

# Ubezpieczenie zdrowia

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym



**Przedsiębiorstwo:**  
UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.,  
Polska

**Produkt:**  
Ogólne warunki ubezpieczenia Pakiet Medyczny dla  
Klientów Banków Spółdzielczych – indeks MEDBS/2021/03

Pełne informacje podawane przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i informacje dotyczące Umowy ubezpieczenia podane są w innych dokumentach, w szczególności w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Pakiet Medyczny dla Klientów Banków Spółdzielczych – indeks MEDBS/2021/03, zatwierdzonych uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r. (dalej: OWU).

## Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenia osobowe i majątkowe w następujących grupach ryzyk według załącznika do ustawy z 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej; Dział II: Grupa 2 – Ubezpieczenie choroby: (1) świadczenia jednorazowe; (2) świadczenia powtarzające się; (3) świadczenia kombinowane.



### Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Ochrona ubezpieczeniowa jest dostępna w dwóch pakietach: Pakiecie indywidualnym i Pakiecie rodzinnym. Zakres ochrony ubezpieczeniowej jest uzależniony od wybranego pakietu i wariantu ubezpieczenia i obejmuje:

#### Pakiet indywidualny

- ✓ Medyczna platforma informacyjna; bez limitu świadczeń;
- ✓ Wizyta lekarza pierwszego kontaktu w Miejscu pobytu Ubezpieczonego lub u lekarza specjalisty (organizacja + pokrycie kosztów); limit świadczeń 4 zdarzenia w Okresie ubezpieczenia, maks. 2 wizyty na zdarzenie;
- ✓ Dostarczenie leków (organizacja + pokrycie kosztów); limit świadczeń 4 zdarzenia w Okresie ubezpieczenia, maks. 2 razy na zdarzenie;
- ✓ Refundacja leków (tylko po dostarczeniu); limit świadczeń 2 razy w Okresie ubezpieczenia, maks. 300 zł;
- ✓ Wizyty u lekarza rehabilitacji (organizacja + pokrycie kosztów); limit świadczeń 2 razy w Okresie ubezpieczenia: zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty;
- ✓ Wizyty fizjoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego (organizacja + pokrycie kosztów); limit świadczeń 2 razy w Okresie ubezpieczenia, maks. 3 h na 1 wizytę;
- ✓ Sprzęt rehabilitacyjny (organizacja + pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia); limit świadczeń 1 raz w Okresie ubezpieczenia, maks. 300 zł;
- ✓ Transport medyczny (organizacja + pokrycie kosztów):
  - z miejsca zamieszkania do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego,
  - pomiędzy placówkami na polecenie lekarza prowadzącego,
  - z placówki do domu,limit świadczeń 2 razy w Okresie ubezpieczenia dla każdego z rodzajów transportu;
- ✓ Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego (organizacja + pokrycie kosztów); limit świadczeń 2 razy w Okresie ubezpieczenia;
- ✓ Badania; limit świadczeń: na podstawie skierowania Centrum Alarmowego lub lekarza prowadzącego, limit 10 badań w Okresie ubezpieczenia, w zakresie:
  - badania laboratoryjne,
  - badania obrazowe – RTG,
  - badania obrazowe – USG,
  - diagnostyka kardiologiczna (EKG, Holter EKG, Holter RR, echo serca, próba wysiłkowa),
  - spirometria,
  - badanie histopatologiczne wycinka,
  - audiogram.

#### Pakiet rodzinny

- ✓ Medyczna platforma informacyjna; bez limitu świadczeń;
- ✓ Wizyta lekarza pierwszego kontaktu w Miejscu pobytu Ubezpieczonego lub u lekarza specjalisty (organizacja + pokrycie kosztów); limit świadczeń 10 wizyt w Okresie ubezpieczenia, w tym najwyżej 3 wizyty domowe pediatry, 1 wizyta na zdarzenie;



### Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ Pobytu w szpitalu.
- ✗ Śmierci.
- ✗ Następstw nieszczęśliwych wypadków.
- ✗ Niezdolności do pracy.



### Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe na skutek:

- ! spożycia przez Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera, lub Dziecko alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia alkoholu we krwi przynajmniej 0,2‰ albo do obecności alkoholu w wydychanym powietrzu przynajmniej 0,1 mg w 1 dm<sup>3</sup>;
- ! zażycia przez Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera, lub Dziecko narkotyków, lub innych środków o działaniu odurzającym lub psychotropowym, lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza.

Wyłączenia szczególne dotyczące Nagłego zachorowania:

- ! z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są konsultacje i badania o charakterze profilaktycznym, kontrolnym, badania okresowe niepozostające w bezpośrednim związku z Nagłym zachorowaniem, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia.

Wyłączenia szczególne dotyczące Refundacji kosztów leków:

- ! z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są koszty leków, które Ubezpieczony przyjmuje na stałe w związku ze zdiagnozowanymi chorobami przewlekłymi, jeśli po zjściu Nagłego zachorowania nie miała miejsca zmiana substancji czynnej, wielkości dawki lub sposobu dawkowania;
- ! z zakresu ubezpieczenia wyłączone są koszty leków, które nie zostały przepisane podczas wizyty u lekarza zorganizowanej przez Centrum Alarmowe Towarzystwa.

Wyłączenia dotyczące organizacji świadczeń i pokrycia ich kosztów:

- ! Towarzystwo nie pokrywa kosztów świadczeń medycznych, do wykonania których Ubezpieczony miał zalecenie lekarskie przed Okresem ubezpieczenia;
- ! Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za brak organizacji i pokrycia kosztów świadczenia, jeśli Ubezpieczony nie dostarczył dokumentacji medycznej lub innych wskazanych przez Towarzystwo dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności wobec zgłoszonego zdarzenia lub odmawia współpracy z Centrum Alarmowym Towarzystwa, co skutkuje brakiem możliwości realizacji świadczenia;
- ! Towarzystwo nie pokrywa kosztów świadczeń medycznych, jeśli zostały one zorganizowane samodzielnie przez Ubezpieczonego bez porozumienia z Centrum Alarmowym Towarzystwa, chyba że kontakt z Centrum Alarmowym Towarzystwa był niemożliwy z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego.



## cd. Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Dostarczenie leków (organizacja + pokrycie kosztów); limit świadczeń 5 razy w Okresie ubezpieczenia, maks. 2 razy na zdarzenie;
- ✓ Refundacja leków (tylko po dostarczeniu); limit świadczeń 2 razy w Okresie ubezpieczenia, maks. 300 zł;
- ✓ Wizyta u lekarza rehabilitacji (organizacja + pokrycie kosztów); limit świadczeń 5 razy w Okresie ubezpieczenia: zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty;
- ✓ Wizyta fizjoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego (organizacja + pokrycie kosztów); limit świadczeń 6 razy w Okresie ubezpieczenia, maks. 3 h na 1 wizytę;
- ✓ Sprzęt rehabilitacyjny (organizacja + pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia); limit świadczeń 3 razy w Okresie ubezpieczenia, maks. 300 zł;
- ✓ Transport medyczny (organizacja + pokrycie kosztów):
  - z miejsca zamieszkania do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego,
  - pomiędzy placówkami na polecenie lekarza prowadzącego,
  - z placówki do domu;limit świadczeń 4 razy w Okresie ubezpieczenia dla każdego z rodzajów transportu;
- ✓ Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego (organizacja + pokrycie kosztów); limit świadczeń 4 razy w Okresie ubezpieczenia.



## Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Polska.



## Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Ubezpieczający zobowiązany jest:

- opłacać terminowo składkę;
- przekazać Ubezpieczonemu OWU wraz z Informacją o istotnych postanowieniach Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet Medyczny dla Klientów Banków Spółdzielczych – indeks MEDBS/2021/03, stanowiącą integralną część OWU, na piśmie lub, jeśli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku.

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, przed podjęciem działań we własnym zakresie, Ubezpieczony jest zobowiązany:

- niezwłocznie, nie później niż w ciągu 48 godzin od powzięcia wiedzy o zaistnieniu zdarzenia, skontaktować się z Centrum Alarmowym Towarzystwa; podać wszelkie dostępne informacje potrzebne do udzielenia świadczeń medycznych; postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Alarmowego Towarzystwa.



## Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka jest płatna w miesięcznych ratach z góry.

Płatności Składki należy dokonać na rachunek bankowy Towarzystwa za pośrednictwem Agenta: Banku z Grupy Banków Polskiej Spółdzielczości.



## Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Okres trwania Umowy ubezpieczenia rozpoczyna się z chwilą jej zawarcia.

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową.

Umowa ubezpieczenia obejmuje okres kolejnych 12 miesięcy udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo, rozpoczynający się od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową. Umowa ubezpieczenia może zostać automatycznie przedłużona o kolejne 12-miesięczne Okresy ubezpieczenia na tych samych warunkach, o ile żadna ze Stron nie postanowi inaczej, ale nie dłużej niż do końca Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończy 80. rok życia.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem zajścia wcześniejszego ze zdarzeń: w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych – z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia; z upływem okresu, na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia, jeśli nie nastąpiło przedłużenie Umowy ubezpieczenia o kolejny Okres ubezpieczenia; z ostatnim dniem okresu, za który została opłaconą Składka, w przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia na skutek jej wypowiedzenia przez Ubezpieczającego; z ostatnim dniem dodatkowego 7-dniowego terminu na zapłatę Składki wskazanym przez Towarzystwo w dodatkowym wezwaniu do zapłaty, w przypadku niezapłacenia w terminie kolejnej raty Składki; z upływem Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończył 80. rok życia; z dniem śmierci Ubezpieczonego; w stosunku do Współmałżonka/Partnera – z dniem śmierci Współmałżonka/Partnera; z upływem Okresu ubezpieczenia, w którym Współmałżonek/Partner ukończył 80. rok życia; w stosunku do Dziecka – z dniem śmierci Dziecka; z upływem Okresu ubezpieczenia, w którym Dziecko ukończyło 18. rok życia, a w przypadku gdy Dziecko uczy się i pozostaje na utrzymaniu Ubezpieczającego, z upływem Okresu ubezpieczenia, w którym Dziecko ukończyło 25. rok życia.

Okres trwania Umowy ubezpieczenia kończy się z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.



## Jak rozwiązać umowę?

Odstępując od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od niej, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.

Wypowiadając Umowę ubezpieczenia w każdym czasie.

W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia bez jednoczesnej obecności obu Stron przy użyciu środków porozumiewania się na odległość, Ubezpieczający będący konsumentem może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu Umowy ubezpieczenia lub od dnia doręczenia mu informacji, które należy przekazać konsumentowi na podstawie przepisów dotyczących zawierania umów na odległość, jeżeli jest to termin późniejszy.