



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Kod dokumentu: 186_0116

indeks GNVIT/15/08/01

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Vitalité

Formularz do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Vitalité – indeks GNVIT/15/08/01

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 § 6 § 8 Katalog świadczeń zdrowotnych. Załącznik 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	§ 7

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Vitalité

INDEKS GNVIT/15/08/01

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Vitalité umowę ubezpieczenia można zawrzeć w formie indywidualnej albo rodzinnej. Przedmiotem ubezpieczenia w formie indywidualnej jest zdrowie Ubezpieczonego, a w formie rodzinnej jest zdrowie Ubezpieczonego, współmałżonka bądź partnera oraz dziecka (współubezpieczonych).
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje udostępnienie Ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych i pokrycie kosztów tych świadczeń, realizowanych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, w placówkach medycznych należących do sieci Partnera Medycznego Vitalité.
3. Zakres świadczeń zdrowotnych uzależniony jest od wybranego wariantu ubezpieczenia, który został określony w polisie lub w innym dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku formy rodzinnej współubezpieczeni są objęci tym samym wariantem ubezpieczenia co Ubezpieczony.
5. Zakresem ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 3, objęte są wyłącznie świadczenia medyczne wymienione w Katalogu świadczeń zdrowotnych, stanowiącym załącznik do niniejszych OWUD, w ramach wybranego wariantu ubezpieczenia, wykonywane w placówkach medycznych należących do sieci Partnera Medycznego Vitalité. Wszelkie inne świadczenia medyczne, które nie znajdują się w Katalogu świadczeń zdrowotnych w ramach wybranego wariantu ubezpieczenia, a także te realizowane poza siecią Partnera Medycznego Vitalité, nie są objęte ochroną ubezpieczeniową, z zastrzeżeniem § 6 ust. 3.
6. Świadczenia medyczne realizowane są przez placówki medyczne należące do sieci Partnera Medycznego Vitalité, w rozumieniu niniejszych OWUD, których aktualny wykaz znajduje się na stronie internetowej Towarzystwa. Informacje o aktualnej liście placówek medycznych należących do sieci można również uzyskać na infolinii medycznej, której numer telefonu podany jest w polisie lub w innym dokumencie umowy ubezpieczenia.

! Zakres świadczeń zdrowotnych, z których może korzystać Ubezpieczony lub współubezpieczony, zależy od wybranego wariantu i jest opisany w Katalogu świadczeń zdrowotnych.

Od kiedy jest świadczona ochrona względem Ubezpieczonego lub współubezpieczonego?

§ 2

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD względem danego Ubezpieczonego lub współubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazany w polisie lub w innym dokumencie umowy ubezpieczenia. Od tego dnia Ubezpieczony lub współubezpieczony ma prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych, pod warunkiem uprzedniego otrzymania przez Towarzystwo prawidłowo wypełnionych, niezbędnych dokumentów, w szczególności deklaracji, oraz opłacenia składki należnej za wszystkich Ubezpieczonych.

! Dzień, od którego można korzystać ze świadczeń zdrowotnych, wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie umowy ubezpieczenia.

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa względem poszczególnych Ubezpieczonych lub współubezpieczonych?

§ 3

Poza przypadkami wskazanymi w § 10 OWU „Wygąśnięcie ochrony ubezpieczeniowej” ochrona ubezpieczeniowa z tytułu OWUD, w stosunku do danego Ubezpieczonego lub współubezpieczonego, wygasa:

- 1) w dniu śmierci danego Ubezpieczonego lub współubezpieczonego;
- 2) w przypadku śmierci Ubezpieczonego, z dniem śmierci Ubezpieczonego – w stosunku do Ubezpieczonego, a w stosunku do wskazanych przez niego współubezpieczonych – w ostatnim dniu okresu, za który została opłacona składka;
- 3) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 69. rok życia – w stosunku do Ubezpieczonego i wskazanych przez niego współubezpieczonych;
- 4) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym współubezpieczony będący współmałżonkiem lub partnerem ukończył 69. rok życia;
- 5) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym współubezpieczony będący dzieckiem ukończył 25. rok życia;
- 6) po otrzymaniu przez Towarzystwo od Ubezpieczającego informacji o rezygnacji Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej w ramach niniejszych OWUD – w ostatnim dniu okresu, za który została opłacona składka – w stosunku do Ubezpieczonego i wskazanych przez niego współubezpieczonych.

Jakie są obowiązki Ubezpieczającego względem Towarzystwa?

§ 4

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Towarzystwu wszystkich danych niezbędnych do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia, a w szczególności do przekazywania:
 - 1) deklaracji;
 - 2) listy osób przystępujących i występujących z umowy dodatkowej, w formie poprawnie wypełnionego pliku elektronicznego wg wzoru wskazanego przez Towarzystwo;
 - 3) określonych przez Towarzystwo dokumentów niezbędnych do zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową osób przystępujących do niej.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazania dokumentów, o których mowa w ust. 1, najpóźniej:
 - 1) do 20. dnia miesiąca – dla Ubezpieczonych lub współubezpieczonych, dla których okres ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej ma rozpocząć się 1. dnia kolejnego miesiąca;
 - 2) do 5. dnia miesiąca – dla Ubezpieczonych lub współubezpieczonych, dla których okres ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej ma rozpocząć się 15. dnia danego miesiąca.

3. W przypadku niedotrzymania terminu wskazanego w ust. 2 *Ubezpieczony* lub *współubezpieczony* zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową od pierwszego dnia następnego miesiąca polisy.
4. Jeżeli w terminach wskazanych w ust. 2 nie zostały zgłoszone żadne zmiany, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo uznaje, że stan osób z ostatniego *miesiąca polisy* nie uległ zmianie.

! Ubezpieczający zobowiązany jest powiadomić Towarzystwo o zmianach na liście osób ubezpieczonych lub współubezpieczonych najpóźniej 10 dni przed początkiem kolejnego *miesiąca polisy*. Jeżeli nie zostały zgłoszone żadne zmiany, o których mowa powyżej, uznaje się, że stan osób z ostatniego *miesiąca polisy* nie uległ zmianie.

Kiedy można zmienić formę lub wariant ubezpieczenia?

§ 5

1. Zmiana *formy* lub *wariantu ubezpieczenia* możliwa jest w każdą rocznicę *polisy*, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Za zgodą Towarzystwa zmiana *formy* możliwa jest także w innym terminie niż *rocznica polisy*, pod warunkiem złożenia Towarzystwu przez *Ubezpiezonego* deklaracji.
3. Towarzystwo określi datę, od której *forma ubezpieczenia* zostanie zmieniona.

W jaki sposób realizowane są świadczenia zdrowotne?

§ 6

1. W celu uzyskania *świadczenia zdrowotnego* *Ubezpieczony* lub *współubezpieczony* powinien:
 - 1) uzgodnić termin wykonania *świadczenia zdrowotnego*:
 - a) telefonicznie za pośrednictwem infolinii medycznej 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*;
 - 3) okazać w *placówce medycznej* *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 nieposiadających obywatelstwa polskiego.
2. *Ubezpieczony* lub *współubezpieczony* zobowiązany jest do:
 - 1) przestrzegania zaleceń lekarskich;
 - 2) przestrzegania zasad dotyczących pracy w *placówkach medycznych* w części dotyczącej pacjentów w trakcie realizowania *świadczeń zdrowotnych*.

! W celu skorzystania ze świadczeń należy zadzwonić na infolinię medyczną, której numer znajduje się w *polisie* lub w innym dokumencie *umowy ubezpieczenia*. Istnieje również możliwość umówienia się na konsultację lekarską za pośrednictwem *portalu pacjenta*.

3. W razie braku możliwości realizacji *świadczenia zdrowotnego* objętego zakresem ubezpieczenia w sieci *Partnera Medycznego Vitalité* w terminie wynikającym z załącznika do niniejszych OWUD, *Ubezpieczony* lub *współubezpieczony* ma możliwość skorzystania z danego *świadczenia zdrowotnego* poza siecią *Partnera Medycznego Vitalité*.
4. W sytuacji opisanej w ust. 1 wymagany jest kontakt z infolinią medyczną *Partnera Medycznego Vitalité*, która wskazuje sposób realizacji *świadczenia zdrowotnego*. Na podstawie tego zgłoszenia *Partner Medyczny Vitalité* zwraca poniesione koszty *świadczeń zdrowotnych* objętych zakresem ubezpieczenia.

5. *Ubezpieczony* lub *współubezpieczony* otrzyma zwrot kosztów *świadczeń zdrowotnych* w terminie nie dłuższym niż 30 dni od daty otrzymania faktury przez *Partnera Medycznego Vitalité*.

Kiedy nie zostanie zrealizowane świadczenie zdrowotne?

§ 7

1. *Świadczenia zdrowotne* z tytułu niniejszych OWUD nie zostaną zrealizowane na rzecz *Ubezpiezonego* lub *współubezpiezonego*, 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 realizowanej przez pogotowie ratunkowe;
 - 6) leczenia zakażeń wirusem HIV lub zespołu AIDS.
2. *Ubezpieczonemu* lub *współubezpieczonemu* nie przysługuje dostęp do *świadczeń zdrowotnych* i zwrot kosztów za *świadczenia zdrowotne*, jeżeli w okresie 24 miesięcy, poprzedzających datę podpisania deklaracji przez *Ubezpiezonego*, rozpoznano odpowiednio u *Ubezpiezonego* lub *współubezpiezonego* lub byli oni leczeni z powodu następujących chorób:
 - 1) zawału serca;
 - 2) niewydolności krążenia;
 - 3) udaru lub wylewu (wewnątrzczaszkowego lub podpajęczynówkowego);
 - 4) nowotworu złośliwego;
 - 5) cukrzycy typu I;
 - 6) marskości wątroby;
 - 7) nosicielstwa wirusa HIV lub AIDS;
 - 8) stwardnienia rozsianego;
 - 9) choroby Alzheimera.
3. Towarzystwo nie odpowiada za:
 - 1) błędy w sztuce lekarskiej, popełnione przez lekarzy *placówek medycznych* podczas udzielania *świadczeń medycznych*;
 - 2) błędy wynikające z nienależycie prowadzonej przez *placówkę medyczną* dokumentacji medycznej, o ile okoliczność ta miała związek z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym;
 - 3) utrudnienia wynikające z uczestnictwa personelu medycznego – zatrudnionego w *placówkach medycznych* – w strajkach i akcjach protestacyjnych, polegających na nieudzieleniu *świadczeń zdrowotnych* lub opóźnieniu w realizacji *świadczeń zdrowotnych*.

! Zwróć uwagę na wymienione okoliczności, które wykluczają możliwość otrzymania świadczenia.

Co oznaczają poszczególne pojęcia?

§ 8

- 1) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu *Ubezpiezonego* na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju *Ubezpiezonego*;
- 2) **data rozpoczęcia ochrony** – określony w *polisie* lub w innym dokumencie *umowy ubezpieczenia* dzień, od którego *Ubezpieczony* lub *współubezpieczony* ma prawo do korzystania ze *świadczeń zdrowotnych*;
- 3) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione *Ubezpiezonego* lub jego *współmałżonka* bądź jego *partnera*, które nie ukończyło 25. roku życia;
- 4) **e-Karta Pacjenta (e-Karta)** – imienna karta identyfikacyjna udostępniona w formie elektronicznej *Ubezpieczonemu* lub *współubezpieczonemu*

przez *Partnera Medycznego Vitalité* za pośrednictwem *portalu pacjenta*; *e-Karta* może być wydrukowana lub wyświetlana na urządzeniu mobilnym *Ubezpieczonego* zapewniającym prawidłowy odczyt *e-Karty*, a wraz z innymi dokumentami wskazanymi w OWUD potwierdza uprawnienie *Ubezpieczonego* do korzystania ze *świadczeń zdrowotnych*; Regulamin *e-Karty* znajduje się na stronie internetowej Towarzystwa;

- 5) **forma indywidualna** – forma ubezpieczenia, w której ochroną ubezpieczeniową objęty jest wyłącznie *Ubezpieczony*;
- 6) **forma rodzinna** – forma ubezpieczenia, w której ochroną ubezpieczeniową objęci są *Ubezpieczony*, jego *współmałżonek* bądź *partner* oraz *dzieci*;
- 7) **Partner Medyczny Vitalité** – podmiot współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania *świadczeń zdrowotnych* na rzecz *Ubezpieczonych* w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego *Vitalité*;
- 8) **placówka medyczna** – działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej 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*, na podstawie obowiązujących przepisów prawa, należąca do sieci *Partnera Medycznego Vitalité*; w rozumieniu OWUD za placówkę medyczną nie uważa się

ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, w szczególności od alkoholu, narkotyków, leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, a także ośrodka spa;

- 9) **portal pacjenta** – usługa elektroniczna świadczona przez *Partnera Medycznego Vitalité Ubezpieczonym*, dostępna pod adresem internetowym wskazanym w regulaminie *e-Karty*, w ramach której *Ubezpieczony* lub *współubezpieczony* ma możliwość m.in. umawiania i odwoływania wizyt, podglądu wizyt zarezerwowanych i odbytych oraz wystawionych skierowań, dostępu do *e-Karty* oraz innych funkcjonalności udostępnionych przez *Partnera Medycznego Vitalité*;
- 10) **świadczenia zdrowotne** – usługi medyczne, określone w Katalogu świadczeń zdrowotnych, stanowiącym załącznik do OWUD, do realizacji których ma prawo *Ubezpieczony* lub *współubezpieczony* zgodnie z wybranym *wariantem ubezpieczenia*, określonym w *polisie* lub innym *dokumentacie umowy ubezpieczenia*;
- 11) **wariant ubezpieczenia** – zakres *świadczeń zdrowotnych* zdefiniowanych w Katalogu świadczeń zdrowotnych;
- 12) **współubezpieczeni** – *współmałżonek* bądź *partner* oraz *dziecko*.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 2/23/07/2015 z dnia 23 lipca 2015 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 1 września 2015 r.

Prezes Zarządu

Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

Janusz Arczewski