okres jednego roku. **Umowa** może zostać przedłużona na kolejny roczny okres ubezpieczenia zgodnie z zasadami określonymi w **OWU**.
78. Do zawarcia **Umowy** należy dostarczyć kompletny **Wniosek o ubezpieczenie**, wypełniony i podpisany przez **Ubezpieczającego**, do którego, o ile strony nie postanowią inaczej, **Ubezpieczający** dołącza:
- imienną listę przystępujących **Uczestników**,
 - Deklaracje przystąpienia** podpisane przez **Uczestników** przystępujących do **Umowy** przed ich przystąpieniem,
 - inne wymagane dokumenty, które **Ubezpieczyciel** uzna za niezbędne do zawarcia **Umowy**.
79. W wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego **Ubezpieczyciel** może odmówić zawarcia **Umowy** lub zaproponować **Ubezpieczającemu** zawarcie **Umowy** na warunkach odbiegających od treści zawartych we **Wniosku o ubezpieczenie** (kontroferta). Kontroferta jest składana poprzez przekazanie **Ubezpieczającemu** **Polisy ubezpieczeniowej** wraz z informacją w odrębnym piśmie o postanowieniach **Umowy** odbiegających od treści **Wniosku o ubezpieczenie**. Jednocześnie **Ubezpieczyciel** wyznaczy **Ubezpieczającemu** co najmniej 7-(siedmio-) dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu. Jeżeli sprzeciw nie zostanie zgłoszony, uważa się, że kontroferta **Ubezpieczyciela** została przyjęta, a **Umowę** uważa się za zawartą na warunkach zaproponowanych przez **Ubezpieczyciela** w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego na zgłoszenie sprzeciwu. W razie wniesienia sprzeciwu **Umowę** uważa się za niezawartą.

80. **Ubezpieczający** może wycofać złożoną do **Ubezpieczyciela** propozycję do czasu doręczenia mu **Polisy ubezpieczeniowej**.

Jak mogę zawrzeć kolejną roczną Umowę oraz jak rozszerzyć zakres ubezpieczenia?

81. Nie później niż 30 dni przed ostatnim dniem obowiązywania danej **Umowy**, **Ubezpieczyciel** przedstawi **Ubezpieczającemu** ofertę przedłużenia **Umowy** na kolejny okres roczny od dnia **Rocznicy polisy**, zgodnie z aktualną **Listą technologii medycznych** oraz aktualnym **Wykazem wariantów**.
82. W celu przyjęcia oferty **Ubezpieczyciela** i przedłużenia **Umowy** na kolejny roczny okres ważności, **Ubezpieczający** zobowiązany jest do zapłaty **Składki** określonej w ofercie **Ubezpieczyciela** nie później niż w dniu wygaśnięcia **Umowy**.
83. **Ubezpieczyciel** może również podjąć decyzję o nieskładaniu **Ubezpieczającemu** propozycji przedłużenia **Umowy** i **Ochrony ubezpieczeniowej** na kolejny okres roczny. W takim przypadku **Ubezpieczający** informuje o tym fakcie **Ubezpieczającego** nie później niż 30 dni przed ostatnim dniem obowiązywania danej **Umowy**.
84. Oferta **Ubezpieczyciela** dotycząca warunków przedłużenia **Umowy**, a tym samym odnowienia **Ochrony ubezpieczeniowej** na kolejny roczny okres obowiązywania będzie zawierała propozycję utrzymania wybranych wcześniej **Wariantów** w zmodyfikowanej wersji, zgodnie z regulą modyfikacji określoną w punkcie 13 niniejszych **OWU**.
85. **Ubezpieczyciel** może – na potrzeby kolejnych **Umów** lub przedłużenia już zawartych – co pewien czas aktualizować (modyfikować) **Wykaz wariantów** przez:
- korygowanie **Składki** dla poszczególnych **Wariantów**,
 - rozszerzenie zakresu **Ochrony ubezpieczeniowej** poprzez dodanie nowych **Technologii medycznych** do istniejących **Wariantów**,
 - zawężenie zakresu **Ochrony ubezpieczeniowej** poprzez usunięcie określonych **Technologii medycznych** z istniejących **Wariantów**,
 - dodanie nowych **Wariantów**.
86. W przypadku uzgodnienia między stronami rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, **Ubezpieczyciel** może zażądać od **Uczestników**, których ma objąć ta zmiana, wypełnienia **Kwestionariusza medycznego** i złożenia oświadczeń o stanie zdrowia. W przypadku udzielenia zgody na rozszerzenie zakresu ubezpieczenia, w odniesieniu do **Technologii medycznych** dotychczas nie objętych zakresem ubezpieczenia, obowiązuje 180-dniowy **Okres karencji** liczony od dnia, w którym dany **Uczestnik** po raz pierwszy zostanie objęty **Ochroną ubezpieczeniową** w ramach zmodyfikowanego **Wariantu**. Nasza ocena przedłożonego **Kwestionariusza medycznego** z oświadczeniem o stanie zdrowia może skutkować udzieleniem lub nieudzieleniem, lub zmianą warunków poprzez wprowadzenie do **Umowy** postanowień dodatkowych.

Kiedy rozpoczyna się i kończy okres ubezpieczenia?

87. **Uczestnikowi** przysługuje **Ochrona ubezpieczeniowa** z tytułu zawartej **Umowy**, której dzień zawarcia oznaczony w **Polisie ubezpieczeniowej** jest początkiem okresu udzielania **Ochrony ubezpieczeniowej** **Uczestnikom** przystępującym w dacie zawarcia **Umowy**.
88. Ostatnim dniem **Ochrony ubezpieczeniowej**, przysługującej **Uczestnikowi** jest dzień:
- śmierci **Uczestnika**;
 - wygaśnięcia lub rozwiązania **Umowy**;
 - zakończenia roku ubezpieczenia, w którym **Uczestnik** kończy 67 lat;
 - ostatni dzień ostatniego **Okresu składkowego**, za który opłacona została **Składka** w przypadku, gdy zalegała **Składka** nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie 7 dni wskazanym przez **Ubezpieczyciela** w wezwaniu do zapłaty dostarczonej **Ubezpieczającemu**, informującym o konsekwencjach braku płatności w tym terminie.
89. W przypadkach określonych w punkcie 88 b oraz d, **Uczestnik**, który:
- otrzymał w trakcie **Umowy** diagnozę **Choroby** ze wskazaniem do rozpoczęcia leczenia i ta diagnoza zgodnie z aktualną wiedzą medyczną może skutkować użyciem **Technologii medycznej** zapisanej na **Liście** w trakcie pierwszej linii leczenia lub w kolejnych liniach leczenia tej **Choroby**; lub
 - znajduje się w trakcie **Terapii** w ramach **Umowy**;
- wówczas taki **Uczestnik** może podjąć decyzję o kontynuacji **Ochrony ubezpieczeniowej** w ramach indywidualnej kontynuacji **Umowy**. W indywidualnej kontynuacji **Umowy** zakres **Ochrony ubezpieczeniowej** ogranicza się wyłącznie do leczenia, które umożliwiło **Uczestnikowi** rozpoczęcie indywidualnej kontynuacji **Umowy**, jak ją określono powyżej. W takiej sytuacji **Uczestnik** powinien złożyć **Ubezpieczycielowi** oświadczenie o zamiarze kontynuacji najpóźniej w ostatnim dniu **Ochrony ubezpieczeniowej**.
90. W okresie kontynuacji **Ochrona ubezpieczeniowa** jest udzielana tylko w zakresie realizacji leczenia przypadków określonych w pkt. 89 a. i 89 b. i na warunkach określonych w niniejszych **OWU**. Postanowienia **OWU** odnoszące się do **Ubezpieczającego** stosują się odpowiednio do **Uczestnika**.
91. W okresie kontynuacji **Uczestnik** zobowiązany jest uiszczać składkę w wysokości równej jego dotychczasowemu **Kosztowi ochrony** w terminach wynikających z dotychczas obowiązującej **Umowy**. W razie braku zapłaty składki, **Ubezpieczyciel** wezwie **Uczestnika** do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.
92. **Ochrona ubezpieczeniowa** w ramach indywidualnej kontynuacji wygasa z upływem 24 miesięcy od jej rozpoczęcia, lecz nie trwa dłużej niż 12 miesięcy realizacji leczenia w okresie indywidualnej kontynuacji **Umowy**. Okres realizacji leczenia rozpoczyna się wraz z rozpoczęciem leczenia w okresie trwania indywidualnej kontynuacji i kończy się 12 miesięcy po rozpoczęciu leczenia.

Uczestnik może wypowiedzieć kontynuację ubezpieczenia z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

Ile wynosi Składka i jakie są zasady jej opłacania?

93. Jako **Ubezpieczający** są Państwo zobligowani do przekazania nam **Składki** z tytułu **Umowy** w wysokości i z częstotliwością określoną w **Umowie**.
94. Wysokość **Składki** odpowiada całkowitemu **Kosztowi ochrony**, której udzielamy w ramach **Umowy**. **Koszt ochrony** dla każdego **Uczestnika** jest stały w czasie trwania jednej rocznej **Umowy**. **Koszt** ten nie może być zmieniony do momentu przedłużenia **Umowy** na kolejny roczny okres ubezpieczenia obowiązujący w dniu **Rocznicy polisy**.
95. **Składka** opłacana jest regularnie w okresie trwania **Umowy**. **Umowa** może określać miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną częstotliwość przekazywania **Składki**. W zależności od wybranej przez Państwa częstotliwości opłacania **Składki**, będzie ona płatna odpowiednio za okresy miesięczne, kwartalne, półroczne lub roczne **Ochrony ubezpieczeniowej**, którą świadczy **Uczestnikom**. Wysokość **Kosztu ochrony** uwzględnia **Okres karencji**.
96. **Składka** ubezpieczeniowa płatna jest z dołu do 28 dnia po rozpoczęciu danego okresu, za który jest należna.
97. W przypadku przekroczenia terminu przekazania należnej i wymagalnej **Składki** o ponad 30 dni mamy prawo wezwać Państwa do zapłaty zaległej **Składki**, wyznaczając dodatkowy termin jej zapłaty wynoszący co najmniej 14 dni, licząc od daty otrzymania przez Państwa naszego wezwania. Jeżeli **Składka** nie zostanie uregulowana w dodatkowym terminie, który Państwu wyznaczaliśmy, **Umowa** wygasa z końcem ostatniego dnia okresu, za który opłacona była **Składka**.

Jakie są konsekwencje podania nieprawdziwych informacji?

98. Są Państwo zobowiązani do poinformowania nas o wszystkich znanych Państwu okolicznościach, o które pytamy we **Wniosku o ubezpieczenie** lub w innych pismach przed zawarciem **Umowy**. Obowiązki określone w poprzednim zdaniu dotyczą Państwa, **Uczestników** i kontrahentów.
99. Jeżeli wbrew prawdzie poinformujecie nas Państwo o okolicznościach, o których mowa w powyższym punkcie, nie będziemy ponosić odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeśli obowiązki, o których mowa w powyższym punkcie, zostaną naruszone z powodu umyślnego wykroczenia, wówczas w przypadku wątpliwości przyjmujemy, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest wynikiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzednim.
100. Wnosząc o zmianę zakresu ubezpieczenia, są Państwo zobowiązani do poinformowania nas o wszystkich znanych Państwu okolicznościach, o które pytamy we **Wniosku o ubezpieczenie** w celu zmiany **Umowy**, lub w innych pismach przed rozpatrzeniem **Wniosku o ubezpieczenie** w celu dokonania zmiany.

Kiedy można rozwiązać Umowę?

101. **Umowa** zostaje rozwiązana w następujących przypadkach:
- odstąpienia przez Państwa od **Umowy** w terminie 30 dni od jej zawarcia. W takim przypadku **Ochrona ubezpieczeniowa** zapewniona jest do dnia, w którym otrzymamy od Państwa oświadczenie woli o odstąpieniu od **Umowy**. Odstąpienie od **Umowy** nie zwalnia Państwa z obowiązku zapłaty **Składki** za okres, w którym zapewniliśmy **Ochronę ubezpieczeniową**;
 - wypowiedzenia przez Państwa **Umowy** zgodnie z punktem 103;
 - upływu okresu, na jaki została zawarta **Umowa**, chyba że zostanie ona przedłużona;
 - z końcem ostatniego dnia dodatkowego terminu, o którym mowa w punkcie 97 powyżej.
102. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta **Umowa**, **Ubezpieczającemu** przysługuje zwrot **Składki** za niewykorzystany okres **Ochrony ubezpieczeniowej**.
103. **Ubezpieczający** może rozwiązać **Umowę** w każdym czasie. W takim przypadku zostanie ona rozwiązana po upływie 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia.
104. **Ubezpieczyciel** może wypowiedzieć **Umowę** ze skutkiem natychmiastowym z ważnych powodów, którymi są:
- poważne, powtarzające się naruszenie **Umowy** przez **Ubezpieczającego**;
 - sytuacja, kiedy liczba **Uczestników** w grupie objętej **Umową** będzie stanowiła mniej niż 80% całkowitego stanu zatrudnienia w prowadzonej przez **Ubezpieczającego** działalności gospodarczej, której dotyczy dana **Umowa**, o ile strony nie postanowiły inaczej.

W jaki sposób nowi Uczestnicy mogą przystąpić do Umowy w trakcie jej obowiązywania oraz jak można z niej wystąpić

105. **Ubezpieczyciel** może objąć **Ochroną ubezpieczeniową** nowo przystępujących **Uczestników** do **Umowy**, w trakcie jej obowiązywania, na podstawie dostarczonej przez **Ubezpieczającego** listy **Uczestników** przystępujących i podpisanych przez nich **Deklaracji przystąpienia** i o ile **Ubezpieczyciel** tego zażąda, wypełnienia przez nich **Kwestionariusza medycznego**.
106. Wystąpienie **Uczestnika** z **Umowy** dokonuje się na podstawie dostarczonej listy **Uczestników** występujących, przekazanej **Ubezpieczycielowi** przez **Ubezpieczającego** w terminie

poprzedzającym wymagalność należnej **Składki**, która obejmuje i pokrywa **Koszt ochrony** występującego z ubezpieczenia **Uczestnika**.

107. Przy obejmowaniu **Ochroną ubezpieczeniową** nowo przystępujących **Uczestników**, o których mowa w punkcie poprzedzającym, mają zastosowanie niniejsze **OWU**.

108. **Ubezpieczyciel** wyposaża **Ubezpieczającego** w stosowną procedurę realizacji przystąpienia i wystąpienia **Uczestników** w trakcie obowiązywania **Umowy**.

Proteza kończyny dla Uczestnika po Amputacji Informacja o ubezpieczeniu dodatkowym

109. W ramach działań związanych z zapewnieniem protezy, zapewnimy wykonanie nowoczesnej protezy kończyny dla **Uczestnika**, który przeszedł **Amputację** w rozumieniu niniejszych **OWU**.

110. Proteza będzie dopasowana w sposób umożliwiający **Uczestnikowi** wykonywanie codziennych czynności w sposób i w zakresie jak najbardziej zbliżonym do sposobu i zakresu, który **Uczestnik** wykonywał przed **Amputacją**.

111. W procesie dopasowania protezy będziemy brać pod uwagę następujące czynniki jako istotne:

- sprawność fizyczną i poziom aktywności fizycznej,
- ogólny stan zdrowia i wagę,
- poziom amputacji,
- stan kikuta,
- poziom motywacji,
- oczekiwania co do protezy,
- a także warunki zawodowe i prywatne, w jakich funkcjonuje **Uczestnik**.

112. Dopasowanie protezy przeprowadzane jest przez placówkę ortopedyczną specjalizującą się w dopasowywaniu sztucznych kończyn zastępczych tej części kończyny, którą **Uczestnik** utracił w wyniku **Amputacji**.

113. W procesie wykonywania protezy będziemy stosować następujące zasady:

- zakładamy, że podstawowym celem wykonania protezy jest zrekompensowanie w największym możliwym stopniu niepełnosprawności w ramach **Limitu amputacyjnego**;
- wszystkie części protezy będą dopasowywane indywidualnie z wykorzystaniem dostępnych technik medycznych, w tym również tych, które są zdefiniowane jako technika na poziomie światowym.

114. W wyniku działań, o których mowa w poprzednim punkcie, zapewnimy **Uczestnikowi** protezę, która według oceny niezależnych specjalistów w ośrodku ortopedycznym wykonującym protezę będzie optymalna dla danego **Uczestnika** pod względem przywrócenia sprawności, funkcjonalności, łatwości obsługi i komfortu użytkowania, z zastrzeżeniem postanowień punktów poniżej.

115. Wyboru typu protezy dokonywać będą niezależni technicy ortopedzi lub lekarze specjalizujący się w chirurgii lub ortopedii lub rehabilitacji ortopedycznej z ośrodka ortopedycznego dostarczającego protezę po przeprowadzeniu wielopłaszczyznowej analizy potrzeb i warunków **Uczestnika** pod kątem medycznych i technicznych możliwości dopasowania protezy kończyny lub części kończyny **Uczestnika**.

116. Zapewnimy protezę (lub protezy, w przypadku współistniejącej **Amputacji** więcej niż jednej kończyny), której łączny koszt nie będzie wyższy niż **Limit amputacyjny** odnoszący się do **Uczestnika**, określony w dokumencie **Polisy ubezpieczeniowej** oraz **Dowodzie ubezpieczenia**.

117. Zapewnienie protezy związane z przeprowadzoną **Amputacją** będzie finansowane do wysokości **Limitu amputacyjnego**, określonego w **Polisie ubezpieczeniowej**. Wysokość finansowania protezy lub protez w związku z daną **Amputacją** może ulec zmianie w okresie obowiązywania **Ochrony ubezpieczeniowej** wynikającej z niniejszej **Umowy**. W danym dniu będzie ona równa różnicy pomiędzy **Limitem amputacyjnym** a sumą wydatków związanych z wykonaniem protezy (lub protez), o której mowa w zdaniu poprzednim, poniesionych do dnia, w którym wysokość pozostałej kwoty jest określana.

118. Odnowiony w dniu **Rocznicy polisy Limit amputacyjny** nie służy do pokrycia żadnej części kosztów dostarczenia protezy w związku z **Amputacją**, która miała miejsce przed datą odnowienia tego limitu. **Limit amputacyjny** odnowiony w dniu **Rocznicy polisy** służy pokryciu kosztów dostarczenia protezy **Uczestnikowi**, jeżeli po dacie **Rocznicy polisy**, w kolejnym roku trwania **Ochrony ubezpieczeniowej** miałyby miejsce kolejna **Amputacja**.

119. Wybór, wykonanie, dopasowanie i zaopatrzenie **Uczestnika**, który doznał **Amputacji**, w protezę, może rozpocząć się nie wcześniej niż po przygotowaniu części kończyny pozostającej po **Amputacji** (tzw. kikuta) do zaprotezowania. Decyzję o możliwości podjęcia działań zmierzających do zaopatrzenia **Uczestnika** w protezę podejmuje uprawniony specjalista zatrudniony w ośrodku ortopedycznym, w którym proteza zostanie wykonana.

120. W procesie wyposażania **Uczestnika** w protezę nie mają zastosowania ograniczenia czasowe określone w niniejszych **OWU** dotyczące terminów dostarczenia **Uczestnikowi** danej **Technologii medycznej** przypisanej do **Terapii**.

121. Po złożeniu przez **Uczestnika** wniosku o wykonanie świadczenia i dostarczeniu nam przez niego wszystkich wymaganych dokumentów, w tym pełnej dokumentacji medycznej dotyczącej **Amputacji**, niezwłocznie przystąpimy do rozpatrywania wniosku o świadczenie.

122. Po uznaniu zgłoszenia za uzasadnione, niezwłocznie rozpoczniemy proces zaopatrzenia **Uczestnika** w protezę.

123. **Uczestnik** zostanie zaopatrzony w protezę, której koszt nie przekracza pozostałej części kwoty **Limitu amputacyjnego**, a my uznamy, że wypełniliśmy nasze zobowiązanie w zakresie zapewnienia protezy opisane w **OWU**, kiedy:

- niezależny lekarz ze współpracującego ośrodka ortopedycznego we współpracy z technikiem ortopedą dokonał wyboru najodpowiedniejszej protezy; następnie dostarczymy **Uczestnikowi** protezę, dopasujemy ją, łącznie z wykonaniem ostatecznego dopasowania leja protezy i przeszkolimy **Uczestnika** w jej użytkowaniu; lub
- Uczestnik** zrezygnuje z dostarczenia mu protezy; lub
- upoważniony lekarz lub specjalista współpracujący z ośrodkiem ortopedycznym podjął decyzję o przerwaniu procesu dostarczania protezy z przyczyn medycznych.

124. **Ubezpieczyciel** może wyrazić zgodę na dofinansowanie ze środków własnych **Uczestnika** w wysokości różnicy pomiędzy kosztami zapewnienia protezy a pozostałą częścią **Limitu amputacyjnego** do wykorzystania.

125. W ramach zapewnienia **Uczestnikowi** protezy wykonamy następujące czynności uzupełniające dla **Uczestnika**, który wymaga protezy:

- jako przygotowanie do wykonania protezy przeprowadzimy niezbędną rehabilitację i dokonamy adaptacji leja lub, w przypadku zmian fizjologicznych w okolicy kikuta, które nastąpiły w trakcie zapewniania protezy, wymienimy lej;
- w ramach edukacji zdrowotnej przeszkolimy **Uczestnika** w zakresie zakładania i zdejmowania protezy, prawidłowego obchodzenia się z protezą oraz pielęgnacji kikuta.

126. Odpowiedzialność **Ubezpieczyciela** w zakresie zapewnienia **Uczestnikowi** protezy w związku z **Amputacją** wygasa z chwilą zaistnienia jednej z poniższych okoliczności:

- wywiązaliśmy się z obowiązku dostarczenia **Uczestnikowi** protezy zgodnie z postanowieniami powyższych punktów; lub
- w związku z wykonaniem protezy (lub protez) związaną z daną **Amputacją**, kwota **Limitu amputacyjnego** została wyczerpana, zaś **Uczestnik** nie pokryje ze środków własnych kwoty różnicy pomiędzy kosztami wykonania protezy a pozostałą częścią **Limitu amputacyjnego** do wykorzystania;
- upłynęło 360 dni od dnia wydania przez ośrodek ortopedyczny decyzji kwalifikującej **Uczestnika** do rozpoczęcia procesu wykonania protezy, która to decyzja wydawana jest niezależnie od **Ubezpieczyciela** na podstawie badania stanu ogólnego **Uczestnika** i stanu kikuta. Okres 360 dni, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, może zostać przedłużony za zgodą **Ubezpieczyciela**, jeżeli wystąpią warunki medyczne uzasadniające takie przedłużenie.

127. Po dostarczeniu **Uczestnikowi** protezy i wypełnieniu naszych zobowiązań, niewykorzystana kwota **Limitu amputacyjnego** nie podlega wypłacie lub zwrotowi na rzecz **Uczestnika**.

128. Wszelkie spory pomiędzy **Ubezpieczycielem** a **Uczestnikiem**, dotyczące rodzaju protezy i sposobu jej wykonania, mogą być kierowane do **Lekarza eksperta** w celu ich rozstrzygnięcia.

Druga Opinia Medyczna – ubezpieczenie dodatkowe

Kto może korzystać z ubezpieczenia Drugiej Opinii Medycznej?

129. Z **Drugiej Opinii Medycznej (DOM)**, która jest zawarta w **Umowie**, może korzystać **Uczestnik** oraz jego **Członek rodziny**.

130. **Uczestnik** i jego **Członek rodziny** otrzymują dostęp do **DOM**, zaś **Ubezpieczający** jest zobowiązany do opłacenia **Składki** pokrywającej **Koszt ochrony** dotyczący **Uczestnika**, co zarazem pokrywa koszt ochrony **Członka rodziny**.

Druga Opinia Medyczna – wprowadzenie

131. W ramach **DOM**, **Uczestnik** oraz **Członek rodziny** mają możliwość indywidualnego uzyskania **DOM**, jeżeli w trakcie trwania **Ochrony ubezpieczeniowej** u **Uczestnika** lub **Członka rodziny** zostanie zdiagnozowana **Choroba**. Diagnoza oznacza jakąkolwiek formę ostatecznego rozpoznania klinicznego dokonanego przez **Lekarza**, które to ma na celu zdefiniowanie **Choroby** lub stanu zdrowia **Uczestnika** lub **Członka rodziny**.

132. Za datę postawienia diagnozy uważa się datę postawienia diagnozy przez **Lekarza**, tj. pojawienia się pierwszej diagnozy w dokumentacji medycznej **Uczestnika** lub **Członka rodziny**. W przypadku choroby nowotworowej za datę postawienia diagnozy uznaje się datę uzyskania wyniku badania histopatologicznego potwierdzającego diagnozę. W przypadku niezłośliwego guza mózgu lub innych **Chorób** objętych **DOM** – jest to data wskazana w dokumentacji medycznej, kiedy to jednoznacznie potwierdzono rozpoznanie łagodnego guza mózgu lub **Choroby**.

133. W celu rozpoczęcia realizacji **DOM**, **Uczestnik** lub **Członek rodziny** powinien zadzwonić pod numer telefonu 22 563 12 04.

134. Poniższe informacje są niezbędne do prawidłowej weryfikacji uprawnień **Uczestnika** lub **Członka rodziny**:

- imię/imiiona i nazwisko **Uczestnika** lub **Członka rodziny**;
- miejsce zamieszkania **Uczestnika** lub **Członka rodziny**;
- numer PESEL lub data urodzenia **Uczestnika** lub **Członka rodziny**;
- dane kontaktowe: numer telefonu, adres e-mail.

Proces przygotowania Drugiej Opinii Medycznej

135. Na proces przygotowania DOM składają się:

Powiadomienie i weryfikacja

a. Po zgłoszeniu telefonicznym, Organizator serwisu, w sposób uzgodniony z Uczestnikiem lub Członkiem rodziny (przesyłka pocztowa, e-mail, kurier), przesyła dokumenty niezbędne do przeprowadzenia sprawy, m.in. „Zgodę na żądanie dokumentacji medycznej” wraz ze „Zgodą na przetwarzanie danych osobowych”, które upoważniają Organizatora serwisu do uzyskania w imieniu Uczestnika lub Członka rodziny dokumentacji z placówek medycznych, jak również do ich przetwarzania w sposób niezbędny do sporządzenia DOM.

Dokumentacja medyczna i wywiad

b. Po otrzymaniu podpisanych dokumentów, pracownik Organizatora serwisu ustali z Uczestnikiem lub Członkiem rodziny, w jaki sposób możliwe jest jak najszybsze uzyskanie kompletnej dokumentacji medycznej, na podstawie której świadczona jest DOM. Jeżeli Uczestnik lub Członek rodziny nie posiada kompletnej dokumentacji, wówczas zostanie poproszony o wskazanie placówek medycznych, w których Organizator serwisu poprosi o dostęp do odpowiednich dokumentów.

c. Dokumentacja medyczna odnosi się do pisemnych dokumentów medycznych powiązanych z Uczestnikiem lub Członkiem rodziny w formie jakiej zostały one opracowane przez Lekarza, innych pracowników służby zdrowia lub zaangażowane placówki medyczne. Na ogół, zawierają one pisemne podsumowanie pierwszej diagnozy, podsumowanie rekomendowanej lub wprowadzonej metody leczenia, jak również dokumentację powiązaną taką jak: badania rentgenowskie; raporty patologiczne; dane obrazowania komputerowego; wyniki badań laboratoryjnych czy informacje dodatkowe uzyskane przez placówki medyczne.

d. W tym czasie przeprowadzany jest ogólny wywiad dotyczący schorzeń psychicznych, które mogą mieć wpływ na postawioną diagnozę: waga, wzrost, choroby przewlekłe, uzależnienia, dalsze informacje niezbędne do wydania opinii medycznej, jak również uzgodnienie pytań, które Uczestnik lub Członek rodziny chciałby zadać specjalistycznej placówce medycznej w związku z postawioną Uczestnikowi lub Członkowi rodziny diagnozą Choroby.

e. Do uzyskania DOM niezbędne jest posiadanie przez Uczestnika lub Członka rodziny dokumentacji medycznej związanej z daną Chorobą, nie starszej niż 12 miesięcy. Tylko dzięki aktualnej dokumentacji medycznej przedstawiona DOM będzie adekwatna do stanu zdrowia Uczestnika lub Członka rodziny.

f. Na tym etapie Uczestnikowi lub Członkowi rodziny mogą być zadawane dodatkowe pytania dotyczące przebiegu Choroby, leczenia, innych aspektów wpływających na zdrowie Uczestnika lub Członka rodziny.

Wybór Wiodących Ośrodków Medycznych na Świecie

g. Na podstawie diagnozy Choroby i zebranej dokumentacji medycznej wskazuje się 3 (trzy) Wiodące Ośrodki Medyczne na Świecie, które są rekomendowane do przygotowania DOM. Lista wyboru przekazywana jest Uczestnikowi lub Członkowi rodziny w uzgodniony sposób (przesyłką pocztową, pocztą elektroniczną, kurierem). W celu dalszego postępowania w sprawie konieczne jest pisemne potwierdzenie wyboru Wiodącego Ośrodka Medycznego na Świecie przez Uczestnika lub Członka rodziny lub jego przedstawiciela.

Przygotowanie Drugiej Opinii Medycznej

h. Wiodący Ośrodek Medyczny na Świecie wskazany przez Uczestnika lub Członka rodziny, na podstawie dokumentacji, przygotowuje DOM, jak również udziela odpowiedzi na zadane pytania. Na tym etapie mogą ponownie pojawić się dodatkowe pytania do Uczestnika lub Członka rodziny dotyczące przebiegu Choroby, leczenia, innych aspektów wpływających na jego zdrowie.

i. Przygotowana DOM jest wysyłana do Uczestnika lub Członka rodziny w uzgodniony sposób (e-mailem lub przesyłką pocztową/kurierem).

j. DOM, ze względu na swą wyraźną informacyjną rolę, może potwierdzić diagnozę Choroby i proponowane leczenie, zmodyfikować je lub całkowicie zmienić. Uczestnik lub Członek rodziny ma możliwość zadawania pytań w przypadku jakichkolwiek wątpliwości co do wydanej opinii. Organizator usługi przekaże te pytania do Wiodącego Ośrodka Medycznego na Świecie przygotowującego DOM lub zorganizuje telekonferencję według uznania Uczestnika lub Członka rodziny.

Jakie są specyficzne zastrzeżenia i ograniczenia stosowane w odniesieniu do Drugiej Opinii Medycznej?

136. Zdalna realizacja DOM umożliwi Uczestnikowi lub Członkowi rodziny skonsultowanie diagnozy i najodpowiedniejszej, zalecanej opcji leczenia dla ich konkretnego schorzenia. Uczestnik lub Członek rodziny mogą w większości przypadków zwrócić się o DOM, z następującymi wyjątkami:

a. Uczestnik lub Członek rodziny nie otrzymał diagnozy Choroby – aby Wiodący Ośrodek Medyczny na Świecie mógł potwierdzić diagnozę i przedstawić zalecenia terapeutyczne dotyczące konkretnego stanu chorobowego, Uczestnik lub Członek rodziny musi posiadać oficjalną diagnozę wystawioną przez lekarza prowadzącego, jako warunek konieczny do potwierdzenia diagnozy i przedstawienia zaleceń terapeutycznych dotyczących konkretnego stanu chorobowego;

b. Uczestnik lub Członek rodziny nie był badany przez lekarza prowadzącego w ciągu ostatnich 12 miesięcy – Wiodący Ośrodek Medyczny na Świecie wymaga najnowszej dokumentacji medycznej w celu dostarczenia Uczestnikowi lub Członkowi rodziny odpowiednich zaleceń dotyczących leczenia;

c. u Uczestnika lub Członka rodziny rozwinął się stan ostry lub zagrażający życiu – jeżeli Uczestnik lub Członek rodziny wymaga natychmiastowej pomocy medycznej, powinien pilnie zwrócić się o pomoc do lekarza prowadzącego leczenie, a nie zwlekać w oczekiwaniu na otrzymanie DOM;

d. wymagane jest badanie fizykalne Uczestnika lub Członka rodziny – pewne schorzenia będą zawsze wymagały osobistego badania i oceny (choroba psychiczna). Zrozumiałe jest, że takie przypadki nie kwalifikowałyby się do uzyskania DOM na odległość.

137. Jeżeli Uczestnik lub Członek rodziny nie dostarczy wszystkich oczekiwanych dokumentów, DOM jest wydawana na podstawie dostępnych dokumentów, chyba że nie jest możliwe wydanie opinii na podstawie tych dokumentów, wówczas Organizator serwisu przekazuje Uczestnikowi lub Członkowi rodziny informację o odmowie wraz z jej uzasadnieniem i kompletem dokumentów.

Kiedy Uczestnik i Członek rodziny może skorzystać z Drugiej Opinii Medycznej?

138. Uczestnik i Członek rodziny mogą korzystać z DOM po opłaceniu Składki, która obejmuje i pokrywa Koszt ochrony dotyczący Uczestnika, co zarazem pokrywa koszt ochrony Członka rodziny. Nie stosuje się Okresu karencji, z zastrzeżeniem punktu 8 niniejszych OWU.

139. Świadczenie DOM na rzecz danego Uczestnika i Członka rodziny wygasa:

- w dniu śmierci Uczestnika,
- gdy Składka, która obejmuje Koszt ochrony dotyczący Uczestnika, co zarazem pokrywa koszt ochrony Członka rodziny, nie zostanie zapłacona, o czym mowa w punkcie 88 d. i 91 niniejszych OWU,
- w dniu wygaśnięcia Umowy.

Przy czym śmierć danego Członka rodziny powoduje wygaśnięcie świadczenia DOM wyłącznie dla danego zmarłego Członka rodziny, natomiast nie powoduje wygaśnięcia świadczenia DOM dla Uczestnika oraz innego Członka rodziny.

E-KONSULTACJA – ubezpieczenie dodatkowe

Kto może korzystać z E-konsultacji?

140. E-konsultacje mogą być świadczone tylko na rzecz Uczestnika, który w niektórych przypadkach może pełnić również funkcję Opiekuna Ustawowego.

141. Z E-konsultacji mogą korzystać wyłącznie osoby fizyczne posiadające pełną zdolność do czynności prawnych, do których Organizator serwisu skierował ofertę skorzystania z E-konsultacji i za które została zapłacona należna Składka pokrywająca Koszt ochrony zgodnie z postanowieniami Umowy.

142. Uczestnik uzyskuje dostęp do E-konsultacji, która jest objęta Umową, a Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty Składki pokrywającej miesięczny Koszt ochrony Uczestnika.

E-konsultacje – wprowadzenie

143. W ramach E-konsultacji Uczestnik ma możliwość skorzystania z usługi konsultacji medycznej, jeżeli w okresie obowiązywania Umowy u Uczestnika zostanie zdiagnozowana Choroba.

144. Ubezpieczenie E-konsultacji dotyczy wyłącznie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza pediatrę lub internistę. Ubezpieczenie E-konsultacji obejmuje:

- e-receptę wydaną przez internistę lub pediatrę (w uzasadnionych medycznie przypadkach),
- zdalne wydanie skierowania na badania lub procedury (w przypadkach uzasadnionych medycznie),
- zdalne wystawienie zwolnienia lekarskiego (w przypadkach uzasadnionych medycznie i o ile obowiązujące przepisy dopuszczają taką możliwość),
- zdalne porady medyczne udzielone przez internistę lub pediatrę dotyczące wyników badań.

Proces organizacji E-konsultacji

145. Na proces organizacji E-konsultacji składają się:

Powiadomienie i weryfikacja

a. Aby skorzystać z E-konsultacji, Uczestnik powinien zadzwonić pod numer telefonu 22 563 12 04. Poniższe informacje są niezbędne do prawidłowej weryfikacji uprawnień Uczestnika:

- ✓ imię/imiona i nazwisko,
- ✓ numer PESEL lub data urodzenia Uczestnika (w przypadku cudzoziemca),
- ✓ płeć,
- ✓ nazwa ubezpieczenia.

b. Operator weryfikuje tożsamość Uczestnika i jego prawo do korzystania z E-konsultacji.

c. W przypadku, gdy Uczestnik jest uprawniony do korzystania z E-konsultacji, może on wybrać następujące rodzaje terminów E-konsultacji:

- ✓ natychmiastowy,
- ✓ planowany (wybrany z dostępnych przedziałów czasowych).

d. Operator rejestruje objawy i stan zdrowia zgłaszane telefonicznie przez Uczestnika.

e. W przypadku, gdy zgłoszony przez Uczestnika problem ma być rozwiązany przez E-konsultację, należy podać następujące informacje:

- ✓ miejsce zamieszkania,
- ✓ numer telefonu kontaktowego,
- ✓ język komunikacji wybrany przez Uczestnika spośród trzech dostępnych: polski, angielski i rosyjski, z zastrzeżeniem, że natychmiastowa E-konsultacja jest dostępna tylko w języku polskim,
- ✓ dodatkowo, zarejestrowany zostanie adres e-mail Uczestnika.

Telefoniczne konsultacje lekarskie

- f. W przypadku natychmiastowych **E-konsultacji** organizowana jest konsultacja telefoniczna w trakcie kontaktu **Uczestnika** z **Operatorem**. Rozmowa telefoniczna organizowana jest przez **Operatora** pomiędzy **Uczestnikiem** a lekarzem. **Uczestnik** jest informowany przez **Operatora** o przewidywanym czasie oczekiwania na rozmowę telefoniczną z lekarzem.
- g. W oczekiwaniu na rozpoczęcie **E-konsultacji** **Operator** uzyskuje od **Uczestnika** historię choroby.
- h. W przypadku planowanej **E-konsultacji**, **Uczestnik** może wybrać czas konsultacji z dostępnych przedziałów czasowych podanych przez **Operatora**. **Uczestnik** otrzymuje SMS z potwierdzeniem daty i godziny kontaktu oraz imieniem i nazwiskiem lekarza. Lekarz kontaktuje się z **Uczestnikiem** w wyznaczonym terminie. W przypadku, gdy **Uczestnik** nie odpowiada, lekarz próbuje połączyć się z nim trzy razy w odstępach 3-minutowych.

Jakie są specyficzne zastrzeżenia i ograniczenia dotyczące E-konsultacji?

146. **Uczestnik** ma prawo do korzystania z **E-konsultacji** 4 (cztery) razy w każdym 12-miesięcznym okresie, począwszy od daty przystąpienia do Umowy.
147. **Ubezpieczenie E-konsultacji** nie obejmuje:
- diagnozy,
 - wydawania skierowań na przeprowadzenie diagnostyki obrazowej (RTG, USG, tomografia komputerowa, obrazowanie rezonansem magnetycznym) i endoskopii,
 - wydawania e-recept na leki psychotropowe i opioidowe,
 - wystawiania skierowań na konsultacje, badania i zabiegi, które będą uznawane przez podmioty medyczne (w rozumieniu Ustawy o działalności leczniczej) świadczące usługi medyczne na podstawie umowy z **NFZ** (skierowania wystawiane przez lekarza będą uznawane wyłącznie w placówkach komercyjnych),
 - przypadków, w których problem wynikający z objawów i stanu zdrowia zgłaszanych przez **Uczestnika** nie może być rozwiązany przez **E-konsultację**.

Kiedy Uczestnik może skorzystać z E-konsultacji?

148. **Uczestnik** może skorzystać z **E-konsultacji** od dnia zapłaty pierwszej **Składki**, która obejmuje i pokrywa **Koszt ochrony** dotyczący **Uczestnika**. Nie stosuje się **Okresu karencji**.
149. Świadczenie **E-konsultacji** na rzecz danego **Uczestnika** wygasa:
- w dniu śmierci **Uczestnika**,
 - gdy **Składka**, która obejmuje **Koszt ochrony** dotyczący **Uczestnika**, nie zostanie zapłacona, o czym mowa w punkcie 88 d. oraz 91 niniejszych **OWU**,
 - w dniu wygaśnięcia **Umowy**.

Postanowienia dodatkowe

Oświadczenia woli

150. Oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i zawiadomienia przewidziane w **OWU** i składane w związku z wykonywaniem i realizacją **Umowy** muszą być sporządzone na piśmie lub w innej formie uzgodnionej przez strony.
151. Wszelkie dokumenty, które muszą być nam przekazane zgodnie z postanowieniami **OWU**, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski.

Prawo właściwe, sąd właściwy

152. Prawem właściwym dla **Umowy** jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.
153. Postępowanie sądowe o roszczenia z tytułu **Umowy** może być wszczęte albo na podstawie przepisów o jurysdykcji ogólnej, albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby **Ubezpieczającego**, **Uczestnika**, lub osoby upoważnionej na podstawie **Umowy** (lub ich spadkobierców, jeżeli okoliczność ta ma zastosowanie).

Rozpatrywanie skarg

154. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem **Umowy**, **Ubezpieczający**, **Uczestnik**, uprawniony z umowy ubezpieczenia, bądź ich spadkobiercy mogą złożyć **Ubezpieczycielowi**:
- ustnie – telefonicznie na numer telefonu: 22 522 26 40 (dostępny w dni robocze w godzinach 8–16) albo osobiście do protokołu w siedzibie **Ubezpieczyciela**,
 - na piśmie – przesyłką pocztową na adres korespondencyjny: ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa lub osobiście w siedzibie **Ubezpieczyciela**,
 - w postaci elektronicznej – za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl.
155. **Ubezpieczyciel** rozpatrzy reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem **Umowy** niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin rozpatrzenia reklamacji może ulec wydłużeniu do 60 dni, o wydłużonym terminie rozpatrywania reklamacji wraz z uzasadnieniem składający reklamację zostanie poinformowany na piśmie.
156. Odpowiedź na reklamację udzielana jest na piśmie za pośrednictwem poczty tradycyjnej, na adres do doręczeń wskazany przez składającego reklamację w jej treści. Na wniosek składającego reklamację odpowiedź może być wysłana pocztą elektroniczną.

157. Składającemu reklamację przysługuje prawo do odwołania się od uzyskanej odpowiedzi na reklamację poprzez złożenie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy na piśmie lub w postaci elektronicznej w terminie 30 dni od jej otrzymania do Dyrektora AWP P&C S.A. Oddział w Polsce. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest na piśmie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania i przesyłana jest za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub zgodnie z pkt. 156.

158. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej **Uczestnikiem** lub uprawnionym z **Umowy**, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.

159. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej **Uczestnikiem** lub uprawnionym z **Umowy** przysługuje, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w Ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązania sporów konsumenckich, o którym mowa w Ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl.

Biuro Rzecznika Finansowego

ul. Nowogrodzka 47A
00-695 Warszawa
tel. +48 22 333 73 26 – Recepcja
+48 22 333 73 27 – Recepcja
faks +48 22 333 73 29
www.rf.gov.pl

160. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawieranych za pośrednictwem strony internetowej lub innych środków elektronicznych pomiędzy AWP P&C S.A. Oddział w Polsce a konsumentami, istnieje możliwość wykorzystania internetowego systemu rozstrzygania sporów – platformy ODR. W tym celu konsument powinien wypełnić elektronicznie formularz skargi dostępny pod adresem <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

161. **Ubezpieczyciel** nie udzieli ochrony ubezpieczeniowej ani też nie będzie zobowiązany do wypłaty odszkodowania lub zapewnienia świadczenia majątkowego w zakresie udzielonej ochrony, jeżeli wypłata odszkodowania lub inne świadczenia majątkowe mogą narazić **Ubezpieczyciela** na jakiegokolwiek sankcje, zakazy lub restrykcje wprowadzone na mocy rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub jakichkolwiek sankcji handlowych i gospodarczych, przepisów ustawowych lub wykonawczych Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, prawa polskiego lub Stanów Zjednoczonych Ameryki.

162. Konsument ma prawo zwrócić się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumenta.

163. Jesteśmy nadzorowani przez Komisję Nadzoru Finansowego (KNF).

Niniejsze **OWU** przyjęte zostały uchwałą **Ubezpieczyciela** nr 016/2022 z dnia 29.08.2022 roku i wchodzi w życie z dniem 01.09.2022 r.



Piotr Ruszowski
Dyrektor Oddziału

POLITYKA PRYWATNOŚCI

Zasady ochrony prywatności

AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce („my”, „nas”, „nasze”), wchodzący w skład Allianz Worldwide Partners SAS, jest licencjonowanym ubezpieczycielem francuskim działającym w Polsce w formie oddziału. Niniejsze zasady ochrony prywatności wyjaśniają, w jaki sposób i jakiego rodzaju dane osobowe będą zbierane, w jakich celach będą one zbierane i komu będą udostępniane/ujawniane. Prosimy o uważne zapoznanie się z poniższymi informacjami.

1. Kim jest administrator danych?

Administrator danych to podmiot, który decyduje o przetwarzaniu danych osobowych i odpowiada za ich przechowywanie i wykorzystanie. **AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce jest właśnie administratorem danych.**

2. Jakie dane osobowe będą zbierane?

Będziemy zbierać i przetwarzać różne rodzaje Państwa danych osobowych, zgodnie z poniższym wykazem:

- Nazwisko (w tym nazwisko rodowe), imię (imiona)
- Imiona rodziców
- PESEL
- Adres zameldowania i zamieszkania
- Data urodzenia
- Płeć
- Numer, data wydania, data ważności, organ wydający i rodzaj dokumentu tożsamości
- Numery telefonów
- Adres e-mail
- Informacje o posiadanym prawie jazdy (kategoria, data wydania, data ważności, numer dokumentu)
- Informacje o karcie kredytowej/debetowej i rachunku bankowym
- Numer rejestracyjny pojazdu
- Numer VIN pojazdu
- Numer polisy
- Dane dotyczące zawartej umowy ubezpieczenia
- Dane o pracodawcy i statusie zatrudnienia
- Obywatelstwo
- Informacje o prowadzonej działalności gospodarczej
- Dane pozyskane w trakcie zgłoszenia oraz likwidacji szkody

W zależności od Państwa umowy lub szkody poprosimy jedynie o dane niezbędne w konkretnym przypadku.

Będziemy również zbierać i przetwarzać Państwa „wrażliwe dane osobowe”, tj. dane dotyczące stanu zdrowia oraz dane ze świadectw zgonu.

3. W jaki sposób będziemy uzyskiwać i wykorzystywać Państwa dane osobowe?

Będziemy przetwarzać dane osobowe przekazane nam przez Państwa lub otrzymane przez nas bez Państwa udziału (tj. z placówek medycznych, od Państwa pracodawcy, z Narodowego Funduszu Zdrowia) zgodnie z poniższym wyjaśnieniem i wykazem:

Cel przetwarzania	Czy potrzebujemy Państwa zgody?	Podstawa prawna przetwarzania
Zarządzanie umową, w tym umową ubezpieczenia (np. ustalenie wysokości składki, szacowanie ryzyka ubezpieczeniowego, likwidacja szkód, rozpatrywanie reklamacji)	Nie (z wyjątkiem sytuacji, kiedy dane dotyczą stanu zdrowia oraz sytuacji, kiedy nie są Państwo naszym klientem, a my nie mamy innej podstawy do przetwarzania Państwa danych)	art. 6 ust. 1 lit. b) i c) RODO*, art. 9 ust. 2 lit. a) RODO*, art. 9 ust. 2 lit. g) w zw. z art. 41 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
W celu informowania Państwa, lub umożliwienia spółkom z Grupy AWP i wybranym osobom trzecim informowanie Państwa, o produktach i usługach, które naszym zdaniem mogą Państwa zainteresować, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi otrzymywania informacji marketingowych. Preferencje te mogą Państwo zmienić w dowolnym czasie. W razie zmiany decyzji w zakresie preferencji wskazanych powyżej, w tym wycofania zgody na którąkolwiek z powyższych pozycji, należy powiadomić nas klikając na link „Zaprzestań subskrypcji” w każdej wiadomości e-mail z informacjami marketingowymi, lub kontaktując się z nami w sposób opisany w pkt 9 poniżej.	Tak	art. 6 ust. 1 lit. a) RODO*, art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest marketing bezpośredni naszych produktów i usług)

Cel przetwarzania	Czy potrzebujemy Państwa zgody?	Podstawa prawna przetwarzania
Wypełnienie obowiązków (np. podatkowych, rachunkowych, administracyjnych) wynikających z przepisów prawa	Nie	art. 6 ust. 1 lit. c) RODO*
W celu rozłożenia ryzyka poprzez reasekurację lub koasekurację	Nie	art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego)
W celu ograniczenia ryzyka w zakresie sankcji gospodarczych poprzez weryfikację i zastosowanie innych odpowiednich środków sprawdzających, czy klient lub ryzyko podlegające ubezpieczeniu nie podlega jakimkolwiek ograniczeniom oraz czy umowa nie narusza żadnych sankcji gospodarczych, poprzez cykliczne kontrole ubezpieczonych i klientów, a także – na etapie likwidacji szkody – poprzez przeprowadzenie analizy pod względem obowiązywania sankcji finansowych w odniesieniu do ubezpieczonego oraz, w stosownych wypadkach, beneficjenta przed wypłatą odszkodowania lub świadczenia	Nie	art. 6 ust. 1 lit. c) RODO*
W celu zapobiegania przestępstwom ubezpieczeniowym	Nie	art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest zapobieganie przestępstwom ubezpieczeniowym i obrona przed nadużyciami)
W celu badania satysfakcji klienta	Nie	art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest badanie jakości świadczonych przez nas usług oraz poziomu zadowolenia naszych klientów z tych usług)
W celu ustalenia, dochodzenia i obrony przed roszczeniami	Nie	art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest możliwość ustalenia, dochodzenia i obrony przed ewentualnymi roszczeniami)

Na cele określone powyżej nie wymagamy Państwa wyraźnej zgody (z wyjątkiem niektórych sytuacji, kiedy podają Państwo dane dotyczące stanu zdrowia lub nie są Państwo naszym klientem), dane są bowiem przetwarzane w celu wykonania umowy ubezpieczenia lub wykonania obowiązków wynikających z przepisów prawa.

Będziemy wymagać Państwa danych osobowych w wypadku zamiaru nabycia naszych produktów i usług lub likwidacji zgłoszonej szkody. Jeżeli nie zechcą Państwo przekazać nam tych danych, możemy nie być w stanie udostępnić produktów i usług, o które się Państwo zwróca lub które Państwa interesują, bądź dostosować naszej oferty do Państwa indywidualnych potrzeb, lub zlikwidować zgłoszoną przez Państwa szkodę.

W przypadku ofert ubezpieczenia, gdzie stosowany jest elektroniczny kalkulator wysokości składki (np. na dedykowanej do tego celu stronie www) będziemy podejmować w Państwa sprawie decyzje również w sposób zautomatyzowany, tzn. bez wpływu człowieka. Czynniki, jakie będziemy brać pod uwagę to stan zdrowia oraz docelowy kraj podróży.

Podczas podejmowania tej decyzji będziemy wykorzystywać tzw. profilowanie. Oznacza to, że będziemy oceniać podane przez Państwa informacje (np. dotyczące stanu zdrowia, daty urodzenia, długości i celu pobytu) i przyporządkowywać je do odpowiednich profili tworzonych na podstawie posiadanych przez nas danych statystycznych.

W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji mają Państwo prawo do jej zakwestionowania, uzyskania jej uzasadnienia, do przedstawienia nam własnego stanowiska lub przeanalizowania Państwa sytuacji i podjęcia decyzji przez naszego pracownika.

4. Kto będzie mieć dostęp do danych osobowych?

Zapewnimy, aby Państwa dane osobowe były przetwarzane w sposób zgodny z celami wskazanymi powyżej.

We wskazanych powyżej celach Państwa dane osobowe mogą być ujawniane następującym osobom trzecim będącym administratorami danych: organom publicznym, innym spółkom z Grupy AWP, innym ubezpieczycielom, koasekuratorom, reasekuratorom, pośrednikom i agentom ubezpieczeniowym oraz bankom.

We wskazanych powyżej celach możemy również udostępniać Państwa dane osobowe następującym podmiotom przetwarzającym dane na nasze zlecenie: innym spółkom z Grupy AWP, konsultantom technicznym, specjalistom, prawnikom, likwidatorom szkód, serwisantom, lekarzom i innym podwykonawcom świadczącym usługi na rzecz AWP w celu realizacji działań (zgłoszenia szkód, obsługa informatyczna, usługi pocztowe, zarządzanie dokumentami, likwidacja szkody, wykonanie umowy poprzez wykonanie usług na rzecz uprawnionej osoby) oraz podmiotom i sieciom świadczącym usługi reklamowe w celu przesyłania Państwu informacji marketingowych, na jakie zezwalają przepisy krajowego prawa, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi komunikacji. Bez Państwa zgody nie udostępnimy Państwa danych osobowych niepowiązanym osobom trzecim na ich własne cele marketingowe.

Ponadto możemy udostępniać Państwa dane osobowe w następujących przypadkach:

- w razie planowanej lub faktycznej reorganizacji, połączenia, sprzedaży, wspólnego przedsięwzięcia, cesji, zbycia lub innego rozporządzenia całością lub częścią naszego przedsiębiorstwa, majątku lub zasobów (w tym w ramach postępowania upadłościowego lub podobnego postępowania) lub
- w celu wypełnienia obowiązku wynikającego z przepisów prawa, w tym odpowiedniemu rzecznikowi praw, w razie złożenia przez Państwa skargi dotyczącej produktu lub usługi, którą Państwu sprzedaliśmy.

5. Gdzie będą przetwarzane dane osobowe?

Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) lub poza nim przez podmioty wskazane w pkt 4, z zastrzeżeniem ograniczeń umownych dotyczących poufności i bezpieczeństwa informacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych. Nie ujawnimy Państwa danych osobowych osobom, które nie są uprawnione do ich przetwarzania.

Przekazanie Państwa danych osobowych w celu ich przetwarzania przez inną spółkę z Grupy kapitałowej, do której należy AWP, poza EOG będzie się każdorazowo odbywać zgodnie z zatwierdzonymi wiążącymi regułami korporacyjnymi, które zapewniają odpowiednią ochronę danych osobowych i są prawnie wiążące dla wszystkich spółek z tej grupy kapitałowej. W wypadku, gdy nie będą miały zastosowania BCR Grupy, podejmiemy odpowiednie kroki, aby zapewnić należytą ochronę Państwa danych osobowych przekazywanych poza EOG, na takim samym poziomie jaki jest zapewniany w EOG. Jeżeli są Państwo zainteresowani zabezpieczeniami stosowanymi przez nas w wypadku przekazywania danych poza EOG (np. standardowe klauzule umowne), prosimy o kontakt z nami w sposób opisany w pkt 9.

6. Jakie uprawnienia przysługują Państwu w odniesieniu do danych osobowych?

O ile dopuszczają to obowiązujące przepisy, przysługuje Państwu prawo do:

- dostępu do swoich danych osobowych, które znajdują się w naszym posiadaniu, i poznania pochodzenia tych danych, celów ich przetwarzania, a także informacji o administratorze (administratorach) danych, podmiocie (podmiotach) przetwarzającym (przetwarzających) oraz podmiotach, którym mogą one być ujawnione;
- wycofania swojej zgody w dowolnym czasie, jeżeli Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie zgody;
- aktualizacji lub poprawiania swoich danych osobowych tak, aby były one zawsze prawidłowe;
- usunięcia swoich danych osobowych z naszej ewidencji, jeżeli nie są już potrzebne w celach wskazanych powyżej;
- żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych w pewnych okolicznościach, np. kiedy kwestionują Państwo prawidłowość swoich danych osobowych, na okres pozwalający nam sprawdzić ich prawidłowość;
- uzyskania swoich danych osobowych w formacie elektronicznym na potrzeby własne lub nowego ubezpieczyciela; oraz
- złożenia u nas reklamacji lub skargi w odpowiednim organie ochrony danych. W Polsce organem tym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Mogą Państwo korzystać z tych praw kontaktując się z nami w sposób opisany w pkt 9 z podaniem imienia i nazwiska, adresu e-mail i przedmiotu żądania. Mogą Państwo również złożyć wniosek o dostęp do danych wypełniając Formularz Wniosku o Dostęp do Danych dostępny na stronie: <https://www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx>.

7. Jak można wnieść sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych?

Jeżeli dopuszczają to obowiązujące przepisy, przysługuje Państwu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania przez nas danych osobowych lub żądania, abyśmy zaprzestali ich przetwarzania (w tym na potrzeby marketingu bezpośredniego). Po otrzymaniu takiego żądania zaprzestaliśmy dalszego przetwarzania Państwa danych osobowych, chyba że dopuszczają to obowiązujące przepisy.

W ten sam sposób mogą Państwo korzystać z innych praw wskazanych w pkt 6.

8. Jak długo przechowujemy dane osobowe?

Będziemy przechowywać Państwa dane osobowe przez 6 lat od daty ustania lub rozwiązania umowy lub stosunku ubezpieczenia lub daty zakończenia postępowania w sprawie likwidacji szkody lub rozpatrzenia Państwa reklamacji. 6-letni okres wynika z ustalonego w Polsce okresu przedawnienia roszczeń oraz konieczności archiwizacji dokumentów zgodnie z ustawą o rachunkowości.

Nie będziemy przechowywać Państwa danych osobowych dłużej niż jest to konieczne, i będziemy je przechowywać jedynie w celach, w których je uzyskaliśmy.

9. Jak można się z nami skontaktować?

W razie jakichkolwiek pytań dotyczących sposobu wykorzystania przez nas Państwa danych osobowych, można się z nami skontaktować listownie pod adresem:

AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce
ul. Konstruktorska 12
02-673 Warszawa

Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych, którym jest Pani Katarzyna Kosińska. Z Inspektorem można się kontaktować pocztą elektroniczną lub listownie pod następującymi adresami:

Inspektor Ochrony Danych
AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce
ul. Konstruktorska 12
02-673 Warszawa
E-mail: iodopl@mondial-assistance.pl

Można również skontaktować się z nami za pomocą Formularza Wniosku o Dostęp do Danych dostępnego na stronie: <http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx>.

10. Jak często aktualizujemy zasady ochrony prywatności?

Niniejsze zasady ochrony prywatności są regularnie przeglądane i aktualizowane. Zapewnimy, aby na naszej stronie internetowej: <http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx> dostępna była zawsze ich aktualna wersja, a ponadto, o każdej ważnej zmianie, która może Państwa dotyczyć, poinformujemy Państwa osobiście. Ostatnia aktualizacja niniejszej informacji na temat zasad ochrony prywatności miała miejsce w dniu 01.01.2021 r.

**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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1 oraz Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2).*

