

Wykaz informacji zawartych w OWU, o których mowa w art. 17 ust 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, z uwzględnieniem definicji z OWU („Skorowidz”).

L.p.	RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	- § 3 ust 2 - 4 - § 5 ust 1 - 3, ust 12 - 14 - § 9 ust 1 - 3
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżania	- § 4 - § 5 ust 7 i 10 - § 7

§ 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego (zwanych dalej „OWU”), Medicover Försäkrings AB (publ.), działające przez Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (zwane dalej „Ubezpieczycielem”), zawiera Umowy ubezpieczenia z osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą, osobami prawnymi lub jednostkami organizacyjnymi nieposiadającymi osobowości prawnej (zwany dalej „Ubezpieczającym”).
- Umowa ubezpieczenia (dalej zwana „Umową”), zawierana jest na rachunek osób trzecich, będących osobami fizycznymi (zwany dalej „Ubezpieczonym”), na warunkach określonych w Umowie.
- Za zgodą stron, do Umowy mogą zostać wprowadzone warunki szczególne, odbiegające od postanowień niniejszych OWU, które mają pierwszeństwo przed zapisami OWU.
- Wszelkie regulacje odbiegające od postanowień niniejszych OWU oraz warunki szczególne wymagają formy pisemnej pod rygorem ich nieważności.
- W sprawach nieuregulowanych w OWU lub warunkach szczególnych, mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz inne przepisy prawa powszechnie obowiązującego na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 2 DEFINICJE

Przez użyte w niniejszych OWU pojęcia rozumie się:

- 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.
- Centrum Obsługi Klienta** – infolinia, w ramach której Ubezpieczony może umówić termin i miejsce uzyskania Usługi medycznej lub uzyskać informacje na temat ubezpieczenia.
- Choroba** – stan zdrowia Ubezpieczonego, który zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, wymaga leczenia lub diagnostyki.
- Choroba przewlekła** – dający objawy lub zdiagnozowany lub leczony - w okresie 12 miesięcy przed Datą rozpoczęcia ochrony - stan chorobowy charakteryzujący się powolnym

rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, wymagający stałego lub okresowego leczenia ambulatoryjnego i/lub rehabilitacji, charakteryzujący się okresami zaostrzenia i zmniejszenia lub czasowego ustąpienia objawów, lub będący przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed Datą rozpoczęcia ochrony.

- Choroba wrodzona** – zaburzenie budowy i/lub funkcjonowania organizmu na każdym etapie rozwoju płodowego, w szczególności choroby obecne przy urodzeniu, wady wrodzone rozpoznane na każdym etapie życia, choroby uwarunkowane genetycznie oraz konsekwencje zdrowotne wynikające z wszystkich wymienionych stanów.
- Data rozpoczęcia ochrony** – data wskazana przez Ubezpieczającego, od której Ubezpieczony nabywa prawo do korzystania z Usług medycznych.
- Deklaracja przystąpienia** – oświadczenie, sporządzone na udostępnionym przez Ubezpieczyciela formularzu, zawierające zgodę Ubezpieczonego na objęcie ochroną na warunkach określonych w Umowie oraz wskazanie pozostałych Osób Ubezpieczonych.
- Hot Line Medicover** – 24-godzinna usługa telefoniczna, w ramach której Ubezpieczony może uzyskać pomoc w razie Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z przysługującym Programem Opieki Medycznej.
- Implant** - element wykonany z biomateriału, umieszczony w organizmie w celu uzupełnienia lub zastąpienia tkanek narządu (albo jego części) lub w celu spełniania (albo wspomaganiania) ich funkcji oraz w celu wykonania danej procedury medycznej. Za implanty uważa się m.in. protezy stawów, sztuczne więzadła, protezy naczyniowe, filtry naczyniowe, soczewki, stenty metalowe i powlekanie, stymulatory serca.
- Materiały/instrumenty medyczne potrzebne śródoperacyjnie** - elementy wykonane z materiału tkankowego lub biomateriału umieszczone w organizmie w celu uzupełnienia tkanek narządu lub w celu wspomaganiania ich funkcji, a których wprowadzenie jest etapem wykonania danej procedury a nie jej celem.
- Nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły i niezamierzony, w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, bezpośrednio zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy lekarskiej i poddania się leczeniu.
- Nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, w wyniku którego Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał fizycznych obrażeń ciała. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca, udaru mózgu, czy jakichkolwiek innych chorób, w tym występujących nagle. Umową objęte są bezpośrednie następstwa Nieszczęśliwego wypadku, to znaczy takie, które wystąpiły i podlegały diagnostyce i/lub leczeniu w terminie 7 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku.
- Obszar udzielania świadczeń** – obszar, w obrębie którego świadczone są usługi Pogotowia Ratunkowego oraz wizyty w miejscu zachorowania. Informacja o aktualnym Obszarze udzielania świadczeń każdej z ww. usług dostępna jest na stronie internetowej www.medicover.pl oraz pod numerem Centrum Obsługi Klienta.

- 14) Okres hospitalizacji** – czas przebywania Ubezpieczonego w Szpitalu, liczony w dobach, nie dłuższy niż 60 dni w każdym 12 miesiącach obowiązywania Umowy, przy czym każda rozpoczęta doba uważana jest za pełną.
- 15) Okres karencji** – okres, w trakcie którego odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w odniesieniu do wskazanych Zakresów ubezpieczenia.
- 16) Placówka Medyczna** – działający zgodnie z prawem obowiązującym w Polsce podmiot uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych, tj. przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, 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, gdzie Ubezpieczony może uzyskać Usługę medyczną.
- 17) Placówka Medyczna Medicover** – Centra Medicover oraz Placówki Medyczne, z którymi Medicover Sp. z o. o. zawarł umowy o współpracy. Aktualna lista Placówek Medycznych Medicover, wraz z zakresem świadczeń udzielanych w każdej z nich, jest dostępna na stronie internetowej www.medicover.pl oraz pod numerem Centrum Obsługi Klienta.
- 18) 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.
- 19) Program Opieki Medycznej** - zakres ubezpieczenia przysługujący Ubezpieczonemu.
- 20) Program Opieki Partnerskiej** – Program Opieki Medycznej obejmujący Ubezpieczonego Głównego oraz jednego wskazanego przez niego Ubezpieczonego.
- 21) Program Opieki Rodzinnej** – Program Opieki Medycznej obejmujący Ubezpieczonego Głównego oraz wskazanych przez niego Ubezpieczonych.
- 22) Proteza** – element wykonany z materiału sztucznego zastępujący część ciała lub narząd.
- 23) Przeszczep** - komórki, tkanki (np. skóra, rogówka, kości) lub narząd (np. serce, nerka) pobrane od dawcy, podlegające chirurgicznemu przeszczepieniu do organizmu biorcy, także w ramach jednej osoby (autoprzyszczepy).
- 24) Rocznicza umowy** – dzień w każdym roku obowiązywania Umowy, odpowiadający dacie zawarcia Umowy, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego poprzedzający tę datę.
- 25) Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi od Ubezpieczającego z tytułu Umowy.
- 26) Specjalistyczne Procedury Ambulatoryjne** – diagnostyczne i lecznicze Usługi medyczne wymienione w odpowiednim Zakresie ubezpieczenia, wykonywane ze wskazań medycznych, ambulatoryjnie lub w trybie hospitalizacji jednodniowej (maksymalny pobyt do 24 godzin, niewymagające znieczulenia z intubacją dotchawiczą), odbywające się na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza Centrum Medicover. Jeżeli ze względu na wiek lub stan zdrowia Ubezpieczonego, Usługa medyczna będzie wymagała znieczulenia z intubacją dotchawiczą i/lub hospitalizacji przekraczającej 24 godziny, wówczas nie podlega ona zakresowi Specjalistyczne Procedury Ambulatoryjne i w ramach tego zakresu nie będzie świadczona,
- 27) Szpital** – działające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego typu zamkniętego, udzielające całodobowych świadczeń zdrowotnych przez wykwalifikowaną kadrę medyczną, posiadające odpowiednie zaplecze do prowadzenia diagnostyki i leczenia operacyjnego, gdzie Ubezpieczony może uzyskać Usługę szpitalną. Za Szpital nie uznaje się ośrodków pomocy społecznej, ośrodków leczenia uzależnień, hospicjów, sanatoriów, ośrodków wypoczynkowych, ośrodków rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (w tym szpitali uzdrowiskowych).
- 28) Ubezpieczający** – podmiot zawierający Umowę i zobowiązany do zapłaty Składki zgodnie z terminami i na warunkach przewidzianych w Umowie.
- 29) Ubezpieczony** – osoba fizyczna, która z Datą rozpoczęcia ochrony nie przekroczyła 67. roku życia, a w przypadku dzieci – 25. roku życia, na rachunek której zawarto Umowę. W przypadku osób objętych ochroną Programem Specjalistycznym Senior Ubezpieczonym jest osoba fizyczna, która z Datą rozpoczęcia ochrony ukończyła 67, a nie przekroczyła 75 roku życia lub ukończyła 75, a nie przekroczyła 85 roku życia w zależności od wybranego Programu Opieki Medycznej.
- 30) Ubezpieczony Główny** – Ubezpieczony, będący Pracownikiem Ubezpieczającego, wskazujący pozostałych Ubezpieczonych (o ile Umowa obejmuje Programy Opieki Rodzinnej i/lub Programy Opieki Partnerskiej), tj. pełnoletniego partnera Ubezpieczonego Głównego pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (współmałżonek, konkubent) i/lub dzieci, tj. dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczonego Głównego i/lub partnera, zamieszkuje na stałe w gospodarstwie domowym Ubezpieczonego Głównego i będące na jego utrzymaniu.
- 31) Umowa** – umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU.
- 32) Upřednio występujący stan zdrowia** – nawracające lub przewlekłe choroby, z powodu których – w okresie 12 miesięcy przed Datą rozpoczęcia ochrony - Ubezpieczony był leczony lub uzyskał poradę lekarską lub przeżył zabieg chirurgiczny. Za upřednio występujący stan zdrowia uznaje się także ciężę stwierdzoną przed Datą rozpoczęcia ochrony.
- 33) Usługa medyczna** – badanie lekarskie, medyczne lub diagnostyczne, procedura ambulatoryjna, rehabilitacyjna lub hospitalizacyjna, wymieniona w Zakresie ubezpieczenia, mająca na celu utrzymanie, przywrócenie lub poprawę stanu zdrowia Ubezpieczonego, w tym także działania profilaktyczne.
- 34) Usługa szpitalna** – Usługa medyczna, wymieniona w odpowiednim Zakresie ubezpieczenia, obejmująca proces diagnostyki i/lub leczenia przeprowadzony w warunkach szpitalnych, wymagający stałego nadzoru lekarskiego

i pielęgniarstwa, odpowiednich zabiegów diagnostycznych i leczniczych. Za Usługę Szpitalną rozumie się również usługi wymienione w zakresie Specjalistyczne Procedury Ambulatoryjne lub Zabiegi ambulatoryjne, które z uwagi na wiek lub stan zdrowia Ubezpieczonego, będą wymagały znieczulenia z intubacją dotchawiczą, maską kraniową lub innym rodzajem znieczulenia wymagającego zapewnienia drożności dróg oddechowych i/lub hospitalizacji przekraczającej 24 godziny.

35) Usługa szpitalna planowa – przyjęcie do szpitala w ustalonym wcześniej terminie, do ustalonego wcześniej Oddziału/Kliniki, poprzedzone badaniami diagnostycznymi, uzasadniającymi rozpoznanie i wizytami kwalifikującymi do określonego sposobu leczenia, nie wymagające zastosowania pomocy w Izbie Przyjęć lub Szpitalnym Oddziale Ratunkowym i podejmowania decyzji o przyjęciu w trybie nagłym. Odłożenie czasu realizacji usługi szpitalnej w trybie planowym nie skutkuje bezpośrednim zagrożeniem życia i zdrowia.

36) Wskazania medyczne - wystąpienie okoliczności, w których dane postępowanie prowadzone w celach diagnostyczno-leczniczych jest uzasadnione z medycznego punktu widzenia tzn. oparte na udowodnionej wiedzy medycznej, w tym szczególnie na wytycznych i standardach postępowania. Wskazania medyczne mogą dotyczyć wykonania badań, konsultacji specjalistycznych, przepisania leków, hospitalizacji, wykonania zabiegu/procedury, wystawienia orzeczenia o niezdolności do pracy, profilaktyki, mogą również określać pilność danego działania i warunki dostarczenia usługi. Wskazania medyczne są weryfikowane przez Medicover.

37) Wysokospecjalistyczne materiały medyczne - elementy wykonane z materiału tkankowego lub biomateriału wykorzystywane w trakcie wykonywania procedury medycznej, a których wykorzystanie nie jest konieczne do jej przeprowadzenia i może być zastąpione przez inne środki bez istotnego wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo wykonania danej procedury medycznej.

38) Zabiegi ambulatoryjne – diagnostyczne i lecznicze Usługi medyczne wymienione w odpowiednim Zakresie ubezpieczenia, wykonywane ze wskazań medycznych, w znieczuleniu miejscowym lub nasiękowym (w okolicy zabiegu), w warunkach sali zabiegowej placówki ambulatoryjnej (przychodni), odbywające się na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza Placówki Medycznej Medicover. Jeżeli ze względu na wiek lub stan zdrowia Ubezpieczonego, Zabieg ambulatoryjny będzie wymagał znieczulenia z intubacją dotchawiczą, maską kraniową lub innym rodzajem znieczulenia wymagającego zapewnienia drożności dróg oddechowych i/lub hospitalizacji, wówczas nie podlega on zakresowi ubezpieczenia w ramach Zabiegów ambulatoryjnych i w ramach tego zakresu nie będzie świadczony.

39) Zakres ubezpieczenia – Usługi medyczne przysługujące Ubezpieczonemu w ramach Umowy.

§ 3.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na udostępnieniu Ubezpieczonemu Usług medycznych ze wskazań medycznych w Placówkach Medycznych Medicover, w okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia, zgodnie z wybranym Programem Opieki Medycznej i na zasadach określonych w

OWU oraz Umowie, których potrzeba realizacji pojawiła się w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

3. Program Opieki Medycznej przysługujący Ubezpieczonemu jest określony w Umowie.
4. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zmiany, w trakcie obowiązywania Umowy, Placówek Medycznych Medicover z następujących ważnych powodów:
 - a) rozwiązanie umowy z Placówką Medyczną Medicover
 - b) czasowe zaprzestanie działalności całkowicie lub w zakresie niektórych jednostek lub komórek organizacyjnych Placówki Medycznej Medicover
 - c) wykreślenie Placówki Medycznej Medicover z właściwego rejestru w całości lub części
 - d) ogłoszenie lub zarządzenie likwidacji, przekształcenia lub upadłości Placówki Medycznej Medicover
 - e) uzyskanie przez nową placówkę medyczną statusu Placówki Medycznej Medicover w rozumieniu OWU

Aktualny wykaz Placówek Medycznych Medicover dostępny jest na stronie internetowej www.medicover.pl oraz pod numerem Centrum Obsługi Klienta.

5. Umowa może zostać zawarta na rzecz grupy liczącej minimum 3 osób Ubezpieczonych Głównych.

§ 4.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeśli Usługa medyczna dotycząca Ubezpieczonego miała na celu, była wynikiem lub była spowodowana:
 - a) zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS,
 - b) diagnostyką, leczeniem, zabiegiem lub operacją związaną ze zmianą płci,
 - c) diagnostyką, leczeniem, zabiegiem lub operacją z zakresu stomatologii, chirurgii szczękowej (z wyjątkiem usług ujętych w Programie Opieki Medycznej), chirurgii plastycznej i/lub rekonstrukcyjnej (z wyjątkiem bezwzględnych wskazań medycznych, gdy niewykonanie danej procedury może stanowić zagrożenie zdrowia fizycznego lub życia), 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,
 - d) prowadzeniem przewlekłego leczenia dializacyjnego,
 - e) transplantacją organów lub tkanek (pochodzenia naturalnego lub sztucznego), w tym także z wykorzystaniem autoprzeszczepu (z wyłączeniem wykonywanych śródoperacyjnie w trakcie jednego zabiegu, wymienionych poniżej:
 - przeszczepów własnych: ścięgien, chrząstek, skóry, powięzi, naczyń krwionośnych,
 - przeszczepów alogenicznych: kości mrożonej, opony twardej, których koszt pokrywa Ubezpieczyciel), lub użycia hodowli komórkowych lub prowadzeniem leczenia immunosupresyjnego,
 - f) wysokospecjalistycznym leczeniem chorób nowotworowych, w szczególności stosowaniem chemioterapii, radioterapii lub termoablacji/embolizacji,
 - g) prowadzeniem leczenia uznanego z medycznego punktu widzenia za eksperymentalne lub o nieudowodnionej skuteczności,
 - h) zamierzonym samookaleczeniem, próbą samobójczą lub narażaniem się na niepotrzebne niebezpieczeństwo (poza próbą ratowania życia drugiego człowieka),
 - i) pozostawianiem pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających,

- j) pozostawianiem 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,
- k) 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,
- l) 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 w zamieszkach, rozruchach lub aktach przemocy lub w czasie stanu wojennego, wyjątkowego lub stanu klęski żywiołowej,
- m) uprawianiem 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, związanych z:
- wykorzystaniem statków powietrznych (samolotów, balonów, szybowców, parolotni),
 - wykorzystaniem spadochronu, lotni lub parolotni, w tym również wyposażonych w silnik,
 - speleologią i eksploracją jaskiń,
 - uprawianiem jakiegokolwiek sztuki walki,
 - nurkowaniem przy użyciu specjalistycznego sprzętu, raftingiem, surfingiem, windsurfingiem, kitesurfingiem,
 - wyścigami samochodowymi i motocyklowymi,
 - sportami motorowymi i motorowodnymi, jazdą na nartach i skuterach wodnych, jazdą na quadach,
 - kolarstwem górskim, bobslejami,
 - skokami na linie, bungee, skokami narciarskimi,
 - wspinaczką - górską, skałkową, lodową, himalaizmem,
 - narciarstwem oraz jazdą na snowboardzie za wyjątkiem uprawianych rekreacyjnie na wyznaczonych trasach,
 - hippiką za wyjątkiem uprawianej rekreacyjnie w ramach stadniny koni,
 - myślistwem.

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.

- n) leczeniem w szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach,
- o) detoksykacją po użyciu narkotyków lub innych środków odurzających, tytoniu lub alkoholu,
- p) epidemią ogłoszoną lub potwierdzoną przez odpowiednie organy administracji państwowej,
- q) diagnostyką i leczeniem niepłodności, w tym z wykorzystaniem metod wspomaganego rozrodu (badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w tym celu),
- r) operacyjną korekcją wad wzroku,

- s) wysokospecjalistycznym leczeniem chorób wrodzonych, poza opieką ambulatoryjną przysługującą zgodnie ze stosownym Zakresem ubezpieczenia,
- t) zakupem i wszczepieniem sztucznych organów i/lub narządów,
- u) porodem, jeżeli kobieta nie była objęta ochroną przez okres co najmniej 12 miesięcy przed datą porodu,
- v) przerwaniem ciąży (z powodów pozamedycznych).

2. Ubezpieczyciel nie ponosi kosztów:

- a) zakupu leków,
- b) protez, implantów,
- c) stymulatorów, rozruszników serca, zastawek, soczewek,
- d) urządzeń korygujących (w tym zakupu okularów optycznych i szkieł kontaktowych),
- e) wysokospecjalistycznych materiałów medycznych z wyjątkiem materiałów i instrumentów medycznych potrzebnych śródoperacyjnie np.: drutów i prętów do stabilizacji złamań, folii separacyjnej, kotwic i śrub niewchłaniających, płytek do zespołań kostnych, siatki przepuklinowej.

3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Usług szpitalnych oraz Specjalistycznych Procedur Ambulatoryjnych przeprowadzanych w czasie trwania Okresu karencji.

4. Okres karencji, o którym mowa w § 4 ust. 3 wynosi 3 miesiące i liczony jest od Daty rozpoczęcia ochrony Ubezpieczonego.

5. Jeżeli Usługa szpitalna lub Specjalistyczna Procedura Ambulatoryjna jest związana z Uprzednio występującym stanem zdrowia, Okres karencji, o którym mowa w § 4 ust. 3, wynosi 12 miesięcy i liczony jest od Daty rozpoczęcia ochrony Ubezpieczonego.

6. W przypadku rozszerzenia Programu Opieki Medycznej o Specjalistyczne Procedury Ambulatoryjne i/lub Usługi szpitalne, Okresy karencji, o których mowa w ust. 4-5, są liczone od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną obejmującą Specjalistyczne Procedury Ambulatoryjne i/lub Usługi szpitalne.

7. Usługi medyczne wykonywane są wyłącznie na rzecz osób zgłoszonych przez Ubezpieczającego jako Ubezpieczeni.

§ 5.

ZAWARCIE UMOWY I CZAS JEJ TRWANIA

1. Umowa zostaje zawarta na okres jednego roku (12 miesięcy).
2. Jeżeli co najmniej 3 miesiące przed upływem terminu, na jaki została zawarta Umowa, Ubezpieczyciel lub Ubezpieczający nie poinformuje drugiej strony na piśmie, że nie przedłuży umowy na kolejny okres, z zastrzeżeniem §10 ust. 6 i 7, Umowa zostaje automatycznie przedłużona na kolejny taki sam okres.
3. W przypadku automatycznego przedłużenia Umowy, Usługi medyczne określone w Umowie przysługują Ubezpieczonym na zasadach dotychczasowych.
4. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał przed zawarciem Umowy. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia Umowy mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
5. W czasie trwania Umowy, Ubezpieczający obowiązany jest zgłaszać zmiany okoliczności wymienionych w ust. 4.. Ubezpieczający obowiązany jest zawiadamiać Ubezpieczyciela o tych zmianach niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
6. Obowiązki określone w ust. 4 i 5 spoczywają także na Ubezpieczonym.

7. 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 i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
8. Zawierając Umowę, Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczycielowi dane Ubezpieczonych ze wskazaniem, właściwego dla każdego Ubezpiezonego, Programu Opieki Medycznej. Dane Ubezpieczonych obejmują: imię, nazwisko, numer PESEL, datę urodzenia, płeć, adres zameldowania, zamieszkania lub pobytu z kodem pocztowym („Dane Osobowe do Celów Medycznych”).
9. Warunkiem objęcia ochroną w ramach Umowy, jest wypełnienie przez Ubezpiezonego i doręczenie Ubezpieczającemu Deklaracji przystąpienia, która dostępna jest do pobrania na stronie www.medicover.pl.
10. Ubezpieczyciel może odmówić zawarcia Umowy albo odmówić zgody na objęcie ochroną osoby zgłaszanej do ubezpieczenia.
11. Przepisy ust. 8 – 10 stosuje się odpowiednio w razie obejmowania Ubezpiezonego ochroną w trakcie trwania Umowy.
12. Ochrona w stosunku do Ubezpiezonego rozpoczyna się w dniu wskazanym przez Ubezpieczającego jako Data rozpoczęcia ochrony, z zastrzeżeniem ust. 13 oraz po upływie Okresu karencji.
13. Warunkiem rozpoczęcia ochrony jest przekazanie przez Ubezpieczającego danych, o których mowa w ust. 8, 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 rozpoczyna się nie wcześniej niż po upływie 4 dni roboczych od dnia przekazania danych przez Ubezpieczającego.
14. Przepis ust. 12 stosuje się odpowiednio w razie obejmowania ochroną w trakcie trwania Umowy.
15. Po rozpoczęciu ochrony Ubezpieczyciel będzie dostarczał Ubezpieczonym za pośrednictwem Ubezpieczającego pakiety powitalne w jednej z trzech dostępnych form:
 - Papierowy - List powitalny z indywidualnym numerem karty pacjenta oraz kartą plastikową
 - Ekologiczny - List powitalny z indywidualnym numerem karty pacjenta
 - Elektroniczny - List powitalny w formie elektronicznej wysyłany mailowo na wskazany przez Ubezpieczającego adres email Ubezpiezonego oraz SMS powitalny na wskazany przez Ubezpieczającego numer telefonu Ubezpiezonego.

Domyślną formą pakietu powitalnego jest elektroniczny pakiet powitalny, przy czym Ubezpieczający ma prawo zmienić formę pakietu powitalnego informując o tym mailowo Ubezpieczyciela. W przypadku braku danych kontaktowych niezbędnych do dostarczenia elektronicznego pakietu powitalnego (adresu e-mail i/lub numer telefonu Ubezpiezonego) pakiet powitalny nie zostanie dostarczony. Pakiety powitalne w formie papierowej i elektronicznej dostarczane są Ubezpieczonym za pośrednictwem Ubezpieczającego. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zmiany formy pakietu powitalnego bądź wzoru dostarczanych materiałów pakietu powitalnego w każdym czasie trwania Umowy bez konieczności informowania o tym Ubezpieczającego.

§ 6 ODSTĄPIENIE OD UMOWY

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy, składając Ubezpieczycielowi oświadczenie woli w tej sprawie. W takim wypadku ochrona udzielana jest do dnia, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczającego pisemne oświadczenie woli o odstąpieniu od Umowy.
2. Odstąpienie od Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony.

§ 7 ROZWIĄZANIE UMOWY

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy wygasa w stosunku do Ubezpiezonego:
 - a) z dniem rozwiązania Umowy lub
 - b) z pierwszym dniem miesiąca rozpoczynającego kolejny okres obowiązywania Umowy, jeżeli Ubezpieczający nie zaakceptuje zmiany wysokości Składki, zgodnie z § 10 lub
 - c) z chwilą śmierci Ubezpiezonego lub
 - d) z ostatnim dniem kolejnego miesiąca, za który zapłacono Składkę i w którym:
 - Ubezpieczony ukończył 67. rok życia (w przypadku Programów Senior 75 lub 85 rok życia w zależności od wybranego Programu Opieki Medycznej)
 - Ubezpieczony, będący dzieckiem Ubezpiezonego Głównego, ukończył 25. rok życia, lub
 - e) z ostatnim dniem miesiąca, w którym pomiędzy Ubezpieczonym Głównym a Ubezpieczającym ustał stosunek prawny, o którym mowa w § 2 pkt 18, lub
 - f) z dniem wypowiedzenia Umowy w stosunku do Ubezpiezonego zgodnie z ust. 6.
2. Wygaśnięcie ochrony względem Ubezpiezonego Głównego, powoduje wygaśnięcie tej ochrony w stosunku do pozostałych wskazanych przez niego Ubezpieczonych, w ostatnim dniu okresu, za który została zapłacona Składka.
3. Wygaśnięcie ochrony względem Ubezpiezonego powoduje, że wszelkie Usługi medyczne zlecone a niewykonane w trakcie trwania ochrony, nie są realizowane na koszt Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. Jeżeli w przypadku, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczony korzysta z Usługi szpitalnej, ochrona wygasa z dniem spełnienia tego świadczenia, jednak nie później niż w terminie jednego miesiąca od dnia wygaśnięcia ochrony.
5. Po upływie 12 miesięcy obowiązywania Umowy, może być ona w każdym czasie wypowiedziana na piśmie przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczyciela z zachowaniem 3 miesięcznego okresu wypowiedzenia liczonego od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zostało złożone pisemne wypowiedzenie. Wypowiedzenie Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty Składki za okres wypowiedzenia.
6. Umowa 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 § 8 ust. 1.
7. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę ze skutkiem natychmiastowym w razie podjęcia uchwały o likwidacji Ubezpieczającego.
8. W okresie wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego, Składka nie może być niższa niż 80% średniej arytmetycznej Składki z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających datę złożenia wypowiedzenia.

**§ 8
ZMIANY W UMOWIE**

1. Ubezpieczający jest uprawniony do zmiany liczby Ubezpieczonych oraz wybranych Programów Opieki Medycznej, w dowolnym czasie trwania Umowy. Zgłoszenie zmiany przez Ubezpieczającego powinno nastąpić nie później niż z 4-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. Zmiana, o której mowa w ust. 1, dotycząca zwiększenia liczby Ubezpieczonych lub zmiany Programów Opieki Medycznej, wywiera skutki prawne z dniem wskazanym przez Ubezpieczającego.
3. Zmiana, o której mowa w ust. 1, dotycząca zmniejszenia liczby Ubezpieczonych, wywiera skutki prawne od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczyciel otrzymał zawiadomienie o zmianie.
4. Do dnia dokonania zmiany Programu Opieki Medycznej, o której mowa w ust. 2, Ubezpieczony ma prawo do korzystania z Usług medycznych objętych Programem Opieki Medycznej wybranym uprzednio.
5. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić rozszerzenia Programu Opieki Medycznej bez podania przyczyny.
6. W przypadku zmiany Programu Opieki Medycznej i/lub zmiany liczby Ubezpieczonych, Ubezpieczyciel dokona korekty wysokości należnej składki w następujący sposób:
 - a) W przypadku, gdy częstotliwość płatności składki jest miesięczna - zwiększenie lub zmniejszenie liczby Ubezpieczonych i poszerzenie lub zawężenie Programu Opieki Medycznej zostanie uwzględnione w kolejnej fakturze wystawionej po dniu, od którego zmiany obowiązują zgodnie z postanowieniami OWU;
 - b) W przypadku, gdy częstotliwość płatności składki jest dłuższa niż jeden miesiąc - ww. zmiany zostaną uwzględnione w fakturze wystawionej nie później niż w terminie 45 dni od dnia, od którego zmiany obowiązują zgodnie z postanowieniami OWU.

**§ 9
ŚWIADCZENIA**

1. Ubezpieczonemu przysługują Usługi medyczne objęte wybranym Programem Opieki Medycznej, które mogą być zrealizowane w Placówce Medycznej Medicover, o ile będą istniały wskazania medyczne do udzielenia Usług Medycznych.
2. W celu uzyskania Usługi medycznej Ubezpieczony powinien:
 - a) 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,
 - b) 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 6 godzin przed jej terminem,
 - c) okazać dokument tożsamości ze zdjęciem w Placówce Medycznej Medicover dla potwierdzenia tożsamości Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel zastrzega, że w przypadku braku możliwości identyfikacji tożsamości Ubezpieczonego, Placówka Medyczna Medicover może odmówić udzielenia Usługi medycznej, za wyjątkiem stanu zagrożenia życia Ubezpieczonego,

- d) przestrzegać regulaminu Placówki Medycznej Medicover oraz zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od jej personelu.
3. Usługi Szpitalne i Specjalistyczne Procedury Ambulatoryjne podlegają autoryzacji przez Ubezpieczyciela w celu weryfikacji czy są one należne Ubezpieczonemu. Ubezpieczony otrzyma potwierdzenie od Ubezpieczyciela czy dana Usługa Szpitalna lub Specjalistyczna Procedura Ambulatoryjna przysługuje mu w ramach Umowy.

**§ 10
SKŁADKA**

1. Składka jest opłacana przez Ubezpieczającego z góry, w wysokości i w terminach określonych w Umowie.
2. Składka może być opłacana: miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub raz w roku. Składka jest płatna w formie przelewu, polecenia zapłaty lub obciążenia rachunku karty płatniczej.
3. Wszelkie płatności Ubezpieczający dokonywać będzie na rachunek bankowy Ubezpieczyciela. Za datę zapłaty Składki uznaje się dzień uznania rachunku bankowego Ubezpieczyciela pełną kwotą Składki. Ubezpieczający pokrywa wszelkie koszty opłat i prowizji bankowych związanych z zapłatą składki w ramach polecenia zapłaty, przelewu lub karty kredytowej, także związanych z ewentualnym brakiem środków na rachunku Ubezpieczającego w dniu płatności.
4. Ubezpieczyciel alokuje wpłacone składki w następującej kolejności:
 - a) Zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczającego
 - b) Jeżeli wskazanie Ubezpieczającego jest nieprecyzyjne (np. wartość przelewu jest mniejsza lub większa niż suma faktur, które Ubezpieczający wskazał jako zapłacone) lub jeśli Ubezpieczający nic nie wskaże w opisie przelewu, wówczas Ubezpieczyciel będzie alokował taką wpłatę na najdawniej wymagalną należność wobec Ubezpieczającego i następnie chronologicznie od najstarszej do najmłodszej wymagalnej należności, aż do wyczerpania wartości takiej płatności.
 - c) W każdym momencie Ubezpieczyciel będzie miał prawo do alokacji wpłaconej składki w pierwszej kolejności na należne odsetki za zwłokę, zgodnie z wystawionymi stosownymi notami obciążeniowymi. Pozostałą część wpłaconej składki Ubezpieczyciel będzie alokował zgodnie z zasadami wskazanymi w pkt. a i b powyżej.
5. Jeżeli Umowa nie wchodzi w życie z pierwszym dniem miesiąca, to pierwsza faktura obejmuje okres od dnia, w którym Umowa weszła w życie, do ostatniego dnia danego miesiąca.
6. Wysokość Składki jest ustalana przez Ubezpieczyciela na każdy okres trwania Umowy. Ubezpieczyciel zastrzega sobie możliwość zmiany wysokości Składki na kolejny okres Umowy, informując o tym na piśmie Ubezpieczającego nie później niż miesiąc przed upływem terminu, na jaki została zawarta Umowa.
7. Jeżeli Ubezpieczający, po otrzymaniu od Ubezpieczyciela informacji o zmianie wysokości Składki na kolejny okres, doręczy Ubezpieczycielowi najpóźniej na 7 dni przed upływem terminu, na jaki została zawarta Umowa, pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na zaproponowaną przez Ubezpieczyciela wysokość Składki, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy.
8. Nedoręczenie Ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości Składki w terminie określonym w ust. 7, będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie Umowy na kolejny okres, z nową wysokością Składki zaproponowaną przez Ubezpieczyciela.

9. Częstotliwość opłacania Składki może być zmieniona na wniosek Ubezpieczającego złożony Ubezpieczycielowi. Warunkiem zmiany częstotliwości opłacania Składki jest zapłacenie całości Składki należnej za okres poprzedzający wprowadzenie tych zmian.
10. Jeżeli Składka nie została zapłacona w terminie określonym w Umowie, mimo uprzedniego wezwania do zapłaty w dodatkowym terminie 7 dni, do momentu zapłaty zaległej Składki, ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona do udzielania Usług medycznych związanych z Nieszczęśliwym wypadkiem lub Nagłym zachorowaniem.
11. Jeśli Ubezpieczony jest objęty Programem Opieki Medycznej z opcją z dopłatami, korzystając z usług medycznych zobowiązany jest do wnoszenia opłat zgodnie z poziomem dopłaty wskazanym w Programie Opieki Medycznej. Opłaty są pokrywane przez Ubezpieczonego w następujący sposób:
 - a) w przypadku uzyskania Usługi medycznej w Centrum Medicover, w Centrum Medycznym Damiana, Szpitalu Medicover – opłata jest pobierana przed wykonaniem Usługi medycznej (gotówką lub kartą płatniczą),
 - b) w przypadku uzyskania Usługi medycznej w Placówce Medycznej Medicover poza Centrum Medicover, Centrum Medycznym Damiana, Szpitalem Medicover – opłata jest pobierana przed wykonaniem Usługi medycznej (gotówką lub kartą płatniczą) lub Ubezpieczony jest obciążany opłatą po realizacji Usługi medycznej, w terminie do 30 dni, od chwili gdy Medicover Sp. z o. o. zostanie poinformowany o realizacji usługi medycznej przez faktycznego świadczeniodawcę tej usługi. Ubezpieczony obowiązany jest do zapłaty należności, w terminie 14 dni od chwili otrzymania faktury wystawionej przez Medicover Sp. z o. o., dostarczonej na adres korespondencyjny Ubezpieczonego.

§ 11 PRAWA I OBOWIĄZKI STRON

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany doręczyć Ubezpieczającemu tekst OWU razem z Umową.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany:
 - a) doręczyć Ubezpieczonemu, na piśmie lub jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę na innym trwałym nośniku, OWU wraz ze Skorowidzem przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej oraz zgody na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej,
 - b) doręczyć Ubezpieczonemu, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej oraz zgody na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej, na piśmie lub jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę na innym trwałym nośniku, informację o Programie Opieki Medycznej, którym są objęci. Informacja o Programie Opieki Medycznej jest zamieszczona także w aplikacji Medicover OnLine znajdującej się na stronie internetowej www.medicover.pl, do której Ubezpieczeni otrzymują dostęp od Daty rozpoczęcia ochrony. Informacje zawarte w aplikacji Medicover OnLine nie stanowią części niniejszej Umowy,
 - c) poinformować Ubezpieczonych o zmianie, o której mowa w § 8,
 - d) informować Ubezpieczyciela o zmianach danych, o których mowa w § 5 ust. 8,
 - e) wskazać osobę odpowiedzialną za wykonanie Umowy w imieniu Ubezpieczającego (osoba kontaktowa), a także poinformować Ubezpieczonych o wyznaczeniu oraz każdej zmianie takiej osoby,
 - f) zebrać od Ubezpieczonych i przechowywać wypełnione i podpisane Deklaracje przystąpienia oraz niezwłocznie

udostępniać je Ubezpieczycielowi na pierwsze jego żądanie.

- g) poinformować Ubezpieczonych o opłatach związanych z korzystaniem z usług medycznych – w przypadku wyboru Programu Opieki Medycznej z opcją z dopłatami.
3. Ubezpieczający za pośrednictwem Ubezpieczającego zobowiązany jest przekazać Ubezpieczycielowi wszelkie pełne i prawdziwe informacje, które są wymagane w celu realizacji Umowy.
4. W przypadku wyboru Programu Opieki Medycznej w opcji z dopłatami, Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczonych o opłatach związanych z korzystaniem z usług medycznych.

§ 12 POSTĘPOWANIE W SPRAWACH SKARG I ZAŻALEŃ

1. Od decyzji Ubezpieczyciela w sprawach związanych z zawarciem, wykonaniem i rozwiązaniem Umowy, Ubezpieczającemu i/lub Ubezpieczonemu przysługuje prawo wniesienia odwołania do Zarządu Ubezpieczyciela za pośrednictwem Oddziału w Polsce.
2. Odwołania mogą być składane w formie pisemnej – osobiście w jednostce Ubezpieczyciela, obsługującej klientów, albo przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe na adres Medicover Försäkrings AB (publ.) Spółka Akcyjna – Oddział w Polsce, Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa.
3. Odwołania są rozpatrywane w terminie jednego miesiąca od daty ich otrzymania. Decyzja Ubezpieczyciela podjęta w wyniku odwołania jest ostateczna. O swojej decyzji Ubezpieczyciel powiadamia Ubezpieczającego i/lub Ubezpieczonego na piśmie, listem poleconym, chyba że Ubezpieczający i/lub Ubezpieczony wyraził zgodę na poinformowanie go drogą elektroniczną.
4. Ubezpieczający lub Ubezpieczony, w innych sprawach niż opisane w ust. 1, mogą zgłaszać skargi i zażalenia do Zarządu Ubezpieczyciela za pośrednictwem Oddziału w Polsce.
5. Skargi i zażalenia są rozpatrywane w terminie jednego miesiąca od daty ich otrzymania, a o sposobie ich rozpatrzenia osoba, która je złożyła, jest informowana niezwłocznie po ich rozpatrzeniu.
6. O zakwalifikowaniu otrzymanego pisma jako odwołania bądź skargi lub zażalenia decyduje treść otrzymanego pisma.
7. Spór między Ubezpieczającym i/lub Ubezpieczonym a Ubezpieczycielem może być zakończony w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami a podmiotami rynku finansowego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
8. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla siedziby lub miejsca zamieszkania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.
9. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
10. Niezależnie od powyższego Ubezpieczający i/lub Ubezpieczony może składać skargi i zażalenia na działalność Ubezpieczyciela do uprawnionych organów, w tym Komisji Nadzoru Finansowego lub Rzecznika Finansowego.

§ 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane wzajemnie do stron będą uznane za otrzymane:
 - a) w przypadku wysłania faksem lub e-mailem - w momencie potwierdzenia otrzymania faksu lub e-mailu przez drugą stronę faksem lub e-mailem;

- b) w przypadku wysłania listem poleconym (za zwrotnym potwierdzeniem odbioru) - w dniu potwierdzenia odbioru przez drugą stronę;
 - c) w przypadku osobistego dostarczenia - w momencie złożenia, za potwierdzeniem odbioru, drugiej stronie.
2. Ubezpieczyciel, Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są informować się wzajemnie na piśmie o zmianie adresu. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane do Ubezpieczyciela, powinny być przesyłane na adres Ubezpieczyciela wskazany w Umowie, o ile Ubezpieczyciel nie zawiadomił Ubezpieczającego o zmianie adresu.
 3. Roszczenia z tytułu Umowy nie mogą być przedmiotem cesji w rozumieniu przepisów art. 509 i następnych Kodeksu Cywilnego ani zastawu w rozumieniu art. 327 i następnych Kodeksu Cywilnego.
 4. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy.
 5. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

**§ 14
ZAŁĄCZNIKI**

Załącznik nr 1 do OWU stanowi wykaz dostępnych Programów Opieki Medycznej i Zakresów ubezpieczenia.

Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu z dnia 13.06.2016 r. Zostają wprowadzone do obrotu z dniem 01.08.2016 r. i mają zastosowanie do Umów zawartych od tej daty.

Fredrik Ragmark



Prezes Zarządu

Stephen Kennedy



Członek Zarządu
Dyrektor Wykonawczy

Programy Opieki Medycznej:

1. Program Podstawowy

Program Podstawowy składa się z poniższych Zakresów ubezpieczenia:

- Pogotowie Ratunkowe / Pogotowie Ratunkowe (bez transportu medycznego) / Transport medyczny lokalny (jeden z zakresów do wyboru)
- Opieka Podstawowa / Opieka Podstawowa 10 wizyt / Opieka Podstawowa – opcja z dopłatami / Opieka Podstawowa 10 wizyt - opcja z dopłatami (jeden z zakresów do wyboru)

2. Program Specjalistyczny

Program Specjalistyczny obejmuje Zakresy wchodzące w skład Programu Podstawowego oraz dodatkowo Zakres ubezpieczenia:

- Wybrani Specjaliści / Specjaliści – 10 wizyt / Wszyscy Specjaliści / Wybrani Specjaliści – opcja z dopłatami / Specjaliści 10 wizyt – opcja z dopłatami / Wszyscy Specjaliści – opcja z dopłatami (jeden z zakresów do wyboru)

3. Program Specjalistyczny Plus

Program Specjalistyczny Plus obejmuje Zakresy wchodzące w skład Programu Specjalistycznego oraz dodatkowo Zakres ubezpieczenia:

- Specjalistyczne Procedury Ambulatoryjne

4. Program Szpitalny

Program Szpitalny obejmuje Zakresy wchodzące w skład Programu Specjalistycznego Plus oraz dodatkowo:

- Wypadkowa Opieka w Szpitalu i Transport Sanitarny
- Opieka w Szpitalu – Podstawowa / Opieka w Szpitalu – Ogólna / Opieka w Szpitalu – Rozszerzona / (jeden z zakresów do wyboru)

Do wyżej opisanych Programów Opieki Medycznej możliwe są dołączenia poniższe Zakresy ubezpieczenia:

- Medycyna Pracy
- Profilaktyka Osobista – Szczepienia przeciwko Grypie / Profilaktyka Osobista – Szczepienia przeciwko Grypie – opcja z dopłatami
- Profilaktyka Osobista – Szczepienia Podstawowe Dorośli i Dzieci / Profilaktyka Osobista – Szczepienia Podstawowe Dorośli i Dzieci – opcja z dopłatami
- Profilaktyka Osobista – Szczepienia Podstawowe Dorośli i Dzieci (tylko WZW B) / Profilaktyka Osobista – Szczepienia Podstawowe Dorośli i Dzieci (tylko WZW B) – opcja z dopłatami
- Profilaktyka Osobista – Szczepienia Podstawowe Dorośli i Dzieci (tylko WZW A i B) / Profilaktyka Osobista – Szczepienia Podstawowe Dorośli i Dzieci (tylko WZW A i B) – opcja z dopłatami
- Profilaktyka Osobista – Szczepienia Rozszerzone Dorośli i Dzieci / Profilaktyka Osobista – Szczepienia Rozszerzone Dorośli i Dzieci – opcja z dopłatami
- Profilaktyka Osobista – Szczepienia Dodatkowe Dzieci / Profilaktyka Osobista – Szczepienia Dodatkowe Dzieci – opcja z dopłatami
- Profilaktyka Osobista – Szczepienia Rozszerzone Dzieci / Profilaktyka Osobista – Szczepienia Rozszerzone Dzieci – opcja z dopłatami
- Profilaktyka Osobista – Przegląd Zdrowia Dorośli

- Opieka w Miejscu Zachorowania – wskazania medyczne / Opieka w Miejscu Zachorowania – wskazania medyczne – opcja z dopłatami
- Opieka w Miejscu Zachorowania – bez wskazań medycznych / Opieka w Miejscu Zachorowania – bez wskazań medycznych – opcja z dopłatami
- Opieka w Miejscu Zachorowania – 4/6/10 wizyty ze wskazań medycznych / Opieka w Miejscu Zachorowania – 4/6/10 wizyty ze wskazań medycznych – opcja z dopłatami
- Stomatologia Minima, Stomatologia Prima, Stomatologia Optima, Stomatologia Maxima (jeden z zakresów do wyboru)
- Opieka w Podróży 50/75/100/125 (jeden z zakresów do wyboru)
- Fizjoterapia 10/15/20/25/30/BO (jeden z zakresów do wyboru)
- Dodatkowa Opinia Medyczna
- 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 – Medcover Wellness
- Profilaktyka Twojej Firmy – Medcover Health

Zakresy ubezpieczenia stanowiące odrębne Programy Opieki Medycznej:

- Medycyna Pracy
- Sieć – Medycyna Pracy
- Sieć – Program Standard
- Sieć – Program Profit
- Sieć – Program Plus
- Program Profit Plus
- Program Profit Standard
- Program Profit Plus
- Program Senior Korporacyjny