

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–4, pkt 6, pkt 8, pkt 10–13, pkt 24 pkt 1–19 Katalogu świadczeń zdrowotnych – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Vitalité
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 21–23

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. W formie indywidualnej ubezpieczamy Twoje zdrowie.
2. W formie rodzinnej ubezpieczamy zdrowie: Twoje, współmałżonka albo partnera oraz dziecka (osoby ubezpieczone).
3. Ubezpieczenie obejmuje sytuację, kiedy z powodu stanu zdrowia osoba ubezpieczona potrzebuje skorzystać ze świadczeń zdrowotnych w okresie ochrony.
4. Listę świadczeń zdrowotnych, z których osoby ubezpieczone mogą korzystać, wskazujemy w Katalogu świadczeń zdrowotnych, który jest załącznikiem do tych OWUD.
5. Świadczenia zdrowotne realizujemy przez placówki medyczne, które należą do sieci naszego partnera medycznego. Aktualny wykaz placówek medycznych:
 - 1) znajdziesz na naszej stronie internetowej, lub
 - 2) otrzymasz na infolinii medycznej, której numer telefonu podajemy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

6. Zakres świadczeń zdrowotnych zależy od wariantu ubezpieczenia, który wybierzesz i który potwierdzamy w polisie lub w innym dokumencie.
7. W formie rodzinnej wszystkie osoby ubezpieczone mają ten sam wariant ubezpieczenia co Ty.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– kiedy i na jakich zasadach skorzystasz ze świadczeń zdrowotnych

8. Jeśli z powodu stanu zdrowia osoba ubezpieczona potrzebuje skorzystać ze świadczeń zdrowotnych, udostępniamy je i pokrywamy ich koszty.
9. W polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia wskazujemy początek ochrony, czyli dzień od kiedy można korzystać ze świadczeń zdrowotnych.
10. Aby skorzystać ze świadczenia zdrowotnego, należy:
 - 1) uzgodnić termin jego wykonania:
 - a) na infolinii medycznej, której numer znajdziesz w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, lub telefonicznie bezpośrednio z wybraną placówką medyczną, lub
 - b) za pośrednictwem portalu pacjenta, lub
 - c) bezpośrednio w placówce medycznej;
 - 2) w uzgodnionym terminie przybyć do placówki medycznej i okazać e-Kartę wraz z:
 - a) dowodem osobistym lub innym dokumentem tożsamości ze zdjęciem – w przypadku obywateli polskich,

- b) paszportem lub kartą pobytu – w przypadku osób, które nie posiadają obywatelstwa polskiego.
11. Osoba ubezpieczona, korzystając ze świadczeń zdrowotnych, powinna przestrzegać zasad, które obowiązują w placówkach medycznych oraz zaleceń lekarskich.
 12. Terminy realizacji świadczeń zdrowotnych określamy w załączniku do tych OWUD. Jeśli nie możemy zrealizować świadczenia w tym terminie w sieci partnera medycznego, osoba ubezpieczona może skorzystać z danego świadczenia poza tą siecią.
 13. Żeby skorzystać ze świadczenia zdrowotnego poza siecią placówek partnera medycznego w sytuacji opisanej w pkt 12, należy to uzgodnić na infolinii partnera medycznego. Na tej podstawie partner medyczny zwraca poniesione koszty świadczeń zdrowotnych, jeśli są w zakresie ubezpieczenia.
 14. Koszty są zwracane w maksymalnie 30 dni od daty otrzymania imiennej faktury przez partnera medycznego.

Koniec ochrony ubezpieczeniowej – kiedy kończy się nasza ochrona

15. Poza przypadkami wskazanymi w pkt 28–32 OWU, ochrona z tytułu tych OWUD kończy się:
 - 1) w przypadku śmierci współmałżonka albo partnera lub dziecka – w dniu jego śmierci;
 - 2) w przypadku Twojej śmierci – z dniem śmierci w stosunku do Ciebie, a w stosunku do współmałżonka albo partnera lub dziecka w ostatnim dniu okresu, za który została opłacona składka;
 - 3) w stosunku do Twojego współmałżonka albo partnera z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym ukończył 70. rok życia;
 - 4) w stosunku do dziecka z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym dziecko ukończyło 25. rok życia.

Obowiązki ubezpieczającego – co należy do jego obowiązków w stosunku do nas

16. Ubezpieczający przekazuje nam dokumenty, które dotyczą osób przystępujących do umowy, najpóźniej:
 - 1) do 20. dnia miesiąca – dla osób ubezpieczonych, których okres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ma się rozpocząć 1. dnia kolejnego miesiąca polisy;
 - 2) do 5. dnia miesiąca – dla osób ubezpieczonych, których okres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ma się rozpocząć 15. dnia danego miesiąca polisy.
17. Jeśli ubezpieczający nie dotrzyma terminu wskazanego w pkt 16, nasza ochrona rozpocznie się od pierwszego dnia następnego miesiąca polisy.
18. Ubezpieczający powiadamia nas o zmianach na liście osób ubezpieczonych najpóźniej 10 dni przed początkiem kolejnego miesiąca polisy. Jeżeli nie otrzymamy zgłoszenia, uznajemy, że lista osób z ostatniego miesiąca polisy nie zmienia się.

Zmiana formy lub wariantu ubezpieczenia – kiedy możesz je zmienić

19. Możesz zmienić formę lub wariant ubezpieczenia w każdą rocznicę polisy, a jeśli się zgodzimy – także w innym terminie.
20. Określimy datę, od której zmienimy formę lub wariant ubezpieczenia.

Wyłączenia odpowiedzialności – kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

21. Nie realizujemy świadczeń zdrowotnych z tytułu tych OWUD, jeżeli potrzeba ich wykonania wynika z:
 - 1) niestosowania się do zaleceń lekarskich;
 - 2) leczenia uzależnień;
 - 3) leczenia niepłodności;
 - 4) leczenia wad wrodzonych lub wrodzonych chorób metabolicznych oraz ich następstw;
 - 5) sytuacji wymagających działań w trybie nagłym, w szczególności wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej udzielanej przez pogotowie ratunkowe;
 - 6) leczenia zakażeń wirusem HIV lub zespołu AIDS.

22. Dodatkowo nie przyznamy świadczeń zdrowotnych, jeżeli w okresie 24 miesięcy przed datą podpisania przez Ciebie deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia prowadzono u osoby ubezpieczonej postępowanie diagnostyczno-lecznicze dotyczące następujących chorób lub je zdiagnozowano lub rozpoznano:
 - 1) zawał serca;
 - 2) niewydolność krążenia;
 - 3) udar lub wylew (wewnątrzkrążkowy lub podpajęczynówkowy);
 - 4) nowotwór złośliwy;
 - 5) cukrzyca typu I;
 - 6) marskość wątroby;
 - 7) nosicielstwo wirusa HIV lub AIDS;
 - 8) stwardnienie rozsiane;
 - 9) choroba Alzheimera.
23. Nie odpowiadamy za:

- 1) błędy w sztuce lekarskiej popełnione przez lekarzy placówek medycznych podczas udzielania świadczeń medycznych;
- 2) błędy, które wynikają z nienależycie prowadzonej przez placówki medyczne dokumentacji medycznej, o ile okoliczność ta miała związek z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym;
- 3) utrudnienia, które wynikają z uczestniczenia personelu medycznego – zatrudnionego w placówkach medycznych – w strajkach i akcjach protestacyjnych, polegających na nieudzielaniu świadczeń zdrowotnych lub opóźnieniu w ich realizacji.

Definicje – jak rozumiemy pojęcia w OWUD

24. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
 - 1) **data rozpoczęcia ochrony** – data potwierdzona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, wskazująca od kiedy osoby objęte ochroną mają prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych;
 - 2) **e-Karta Pacjenta (e-Karta)** – imienna karta identyfikacyjna udostępniona w formie elektronicznej przez partnera medycznego za pośrednictwem portalu pacjenta; e-Karta może być wydrukowana lub wyświetlana na urządzeniu mobilnym zapewniającym prawidłowy jej odczyt, i wraz z innymi dokumentami, wskazanymi w OWUD, potwierdza uprawnienie do korzystania ze świadczeń zdrowotnych; Regulamin e-Karty znajduje się na naszej stronie internetowej;
 - 3) **partner medyczny** – podmiot współpracujący z nami w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Vitalité;
 - 4) **placówka medyczna** – publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, działające na terenie Polski na podstawie obowiązujących przepisów prawa, należące do sieci partnera medycznego; w rozumieniu OWUD za placówkę medyczną nie uznajemy ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień (w szczególności od alkoholu, narkotyków, leków), ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego ani spa;
 - 5) **portal pacjenta** – usługa elektroniczna, którą świadczy partner medyczny ubezpieczonym, dostępna pod adresem internetowym wskazanym w regulaminie e-Karty; w ramach tej usługi osoby ubezpieczone mogą m.in. umawiać i odwoływać wizyty, podglądać wizyty zarezerwowane i odbyte oraz wystawione skierowania, mieć dostęp do e-Karty oraz innych funkcjonalności udostępnionych przez partnera medycznego;
 - 6) **świadczenia zdrowotne** – usługi medyczne, określone w Katalogu świadczeń zdrowotnych, który jest załącznikiem do OWUD; do ich realizacji mają prawo osoby ubezpieczone zgodnie z wybranym wariantem ubezpieczenia, który określony jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia;
 - 7) **osoby ubezpieczone** – Ty, współmałżonek lub partner oraz dziecko w zależności od formy ubezpieczenia;
 - 8) **wariant ubezpieczenia** – zakres świadczeń zdrowotnych zdefiniowanych w Katalogu świadczeń zdrowotnych.