INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE „OPIEKA SZPITALNA”
OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NR 1/2026

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 - § 5 ust. 1 – 3, ust. 6 - § 8 ust. 1, ust. 3-10
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżania	- § 4 - § 5 ust. 5, 6, 7, 9 i 10 - § 7 - § 8 ust. 2, 4 – 7, 10

§ 1
POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia Zdrowotnego “Opieka Szpitalna” (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.
2. Umowa ubezpieczenia może być zawarta na rzecz osoby trzeciej, będącej osobą fizyczną (zwanej dalej „Ubezpieczonym”), na warunkach określonych w Umowie ubezpieczenia.
3. Potwierdzeniem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest Polisa wystawiona przez Ubezpieczyciela.
4. 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 szczególne odbiegające od postanowień niniejszych OWU, które mają pierwszeństwo przed zapisami OWU. W takim przypadku, przed zawarciem umowy, Ubezpieczyciel przedstawi Ubezpieczającemu różnice pomiędzy postanowieniami OWU a Umową ubezpieczenia.
5. W sprawach nieuregulowanych w OWU lub warunkach szczególnych mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz inne przepisy prawa powszechnie obowiązującego na obszarze Rzeczpospolitej Polskiej.

§ 2
DEFINICJE

Przez użyte w niniejszych OWU pojęcia rozumie się:

1. **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, działająca pod marką Centrum Medyczne Medicover.
2. **Centrum Obsługi Klienta** – infolinia, w ramach której Ubezpieczony może umówić termin i miejsce wykonania usługi medycznej lub uzyskać informacje na temat ubezpieczenia.
3. **Chirurgia 1 dnia** – usługi medyczne wykonywane w trybie hospitalizacji jednodniowej (maksymalny pobyt związany z przyjęciem i wypisem ze szpitala do 24 godzin). Usługi te mogą być wykonywane w znieczuleniu miejscowym lub nasiękowym (w okolicę zabiegu, krótkotrwałym znieczuleniu dożylnym lub w innym rodzaju znieczulenia, które nie wymaga intubacji dotchawiczej, zastosowania maski krtaniowej, lub innego zapewnienia drożności dróg oddechowych). Podstawą wykonania usługi Chirurgii 1 dnia objętej Zakresem ubezpieczenia jest skierowanie wystawione przez lekarza Centrum Medicover. Jeżeli ze względu na wiek lub stan zdrowia Ubezpieczonego oraz zmianę standardów dostarczenia usługi i wytycznych postępowania medycznego do wykonania usługi konieczne będzie znieczulenie z intubacją dotchawiczą, maską krtaniową lub innym rodzajem znieczulenia wymagającego zapewnienia drożności dróg oddechowych i/lub pobytu w szpitalu przekraczającym 24 godziny, wówczas nie podlega ona zakresowi Chirurgii 1 dnia i w ramach tego zakresu nie będzie świadczona. W rozumieniu definicji jest wtedy Usługą szpitalną.
4. **Choroba** – stan zdrowia Ubezpieczonego, który zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, wymaga leczenia lub diagnostyki.
5. **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.
6. **Choroba rzadka** – choroba występująca z częstością nie większą niż 5 na 10 000 osób w populacji Unii Europejskiej.
7. **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.
8. **Data rozpoczęcia ochrony** – data wskazana w Polisie, od której rozpoczyna się ochrona ubezpieczeniowa i od której liczony jest rok trwania Umowy w stosunku do danego Ubezpieczonego.
9. **HotLine 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.
10. **Implant** - element wykonany z biomateriału, umieszczony w organizmie w celu uzupełnienia lub zastąpienia tkanek narządu (albo jego części) lub w celu spełniania (albo wspomagania) 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 powlekane.
11. **Materiały/instrumenty medyczne potrzebne śródoperacyjnie** – elementy wykonane z materiału tkankowego lub biomateriału umieszczone w organizmie w celu uzupełnienia tkanek narządu lub w celu wspomagania ich funkcji, a których wprowadzenie jest etapem wykonania danej procedury a nie jej celem.
12. **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.
13. **Nagłe 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.
14. **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. Ubezpieczeniem objęte są bezpośrednie następstwa Nieszczęśliwego wypadku, czyli takie które wystąpiły i podlegały diagnostyce i/lub leczeniu w terminie 7 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku.
15. **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.
16. **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.
17. **Okres karencji** – okres, w trakcie którego odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w odniesieniu do wskazanych Usług medycznych.
18. **Operator medyczny** – podmiot działający na zlecenie Ubezpieczyciela, odpowiedzialny za organizację, koordynację oraz realizację Usług medycznych na rzecz Ubezpieczonych zgodnie z Umową ubezpieczenia.
19. **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.
20. **Placówka Medyczna Medicover** – Centra Medicover oraz Placówki Medyczne, z którymi Medicover Sp. z o. o. zawarł umowy o współpracy. 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.
21. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia.
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 (autoprzeszczepy).
24. **Rok ubezpieczeniowy** – 12 kolejno następujących po sobie miesięcy, począwszy od Daty rozpoczęcia ochrony.
25. **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi od Ubezpieczającego z tytułu Umowy ubezpieczenia.
26. **Specjalistyczna sala zabiegowa** – sala przeznaczona do wykonywania zabiegów diagnostycznych i leczniczych przez wykwalifikowany personel, wyposażona w urządzenia i narzędzia niezbędne do ich wykonania i zapewniające podwyższone bezpieczeństwo świadczenia usług (np. możliwość wykonania znieczulenia innego niż potrzebne do Zabiegów ambulatoryjnych).
27. **Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego** – stan polegający na nagłym pogarszaniu się zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.
28. **Szpital** – działające na terytorium Rzeczpospolitej 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).
29. **Szpital współpracujący** – Szpital, z którymi Operator medyczny zawarł umowy o współpracy.

30. **Szpital Damiana** – Szpital należący do Centrum Medycznego Damiana Holding Sp. z o. o.
31. **Szpital Medicover** – Szpital należący do Medicover Sp. z o. o.
32. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna zawierająca Umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacenia Składki zgodnie z terminami i na warunkach określonych w Umowie ubezpieczenia.
33. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz, której zawarto Umowę ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być osoba fizyczna od 5 tygodnia życia, która nie przekroczyła 75 roku życia.
34. **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU.
35. **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.
36. **Uprzednio występujący stan zdrowia** – nawracające lub przewlekłe choroby, dolegliwości lub urazy, z powodu których – w okresie 12 miesięcy przed Datą rozpoczęcia ochrony – Ubezpieczony był leczony lub uzyskał poradę lekarską lub przebył zabieg chirurgiczny.
37. **Uraz** – uszkodzenie tkanek, narządów lub części ciała powstałe na skutek działaniaczynnika zewnętrznego, wymagające diagnostyki, leczenia lub rehabilitacji.
38. **Uraz wielonarządowy** - uraz obejmujący jednocześnie minimum dwa układy lub narządy, powodujący uszkodzenia co najmniej dwóch okolic ciała w znacznym stopniu, mogący powodować zaburzenia stabilności krążeniowo-oddechowej, który wymaga leczenia specjalistycznego i może stanowić stan bezpośrednio zagrażający życiu. Uraz wielonarządowy obejmuje zwłaszcza stany, które wymagają pilnych interwencji lub zabiegów oraz pobytu w warunkach oddziału anestezjologii
i intensywnej terapii.
39. **Usługa medyczna** – badanie lekarskie, medyczne lub diagnostyczne, konsultacja, w tym porada udzielana zdalnie kanałami teleinformatycznymi, procedura ambulatoryjna, rehabilitacyjna lub hospitalizacyjna, wymieniona w Zakresie ubezpieczenia, mająca na celu utrzymanie, przywrócenie lub poprawę stanu zdrowia Ubezpieczonego, w tym także działania profilaktyczne. Usługa medyczna realizowana jest wyłącznie ze Wskazań medycznych. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji zasadności wykonania Usługi medycznej, uzależniając jej realizację od uzyskania skierowania lekarza Placówki medycznej Medicover. Usługi medyczne są realizowane przez Placówki medyczne Medicover lub po uzyskaniu skierowania od Operatora medycznego także przez inną Placówkę medyczną wskazaną przez Ubezpieczyciela.
40. **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.
41. **Usługa szpitalna planowa** – przyjęcie do szpitala w ustalonym wcześniej terminie, do ustalonego wcześniej Oddziału/Kliniki, na podstawie skierowania lekarza. Skierowanie powinno być poprzedzone badaniami diagnostycznymi, uzasadniającymi rozpoznanie. Przyjęcie jest poprzedzone wizytami kwalifikującymi do określonego sposobu leczenia przez Lekarza Szpitala kwalifikującego do wykonania Usługi Szpitalnej. Usługa szpitalna planowa nie wymaga 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.
42. **Usługa szpitalna pilna** – przyjęcie do szpitala na podstawie skierowania lekarza, które ze względu na stan zdrowia Ubezpieczonego powinno nastąpić w czasie krótszym niż 7 dni od momentu potwierdzenia konieczności przez Lekarza Szpitala kwalifikującego do wykonania Usługi Szpitalnej. Usługa szpitalna pilna może wymagać zastosowania pomocy w Izbie Przyjęć lub Szpitalnym Oddziale Ratunkowym i podejmowania decyzji o przyjęciu w trybie nagłym.
43. **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 przezMedicover.
44. **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.
45. **Zabiegi ambulatoryjne** – diagnostyczne i lecznicze Usługi medyczne wymienione w Zakresie ubezpieczenia, wykonywane ze wskazań medycznych, w znieczuleniu miejscowym lub nasiękowym (w okolicę 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.
46. **Zakres ubezpieczenia** – Usługi medyczne przysługujące Ubezpieczonemu w ramach Umowy ubezpieczenia.
47. **Zespół autoryzacji świadczeń** – jednostka wyznaczona przez Ubezpieczyciela lub Operatora medycznego odpowiedzialna za ocenę zasadności realizacji Usługi szpitalnej lub Chirurgii 1 dnia oraz autoryzację Usług medycznych.

§ 3

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na udostępnieniu Ubezpieczonemu Usług szpitalnych ze Wskazań medycznych poprzez Szpitale Medicover, Szpitale współpracujące lub/i Placówki Medyczne Medicover lub po uzyskaniu skierowania od Operatora medycznego także przez inną Placówkę medyczną wskazaną przez Operatora medycznego, w okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia, zgodnie z wybranym Zakresem ubezpieczenia i na zasadach określonych w OWU, których potrzeba realizacji pojawiła się w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
3. Zakres ubezpieczenia jest opisany w odpowiednich załącznikach.
4. Wszystkie osoby ubezpieczone w ramach jednej Umowy ubezpieczenia rodzinnego, są objęte tym samym Zakresem ubezpieczenia.
5. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji zasadności wykonania Usługi medycznej, uzależniając jej realizację od uzyskania skierowania lekarza Placówki medycznej Medicover.
6. W przypadku Usługi Szpitalnej, ochrona realizowana jest w Szpitalu w ramach posiadanego Zakresu ubezpieczenia, przez okres liczony w dobach, nie dłuższy niż 60 dni w każdych 12 miesiącach obowiązywania Umowy ubezpieczenia, przy czym każda rozpoczęta doba uważna jest za pełną. Po upływie tego terminu, dalsza hospitalizacja odbywa się na koszt Ubezpieczonego.
7. 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, w tym stosowanie leków przeciwretrowirusowych do profilaktyki przedekspozycyjnej (PrEP) i poekspozycyjnej (PEP),
   b. diagnostyką, leczeniem, zabiegiem lub operacją związaną z terapią odczuwanej niezgodności płciowej,
   c. diagnostyką, leczeniem, zabiegiem lub operacją z zakresu stomatologii, chirurgii szczękowej, chirurgii plastycznej (w tym operacji o charakterze korekcyjnym) 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 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:
      i. z przeszczepów własnych: ścięgien, chrząstek, skóry, własnych naczyń krwionośnych,
      ii. 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. pozostawaniem pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających,
   j. pozostawaniem 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 wyczynowo 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 jakiejkolwiek sztuki walki,

v. nurkowaniem przy użyciu specjalistycznego sprzętu, raftingiem, surfingiem, windsurfingiem, kitesurfingiem,
vi. wyścigami 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 z wyjątkiem uprawianych rekreacyjnie na wyznaczonych trasach,
xii. hippiką z wyjątkiem uprawianej rekreacyjnie,
xiii. myślistwem,
xiv. biegiem na dystansie powyżej 10 km.

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. leczeniem i detoksykacją po użyciu narkotyków lub innych środków odurzających, tytoniu lub alkoholu,
p. jeżeli w wyniku epidemii, ogłoszonej lub potwierdzonej przez odpowiednie organy administracji państwowej, stanu klęski żywiołowej, katastrowy naturalnej, nastąpi brak możliwości świadczenia usług przez Placówki medyczne Medicover,
q. diagnostyką i leczeniem niepłodności, w tym z wykorzystaniem metod wspomaganego rozrodu,
r. wazektomii, rewazektomii,
s. operacyjną korekcją wad wzroku,
t. diagnostyką, leczeniem oraz następstwami Chorób wrodzonych i Chorób rzadkich,
u. zakupem i wszczepieniem wszelkich sztucznych organów i/lub narządów,
v. przerwaniem ciąży (z powodów pozamedycznych),
w. nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego zaleceń lekarskich związanych z leczeniem, hospitalizacją lub okresem rekonwalescencji.

2. Ubezpieczyciel nie ponosi kosztów:
   a. zakupu leków przeznaczonych do stosowania przez Ubezpieczonego po zakończeniu Hospitalizacji lub Chirurgii 1 dnia,
   b. protez, implantów,
   c. urządzeń korygujących (w tym zakupu okularów optycznych i szkieł kontaktowych),
   d. wysokospecjalistycznych materiałów medycznych z wyjątkiem materiałów i instrumentów medycznych potrzebnych śródoperacyjnie np.: drutów i prętów do stabilizacji złamań, folii separacyjnej, kotwic i śrub niewchłanialnych, płytek do zespoleń kostnych, siatki przepuklinowej,
   e. realizacji Usług medycznych zleconych Ubezpieczonemu, jeżeli jej wykonanie przypada po rozwiązaniu Umowy ubezpieczenia w stosunku tego Ubezpieczonego,
   f. diagnozowania i leczenia w Szpitalach lub Placówkach medycznych niewskazanych przez Operatora medycznego lub Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, gdy stan zdrowia Ubezpieczonego wymaga leczenia Stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego lub leczenia Urazów wielonarządowych. W takiej sytuacji Ubezpieczyciel lub Operator medyczny wskaże najbliższy szpital, w tym publiczny, w którym pacjent może uzyskać pomoc. Jeżeli dalsze leczenie, w związku poprawą stanu Ubezpieczonego, będzie możliwe w jednym ze Szpitali współpracujących, Ubezpieczyciel na wniosek Ubezpieczonego zapewni transport sanitarny i kontynuację leczenia w tym szpitalu. Jeżeli Usługa szpitalna lub Chirurgia 1 dnia zostały wskazane w Zakresie ubezpieczenia stanowiącym Załącznik nr I do OWU, podlegają one ochronie ubezpieczeniowej zgodnie z postanowieniami OWU.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Usług szpitalnych i Chirurgii 1 dnia w czasie trwania okresu karencji.
5. Okres karencji na Usługi szpitalne i Chirurgii 1 dnia wynosi 90 dni i liczony jest od Daty rozpoczęcia ochrony.
6. Jeżeli Usługa szpitalna lub Chirurgia 1 dnia jest związana z chorobą zdiagnozowaną w ciągu 90 dni od Daty rozpoczęcia ochrony, Okres karencji, o którym mowa w § 4 ust. 5, wynosi 12 miesięcy i liczony jest od Daty rozpoczęcia ochrony Ubezpieczonego.
7. Jeżeli Usługa szpitalna lub Chirurgia 1 dnia jest związana z Uprzednio występującym stanem zdrowia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności (nie udziela ochrony ubezpieczeniowej).
8. 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 Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia składanego przez Ubezpieczającego i po jego rozpatrzeniu przez Ubezpieczyciela.
4. W wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel:
   a. określa warunki ubezpieczenia, a w szczególności wysokość Składki,
   b. może odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia lub,
   c. zaproponować Ubezpieczającemu zawarcie umowy na warunkach szczególnych, odbiegających od tych, o które wnioskował Ubezpieczony.
5. W celu zawarcia i uruchomienia Umowy, na warunkach przedstawionych przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczający zobowiązany jest do wpłacenia kwoty pieniężnej na poczet Pierwszej Składki.
6. Dostarczenie Ubezpieczycielowi niekompletnie wypełnionego wniosku w tym nieudzielenie odpowiedzi na pytania zawarte we wniosku, ankiecie medycznej lub innych dokumentach wymaganych przez Ubezpieczyciela do przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego, lub niewpłacenie kwoty na poczet pierwszej Składki, uniemożliwia zawarcie Umowy ubezpieczenia. Niekompletnie wypełniony lub nieopłacony wniosek traci ważność po 30 dniach od jego złożenia.
7. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą, w chwili doręczenia Polisy Ubezpieczającemu.
8. Ubezpieczyciel najpóźniej 20 dni przed końcem Umowy ubezpieczenia przedstawia Ubezpieczającemu warunki kolejnej Umowy ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczyciel nie przedstawi Ubezpieczającemu warunków kolejnej Umowy ubezpieczenia w terminie określonym w zdaniu pierwszym, jest zobowiązany złożyć Ubezpieczającemu oświadczenie o braku zgody na zawarcie kolejnej Umowy ubezpieczenia. Oświadczenie takie powinno zostać złożone najpóźniej 10 dni przed końcem Umowy ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczający nie akceptuje warunków przekazanych przez Ubezpieczyciela, jest zobowiązany do poinformowania o tym Ubezpieczyciela najpóźniej na 3 dni robocze przed końcem Umowy ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczający akceptuje warunki przekazane przez Ubezpieczyciela, wystarczającym sposobem poinformowania Ubezpieczyciela jest opłacenie Składki w wysokości i terminie wskazanym przez Ubezpieczyciela.
9. W przypadku zawarcia kolejnej Umowy ubezpieczenia obejmującej Usługi szpitalne, okres karencji nie ma zastosowania, o ile została zachowana ciągłość ochrony ubezpieczeniowej.
10. Ubezpieczający i Ubezpieczony są zobowiązani do podania Ubezpieczycielowi, zgodnie z prawdą i w sposób kompletny, informacji, o które Ubezpieczyciel pytał we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, ankiecie medycznej lub innych dokumentach przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i które mogą mieć wpływ na warunki Umowy ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczyciel ma uzasadnione podstawy do przyjęcia, że przekazane informacje były niepełne lub niezgodne z prawdą, może przeprowadzić postępowanie wyjaśniające. Jeżeli Ubezpieczyciel ma uzasadnione podstawy do przyjęcia, że przekazane informacje były niepełne lub niezgodne z prawdą, może przeprowadzić postępowanie wyjaśniające na zasadach określonych w § 8. W przypadku potwierdzenia tych okoliczności Ubezpieczyciel może odmówić wykonania Usługi medycznej, jeżeli potrzeba jej wykonania wynika z tych okoliczności lub zmienić warunki Umowy ubezpieczenia.
11. Ubezpieczyciel może odmówić zawarcia nowej Umowy ubezpieczenia w okresie 6 miesięcy od dnia rozwiązania poprzedniej Umowy ubezpieczenia bez podania przyczyny.

§ 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.
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 ubezpieczenia, Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczonemu informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia.

§ 7

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia wygasa:
   a. z upływem ostatniego dnia Roku ubezpieczeniowego, jeśli kolejna Umowa ubezpieczenia nie została zawarta,
   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 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 przez Ubezpieczającego z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia, liczonego od pierwszego dnia Miesiąca ubezpieczenia następującego po dniu, kiedy Ubezpieczyciel otrzymał wypowiedzenie umowy.
5. Ubezpieczający zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi podpisane wypowiedzenie lub odstąpienie w jednej z poniższych form:
   a. w formie elektronicznej – z podpisem kwalifikowanym
   b. jako skan lub zdjęcie podpisanego własnoręcznie dokumentu, przesłane na wskazany adres e-mail Ubezpieczyciela – ubezpieczenia@medicover.pl,
   c. w formie pisemnej – z podpisem własnoręcznym,
   d. osobiście – dostarczając dokument wypowiedzenia do siedziby Ubezpieczyciela.
6. W przypadku wypowiedzenia złożonego w formie elektronicznej (za pośrednictwem poczty elektronicznej), wiadomość zawierająca oświadczenie o wy-

powiedzeniu musi zostać wysłana z adresu e-mail przypisanego do konta Ubezpieczającego w systemie Ubezpieczyciela.
7. Wypowiedzenia przesłane z innego adresu e-mail niż wskazany w ust. 6 mogą zostać uznane za nieskuteczne, o ile Ubezpieczający nie potwierdzi ich autentyczności w sposób zaakceptowany przez Ubezpieczyciela.
8. 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. 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.
3. W celu skorzystania z Usługi szpitalnej lub Chirurgii 1 dnia Ubezpieczony ma obowiązek poinformować Operatora medycznego o potrzebie realizacji Usługi medycznej oraz przekazać informacje i dokumenty niezbędne do przeprowadzenia procesu autoryzacji Usługi medycznej. Zgłoszona Usługa medyczna podlega ocenie przez Zespół autoryzacji świadczeń.
4. Jeżeli Ubezpieczony otrzymał skierowanie na Usługę szpitalną lub Chirurgię 1 dnia, ma obowiązek poinformować Operatora medycznego o potrzebie realizacji Usługi medycznej nie później niż w terminie 60 dni od dnia wystawienia skierowania.
5. Niedochowanie terminu, o którym mowa w ust. 4, nie powoduje automatycznej utraty prawa do Usługi medycznej, jednak autoryzacja Usługi medycznej może zostać odmówiona, jeżeli opóźnienie uniemożliwiło lub istotnie utrudniło ocenę odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub organizację Usługi medycznej.
6. Przed autoryzacją Usługi medycznej Ubezpieczyciel, działając za pośrednictwem Zespołu autoryzacji świadczeń, może żądać przekazania dodatkowych informacji lub dokumentów, w tym kopii skierowania do szpitala, kopii posiadanej dokumentacji medycznej lub innych dokumentów niezbędnych do oceny odpowiedzialności Ubezpieczyciela, autoryzacji lub organizacji Usługi medycznej, a także na swój koszt skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne. Ubezpieczony jest zobowiązany do przekazania wymaganych informacji i dokumentów oraz poddania się takim badaniom, jeżeli są one niezbędne do oceny odpowiedzialności Ubezpieczyciela, autoryzacji lub organizacji Usługi medycznej. Jeżeli Ubezpieczyciel posiada uzasadnione podstawy do uznania, że informacje przekazane przed zawarciem Umowy ubezpieczenia mogły być niepełne lub niezgodne z prawdą, może przeprowadzić postępowanie wyjaśniające w celu ustalenia zakresu swojej odpowiedzialności. Do czasu zakończenia postępowania wyjaśniającego autoryzacja Usługi medycznej może zostać wstrzymana, o ile bez ustalenia tych okoliczności nie jest możliwe określenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Nieprzekazanie informacji, dokumentów lub niepoddanie się badaniom, o których mowa powyżej, może skutkować odmową autoryzacji Usługi medycznej, jeżeli uniemożliwia ocenę odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Po zakończeniu postępowania wyjaśniającego Zespół autoryzacji świadczeń podejmuje decyzję o autoryzacji albo odmowie autoryzacji Usługi medycznej zgodnie z postanowieniami OWU.
7. Na podstawie przekazanych informacji, dokumentacji medycznej oraz wyników dodatkowych badań, jeżeli były wymagane, Zespół autoryzacji świadczeń podejmuje decyzję o:
   a. autoryzacji Usługi medycznej i dopuszczeniu jej do realizacji,
   b. odmowie autoryzacji Usługi medycznej, jeżeli:
      i. nie zostały spełnione warunki odpowiedzialności Ubezpieczyciela wynikające z OWU lub
      ii. zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej nie istnieją wskazania do wykonania Usługi medycznej albo jej wykonanie mogłoby spowodować zagrożenie zdrowia lub życia Ubezpieczonego.
8. Ubezpieczony otrzyma informację o wyniku autoryzacji. W przypadku odmowy autoryzacji Usługi medycznej Ubezpieczony otrzyma informację o przyczynach odmowy.
9. Po autoryzacji Usługi medycznej Operator medyczny lub podmiot działający na jego zlecenie organizuje proces realizacji Usługi szpitalnej lub Chirurgii 1 dnia, w szczególności poprzez wskazanie miejsca realizacji Usługi medycznej, uzgodnienie terminu hospitalizacji oraz koordynację czynności związanych z przygotowaniem do Usługi medycznej i opieką po jej realizacji. Hospitalizacja pozostająca w bezpośrednim związku z powikłaniem po Usłudze szpitalnej lub Chirurgii 1 dnia zrealizowanej w ramach Umowy ubezpieczenia podlega ocenie Operatora medycznego. Sama organizacja lub koordynacja czynności związanych z przygotowaniem do Usługi medycznej albo opieką po jej realizacji nie oznacza objęcia ochroną ubezpieczeniową Usług medycznych niewymienionych w Zakresie ubezpieczenia. Miejsce realizacji danej Usługi medycznej wyznacza Ubezpieczyciel, bezpośrednio lub za pośrednictwem Operatora medycznego. Ubezpieczyciel wskazuje także metodę lub technikę realizacji Usługi medycznej, jeżeli Zakres ubezpieczenia nie określa sposobu wykonania danej Usługi medycznej, z uwzględnieniem bezpieczeństwa Ubezpieczonego oraz możliwości osiągnięcia zamierzonego efektu leczniczego.
10. W celu realizacji Usługi medycznej autoryzowanej przez Zespół autoryzacji świadczeń Ubezpieczony powinien:
    a. współpracować z Operatorem medycznym w zakresie organizacji i realizacji Usługi medycznej,
    b. uzgodnić z Operatorem medycznym kwestie związane z realizacją Usługi medycznej, w szczególności potwierdzić termin i miejsce wykonania Usługi medycznej oraz przekazać informacje niezbędne do jej realizacji,
    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 wykonania Usługi medycznej, z wyjątkiem stanu zagrożenia życia Ubezpieczonego,
    d. przestrzegać regulaminu Placówki Medycznej Medicover oraz zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od jej personelu. W przypadku utrudniania udzielania świadczeń zdrowotnych lub stwarzania zagrożenia dla personelu albo innych pacjentów, Placówka Medyczna może odmówić realizacji Usługi medycznej.

§ 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,
   g. analizy częstotliwości i rodzaju wykonywanych Usług medycznych w okresie ostatnich 5 lat.
2. Składka jest opłacana przez Ubezpieczającego w wysokości i terminach określonych w Polisie.
3. Składka może być opłacana: miesięcznie, półrocznie lub rocznie. Składka płatna jest w formie przelewu.
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. Ubezpieczony zobowiązany jest do wnoszenia opłat w wysokościach wskazanych w Umowie ubezpieczenia.

§ 10
PRAWA I OBOWIĄZKI STRON

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany:
   a. udostępnić Ubezpieczającemu OWU oraz Zakres Ubezpieczenia przed zawarciem Umowy ubezpieczenia.
   b. udostępnić Ubezpieczonym, za pośrednictwem Ubezpieczającego, OWU wraz z Zakresem Ubezpieczenia przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej,
   c. dostarczyć Ubezpieczającemu Polisę na wskazany we wniosku adres e-mail Ubezpieczającego, a w przypadku braku podanego adresu e-mail na wskazany we wniosku adres korespondencyjny,
   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. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczonego o opłatach związanych z korzystaniem z Usług medycznych.
5. Ubezpieczony zobowiązany jest przestrzegać uzgodnionych terminów realizacji Usług medycznych lub poinformować tę Placówkę o rezygnacji z Usługi medycznej nie później niż 6 godzin przed jej terminem. Jeżeli wystąpią ważne okoliczności, które nie pozwalają zachować tego terminu, Ubezpieczony zobowiązany jest poinformować o rezygnacji niezwłocznie po wystąpieniu tych okoliczności.

§ 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.
2. Odwołania mogą być składane w formie listownej bądź elektronicznej – osobiście u Ubezpieczyciela, 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 lub z wykorzystaniem dedykowanego kanału komunikacji elektronicznej.
3. Odwołania są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania. Decyzja Ubezpieczyciela podjęta w wyniku odwołania jest ostateczna. O swojej decyzji Ubezpieczyciel powiadamia Ubezpieczającego i/lub Ubezpieczonego.
4. 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.
5. O zakwalifikowaniu otrzymanego pisma jako odwołania bądź skargi lub zażalenia decyduje treść otrzymanego pisma.
6. 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 drogą elektroniczną na adres ubezpieczenia@medicover.pl lub na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym, na adres Ubezpieczyciela wskazany w Umowie ubezpieczenia.
2. Wszelka korespondencja prowadzona jest w języku polskim.
3. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane będą do Ubezpieczającego i/lub Ubezpieczonych drogą elektroniczną na adres e-mail wskazany we wniosku,

a w przypadku braku adresu e-mail przesłane na piśmie. Ubezpieczyciel, Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są niezwłocznie informować się wzajemnie o wszelkich zmianach danych adresowych.

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 - Zakresu Ubezpieczenia, stanowiący listę Usług medycznych przysługujących Ubezpieczonym.

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 23.07.2026.

Niniejsze OWU zostają wprowadzone do obrotu z dniem 01.09.2026 i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych od tej daty.