



## I. POSTANOWIENIA OGÓLNE, DEFINICJE

### § 1.

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego Medicover (dalej w skrócie „OWU”) Medicover Försäkrings AB (publ.) działające przez Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (zwany dalej „Ubezpieczycielem”) zawiera umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego z osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą, osobami prawnymi lub jednostkami organizacyjnymi nie posiadającymi osobowości prawnej zwanymi dalej Ubezpieczającymi.
2. Umowa ubezpieczenia, zgodnie z definicją zawartą w § 2 pkt 16 (dalej zwana „Umową ubezpieczenia”), zawierana jest na rachunek osób trzecich będących osobami fizycznymi (zwanymi dalej „Ubezpieczonymi”), na warunkach określonych w Umowie ubezpieczenia.
3. Dowodem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest polisa wystawiona przez Ubezpieczyciela.
4. Za zgodą stron do Umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe (warunki szczególne) odbiegające od niniejszych OWU, które mają pierwszeństwo przed zapisami OWU. W takim przypadku przed zawarciem umowy Ubezpieczyciel przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie różnice pomiędzy postanowieniami OWU a Umową ubezpieczenia.
5. Wszelkie regulacje odbiegające od postanowień niniejszych OWU oraz porozumienia dodatkowe wymagają formy pisemnej pod rygorem ich nieważności.
6. W sprawach nieuregulowanych w OWU lub porozumieniach dodatkowych (warunkach szczególnych) mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego oraz inne przepisy prawa powszechnie obowiązującego na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

### § 2.

Przez użyte w niniejszych OWU pojęcia rozumie się:

- 1) Choroba** – stan zdrowia Ubezpieczonego, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, wymagający leczenia lub diagnostyki,
- 2) Choroba przewlekła** – dający objawy, zdiagnozowany lub leczony przed zawarciem Umowy ubezpieczenia stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz

długookresowym przebiegiem, wymagający stałego lub okresowego leczenia ambulatoryjnego, charakteryzujący się okresami zaostrzenia i zmniejszenia lub czasowego ustąpienia objawów lub będący przyczyną hospitalizacji w okresie 24 miesięcy poprzedzających zawarcie umowy Ubezpieczenia,

**3) Usługa medyczna** – badanie lekarskie, medyczne lub diagnostyczne, procedura ambulatoryjna, rehabilitacyjna lub hospitalizacyjna w zakresie określonym w OWU dla odpowiedniego zakresu świadczeń, mająca na celu utrzymanie, przywrócenie lub poprawę stanu zdrowia Ubezpieczonego. W rozumieniu OWU obejmuje to też działania z zakresu profilaktyki zdrowia,

**4) Zakres Świadczeń** – usługi medyczne przysługujące Ubezpieczonemu w ramach ustalonego z Ubezpieczycielem zakresu ochrony ubezpieczeniowej i zgodne z OWU. Suma zakresów świadczeń przysługujących Ubezpieczonemu stanowi Program Świadczeń,

**5) Centrum Obsługi Klienta** – usługa telefoniczna udostępniona Ubezpieczonemu, w ramach której Ubezpieczony może uzyskać informacje o ubezpieczeniu, możliwości realizacji świadczeń objętych Umową ubezpieczenia – za pośrednictwem specjalnej linii telefonicznej, o ile świadczenie to mieści się w zakresie Umowy Ubezpieczenia,

**6) Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie, które wystąpiło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli doznał fizycznych obrażeń ciała. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca, udaru mózgu, omdlenia czy jakichkolwiek innych chorób, w tym występujących nagle. Ubezpieczeniem objęte są bezpośrednie następstwa nieszczęśliwego wypadku mającego miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. W rozumieniu OWU oznacza to, że następstwa nieszczęśliwego wypadku muszą wystąpić w terminie 7 dni od daty nieszczęśliwego wypadku,

**7) Obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów, układów narządów lub tkanek Ubezpieczonego, powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku,

**8) Placówka Medyczna** – działający zgodnie z prawem obowiązującym w Polsce podmiot uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych, tj. zakład opieki zdrowotnej, osoba fizyczna wykonująca zawód medyczny, tj. osoba, która na podstawie odrębnych przepisów uprawniona jest do udzielania świadczeń zdrowotnych (w tym lekarz, pielęgniarka, położna w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki) oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych, w których Ubezpieczony może uzyskać Usługę medyczną,

**9) Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia,

**10) Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi od Ubezpieczającego z tytułu Umowy ubezpieczenia,

**11) Pracownik** – osoba fizyczna zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę lub innej umowy, której przedmiotem jest świadczenie pracy lub współpraca, a także osoba fizyczna będąca członkiem albo współnikiem jednostki organizacyjnej będącej Ubezpieczającym,

**12) Ubezpieczający** – podmiot zawierający Umowę ubezpieczenia i zobowiązany do opłacenia składki zgodnie z terminami i na warunkach przewidzianych w Umowie ubezpieczenia,

**13) Ubezpieczony** – osoba fizyczna, która w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia nie przekroczyła 65 roku życia (chyba że Umowa ubezpieczenia obejmująca dany zakres świadczeń stanowi inaczej), a w przypadku dzieci – 25 roku życia (chyba że Umowa ubezpieczenia obejmująca dany zakres świadczeń stanowi inaczej), na rachunek której zawarto umowę ubezpieczenia zgodnie z warunkami OWU,

**14) Ubezpieczony Główny** – ubezpieczony będący pracownikiem Ubezpieczającego wskazujący pozostałych ubezpieczonych (o ile Umowa Ubezpieczenia obejmuje rodzinne Programy Świadczeń), tj. partnera Ubezpieczonego Głównego pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (Współmałżonek, Konkubent) i/lub dzieci, tj. dzieci własne, przysposobione lub przyjęte na wychowanie dzieci Ubezpieczonego Głównego i/lub Współmałżonka lub Konkubenta/Konkubiny, zamieszkujące na stałe w gospodarstwie domowym Ubezpieczonego Głównego i będące na jego utrzymaniu – do 25 roku życia,

**15) Nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły i niezamierzony, w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, bezpośrednio zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej i poddania się leczeniu,

**16) Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie Wniosku, niniejszych OWU i potwierdzona Polisą,

**17) Usługa szpitalna (hospitalizacja)** – Usługa medyczna niezbędna z medycznego punktu widzenia uzasadniona stanem zdrowia Ubezpieczonego, obejmująca proces leczenia przeprowadzony w warunkach szpitalnych, trwający nieprzerwanie co najmniej 24 godziny, wymagający stałego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego, odpowiednich zabiegów leczniczych i diagnostycznych, zgodny z zakresem świadczeń,

**18) Szpital** – działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład opieki zdrowotnej typu zamkniętego, udzielający całodobowych świadczeń zdrowotnych przez wykwalifikowaną kadrę medyczną, posiadający odpowiednie zaplecze do prowadzenia diagnostyki i leczenia operacyjnego, będący Placówką Medyczną; w rozumieniu OWU za Szpital nie uznaje się ośrodka pomocy społecznej, ośrodka leczenia uzależnień, hospicjów, sanatoriów, ośrodków wypoczynkowych, ośrodków rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (w tym szpitali uzdrowiskowych),

**19) Karencja** – okres, w którym wyłączona jest odpowiedzialność Ubezpieczyciela w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym,

**20) Okres hospitalizacji** – czas przebywania Ubezpieczonego w Szpitalu liczony w dobach, nie dłuższy niż 60 dni w każdym roku ubezpieczeniowym, w zależności od zakresu ubezpieczenia, przy czym każda rozpoczęta doba uważana jest za pełną. Z zastrzeżeniem § 11 ust. 1 OWU, okres hospitalizacji może rozpocząć się, o ile została opłacona składka lub jej wymagalne raty,

**21) Podwyższony standard hospitalizacji** – zapewnienie Ubezpieczonemu korzystania z usługi szpitalnej w warunkach podwyższonego standardu pobytu (zakwaterowania – pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym), pod warunkiem, że będzie to możliwe ze

względu na stan zdrowia Ubezpieczonego oraz gdy standardy opieki medycznej pozwalają na ich zapewnienie po osiągnięciu stabilizacji stanu zdrowia. Ubezpieczyciel zastrzega sobie możliwość weryfikacji stanu zdrowia Ubezpieczonego przez lekarza wskazanego przez siebie,

**22) Rok ubezpieczeniowy** – 12 kolejno następujących po sobie miesięcy począwszy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia,

**23) Pozostawanie pod wpływem alkoholu** – sytuacja, gdy u Ubezpieczonego w chwili wystąpienia nieszczęśliwego wypadku lub bezpośrednio po nim – stwierdzono:

a) stan po użyciu alkoholu, tj. zawartość alkoholu w organizmie wynoszącą lub prowadzącą do stężenia we krwi od 0,2 ‰ do 0,5 ‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup>,

b) stan nietrzeźwości, tj. zawartość alkoholu w organizmie wynoszącą lub prowadzącą do stężenia we krwi powyżej 0,5 ‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup>,

**24) Pozostawanie pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających** – sytuacja, gdy u Ubezpieczonego w chwili wystąpienia nieszczęśliwego wypadku lub bezpośrednio po nim stwierdzono obecność w organizmie:

a) produktów leczniczych, które są środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi, o których mowa w ustawie – Prawo farmaceutyczne, lub

b) substancji i preparatów chemicznych, o których mowa w ustawie o substancjach i preparatach chemicznych, lub

c) prekursorów czynników, o których mowa w punkcie a) i b)

o ile ich stosowanie przez Ubezpieczonego nie nastąpiło z przepisu lekarza,

**25) Rocznicą umowy** – dzień w każdym roku obowiązywania Umowy ubezpieczenia, odpowiadający dacie zawarcia umowy, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku - ostatni dzień miesiąca kalendarzowego poprzedzający tę datę,

**26) Centrum Medicover** – Placówka Medyczna należąca do Medicover Sp. z o.o. i/lub Placówka Medyczna będąca w sieci franczyzowej Medicover Sp. z o.o., z wyłączeniem szpitali Medicover,

**27) Placówka Medyczna Medicover** – Centra Medicover oraz Placówki Medyczne, z którymi Medicover zawarł umowy o współpracy, z wyłączeniem szpitali Medicover. Informacja o aktualnej liście Placówek Medycznych Medicover i zakresie udzielanych tam świadczeń dostępna jest na stronie internetowej [www.medicover.pl/ubezpieczenia](http://www.medicover.pl/ubezpieczenia) oraz pod numerem Centrum Obsługi Klienta,

**28) Deklaracja przystąpienia** – sporządzone na udostępnionym przez Ubezpieczyciela formularzu oświadczenie, zawierające zgodę Ubezpieczonego na objęcie ubezpieczeniem na warunkach określonych w Umowie ubezpieczenia oraz wskazanie pozostałych ubezpieczonych,

**29) Obszar udzielania świadczeń** – obszar znajdujący się w odległości do 30 km w linii prostej od wybranego punktu w mieście, w którym znajduje się Centrum Medicover. Informacja o aktualnym obszarze udzielania świadczeń dostępna jest na stronie internetowej [www.medicover.pl/ubezpieczenia](http://www.medicover.pl/ubezpieczenia) oraz pod numerem Centrum Obsługi

Klienta. Na dzień uchwalenia OWU obszar udzielania świadczeń obejmuje niżej wymienione miejscowości:

**Pogotowie i wizyty w miejscu zachorowania**

<b>Warszawa</b>	30 km od budynku Intraco, ul. Stawki 2
<b>Poznań</b>	30 km od budynku PFC, pl. Andersa 5
<b>Kraków</b>	30 km od budynku Sukiennice, Rynek Główny 1
<b>Trójmiasto</b>	30 km od budynku Hala Oliwia, ul. Bażyńskiego 1
<b>Łódź</b>	30 km od budynku Galeria Łódzka, Al. Piłsudskiego 15/23
<b>Wrocław</b>	30 km od Ratusza, Rynek – Ratusz 1
<b>Katowice</b>	30 km od Ronda im. Gen. Jerzego Ziętka
<b>Szczecin</b>	30 km od budynku Centrum Pazim, pl. Rodła 8
<b>Lublin</b>	30 km od Ratusza Miejskiego, pl. Władysława Łokietka 1

**30) Cięża Wysokiego Ryzyka** – ciąża, dla której istnieją czynniki ryzyka mogące spowodować jej niekorzystny przebieg i zakończenie, które stwierdza lekarz Placówki Medycznej Medicover na podstawie odpowiednich standardów medycznych obowiązujących w Polsce,

**31) Opieka Położnicza** – poród i świadczenia poporodowe dla matki i noworodka,

**32) Opieka Przedporodowa** – wszelkie ambulatoryjne działania medyczne bezpośrednio związane z prowadzeniem ciąży,

**33) Zabiegi ambulatoryjne** – wszelkie diagnostyczne i lecznicze zabiegi medyczne wymienione w odpowiednim zakresie świadczeń, wykonywane ze wskazań medycznych, w znieczuleniu miejscowym lub nasiękowym (w okolicę zabiegu), w warunkach sali zabiegowej placówki ambulatoryjnej (przychodni), odbywające się na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza Centrum Medicover,

**34) Specjalistyczne Procedury Ambulatoryjne** - wszelkie diagnostyczne i lecznicze zabiegi medyczne wymienione w odpowiednim zakresie świadczeń, wykonywane ze

wskazań medycznych, przebiegające z przerwaniem tkanek, których wykonanie wymaga pobytu w placówce medycznej trwającego maksymalnie do 24 godzin i nie wymagające znieczulenia z intubacją dotchawiczą, których zakres wykracza poza zabiegi ambulatoryjne, odbywające się na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza Centrum Medicover,

**35) Wniosek** – oferta Ubezpieczającego zawarcia Umowy ubezpieczenia skierowana do Ubezpieczyciela na właściwie i kompletnie wypełnionym formularzu Ubezpieczyciela, lub w postaci oficjalnego dokumentu Ubezpieczającego – np. Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia zgodnie z definicją zawartą w Ustawie o Zamówieniach Publicznych.

**36) Zgoda na dostęp Ubezpieczyciela do danych medycznych Ubezpieczonego** – oświadczenie podpisywane przed rozpoczęciem korzystania z usług medycznych i/lub podczas pierwszej wizyty w Centrum Medicover obejmujące zgodę Ubezpieczonego na dostęp Ubezpieczyciela do jego danych medycznych będących w posiadaniu Placówek Medycznych Medicover, innych zakładów opieki zdrowotnej, lekarzy i/lub innych placówek medycznych,

**37) Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie losowe dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, zaistniałe niezależnie od jego woli, którego wystąpienie rodzi po stronie Ubezpieczyciela obowiązek spełnienia świadczenia w postaci usługi medycznej,

**38) Program Opieki Rodzinnej** – Program opieki obejmujący Ubezpieczonego Głównego oraz wskazanych przez niego Ubezpieczonych,

**39) Program Opieki Partnerskiej** – Program opieki obejmujący Ubezpieczonego Głównego oraz jednego wskazanego przez niego Ubezpieczonego.

## II. PRZEDMIOT I ZAKRES, UBEZPIECZENIA

### § 3.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje udostępnienie Ubezpieczonym usług medycznych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z Umową ubezpieczenia.
3. Zakresem ubezpieczenia objęte są usługi medyczne dostępne i przeprowadzane w danej Placówce Medycznej Medicover w zakresie i na zasadach określonych w OWU oraz Umowie ubezpieczenia, według następujących Zakresów Świadczeń:
  - a)
    - Sieć – Medycyna Pracy
    - Sieć – Opieka Standardowa
    - Sieć – Opieka Plus
    - Medycyna Pracy



- Hot Line Medicover i Pogotowie Ratunkowe
- Ambulatoryjna Pomoc Doraźna Podstawowa/ Ambulatoryjna Pomoc Doraźna Podstawowa 10 wizyt (jeden z zakresów do wyboru)
- Opieka Podstawowa / Opieka Podstawowa – 10 Wizyt (jeden z zakresów do wyboru)
- Ambulatoryjna Pomoc Doraźna Specjalistyczna
- Wybrani Specjaliści / Specjaliści 10 wizyt / Wszyscy Specjaliści (jeden z zakresów do wyboru)
- Specjalistyczne Procedury Ambulatoryjne
- Wypadkowa Opieka w Szpitalu i Transport Sanitarny
- Opieka w szpitalu – ogólna / Opieka w szpitalu – rozszerzona / Opieka w szpitalu – rozszerzona plus (jeden z zakresów do wyboru)

b)

- Ratownictwo Medyczne – Szkolenia
- Ratownictwo Medyczne – Zabezpieczenia Medyczne
- Profilaktyka Twojej Firmy – Akcje Profilaktyczne
- Profilaktyka Twojej Firmy – Ergonomia – oceny ergonomiczne
- Profilaktyka Twojej Firmy – Ergonomia – analizy obciążeń
- Profilaktyka Twojej Firmy – Ergonomia – szkolenia ergonomiczne
- Profilaktyka Twojej Firmy – Ergonomia – szkolenia trenerów
- Profilaktyka Twojej Firmy – Ocena ryzyka zawodowego
- Profilaktyka Twojej Firmy – Ocena Ryzyka Zawodowego – Szkolenia
- Profilaktyka Twojej Firmy – Ocena Ryzyka Zawodowego – Konsultacje
- Profilaktyka Twojej Firmy – Psychologia pracy – ocena stresu
- Profilaktyka Twojej Firmy – Psychologia pracy – ocena stresu i propozycja rozwiązań antystresowych
- Profilaktyka Twojej Firmy – Psychologia pracy – pomoc pracownikom w trudnych sytuacjach
- Profilaktyka Twojej Firmy – Psychologia pracy – seminaria
- Profilaktyka Twojej Firmy – Psychologia pracy – warsztaty
- Profilaktyka Twojej Firmy – Psychologia pracy – wsparcie w adaptacji do zmian
- Profilaktyka Twojej Firmy – Medicover Wellness
- Profilaktyka Twojej Firmy – Medicover Health
- Medycyna Lotnicza
- Opieka w Miejscu Zachorowania – wskazania medyczne
- Opieka w Miejscu Zachorowania – bez wskazań medycznych
- Opieka w Miejscu Zachorowania – 4 wizyty ze wskazań medycznych
- Wizyty w Miejscu Zachorowania – 10 wizyt ze wskazań medycznych
- Profilaktyka Osobista – Przegląd Zdrowia Dorośli
- Profilaktyka Osobista – Szczepienia Podstawowe Dorośli i Dzieci
- Profilaktyka Osobista – Szczepienia Rozszerzone Dorośli i Dzieci
- Profilaktyka Osobista – Szczepienia Dodatkowe Dzieci
- Profilaktyka Osobista – Szczepienia Rozszerzone Dzieci

c) Stomatologia – jeden z zakresów do wyboru:

- Stomatologia Minima
- Stomatologia Prima
- Stomatologia Optima
- Stomatologia Maxima

d)

- Dodatkowa opinia medyczna

- Fizjoterapia

e) Senior – jeden z zakresów do wyboru:

- Zakres Senior – Opieka Na Ratunek
- Zakres Senior – Opieka Podstawowa
- Zakres Senior – Opieka Pełna
- Zakres Senior – Opieka Ambulatoryjna

Inne usługi medyczne, sposoby leczenia, procedury nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.

4.a) Kolejność Zakresów Świadczeń wymieniona w ust 3 oznacza, że w przypadku zmiany zakresu ubezpieczenia, w celu zwiększenia zakresu ochrony, jest to możliwe wyłącznie po uprzednim lub jednoczesnym objęciu Ubezpieczonych kolejnym poprzednim Zakresem Świadczeń. W przypadku zmniejszania zakresu ochrony, obowiązuje również zasada rezygnacji z kolejnych Zakresów Świadczeń,

b) Ubezpieczeni mogą być objęci Zakresami Świadczeń wymienionymi w ust. 3 pkt. b) i c) wyłącznie w przypadku objęcia ich ubezpieczeniem z Zakresu Opieka Podstawowa, z zastrzeżeniem ust. 4 pkt. a),

c) Ubezpieczeni mogą być objęci Zakresami Świadczeń wymienionymi w ust. 3 pkt. d) wyłącznie w przypadku objęcia ich ubezpieczeniem z Zakresu Specjaliści, z zastrzeżeniem ust. 4 pkt. a).

5. Informacja o zakresie ubezpieczenia określona jest w Umowie Ubezpieczenia.

6. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zmiany w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia Placówek Medycznych Medicover z następujących ważnych powodów wykluczających współpracę z Placówką Medyczną Medicover z przyczyn leżących poza Ubezpieczycielem, a w szczególności z powodu:

- 1) rozwiązania umowy z Placówką Medyczną Medicover z przyczyn leżących po stronie tej Placówki,
- 2) czasowego zaprzestania działalności całkowicie lub w zakresie niektórych jednostek lub komórek organizacyjnych Placówki Medycznej Medicover,
- 3) wykreślenia Placówki Medycznej Medicover z właściwego rejestru w całości lub części,
- 4) utraty ważności certyfikatu akredytacyjnego przez Placówkę Medyczną Medicover,
- 5) ogłoszenia lub zarządzenia likwidacji, przekształcenia lub upadłości Placówki Medycznej Medicover,
- 6) uzyskania przez nową placówkę medyczną statusu Placówki Medycznej Medicover w rozumieniu OWU, lub
- 7) z powodów ekonomicznych.

W razie zmiany Placówek Medycznych Medicover, Ubezpieczyciel informuje o tym niezwłocznie Ubezpieczającego w sposób uzgodniony z Ubezpieczającym, wskazując, że



aktualny wykaz Placówek Medycznych Medicover dostępny jest na stronie internetowej [www.medicover.pl/ubezpieczenia](http://www.medicover.pl/ubezpieczenia) oraz pod numerem Centrum Obsługi Klienta.

7. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz grupy liczącej minimum 3 Ubezpieczonych Głównych, chyba że dany Zakres Świadczeń stanowi inaczej.

### **III. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI**

#### **§ 4.**

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeśli usługa medyczna dotycząca Ubezpieczonego miała na celu, była wynikiem lub była spowodowana:

- 1) chorobą przewlekłą zaistniałą przed rozpoczęciem odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
- 2) zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS,
- 3) diagnostyką, leczeniem, zabiegiem lub operacją związaną ze zmianą płci,
- 4) diagnostyką, leczeniem, zabiegiem lub operacją z zakresu stomatologii, chirurgii szczękowej, chirurgii plastycznej, medycyny estetycznej lub kosmetyki, w tym także w przypadku, gdy wykonanie powyższych procedur było związane z leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku, niezależnie od daty jego wystąpienia, chyba że Umowa ubezpieczenia obejmująca dany Zakres Świadczeń stanowi inaczej,
- 5) prowadzeniem leczenia dializacyjnego, transplantacją organów lub tkanek (pochodzenia naturalnego lub sztucznego), w tym także z wykorzystaniem autoprzeszczepu lub użycia hodowli komórkowych, prowadzeniem leczenia immunosupresyjnego, chyba że Umowa ubezpieczenia obejmująca dany Zakres Świadczeń stanowi inaczej,
- 6) stosowaniem wszelkich procedur onkologicznych lub mających bezpośredni związek z rozpoznaniem schorzeniem onkologicznym, w szczególności chemioterapii lub radioterapii, chyba że Umowa ubezpieczenia obejmująca dany Zakres Świadczeń stanowi inaczej,
- 7) prowadzeniem leczenia uznanego z medycznego punktu widzenia za eksperymentalne,
- 8) zamierzonym samookaleczeniem, samobójstwem, próbą samobójczą lub narażaniem się na niepotrzebne niebezpieczeństwo (poza próbą ratowania życia drugiego człowieka),
- 9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego wykroczenia lub przestępstwa,
- 10) wypadkiem spowodowanym przez Ubezpieczonego, jeśli w chwili wypadku pozostawał on pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających,
- 11) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem leków ograniczających zdolność do prowadzenia pojazdu mechanicznego lub obsługi maszyn i urządzeń, o ile zgodnie

z informacją podaną przez producenta leku jego zażycie wpływa na zdolność prowadzenia pojazdów mechanicznych,

12) prowadzeniem pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał uprawnień do jego prowadzenia lub jeżeli Ubezpieczonemu zatrzymano czasowo lub na stałe dokumenty potwierdzające te uprawnienia, zgodnie z obowiązującymi przepisami, a także jeśli pojazd mechaniczny nie spełniał wynikających z odrębnych przepisów wymogów dotyczących jego użytkowania, tj. jeśli pojazd nie był dopuszczony do ruchu, a w przypadku pojazdów podlegających rejestracji – jeśli nie posiadał ważnego badania technicznego,

13) wypadkiem, urazem lub chorobą powstałą w związku ze służbą wojskową i/lub w jednostkach paramilitarnych, działaniami wojennymi, udziałem w misjach pokojowych lub stabilizacyjnych, aktem terroru lub czynnym udziałem Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach lub aktach przemocy lub w czasie stanu wojennego, wyjątkowego lub stanu klęski żywiołowej,

14) uprawianiem przez Ubezpieczonego amatorsko lub wyczynowo sportów ekstremalnych, tj. sportów, których uprawianie wiąże się z wysokim prawdopodobieństwem doznania urazu, wymagających ponadprzeciętnych zdolności fizycznych lub psychicznych oraz odpowiedniego przygotowania, w szczególności związanych z:

- a. wykorzystaniem statków powietrznych (samolotów, balonów, szybowców, paralotni),
- b. wykorzystaniem spadochronu, lotni lub paralotni, w tym również wyposażonych w silnik,
- c. wszelkiego rodzaju wspinaczką,
- d. speleologią i eksploracją jaskiń,
- e. uprawianiem jakiejkolwiek sztuki walki,
- f. nurkowaniem na głębokość powyżej 30 metrów,
- g. wyścigami lub rajdami wszelkiego rodzaju środkami lokomocji posiadającymi własny napęd mechaniczny,
- h. skokami na linie,
- i. narciarstwem oraz jazdą na snowboardzie za wyjątkiem uprawianego rekreacyjnie na wyznaczonych trasach,
- j. hippiką za wyjątkiem uprawianej rekreacyjnie w ramach stadniny koni.

W rozumieniu niniejszych OWU przez uprawianie sportu ekstremalnego rozumie się także jednorazowe podjęcie lub wykonanie takiej czynności bądź udział w zawodach sportowych o ww. charakterze.

15) leczeniem w szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach lub innych zakładach opieki zdrowotnej (w tym także oddziałach szpitalnych), których podstawowym celem jest leczenie usprawniające lub rehabilitacyjne, dotyczy to także sytuacji, gdy leczenie prowadzone jest w warunkach stacjonarnych na podstawie skierowania lekarskiego,

16) badaniami, konsultacjami i procedurami medycznymi nie zleconymi przez Placówkę Medyczną Medicover, za wyjątkiem przypadków szczególnych określonych w Zakresie Świadczeń,

17) detoksykacją po użyciu narkotyków lub innych środków odurzających, tytoniu lub alkoholu,

18) epidemią lub pandemią ogłoszoną lub potwierdzoną przez odpowiednie organy administracji państwowej,

19) diagnozowaniem i leczeniem bezpłodności i wszelkich form sztucznego zapłodnienia lub aborcji (z powodów pozamedycznych), chyba że Umowa ubezpieczenia obejmująca dany Zakres Świadczeń stanowi inaczej,

20) operacyjną korekcją wad wzroku, chyba że Umowa ubezpieczenia obejmująca dany Zakres Świadczeń stanowi inaczej,

21) wszelkimi procedurami medycznymi bezpośrednio związanymi ze szczepieniami, chyba że Umowa ubezpieczenia obejmująca dany Zakres Świadczeń stanowi inaczej,

22) leczeniem wad wrodzonych i chorób genetycznych,

23) zakupem i wszczepieniem sztucznych organów i/lub narządów, np. sztucznego serca,

24) porodem, jeżeli kobieta nie była objęta ubezpieczeniem przez okres co najmniej 12 miesięcy przed datą porodu, za wyjątkiem Opieki Przedporodowej i Położniczej przysługującej zgodnie ze stosownym Zakresem Świadczeń, chyba że Umowa ubezpieczenia obejmująca dany Zakres Świadczeń stanowi inaczej.

2. Ubezpieczyciel nie ponosi kosztów zakupu leków, protez, implantów, zastawek, soczewek, urządzeń korygujących (w tym zakupu okularów optycznych i szkieł kontaktowych) i innych materiałów medycznych, chyba że Umowa ubezpieczenia obejmująca dany Zakres Świadczeń stanowi inaczej.

3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu usługi szpitalnej (hospitalizacji) przeprowadzonej w czasie trwania karencji. Karencja nie ma zastosowania w przypadku, gdy usługa szpitalna spowodowana jest nieszczęśliwym wypadkiem.

4. Karencja, o której mowa w § 4 ust. 3, wynosi 3 miesiące i liczona jest od pierwszego dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach danej umowy grupowego ubezpieczenia medycznego.

5. W przypadku rozszerzenia Programu Świadczeń karencja stosowana jest w odniesieniu do części, o którą rozszerzono Program Świadczeń i wynosi 3 miesiące od pierwszego dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w rozszerzonym Programie Świadczeń.

6. Ograniczenie odpowiedzialności wymienione w § 4 ust. 1 pkt 1 obowiązuje w okresie pierwszych 12 miesięcy trwania Umowy ubezpieczenia.

7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za poniesione przez Ubezpieczonego szkody z powodu opóźnienia lub niemożności udzielania świadczeń przez Ubezpieczyciela, powstałe na skutek działania siły wyższej lub z innych przyczyn, na które Ubezpieczyciel nie ma wpływu.

8. Ubezpieczyciel w ramach ubezpieczenia nie udziela świadczeń w zakresie opieki położniczej dla matki, która jest dzieckiem, ani żadnych świadczeń dla potomków dzieci.

9. Ciąża Wysokiego Ryzyka podlega wykluczeniu, jeżeli kobieta nie była ubezpieczona Zakresem Świadczeń obejmującym prowadzenie ciąży przez okres co najmniej 12 miesięcy przed datą porodu.

10. Wszystkie świadczenia objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela podlegają wyłączeniom i ograniczeniom przewidzianym w przepisach prawa polskiego.

11. Procedury medyczne wykonywane są wyłącznie na rzecz osób zgłoszonych przez Ubezpieczającego jako Ubezpieczeni. Ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności wobec osób lub usług świadczonych na rzecz osób, dla których powyższy obowiązek nie został dopełniony.

### **III. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I CZAS JEJ TRWANIA**

#### **§ 5.**

1. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na okres wskazany w Umowie ubezpieczenia, nie krótszy niż okres jednego roku ubezpieczeniowego (12 miesięcy).

2. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu polisę zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Ubezpieczyciel obowiązany jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu polisy, wyznaczając mu 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania obowiązku przez Ubezpieczyciela, zmiany dokonane na niekorzyść ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa jest zawarta zgodnie z warunkami oferty.

3. W przypadku braku sprzeciwu umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią polisy następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

4. Z zastrzeżeniem § 16 OWU, Umowa ubezpieczenia zostaje automatycznie przedłużona, w każdą rocznicę umowy na kolejny rok ubezpieczeniowy, jeżeli na co najmniej trzy miesiące przed upływem terminu obowiązywania Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel lub Ubezpieczający nie poinformuje drugiej strony na piśmie, że nie przedłuży Umowy na rok następny.

5. W przypadku automatycznego przedłużenia Ubezpieczenia, świadczenia określone w Umowie ubezpieczenia przysługują Ubezpieczonym na zasadach dotychczasowych.

#### **§ 6.**

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu wniosku albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Ubezpieczyciela Umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

2. W czasie trwania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający obowiązany jest zgłaszać zmiany okoliczności wymienionych w ust. 1. Ubezpieczający obowiązany jest zawiadamiać o tych zmianach Ubezpieczyciela niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.

3. Obowiązki określone w ust. 1 i 2 spoczywają także na Ubezpieczonych.

4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ustępów poprzedzających nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ustępów poprzedzających doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany Umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

#### **§ 7.**

1. Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczycielowi dane Ubezpieczonych ze wskazaniem właściwego dla każdego Ubezpieczonego Programu Świadczeń. Dane Ubezpieczonych obejmują: imię, nazwisko, numer PESEL, datę urodzenia, płeć, adres zameldowania, zamieszkania lub pobytu z kodem pocztowym („Dane Osobowe do Celów Medycznych”).

2. Ubezpieczony przystępując do Umowy ubezpieczenia wypełnia deklarację przystąpienia, a na żądanie Ubezpieczyciela indywidualny kwestionariusz zdrowotny.

3. Osoby, które zostały wskazane jako przyszli Ubezpieczeni, Ubezpieczyciel może skierować na badania medyczne w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Koszt przeprowadzenia takiego badania ponosi Ubezpieczyciel.

4. Ubezpieczyciel może odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia albo odmówić zgody na przystąpienie do Ubezpieczenia.

5. Przepisy ust. 1 – 4 stosuje się odpowiednio w razie przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia.

#### **§ 8.**

1. Ubezpieczeni mogą być objęci różnymi Programami Świadczeń w ramach tej samej Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Ubezpieczony Główny oraz wskazani przez niego Ubezpieczeni objęci są tym samym Programem Świadczeń.

#### **§ 9.**

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w momencie wskazanym przez Ubezpieczającego jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2 oraz po upływie okresu karencji.

2. Warunkiem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej jest przekazanie przez Ubezpieczającego danych, o których mowa w § 7 ust. 1, w formie elektronicznej (z wykorzystaniem zbioru Excel lub aplikacji internetowej, jeśli taka zostanie udostępniona przez Ubezpieczyciela) albo na piśmie, jeśli z przyczyn niezależnych od Ubezpieczającego forma elektroniczna lub aplikacja internetowa nie będzie mogła być zastosowana. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się nie wcześniej niż po upływie 3 dni roboczych od dnia przekazania danych przez Ubezpieczającego.

3. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio w razie przystąpienia do ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia.

4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia wygasa w stosunku do Ubezpieczonego:

1) z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia, lub

2) z pierwszym dniem miesiąca rozpoczynającego nowy roczny okres ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający nie zaakceptuje zmiany listy ubezpieczonych lub wysokości składki, zgodnie z § 16 OWU, lub

3) z chwilą śmierci Ubezpieczonego, lub

4) z ostatnim dniem okresu, za który opłacono składkę i w którym:

- a. Ubezpieczony nie będący pracownikiem Ubezpieczającego ukończył 65 rok życia (chyba że Umowa ubezpieczenia obejmująca dany Zakres Świadczeń stanowi inaczej),
- b. dziecko Ubezpieczonego Głównego ukończyło 25 rok życia (chyba że Umowa ubezpieczenia obejmująca dany Zakres Świadczeń stanowi inaczej), lub

5) z dniem ustania pomiędzy Ubezpieczonym Głównym a Ubezpieczającym stosunku prawnego lub faktycznego, o którym mowa w § 2 pkt 11, lub

6) z dniem wypowiedzenia umowy w stosunku do Ubezpieczonego zgodnie z § 11 ust. 2, lub

7) z dniem zmiany Programu Świadczeń zgodnie z § 12.

5. Wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego Głównego powoduje wygaśnięcie tej odpowiedzialności w stosunku do pozostałych Ubezpieczonych w ostatnim dniu okresu, za który została opłacona składka.

6. Wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego powoduje, że wszelkie usługi medyczne zlecone a nie wykonane w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej nie są objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem ust. 7 poniżej.

7. Jeżeli w przypadku, o którym mowa w ust. 4, Ubezpieczony korzysta z usługi szpitalnej odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tego tytułu ustaje z dniem spełnienia tego świadczenia, jednak nie później niż w terminie jednego miesiąca od dnia wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

## **V. ROZWIĄZANIE I ZMIANA UMOWY UBEZPIECZENIA**

### **§10.**

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia



Umowy ubezpieczenia. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony Ubezpieczeniowej.

#### **§ 11.**

1. Umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego, jeżeli składka lub jej rata nie została zapłacona w terminie określonym w umowie mimo uprzedniego wezwania do zapłaty w dodatkowym terminie 7 dni. W wezwaniu Ubezpieczyciel poda do wiadomości Ubezpieczającego skutki niezapłacenia składki.
2. W przypadku automatycznego przedłużenia Umowy ubezpieczenia może być ona w każdym czasie wypowiedziana na piśmie przez Ubezpieczającego z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składek za okres wypowiedzenia.
3. Umowa ubezpieczenia może być w każdym czasie wypowiedziana na piśmie przez Ubezpieczającego w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych, ze skutkiem na koniec miesiąca, w którym Ubezpieczyciel otrzymał zawiadomienie, o którym mowa w § 12 ust. 5.
4. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć ze skutkiem natychmiastowym Umowę ubezpieczenia w razie podjęcia uchwały o likwidacji Ubezpieczającego.

#### **§ 12.**

1. Ubezpieczający uprawniony jest do zmiany liczby Ubezpieczonych, wybranych Programów Świadczeń w dowolnym czasie trwania Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 3 ust. 4. Zgłoszenie zmiany przez Ubezpieczającego powinno nastąpić nie później niż z 3-dniowym wyprzedzeniem, w formie elektronicznej (z wykorzystaniem zbioru Excel, aplikacji internetowej jeśli taka zostanie udostępniona przez Ubezpieczyciela) lub na piśmie, jeśli z przyczyn niezależnych od Ubezpieczającego forma elektroniczna lub internetowa nie będzie mogła być zastosowana.
2. W przypadku rozszerzenia Programu Świadczeń dokonanego w rocznicę polisy, wymieniona w § 4 ust. 3, 4 oraz 5 karencja nie ma zastosowania, pod warunkiem, że wnioskowany Program Świadczeń obejmuje wszystkich Ubezpieczonych w ramach Umowy ubezpieczenia.
3. W razie zmiany Programu Świadczeń skutkującej objęciem ochroną ubezpieczeniową w Zakresie Świadczeń obejmującym usługę szpitalną Ubezpieczyciel może żądać, aby Ubezpieczony przedłożył indywidualny kwestionariusz zdrowotny, o którym mowa w § 7 ust. 2; przepis § 7 ust. 3 i 4 stosuje się odpowiednio.
4. Zmiana, o której mowa w ust. 1, dotycząca zwiększenia liczby Ubezpieczonych lub zmiany Programów Świadczeń wywiera skutki prawne z dniem wskazanym przez Ubezpieczającego, chyba że zgodnie z Umową ubezpieczenia i wybranym Programem Świadczeń skutek ten nastąpi w innym terminie.

5. Zmiana, o której mowa w ust. 1, dotycząca zmniejszenia liczby Ubezpieczonych wywiera skutki prawne od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu otrzymania przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zmianie, chyba że zgodnie z Umową ubezpieczenia i wybranym Programem Świadczeń skutek ten nastąpi w innym terminie.

6. Do dnia dokonania zmiany Programu Świadczeń, o którym mowa w ust. 3, Ubezpieczony jest uprawniony do korzystania ze świadczeń objętych Programem Świadczeń wybranym uprzednio.

7. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić rozszerzenia Programu Świadczeń bez podawania przyczyny, z wyłączeniem możliwości przekazania informacji mających charakter danych medycznych Ubezpieczonego.

## **VI. ŚWIADCZENIA**

### **§ 13.**

1. Ubezpieczonemu przysługują usługi medyczne uzasadnione z medycznego punktu widzenia jego aktualnym stanem zdrowia, objęte Zakresem Świadczeń, które mogą być zrealizowane w Placówce Medycznej Medicover.

2. Ubezpieczyciel odmawia udzielenia świadczenia w przypadku, gdy Ubezpieczony zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, nie wymaga udzielenia usługi medycznej lub jej udzielenie spowodowałoby zagrożenie zdrowia lub życia Ubezpieczonego.

### **§ 14.**

W celu uzyskania usługi medycznej Ubezpieczony powinien:

1) skontaktować się z Centrum Obsługi Klienta lub z wybraną Placówką Medyczną Medicover – osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem innych kanałów łączności udostępnianych przez daną Placówkę Medyczną Medicover,

2) uzgodnić termin wykonania usługi medycznej i przybyć w uzgodnionym terminie do Placówki Medycznej Medicover lub poinformować tę Placówkę o rezygnacji z usługi medycznej nie później niż 48 godzin przed jej terminem,

3) okazywać dokument tożsamości ze zdjęciem w Placówce Medycznej Medicover dla potwierdzenia tożsamości Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel zastrzega, że w przypadku braku możliwości identyfikacji tożsamości Ubezpieczonego, Placówka Medyczna może odmówić udzielenia usługi medycznej, za wyjątkiem stanu zagrożenia życia Ubezpieczonego,

4) przestrzegać regulaminu Placówki Medycznej Medicover oraz zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od jej personelu.

## VII. SKŁADKA

### § 15.

1. Składka ubezpieczeniowa ustalana jest według następujących kryteriów:

- 1) zakres ubezpieczenia,
- 2) wielkość grupy Ubezpieczonych,
- 3) struktura demograficzna populacji,
- 4) rodzaj pracodawcy,
- 5) zakres wykonywanych czynności zawodowych i ocena ryzyka zawodowego w środowisku pracy,
- 6) stopień natężenia czynników występujących w środowisku pracy mogących mieć ujemny wpływ na zdrowie ubezpieczonego (stopień narażenia),
- 7) miejsce zamieszkania ubezpieczonego,
- 8) ocena stanu zdrowia ubezpieczonego dokonana na podstawie indywidualnego kwestionariusza medycznego i/lub zleconych przez ubezpieczyciela badań medycznych – jeżeli były wymagane zgodnie z § 7 ust. 2 i 3 OWU.

2. Składka jest opłacana przez Ubezpieczającego z góry w wysokości i terminach określonych w polisie.

3. Składka może być opłacana w ratach: miesięcznie, kwartalnie, półrocznie, rocznie. Składka płatna jest w formie przelewu, polecenia zapłaty lub obciążenia rachunku karty płatniczej.

4. Za datę opłacenia składki uznaje się dzień uznania rachunku bankowego Ubezpieczyciela pełną kwotą składki lub jej raty.

### § 16.

1. Wysokość składki jest ustalana przez Ubezpieczyciela na każdy rok ubezpieczeniowy. Ubezpieczyciel zastrzega sobie możliwość zmiany wysokości składki na kolejny rok ubezpieczeniowy, informując o tym na piśmie Ubezpieczającego nie później niż na miesiąc przed rocznicą umowy.

2. Jeżeli Ubezpieczający, po otrzymaniu od Ubezpieczyciela informacji o zmianie wysokości składki w następnym okresie ubezpieczeniowym, doręczy Ubezpieczycielowi najpóźniej na 7 dni przed rocznicą umowy pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na zaproponowaną przez Ubezpieczyciela wysokość składki, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia.

3. Niedoręczenie Ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki w terminie określonym w ust. 2, będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie Umowy ubezpieczenia na kolejny rok ubezpieczeniowy z nową wysokością składki zaproponowaną przez Ubezpieczyciela.

4. Częstotliwość opłacania składek może być zmieniona na wniosek Ubezpieczającego, złożony Ubezpieczycielowi. Warunkiem zmiany częstotliwości opłacania składek jest opłacenie wszystkich składek należnych za okres poprzedzający wprowadzenie tych zmian.

#### **§ 17.**

1. W razie automatycznego przedłużenia umowy ubezpieczenia składka podlega indeksacji w każdym roku kalendarzowym. Wskaźnik indeksacji stanowi średnioroczny wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych za rok poprzedni, ogłaszany w Monitorze Polskim przez Prezesa GUS albo wskaźnik wzrostu przeciętnych miesięcznych wynagrodzeń w gospodarce narodowej w sektorze „Ochrona Zdrowia i Pomoc Społeczna” publikowany przez GUS w opracowaniu „Rynek Wewnętrzny”, jeżeli przekroczy średnioroczny wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych ogłaszany w Monitorze Polskim przez GUS.

2. Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego o zindeksowanej wysokości składki.

3. Składka w zindeksowanej wysokości jest należna najwcześniej począwszy od miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczyciel przekazał Ubezpieczającemu informację o zindeksowanej wysokości składki.

#### **§ 18.**

W przypadku wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta Umowa Ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

### **VIII. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON**

#### **§ 19.**

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany:

- 1) doręczyć Ubezpieczającemu tekst OWU przed zawarciem Umowy ubezpieczenia,
- 2) wydać Ubezpieczającemu polisę,
- 3) przedstawić Ubezpieczającemu, różnice między postanowieniami Umowy ubezpieczenia a OWU.

2. Ubezpieczający jest zobowiązany:

- 1) udostępnić Ubezpieczonemu tekst OWU oraz informację o ich zmianie i jej zakresie,
  - 2) udostępnić Ubezpieczonemu informację o Programie Świadczeń którym jest objęty. Ubezpieczeni, z dniem nabycia uprawnień, uzyskują dostęp do aplikacji Medicover OnLine znajdującej się na stronie internetowej [www.medicover.pl](http://www.medicover.pl), która zawiera informacje o Programie Świadczeń. Informacje zawarte w aplikacji Medicover OnLine nie stanowią części Umowy ubezpieczenia.
  - 3) poinformować Ubezpieczonego o zmianie, o której mowa w § 3 ust. 5, § 12, § 16 i § 17,
  - 4) informować Ubezpieczyciela o zmianach danych, o których mowa w § 7 ust. 1,
  - 5) wskazać osobę odpowiedzialną za wykonanie Umowy ubezpieczenia w imieniu Ubezpieczającego (osoba kontaktowa),
  - 6) zebrać od Ubezpieczonych i przechowywać wypełnione i podpisane Deklaracje Przystąpienia oraz niezwłocznie udostępniać je Ubezpieczycielowi na pierwsze jego żądanie.
3. Ubezpieczony za pośrednictwem Ubezpieczającego zobowiązany jest przekazać Ubezpieczycielowi wszelkie pełne i prawdziwe informacje, które są wymagane w celu stwierdzenia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego i jego zakresu. Ubezpieczony zobowiązany jest, w miarę możliwości, zadbać o zminimalizowanie następstw choroby lub nieszczęśliwego wypadku i zaniechać wszelkich działań opóźniających powrót do zdrowia.
4. Ubezpieczony ma prawo wglądu do akt świadczeniowych prowadzonych przez Ubezpieczyciela i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów.
5. Ubezpieczony upoważnia Ubezpieczyciela do uzyskiwania z placówek służby zdrowia wszelkich informacji dotyczących jego stanu zdrowia i przebiegu leczenia, włączając w to dokumentację medyczną.
6. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego. W takim wypadku Ubezpieczyciel jest upoważniony do uzyskania dokumentów i informacji dotyczących tego zdarzenia oraz jest upoważniony do uzyskania dokumentacji medycznej od lekarzy i placówek służby zdrowia sprawujących opiekę nad Ubezpieczonym.
7. Ubezpieczonemu przysługuje prawo uzyskania informacji od Ubezpieczyciela o przyczynach odmowy realizacji świadczenia medycznego z zastrzeżeniem zasad tajemnicy lekarskiej.
8. W przypadku zaistnienia roszczenia Ubezpieczonego względem Placówki Medycznej Medicover lub Placówki Medycznej w związku ze świadczeniem Usługi medycznej, Ubezpieczony obowiązany jest niezwłocznie poinformować o tym Ubezpieczyciela i upoważnia go do uzyskiwania z Placówki Medycznej Medicover i/lub Placówki Medycznej wszelkich informacji, włączając w to dokumentację medyczną Ubezpieczonego.

## **IX. POSTĘPOWANIE W SPRAWACH SKARG I ZAŻALEŃ**

### **§ 20.**

1. Od decyzji Ubezpieczyciela w sprawach związanych z zawarciem, wykonaniem i rozwiązaniem Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczającemu i/lub Ubezpieczonemu przysługuje prawo wniesienia odwołania do Zarządu Ubezpieczyciela, za pośrednictwem Oddziału w Polsce.
2. Odwołania są rozpatrywane w terminie jednego miesiąca od ich otrzymania. Decyzja Ubezpieczyciela podjęta w wyniku odwołania jest ostateczna.
3. Ubezpieczający lub Ubezpieczony w innych sprawach niż opisane w ust. 1 mogą zgłaszać skargi i zażalenia do Zarządu Ubezpieczyciela, za pośrednictwem Oddziału w Polsce.
4. Skargi i zażalenia są rozpatrywane w terminie jednego miesiąca od ich otrzymania, a o sposobie ich rozpatrzenia osoba, która je złożyła jest informowana niezwłocznie po ich rozpatrzeniu.
5. O zakwalifikowaniu otrzymanego pisma jako odwołania bądź skargi lub zażalenia decyduje treść otrzymanego pisma.
6. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla siedziby lub miejsca zamieszkania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.

## **X. POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

### **§ 21.**

1. Z zastrzeżeniem postanowień OWU wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane do Ubezpieczyciela powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym, na adres korespondencyjny Oddziału w Polsce wskazany w Umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli Ubezpieczający zmienił adres wskazany przy zawarciu Umowy ubezpieczenia jako korespondencyjny i nie zawiadomił o tym Ubezpieczyciela, przyjmuje się, że Ubezpieczyciel dopełnił swojego obowiązku zawiadomienia lub oświadczenia, jeżeli pismo zostało wysłane pod ostatni znany Ubezpieczycielowi adres zamieszkania lub siedziby lub adres korespondencyjny Ubezpieczającego i wywiera skutki po upływie 7 dni od daty wysłania.



**§ 22.**

Roszczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie mogą być przedmiotem cesji w rozumieniu przepisów art. 509 i następnych kodeksu cywilnego ani zastawu w rozumieniu art. 327 i następnych kodeksu cywilnego.

**§ 23.**

1. Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela nr **15-04-2009-I** z dnia **15.04.2009**.
2. Niniejsze OWU zostają wprowadzone do obrotu z dniem **15.04.2009** i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych od tej daty.

Fredrik Ragmark



Prezes Zarządu

Stephen Kennedy



Członek Zarządu

Dyrektor Wykonawczy