

INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE „OPIEKA DLA CIEBIE I RODZINY” OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NR 1/2018

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”).

Lp.	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 6, ust 11 - 12 - § 8 ust 1 Załącznik nr. 3 do OWU: - § 5 - § 7 ust. 6 - § 8 - § 10 - § 12 ust. 4 i ust. 5
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżania	- § 4 - § 5 ust 5, 7, 10, 13 i 14 - § 7 - § 8 ust 2 - 3 Załącznik nr. 3 do OWU: - § 5 ust. 1, ust. 3, ust. 4 i ust. 5 - § 7 ust. 1, ust. 4 i ust. 9 - § 9 - § 11

§ 1

POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia Zdrowotnego „Opieka dla Ciebie i Rodziny” (dalej w skrócie „OWU”) Medicover Försäkrings AB (publ.) działające przez Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (zwane dalej „Ubezpieczycielem”) zawiera Umowy ubezpieczenia z osobami fizycznymi.
- Umowa ubezpieczenia może być zawarta na rzecz osoby trzeciej, będącej osobą fizyczną (zwanej dalej „Ubezpieczonym”), na warunkach określonych w Umowie ubezpieczenia.
- Potwierdzeniem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest Polisa wystawiona przez Ubezpieczyciela.
- W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia na rzecz Ubezpieczonego, postanowienia dotyczące Ubezpieczającego stosuje się odpowiednio również do Ubezpieczonego w zakresie ustalonym w odrębnych przepisach, z tym że na Ubezpieczonym nie ciąży obowiązek zapłaty składki, lecz Ubezpieczyciel ma prawo podnosić zarzuty, mające wpływ na jego odpowiedzialność, również przeciwko Ubezpieczonemu.
- Za zgodą stron do Umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone warunki szczególnie odbiegające od postanowień 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.
- Wszelkie regulacje odbiegające od postanowień niniejszych OWU 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 wykonania 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 i/lub rehabilitacji, charakteryzujący się okresami zaostrzenia, zmniejszenia lub czasowego ustąpienia objawów albo 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 ze wszystkich wymienionych stanów.
- Data rozpoczęcia ochrony** – data wskazana w Polisie, od której rozpoczyna się ochrona ubezpieczeniowa.
- Hot Line Medicover** – 24-godzinna usługa telefoniczna, w ramach której Ubezpieczony może uzyskać pomoc w razie Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z przysługującym mu Zakresem ubezpieczenia.
- Implant** – element wykonany z biomateriału, umieszczony w organizmie w celu uzupełnienia lub zastąpienia tkanek narządu (albo jego części) lub w celu spełniania (albo wspomaganie) ich funkcji oraz w celu wykonania danej procedury medycznej. Za implanty uważa się m.in. protezy stawów, sztuczne wieżadła, protezy naczyniowe, filtry naczyniowe, soczewki, stenty metalowe i powlekanie, stimulatory serca.
- Materiały/instrumenty medyczne potrzebne śródoperacyjnie** - elementy wykonane z materiału twardego lub biomateriału umieszczone w organizmie w celu uzupełnienia tkanek narządu lub w celu wspomaganie ich funkcji, a których wprowadzenie jest etapem wykonania danej procedury a nie jej celem.
- Miesiąc ubezpieczenia** – miesiąc rozpoczynający się w Dacie rozpoczęcia ochrony, a następnie w takim samym dniu kolejnego miesiąca Roku ubezpieczeniowego, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu w ostatnim dniu tego miesiąca.
- 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** – nagłe 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. Ubezpieczonym objęte są bezpośrednie następstwa Nieszczęśliwego wypadku, czyli 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 dostępna jest na stronie internetowej www.medicover.pl oraz pod numerem Centrum Obsługi Klienta.
- Okres hospitalizacji** – czas przebywania Ubezpieczonego w Szpitalu liczony w dobach, nie dłuższy niż 60 dni w każdym Roku ubezpieczeniowym, przy czym każda rozpoczęta doba uważana jest za pełną.
- Okres karencji** – okres, w trakcie którego odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w odniesieniu do wskazanych Usług medycznych.
- 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.
- Placówka Medyczna Medicover** – Centra Medicover oraz Placówki Medyczne, z którymi Medicover Sp. z o. o. zawarł umowy o współpracy, w tym Centrum Medyczne Damiana oraz Medi Partner. Wykaz Placówek Medycznych Medicover i zakres Usług medycznych świadczonych w każdej z nich, jest dostępny na stronie internetowej www.medicover.pl oraz pod numerem Centrum Obsługi Klienta.
- Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia.
- Proteza** - element wykonany z materiału sztucznego zastępujący część ciała lub narząd.
- 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 (autoprzyszczep).
- Procedury wyskospecjalistyczne** – diagnostyczne i lecznicze Usługi medyczne wymienione w Zakresie ubezpieczenia wykonywane ze wskazań medycznych, w znieczuleniu miejscowym lub nasiękowym (w okolicę zabiegu) lub krótkotrwałym znieczuleniu dożylnym, ambulatoryjnie lub w trybie hospitalizacji jednodniowej - tzw. chirurgii 1 dnia (maksymalny pobyt do 24 godzin), niewymagające znieczulenia z intubacją dotchawiczą, maską krtaniową lub innym rodzajem znieczulenia wymagającego zapewnienia drożności dróg oddechowych), odbywające się na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza Centrum Medicover. Jeżeli ze względu na wiek lub stan zdrowia Ubezpieczonego oraz zmianę standardów dostarczenia usługi i wytycznych postępowania medycznego Procedura wyskospecjalistyczna będzie wymagała znieczulenia z intubacją dotchawiczą, maską krtaniową lub innym rodzajem znieczulenia wymagającego zapewnienia drożności dróg oddechowych i/lub hospitalizacji przekraczającej 24 godziny, wówczas nie podlega ona zakresowi Procedury wyskospecjalistycznej i w ramach tego zakresu nie będzie świadczona.
- Rok ubezpieczeniowy** – 12 kolejno następujących po sobie miesięcy, począwszy od Daty rozpoczęcia ochrony.

23. **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi od Ubezpieczającego z tytułu Umowy ubezpieczenia.
24. **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).
25. **Szpital Damiana** – Szpital należący do Centrum Medycznego Damiana Sp. z o. o.
26. **Szpital Medicover** – Szpital należący do Medicover Sp. z o. o.
27. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna zawierająca Umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacenia Składki zgodnie z terminami i na warunkach określonych w Umowie ubezpieczenia.
28. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto Umowę ubezpieczenia. W przypadku Zakresu ubezpieczenia Elite, Elite+, Ubezpieczonym może być osoba fizyczna, która nie przekroczyła 75 roku życia.
29. **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU.
30. **Umowa ubezpieczenia rodzinnego** – Umowa ubezpieczenia zawierana na rachunek Ubezpieczonego oraz wskazanego przez niego partnera prowadzącego wspólne gospodarstwo domowe (współmałżonek, konkubent) i/lub wskazanych przez niego dzieci własnych lub przysposobionych (jego i/lub partnera), pozostających z nimi we wspólnym gospodarstwie domowym, które w chwili podpisywania wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia nie ukończyły 18. roku życia.
31. **Uprzednio 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.
32. **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.
33. **Usługa szpitalna** – Usługa medyczna, wymieniona w odpowiednim Zakresie ubezpieczenia, obejmująca proces diagnostyki i/lub leczenia przeprowadzony w warunkach szpitalnych, wymagający stałego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego, odpowiednich zabiegów diagnostycznych i leczniczych. Za Usługę Szpitalną rozumie się również usługi wymienione w zakresie Procedur Wysokospecjalistycznych lub Zabiegów ambulatoryjnych, które z uwagi na wiek lub stan zdrowia Ubezpieczonego oraz zmianę standardów dostarczenia usługi i wytycznych postępowania medycznego, będą wymagały znieczulenia z intubacją dotchawiczą, maską krtaniową lub innym rodzajem znieczulenia wymagającego zapewnienia drożności dróg oddechowych i/lub hospitalizacji przekraczającej 24 godziny.
34. **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, niewymagające 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.
35. **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.
36. **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.
37. **Zabiegi ambulatoryjne** – diagnostyczne i lecznicze Usługi medyczne wymienione w 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 oraz zmianę standardów dostarczenia usługi i wytycznych postępowania medycznego, Zabieg ambulatoryjny będzie wymagał znieczulenia z intubacją dotchawiczą, maską krtaniową lub innym rodzajem znieczulenia wymagającego zapewnienia drożności dróg oddechowych i/lub hospitalizacji, wówczas nie podlega on zakresowi świadczeń w ramach Zabiegów ambulatoryjnych i w ramach tego zakresu nie będzie świadczony.
38. **Zakres ubezpieczenia** – Usługi medyczne przysługujące Ubezpieczonemu w ramach Umowy ubezpieczenia.

§ 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 Zakresem ubezpieczenia i na zasadach określonych w OWU, których potrzeba realizacji pojawia się w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. Zakres ubezpieczenia jest opisany w Załączniku nr I i nr II do OWU.
4. Wszystkie osoby ubezpieczone w ramach jednej Umowy ubezpieczenia rodzinnego, są objęte tym samym Zakresem ubezpieczenia.

5. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zmiany Placówek Medycznych Medicover, w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia, 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.

§ 4

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności (nie udziela ochrony ubezpieczeniowej), 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, chirurgii plastycznej lub rekonstrukcyjnej (z wyjątkiem bezwzględnych wskazań medycznych, gdy niewykonanie danej procedury może stanowić zagrożenie zdrowia fizycznego i/lub życia), medycyny estetycznej lub kosmetyki, w tym także w przypadku, gdy wykonanie powyższych procedur było związane z leczeniem następstw Niezależnego 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:
 - z przeszczepów własnych: ścięgien, chrząstek, skóry, własnych naczyń krwionośnych,
 - przeszczepów alogenicznych: kości mrożonej, opony twardej, których koszt pokrywa Ubezpieczyciel) lub użycia hodowli komórkowych ani 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 Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach lub aktach przemocy, lub w czasie stanu wojennego, wyjątkowego lub stanu klęski żywiołowej,
 - m) uprawianiem amatorsko lub wycyznowo sportów ekstremalnych, tj. sportów, których uprawianie wiąże się z wysokim prawdopodobieństwem doznania kontuzji lub urazu, wymagających ponadprzeciętnych zdolności fizycznych lub psychicznych oraz odpowiedniego przygotowania związanych z:
 - i. wykorzystaniem statków powietrznych (samolotów, balonów, szybowców, paralotni),
 - ii. wykorzystaniem spadochronu, lotni lub paralotni, w tym również wyposażonych w silnik,
 - iii. speleologią i eksploracją jaskiń,
 - iv. uprawianiem jakiegokolwiek sztuki walki,
 - v. nurkowaniem przy użyciu specjalistycznego sprzętu, raftingiem, surfingiem, windsurfingiem, kitesurfingiem
 - vi. wycieczkami samochodowymi i motocyklowymi
 - vii. sportami motorowymi i motorowodnymi, jazdą na nartach i skuterach wodnych, jazdą na quadach,
 - viii. kolarstwem górskim, bobslejami,
 - ix. skokami na linie, bungee, skokami narciarskimi,
 - x. wspinaczką - górską, skałkową, lodową, himalaizmem,
 - xi. narciarstwem oraz jazdą na snowboardzie za wyjątkiem uprawianych rekreacyjnie na wyznaczonych trasach.
 - xii. hippiką za wyjątkiem uprawianej rekreacyjnie w ramach stadniny koni,
 - xiii. 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 lub 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,
 - r) operacyjną korekcją wad wzroku,
 - s) wyspecjalizowanym leczeniem i diagnostyką Chorób wrodzonych, poza opieką ambulatoryjną przysługującą zgodnie z wybranym zakresem ubezpieczenia,
 - t) zakupem i wszczepieniem wszelkich sztucznych organów i/lub narządów,
 - u) 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) wyspecjalizowanych 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 zespolenia kostnych, siatki przepuklinowej.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Usług szpitalnych i Procedur wyspecjalizowanych w czasie trwania okresu karencji.
4. Okres karencji na Usługi szpitalne i Procedury wyspecjalizowane wynosi 90 dni i liczony jest od Daty rozpoczęcia ochrony. Okresu karencji nie stosuje się w odniesieniu do dzieci urodzonych w Szpitalu Medcover i Szpitalu Damiana, z zachowaniem ustaleń § 4 ust. 5, dla których wnioszek o zawarcie ubezpieczenia został złożony przed upływem 30. dnia życia dziecka.
5. Okres karencji na Usługi szpitalne i Procedury wyspecjalizowane, wynikające z Uprzedniego występującego stanu zdrowia, wynosi 12 miesięcy i liczony jest od Daty rozpoczęcia ochrony.
6. Ze względu na rozwój medycyny lub zmianę standardu udzielania usług medycznych (wynikającą z oceny bezpieczeństwa pacjenta i zmniejszania ryzyka powikłań) oraz wytycznych postępowania medycznego i metod wykonywania badań laboratoryjnych, nazwa lub metoda wykonywania usług dostępnych w ramach Zakresu Ubezpieczenia może ulec zmianie. W przypadku pojawienia się nowych usług medycznych (w tym szczepionek), których dostarczenie będzie związane z rozszerzeniem zakresu świadczeń – usługi te nie będą dostępne w ramach Zakresu Ubezpieczenia.

§ 5

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I CZAS JEJ TRWANIA

1. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na okres 12 miesięcy.
2. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu określonym w Polisie jako Data rozpoczęcia ochrony, ale nie wcześniej niż w dniu opłacenia pierwszej Składki.
3. Pierwsza Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie oferty jej zawarcia złożonej przez Ubezpieczającego i jej przyjęcia przez Ubezpieczyciela. Ubezpieczający składa ofertę na wniosku Ubezpieczyciela.
4. Składając wniosek, Ubezpieczający wpłaca kwotę pieniężną na poczet pierwszej Składki.
5. Dostarczenie Ubezpieczycielowi niekompletnie wypełnionego wniosku lub niewpłacenia kwoty na poczet pierwszej Składki, uniemożliwia zawarcie Umowy ubezpieczenia. Niekompletnie wypełniony lub nieopłacony wniosek traci ważność po 30 dniach od jego złożenia.
6. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 8, Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą na warunkach określonych we wniosku, w momencie doręczenia Polisy Ubezpieczającemu.
7. W wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel może odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia lub zaproponować Ubezpieczającemu zawarcie umowy na warunkach szczególnych, odbiegających od tych, o które wnioskował Ubezpieczający.
8. Jeżeli, w odpowiedzi na złożoną ofertę, Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu Polisé zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Ubezpieczyciel zobowiązany jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu Polisy, wyznaczając mu 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku przez Ubezpieczyciela, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a Umowa ubezpieczenia jest zawarta zgodnie z warunkami oferty. W sytuacji braku sprzeciwu Ubezpieczającego, Umowa ubezpieczenia dochodzi do skutku, zgodnie z treścią Polisy, następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
9. W przypadku zgłoszenia sprzeciwu wobec treści Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zwraca niezwłocznie Ubezpieczającemu pełną kwotę wpłaconą na poczet pierwszej Składki, w sposób ustalony z Ubezpieczającym. Zwrot Składki nastąpi w terminie 30 dni od dnia otrzymania sprzeciwu, chyba że równocześnie Ubezpieczający wyrazi pisemną zgodę na pozostawienie Składki Ubezpieczycielowi na czas rozpatrzenia sprzeciwu.
10. W przypadku odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu w terminie 20 dni pełną kwotę wpłaconą na poczet pierwszej Składki, w sposób ustalony z Ubezpieczającym.
11. Kolejna Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie oferty złożonej przez Ubezpieczyciela i jej przyjęcia przez Ubezpieczającego. Ubezpieczyciel przedstawi ofertę zawarcia kolejnej Umowy ubezpieczenia najpóźniej 20 dni przed końcem Umowy ubezpieczenia. Składając ofertę zawarcia kolejnej Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel może zaproponować zmianę warunków Umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający jest zobowiązany do poinformowania Ubezpieczyciela o swojej decyzji. Jeśli Ubezpieczający akceptuje warunki zawarte w ofercie, wystarczającym sposobem poinformowania Ubezpieczyciela jest opłacenie Składki w wysokości i terminie wskazanym w ofercie.

12. W przypadku zawarcia kolejnej umowy ubezpieczenia obejmującej Usługi szpitalne i Procedury wyspecjalizowane, okres karencji nie ma zastosowania, o ile została zachowana ciągłość ochrony ubezpieczeniowej.
13. Ubezpieczający i Ubezpieczony są zobowiązani do dostarczenia Ubezpieczycielowi informacji, o które Ubezpieczyciel pytał przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i które mogą mieć wpływ na warunki Umowy ubezpieczenia. W przypadku nieujawnienia informacji lub podania informacji niezgodnych z prawdą, Ubezpieczony może spotkać się z odmową wykonania Usługi medycznej, jak również Ubezpieczyciel ma prawo zmienić warunki Umowy ubezpieczenia.
14. Ubezpieczyciel może odmówić zawarcia nowej Umowy ubezpieczenia w okresie 6 miesięcy od dnia rozwiązania poprzedniej Umowy ubezpieczenia.

§ 6

ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

I ZMIANY W UMOWIE UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni składając Ubezpieczycielowi oświadczenie woli w tej sprawie. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego, będącego konsumentem o prawie do odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. W takim wypadku ochrona jest udzielana do dnia, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczającego pisemne oświadczenie woli o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.
2. Odstąpienie od Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony.
3. W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu w terminie 30 dni kwotę wpłaconą na poczet pierwszej Składki, w sposób ustalony z Ubezpieczającym. Ubezpieczyciel ma prawo potrącić część składki za okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
4. Przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczonemu na piśmie lub jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, w innym trwałym nośniku, informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia.
5. Ubezpieczyciel, na żądanie Ubezpieczonego, przekazuje Ubezpieczonemu informacje, o których mowa w ust. 3 i 4.

§ 7

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia wygasa:
 - a) w ostatnim dniu Roku ubezpieczeniowego, jeśli Ubezpieczający nie zaakceptuje warunków kolejnej Umowy ubezpieczenia,
 - b) jeśli Umowa ubezpieczenia została wypowiedziana,
 - c) jeśli Składka nie została opłacona, zgodnie z zasadami określonymi w § 9, ust. 5,
 - d) w przypadku śmierci Ubezpieczającego, w następnym dniu roboczym, po otrzymaniu informacji przez Ubezpieczyciela,
 - e) w odniesieniu do konkretnego Ubezpieczonego:
 - i. w ostatnim dniu Roku ubezpieczeniowego następującego po dniu, kiedy ubezpieczone dziecko ukończyło 18. rok życia,
 - ii. w ostatnim dniu Roku ubezpieczeniowego następującego po dniu, kiedy Ubezpieczony objęty Zakresem Ubezpieczenia Elite, Elite+ ukończył 75. rok życia,
 - iii. w przypadku śmierci Ubezpieczonego, w następnym dniu roboczym, po otrzymaniu informacji przez Ubezpieczyciela.
2. Jeżeli w przypadku, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczony korzysta z Usługi szpitalnej, odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tego tytułu ustaje z dniem spełnienia tego świadczenia, jednak nie później niż w terminie miesiąca od dnia wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. Jeśli odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa przed upływem okresu, na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta, Ubezpieczający ma prawo do zwrotu składki za okres, w którym ochrona ubezpieczeniowa nie będzie udzielana. W przypadku śmierci Ubezpieczającego, o zwrot składki mogą ubiegać się spadkobiercy.
4. Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana na piśmie przez Ubezpieczającego z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia, liczonego od pierwszego dnia Miesiąca ubezpieczenia następującego po dniu, kiedy Ubezpieczyciel otrzymał pisemne wypowiedzenie umowy.
5. W przypadku gdy zawarcie Umowy Ubezpieczenia wiązało się z przyznaniem Ubezpieczającemu przez Ubezpieczyciela rabatów przy naliczaniu wysokości składki ubezpieczenia, Ubezpieczyciel jest uprawniony żądać zwrotu wartości finansowej wynikającej z wielkości udzielonych rabatów do składki ubezpieczenia jeśli Ubezpieczający wypowiedział umowę przed upływem okresu, na który została zawarta Umowa ubezpieczenia.

§ 8

ŚWIADCZENIA

1. Ubezpieczonemu przysługują Usługi medyczne objęte wybranym Zakresem ubezpieczenia, o ile będą istniały wskazania medyczne do ich udzielenia.
2. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić udzielenia świadczenia w przypadku, gdy Ubezpieczony, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, nie wymaga wykonania Usługi medycznej lub jej wykonanie spowodowałoby zagrożenie zdrowia lub życia Ubezpieczonego.

3. Jeśli Składka za Umowę ubezpieczenia nie została opłacona w terminie, Ubezpieczonemu przysługują Usługi medyczne tylko w przypadku Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku. Powyższe usługi będą świadczone, o ile umowa nie została wypowiedziana przez Ubezpieczającego, zgodnie z § 9, ust. 5.
4. W celu uzyskania Usługi medycznej Ubezpieczony powinien:
 - a) skontaktować się z Centrum Obsługi Klienta lub z wybraną Placówką Medyczną Medicovert – osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem innych kanałów łączności udostępnianych przez daną Placówkę Medyczną Medicovert;
 - b) uzgodnić termin wykonania Usługi medycznej i przybyć w uzgodnionym terminie do Placówki Medycznej Medicovert 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 Medicovert, dla potwierdzenia tożsamości Ubezpieczonego; Ubezpieczyciel zastrzega, że w przypadku braku możliwości identyfikacji tożsamości Ubezpieczonego, Placówka Medyczna Medicovert może odmówić wykonania Usługi medycznej, z wyjątkiem stanu zagrożenia życia Ubezpieczonego;
 - d) przestrzegać regulaminu Placówki Medycznej Medicovert oraz zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od jej personelu.
5. Usługi szpitalne i Procedury wysokospecjalistyczne podlegają autoryzacji przez Ubezpieczyciela, w celu weryfikacji czy są należne Ubezpieczonemu. Ubezpieczony otrzyma potwierdzenie od Ubezpieczyciela, czy dana Usługa szpitalna lub Procedura ambulatoryjna przysługuje mu w ramach Umowy ubezpieczenia.

§ 9

SKŁADKA I INNE OPŁATY

1. Składkę oblicza się na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, po dokonaniu indywidualnej oceny ryzyka dla każdego Ubezpieczonego, przy czym Składka uzależniona jest od:
 - a) Zakresu ubezpieczenia,
 - b) ryzyka ubezpieczeniowego związanego ze stanem zdrowia Ubezpieczonego,
 - c) wieku Ubezpieczonego,
 - d) liczby osób ubezpieczonych w ramach Umowy ubezpieczenia rodzinnego,
 - e) częstotliwości opłacania Składki,
 - f) formy płatności za Składkę.
2. Składka jest opłacana przez Ubezpieczającego w wysokości i terminach określonych w Polisie.
3. Składka może być opłacana: miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Składka płatna jest w formie przelewu, polecenia zapłaty lub obciążenia rachunku karty płatniczej.
4. Składkę uważa się za zapłaconą w dniu uznania na rachunku bankowym Ubezpieczyciela pełnej wymaganej kwoty.
5. Jeżeli Składka nie została opłacona w terminie określonym w Umowie ubezpieczenia ani mimo wezwania do zapłaty w dodatkowym terminie 7 dni, Umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego. W wezwaniu do zapłaty Ubezpieczyciel podaje do wiadomości Ubezpieczającego skutki niezapłacenia Składki.
6. Jeśli Ubezpieczony jest objęty jednym z zakresów ubezpieczenia: Standard, Classic, Medium, Complex, Elite korzystając z wybranych Usług medycznych zobowiązany jest do wnoszenia opłat w wysokościach wskazanych w Umowie ubezpieczenia. Opłaty są pokrywane przez Ubezpieczonego w następujący sposób:
 - a) w przypadku uzyskania Usługi medycznej w Centrum Medicovert, w Centrum Medycznym Damiana, Centrum Medi Partner, Szpitalu Medicovert – opłata jest pobierana przed wykonaniem Usługi medycznej (gotówką lub kartą płatniczą), w przypadku uzyskania Usługi medycznej w Placówce Medycznej Medicovert poza Centrum Medicovert, Centrum Medycznym Damiana, Centrum Medi Partner, Szpitalem Medicovert – 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 Medicovert 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 Medicovert Sp. z o. o., dostarczonej na adres korespondencyjny Ubezpieczonego.

§ 10

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany:
 - a) doręczyć Ubezpieczającemu OWU wraz ze Skorowidzem przed zawarciem Umowy ubezpieczenia.
 - b) doręczyć Ubezpieczonemu, za pośrednictwem Ubezpieczającego, 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 zgody na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej,
 - c) doręczyć Ubezpieczającemu Polise,
 - d) przedstawić Ubezpieczającemu różnice między postanowieniami Umowy ubezpieczenia a OWU (jeśli wprowadzono warunki szczególne).
2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji okoliczności Nieszczęśliwego wypadku (jeśli taki miał miejsce). W takiej sytuacji Ubezpieczyciel jest upoważniony do uzyskania dokumentów i informacji dotyczących Nieszczęśliwego wypadku oraz jest upoważniony do uzyskania dokumentacji medycznej od podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do terminowego regulowania opłat w wysokości i terminach określonych na Polisie.

4. W przypadku wyboru zakresu ubezpieczenia Standard, Classic, Medium, Complex, Elite, Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczonego o opłatach związanych z korzystaniem z Usług medycznych.

§ 11

POSTĘPOWANIE W SPRAWACH SKARG I ZAŻALEŃ

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.
2. Odwołania mogą być składane w formie pisemnej – osobiście u Ubezpieczyciela, obsługującego klientów, albo przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe na adres Medicovert Försäkrings AB (publ.) Spółka Akcyjna - Oddział w Polsce, Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa.
3. Odwołania są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania. Decyzją Ubezpieczyciela podjęta w wyniku odwołania jest ostateczna. O swojej decyzji Ubezpieczyciel powiadamia Ubezpieczającego i/lub Ubezpieczonego na piśmie, listem poleconym, chyba że Ubezpieczyciel i/lub Ubezpieczający wyraził zgodę na poinformowanie go drogą elektroniczną.
4. Ponadto Ubezpieczający lub Ubezpieczony, w innych sprawach niż opisane w ust. 1, mogą zgłaszać skargi i zażalenia do Zarządu Ubezpieczyciela.
5. Skargi i zażalenia są rozpatrywane w terminie 30 dni od 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. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.

§ 12

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane do Ubezpieczyciela powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym, na adres Ubezpieczyciela wskazany w Umowie ubezpieczenia.
2. Z zastrzeżeniem przypadku, gdy Ubezpieczający wyraził zgodę na dostarczenie Polisy drogą elektroniczną, wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane będą do Ubezpieczającego i/lub Ubezpieczonego na piśmie i przesłane listem zwykłym lub poleconym, na adres korespondencyjny Ubezpieczającego i/lub Ubezpieczonego, wskazany we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel, Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są informować się wzajemnie na piśmie o zmianie adresu.
4. 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.
5. 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.
6. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

§ 13

Lista załączników będących integralną częścią OWU:

- a) Załącznik nr I do OWU stanowiący listę Usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu w ramach Zakresów ubezpieczenia Complex, Complex+, Elite, Elite+.
- b) Załącznik nr II do OWU stanowiący listę Usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu w ramach Zakresów ubezpieczenia Standard, Standard+, Classic, Classic+, Medium, Medium+.
- c) Załącznik nr III - Szczególne Warunki Ubezpieczenia w Podróży Zagranicznej – Opieka w Podróży 2010 (dotyczy wyłącznie Zakresów Ubezpieczenia Complex, Complex+, Elite, Elite+)

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela numer I z dnia 23.02.2018.

Niniejsze OWU zostają wprowadzone do obrotu z dniem 07.03.2018 i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych od tej daty.

Fredrik Ragmark



Prezes Zarządu

Stephen Kennedy



Członek Zarządu
Dyrektor Wykonawczy