

KARTA PRODUKTU

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym.

Grupowe Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED – Pełna Opieka

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje dotyczące umowy podane są w innych dokumentach, tj. w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia nr G/002/2022/US.

Informujemy, że niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, ani nie stanowi materiału marketingowego oraz oferty w rozumieniu art. 66 i art. 71 kodeksu cywilnego.

Decyzję o zawarciu umowy należy podjąć po wcześniejszym zapoznaniu się z pełną dokumentacją dotyczącą ubezpieczenia znajdującą się w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia nr G/002/2022/US.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Grupowe Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED – Pełna Opieka jest ubezpieczeniem grupowym. (Dział II. Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe, grupa 2 Ubezpieczenia choroby).



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

Zdarzeniem, które uprawnia do świadczenia jest:	Świadczenie:
Skierowanie na leczenie szpitalne	<ul style="list-style-type: none"> • badania diagnostyczne oraz konsultacje lekarskie potrzebne w związku z pobytem w szpitalu i zabiegami • hospitalizacja planowa w zakresie kardiologii inwazyjnej, ortopedii, chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej, ginekologii, laryngologii, urologii, okulistyki, neurochirurgii kręgosłupa, onkologii • opieka medyczna w okresie rekonwalescencji
Poród	<ul style="list-style-type: none"> • opieka położniczo-neonatologiczna • badania diagnostyczne oraz konsultacje lekarskie potrzebne w związku z pobytem w szpitalu; • opieka medyczna w okresie rekonwalescencji po porodzie
Nagłe pogorszenie stanu zdrowia lub drobny uraz	<ul style="list-style-type: none"> • opieka doraźna • hospitalizacja pilna w zakresie ortopedii, chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej, ginekologii, laryngologii, urologii, okulistyki, neurochirurgii kręgosłupa, onkologii
Brak hospitalizacji przez 2 lata	<ul style="list-style-type: none"> • szpitalny przegląd zdrowia



Jakie obowiązki ma Ubezpieczony podczas zgłaszania roszczenia?

Ubezpieczenie obejmuje koordynację opieki szpitalnej, której zadaniem jest obsługa i pomoc Ubezpieczonym przy korzystaniu z ubezpieczenia.

W celu skorzystania z ubezpieczenia należy skontaktować się z koordynatorem opieki szpitalnej (dane kontaktowe są na polisie) oraz przekazać mu kopię skierowania do szpitala lub wnioszek o realizację świadczenia. Dodatkowo Ubezpieczony może zostać poproszony o dostarczenie posiadanej dokumentacji medycznej.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

- Nie odpowiadamy za zdarzenia, będące następstwem wskazanych okoliczności, a w szczególności:
 - stosowania naukowo nieuznanych metod leczenia oraz medycyny niekonwencjonalnej, stosowania leków niedopuszczonych do użytku na terenie Unii Europejskiej, udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych, badaniach klinicznych lub podobnych badaniach związanych ze zdrowiem;
 - transplantacji organów lub tkanek, komórek, hodowli komórkowych (pochodzenia naturalnego lub sztucznego), w tym także z wykorzystaniem autoprzeszczepu;
 - stanów kłęski żywiołowej, katastrof naturalnych, pandemii oraz epidemii ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej, jeżeli powodują dezorganizację lub brak możliwości świadczenia usług po naszej stronie.
 - wyczynowego uprawiania sportu;
 - prowadzenia pojazdu bez uprawnień, prowadzenia pojazdu bez aktualnego badania technicznego, zgodnych z obowiązującymi przepisami lub prowadzenia pojazdu pod wpływem alkoholu, narkotyków albo innych środków odurzających, psychotropowych;
 - usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia, świadomego spowodowania rozstroju zdrowia;
 - popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa lub wykroczenia;
 - samodzielnego leczenia niezaleconego przez lekarza, niestosowania się do zaleceń medycznych dotyczących świadczeń udzielanych w ramach umowy, modyfikacji zaleconego leczenia lub rażącego niedbalstwa.

- i) pozostawania pod wpływem, nadużycia lub zatrucia dobrowolnie spożywanymi: alkoholem, narkotykami, innymi substancjami odurzającymi lub psychotropowymi, lekami stosowanymi niezgodnie z zaleceniem lekarza oraz nadużycia lub zatrucia tytoniem.
2. Nie zrealizujemy świadczenia w okresie pierwszych 12 miesięcy od początku nieprzerwanie trwającego okresu ochrony w stosunku do Ubezpieczonego, jeżeli jest ono następstwem chorób, które zostały zdiagnozowane lub były leczone, nieszczęśliwych wypadków i urazów, które wystąpiły lub były leczone oraz objawów chorobowych, które wystąpiły lub przyczyny ich wystąpienia były znane Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu lub też o których, przy zachowaniu należytej staranności mogli się dowiedzieć w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek okresu ochrony.

Stosujemy **karencje**, czyli okres obowiązywania umowy ubezpieczenia, w czasie którego ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona. Wynoszą one:

- a) 3 miesiące - dla hospitalizacji planowych;
 - b) 10 miesięcy – dla wysokospecjalistycznych metod leczenia i diagnostyki oraz opieki położniczo-neonatologicznej.
- Szczegółowy wykaz wysokospecjalistycznych metod leczenia i diagnostyki oraz opis ograniczeń ochrony ubezpieczeniowej znajduje się w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- a) świadczeń ambulatoryjnych nie związanych z hospitalizacją;
- b) udzielania świadczeń w innych placówkach niż wskazane przez nas;



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w lokalizacjach i placówkach wskazanych przez nas. Szczegółowy wykaz placówek znajduje się na stronie: www.opiekaszpitalna.luxmed.pl.



Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

- ✓ przekazanie wszystkich danych, o które zapytamy we wniosku ubezpieczeniowym;
- ✓ zawiadomienie nas o zdarzeniu uprawniającym do świadczenia;
- ✓ przestrzeganie zaleceń lekarzy;
- ✓ przestrzeganie zasad panujących w przychodniach i szpitalach;
- ✓ przestrzegania terminów zaplanowanych zabiegów, badań i wizyt wynikających z umowy.

Co należy do obowiązków Ubezpieczającego?

- ✓ przekazywanie nam list ubezpieczonych;
- ✓ przekazanie kompletnych, poprawnie wypełnionych deklaracji przystąpienia;
- ✓ przekazanie innych dokumentów, jeżeli były one wskazane, jako niezbędne do zawarcia umowy;
- ✓ terminowe opłacanie składek.



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Szczegóły dotyczące wysokości Składki oraz jej sposób płatności zostały określone w polisie przekazanej Ubezpieczającemu.



Kiedy rozpoczyna się ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ubezpieczonych?

- ✓ w odniesieniu do Ubezpieczonych zgłoszonych w ramach pierwszej listy, ochrona rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie;
- ✓ w odniesieniu do Ubezpieczonych zgłoszonych w trakcie ubezpieczenia, ochrona rozpoczyna się z początkiem miesiąca kalendarzowego zgodnie z zasadami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

Kiedy kończy się ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ubezpieczonych?

- ✓ w dniu rozwiązania umowy;
- ✓ w rocznicę polisy przypadającą ostatniego dnia roku ukończenia przez Ubezpieczonego 71 r.ż.;
- ✓ z dniem śmierci Ubezpieczonego;
- ✓ z dniem wystąpienia Ubezpieczonego z umowy w oparciu o dyspozycję Ubezpieczającego.



Jak rozwiązać umowę?

- x Ubezpieczający może odstąpić od umowy bez podawania przyczyny w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia. W takim przypadku zwrócimy wysokość wpłaconej Składki, pomniejszoną o okres w którym udzieliliśmy ochrony ubezpieczeniowej.
- x Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym momencie jej trwania, poprzez złożenie wypowiedzenia zgodnie z zasadami wskazanymi w OWU. Umowa zostanie rozwiązana z końcem miesiąca kalendarzowego przypadającego na koniec okresu ubezpieczenia, ewentualnie w późniejszym terminie wskazanym przez Ubezpieczającego.