



Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia Medica

KOD: C-MED-01/11

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA, zwane dalej „Ubezpieczycielem”, w zakresie działania swego przedsiębiorstwa zawiera umowy ubezpieczenia z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, którym ustawa przyznaje zdolność prawną, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi”.

2. Ubezpieczonym na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia może być jedynie osoba fizyczna, która w dniu wskazanym jako początek okresu ubezpieczenia ukończyła 1. rok życia, a nie ukończyła 65. roku życia.

DEFINICJE

§ 2

W rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia za:

1) **ciężę wysokiego ryzyka** – uważa się ciężę, w której przebiegu matka lub płód znajdują się lub będą się znajdować w sytuacji zwiększonego ryzyka zachorowalności lub umieralności przed lub po porodzie, potwierdzonej przez lekarza ginekologa,

2) **chorobę przewlekłą** – uważa się schorzenie, którego objawy utrzymują się dłużej niż 4 tygodnie, a w trakcie jego przebiegu mogą występować objawy zaostrzenia, zmniejszenia lub czasowego ustąpienia objawów,

3) **czynności o podwyższonym stopniu ryzyka** – uważa się rafting lub uprawianie innych sportów wodnych na rzekach górskich, nurkowanie przy użyciu aparatów oddechowych, skoki ze spadochronem, uprawianie paralotniarstwa, szybownictwa oraz pilotowanie jakichkolwiek samolotów silnikowych, udział i przygotowania do udziału w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych, skoki bungee, sztuki walki i wszelkiego rodzaju sporty obronne, uprawianie wspinaczki wysokogórskiej i skalnej, speleologii, myślistwo, jazdę konną, bobsleje, skoki narciarskie, jazdę na motorach, skuterach, jazdę na nartach wodnych oraz jazdę z wykorzystaniem pojazdów poruszających się po śniegu lub lodzie,

4) **datę początkową** – uważa się dzień rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w pierwszej umowie ubezpieczenia, od którego ochrona ubezpieczeniowa trwa nieprzerwanie, pod warunkiem zachowania ciągłości ubezpieczenia; w przypadku przerwania ciągłości ubezpieczenia za datę początkową uznaje się datę rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w nowej umowie, zawartej po okresie przerwy w ubezpieczeniu,

5) **infekcję** – uważa się wszelkie stany rozstroju zdrowia wywołane przez czynniki chorobotwórcze pochodzenia bakteryjnego, wirusowego, grzybiczego lub pasożytniczego,

6) **lokaut** – uważa się zamknięcie zakładu przez właściciela połączone ze zwalnianiem pracowników, przeprowadzane dla zmuszenia ich do

przyjęcia gorszych warunków pracy lub ze względu na strajk,

7) **nieszczęśliwy wypadek** – uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego Ubezpieczony – niezależnie od swojej woli – doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, przy czym za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się infekcji oraz nagłych zachorowań, nawet gdy zostały wywołane czynnikami zewnętrznymi takich jak np. zawał serca lub udar mózgu,

8) **osoby bliskie** – uważa się małżonka, osoby pozostające w konkubinacie, rodzeństwo, wstępnych, zstępnych, teściów, zięciów i synowe, ojczyma, macochę, pasierba, przysposobionych i przysposabiających,

9) **przedsiębiorcę** – uważa się osobę fizyczną, osobę prawną lub inną jednostkę organizacyjną niebędącą osobą prawną, której ustawa przyznaje zdolność prawną, prowadzącą we własnym imieniu działalność gospodarczą lub zawodową,

10) **strajk** – uważa się zbiorowe, dobrowolne wstrzymanie pracy przez pracowników na jakiś czas w jednym lub kilku zakładach, instytucjach, będące wyrazem protestu, np. politycznego lub ekonomicznego wraz z żądaniem zmian,

11) **świadczenie medyczne** – uważa się zapewnienie opieki medycznej poprzez umożliwienie skorzystania przez Ubezpieczonego z pomocy lekarskiej na zasadach opisanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia,

12) **świadczeniodawcę** – uważa się podmiot, wskazany przez Ubezpieczyciela, zapewniający wykonanie świadczenia medycznego,

13) **terroryzm** – uważa się nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności i dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy oraz skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych,

14) **wyczynowe uprawianie sportu** – uważa się:

a) uprawianie dyscyplin sportowych w ramach zarejestrowanych sekcji lub klubów sportowych, jak również uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych,

b) uczestniczenie w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz koszty opieki medycznej udzielanej Ubezpieczonemu.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:

1) wypłatę dziennego świadczenia szpitalnego,

2) zapewnienie Ubezpieczonemu dostępu do świadczeń medycznych.

3. Rodzaj świadczeń medycznych przysługujących Ubezpieczonemu jest zależny od wybranego wariantu ubezpieczenia, określonego w Załącznikach 1 i 2 do niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4

1. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są zdarzenia spowodowane:

- 1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, zamieszkami, rozruchami, niepokojami społecznymi, strajkami, lokautami lub aktami sabotażu bądź terroryzmu,
- 2) popełnieniem przez Ubezpieczonego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego (o ile na skutek stanu zdrowia Ubezpieczonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu),
- 3) obrażeniami doznanymi wskutek: popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa, umyślnego samookaleczenia ciała lub usiłowania popełnienia samobójstwa,
- 4) nosicielstwem wirusa HIV, zespołem AIDS lub chorobą Alzheimera,
- 5) uszkodzeniami trzustki lub wątroby spowodowanymi spożywaniem alkoholu,
- 6) zatruciem alkoholem, narkotykami, nikotyną lub innymi środkami odurzającymi.

2. Z ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wypłaty dziennego świadczenia szpitalnego wyłączone są pobyty w szpitalu spowodowane:

- 1) chorobami przewlekłymi rozpoznanymi, leczonymi lub których objawy występowały w okresie 24 miesięcy przed datą początkową,
- 2) obrażeniami ciała doznanymi w okresie 24 miesięcy przed datą początkową,
- 3) chorobami psychicznymi, zaburzeniami psychicznymi lub schorzeniami wynikającymi z uzależnienia od środków psychoaktywnych, chorobami układu nerwowego,
- 4) działaniami Ubezpieczonego po użyciu alkoholu,
- 5) nieuzasadnionym nieskorzystaniem z porady lekarskiej, nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub użyciem leków bądź narkotyków przez Ubezpieczonego niezleconych przez lekarza,
- 6) wyczynowym uprawianiem sportu,
- 7) wykonywaniem, nawet jednokrotnie, czynności o podwyższonym stopniu ryzyka,
- 8) wypadkami powstałymi na skutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, powietrznego lub wodnego bez uprawnień,
- 9) wypadkiem lotniczym, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
- 10) katastrofami, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie.

3. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wypłaty dziennego świadczenia szpitalnego wyłączone są ponadto:

- 1) zabiegi i operacje plastyczno-kosmetyczne, z wyjątkiem operacji oszczędzających lub okaleczeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku,
- 2) pobyty w szpitalu związane z ciążą, porodem lub połogiem,
- 3) leczenie i zabiegi dentystryczne, chyba że wynikają z obrażeń odniesionych w wypadku, w którym Ubezpieczony doznał także uszkodzeń innych narządów lub układów,
- 4) badania diagnostyczne lub rehabilitacje,
- 5) hospitalizacje niezlecone przez lekarza,
- 6) pobyty Ubezpieczonego we wszelkiego rodzaju sanatoriach, szpitalach uzdrowiskowych, ośrodkach rehabilitacyjnych, domach opieki lub hospicjach.

4. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zapewnienia Ubezpieczonemu dostępu do świadczeń medycznych wyłącza się

świadczenia medyczne będące następstwem:

- 1) diagnozowania i leczenia niepłodności,
 - 2) zabiegów aborcji,
 - 3) ciąży wysokiego ryzyka lub ciąży, jeżeli wcześniej wystąpiły: ciąża wysokiego ryzyka, poród o przebiegu patologicznym, komplikacje połogu,
 - 4) leczenia uzależnień,
 - 5) zaburzeń psychicznych zdiagnozowanych, leczonych lub których objawy występowały przed datą początkową.
5. Ubezpieczonemu nie będzie przysługiwał dostęp do świadczeń medycznych, jeżeli w okresie 24 miesięcy przed datą początkową u Ubezpieczonego zostały zdiagnozowane, były leczone lub występowały objawy następujących chorób:
- 1) zawału serca,
 - 2) niewydolności krążenia,
 - 3) udaru lub wylewu (wewnątrzczaszkowego bądź podpajęczynówkowego),
 - 4) nowotworu złośliwego,
 - 5) cukrzycy typu I,
 - 6) marskości wątroby,
 - 7) stwardnienia rozsianego,
 - 8) wad i schorzeń wrodzonych wymagających stałego przyjmowania leków, operacji naprawczych lub stałej rehabilitacji bądź opieki osób trzecich.

RODZAJE I SPOSÓB USTALANIA WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ

§ 5

1. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu za każdy dzień pobytu Ubezpieczyciel wypłaca dziennie świadczenie szpitalne w wysokości 1% sumy ubezpieczenia wskazanej w treści polisy ubezpieczeniowej.
2. Za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie pierwszych 10 dni Ubezpieczyciel wypłaci dodatkowo, poza świadczeniem wskazanym w ust. 1, kwotę w wysokości 3% sumy ubezpieczenia, za dzień pobytu w szpitalu.
3. Wysokość świadczenia należna z tytułu wypłaty dziennego świadczenia szpitalnego jest ustalana na podstawie postanowień umowy ubezpieczenia obowiązujących w pierwszym dniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.

§ 6

1. Dienne świadczenie szpitalne jest płatne za okres od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Dienne świadczenie szpitalne przysługuje Ubezpieczonemu, jeżeli pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 96 godzin i o ile pobyt ten rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu pobytów Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanych tą samą chorobą lub tym samym nieszczęśliwym wypadkiem może zostać wypłacone w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela maksymalnie za 70 dni pobytu w szpitalu.
4. Podstawą wypłaty dziennego świadczenia szpitalnego jest karta informacyjna leczenia szpitalnego.
5. Dienne świadczenie szpitalne wypłacane jest po zakończeniu leczenia szpitalnego; na wniosek Ubezpieczonego Ubezpieczyciel może podjąć decyzję o wypłacie całości lub części świadczenia w terminie wcześniejszym.

6. Dienne świadczenie szpitalne jest wypłacane Ubezpieczonemu.
7. Świadczenia, o którym mowa w § 5, nie wypłaca się, jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem przedmiotowego świadczenia.
8. Jeżeli w jednym dniu Ubezpieczony był pacjentem dwu lub większej liczby szpitali, Ubezpieczyciel wypłaci dienne świadczenie szpitalne za ten dzień za pobyt w jednej z wymienionych powyżej placówek.
9. Lekarz kierujący do szpitala lub podpisujący kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub inny dokument potwierdzający wypisanie ze szpitala nie może być osobą bliską Ubezpieczonego.
10. Pobyt w szpitalu nie może zostać uznany za spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli rozpoczął się po upływie 180 dni od daty tego wypadku.

§ 7

1. Rodzaj świadczeń medycznych udostępnianych Ubezpieczonemu określony został w Załącznikach 1 i 2, stanowiących integralną część niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
2. Dostęp do uzyskania świadczeń medycznych przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie w czasie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wskazanym w § 13.
3. Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów leków, środków medycznych i sprzętu medycznego, w tym przepisanych lub zaleconych przez lekarzy świadczeniodawcy.

SPOSÓB ZAWIERANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 8

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku ubezpieczeniowego, sporządzonego w formie pisemnej, na formularzu Ubezpieczyciela.
2. Wniosek powinien zawierać co najmniej następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko (nazwę), datę urodzenia (w przypadku osób fizycznych) oraz adres Ubezpieczającego,
 - 2) imię i nazwisko Ubezpieczonego, datę urodzenia oraz adres Ubezpieczonego, jeżeli umowa zawierana jest na cudzy rachunek,
 - 3) przedmiot ubezpieczenia,
 - 4) dane dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, określone w formularzu wniosku ubezpieczeniowego,
 - 5) wariant ubezpieczenia.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 9

1. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek.
2. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu. Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność Ubezpieczyciela może on podnieść również przeciwko Ubezpieczonemu.
3. Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od Ubezpieczyciela, chyba że strony uzgodniły inaczej; jednakże uzgodnienie takie nie może zostać dokonane, jeżeli wypadek już zaszedł.
4. Ubezpieczony może żądać, by Ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz Ogólnych Warunków Ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 10

1. Suma ubezpieczenia dla dziennego świadczenia szpitalnego wynosi 2 000 zł.
2. Suma ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, stanowi górny limit odpowiedzialności za jeden oraz wszystkie pobyty w szpitalu zaistniałe w okresie ubezpieczenia.

SPOSÓB USTALANIA I OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 11

1. Ubezpieczyciel ustala składkę ubezpieczeniową po dokonaniu oceny ryzyka.
2. Wysokość składki jest zależna od wieku Ubezpieczonego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, wariantu ubezpieczenia i określona jest w taryfie obowiązującej w dniu zawarcia tej umowy.
3. Składka ubezpieczeniowa jest płatna miesięcznie.
4. Przy ustalaniu wysokości składki uwzględnia się wyższe składki za objęcie ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonych, u których stwierdzone zostało występowanie chorób wymienionych w formularzu wniosku ubezpieczeniowego.

§ 12

W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.

OKRES UBEZPIECZENIA I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 13

1. Początek i koniec okresu ubezpieczenia oznacza się w umowie ubezpieczenia, potwierdzonej polisą ubezpieczeniową.
2. Okres ubezpieczenia trwa jeden rok.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie jako początek okresu ubezpieczenia, pod warunkiem że składka lub jej pierwsza rata zostanie zapłacona w dniu zawarcia umowy.
4. Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego, jeżeli składka lub jej rata nie została zapłacona w terminie określonym w umowie mimo uprzedniego wezwania do zapłaty w dodatkowym terminie 7 dni.
5. Jeżeli zapłata dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za dzień zapłaty uważa się dzień zlecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym na właściwy rachunek Ubezpieczyciela, pod warunkiem, że na rachunku Ubezpieczającego były zgromadzone wystarczające środki; w odmiennym przypadku za dzień zapłaty uważa się dzień uznania rachunku Ubezpieczyciela odpowiednią kwotą.
6. Za zapłatę składki lub kolejnej raty składki nie uważa się zapłaty kwoty niższej niż wynikającej z umowy ubezpieczenia.

7. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z upływem okresu ubezpieczenia, chyba że stosunek ubezpieczeniowy wygaśnie przed tym terminem.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO PRZED ZAWarciEM UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 14

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności znane przedstawicielowi. W razie zawarcia przez Ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający obowiązany jest niezwłocznie zgłaszać Ergo Hestii wszelkie zmiany okoliczności, wymienione w ust. 1, o które Ergo Hestia zapytywała we wniosku ubezpieczeniowym albo w innych pismach przed zawarciem umowy.
3. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 1 i 2 spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1 i 2 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 1 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

OBOWIĄZKI I PRAWA UBEZPIECZYCIELA

§ 15

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty dziennego świadczenia szpitalnego oraz do spełnienia świadczeń medycznych na rzecz Ubezpieczonego w zakresie określonym w umowie ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
2. Świadczenia medyczne realizowane będą na zlecenie Ubezpieczyciela przez świadczeniodawcę wskazanego w umowie ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel przekaze dokument potwierdzający odpowiedzialność Ubezpieczyciela, który będzie uprawniał Ubezpieczonego do korzystania ze świadczeń medycznych u świadczeniodawcy w wybranym wariantcie ubezpieczenia.

§ 16

1. Ubezpieczycielowi przysługuje prawo dokonania zmiany świadczeniodawcy realizującego świadczenia medyczne na zlecenie Ubezpieczyciela w każdym czasie. Powyższa zmiana nie wpłynie na wysokość składki ubezpieczeniowej ani na zakres ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego o zmianie świadczeniodawcy na piśmie, bezwzględnie po dokonaniu takiej zmiany.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA

§ 17

1. Ubezpieczyciel realizuje świadczenie z tytułu wypłaty dziennego świadczenia szpitalnego na podstawie uznania roszczenia w wyniku

ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego związanego z zaistnieniem szkody oraz zasadności roszczeń w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

2. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie lub świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
3. Jeżeli w terminie określonym w ust. 2 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości odszkodowania lub świadczenia okazało się niemożliwe, odszkodowanie lub świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część odszkodowania lub świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie określonym w ust. 2.
4. Jeżeli z okoliczności wypadku wynika, że nie ma możliwości ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela bez wyjaśnienia kwestii winy Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel może podjąć decyzję o odpowiedzialności za zdarzenie w oparciu o wynik postępowania przygotowawczego lub prawomocne orzeczenie sądu.

§ 18

Jeżeli uprawniony do wystąpienia z roszczeniem nie zgadza się z ustaleniami Ubezpieczyciela co do odmowy realizacji roszczenia, może w ciągu 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia zgłosić na piśmie wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd Ubezpieczyciela.

WYGAŚNIĘCIE STOSUNKU UBEZPIECZENIOWEGO

§ 19

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy; odstąpienie od umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

§ 20

1. Jeżeli umowa wygasa na skutek przyczyn określonych w § 19, następuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Niewykorzystany okres ubezpieczenia, liczony jest od następnego dnia po wygaśnięciu stosunku ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 21

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron umowy powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. Jeżeli strona umowy zmieniła adres lub siedzibę i nie zawiadomiła o tym drugiej strony umowy, to pismo skierowane pod ostatni znany adres strony wywiera skutki prawne od chwili, w której byłoby doręczone, gdyby strona nie zmieniła adresu. Postanowienia powyższe mają również zastosowanie do siedziby strony.
3. W umowie ubezpieczenia strony mogą postanowić, że zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony umowy będą

dostarczane drugiej stronie za pomocą listu elektronicznego (e-mail), wiadomości tekstowej SMS, faksu lub telefonu.

§ 22

1. Skargi i zażalenia Ubezpieczającego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia będących osobami fizycznymi rozpatrywane są niezwłocznie przez Zarząd Ubezpieczyciela lub upoważnionego pracownika po przesłaniu ich drogą pisemną pod adres siedziby Ubezpieczyciela.

2. Po rozpatrzeniu skarg i zażaleń, o których mowa w ust. 1, stanowisko Ubezpieczyciela przesyłane jest w terminie 30 dni Ubezpieczonemu pod adresem wskazanym w skardze lub zażaleniu.

§ 23

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i Kodeksu cywilnego.

§ 24

1. Spory wynikające z niniejszej umowy ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego i mogą być dochodzone przed sądami

według właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

2. Strony umowy ubezpieczenia mogą poddać pod rozstrzygnięcie sądu polubownego wynikające z niej spory.

§ 25

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzą w życie 10 sierpnia 2007 roku i obowiązują do umów zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Członek Zarządu



Jarosław Piątkowski

Załącznik nr 1

do Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia Medica, zatwierdzonych Uchwałą Nr 26/2007 Zarządu Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń Ergo Hestia SA z dnia 02.07.2007 r.

Medica Standard

1. Porada w ramach opieki podstawowej – dostęp do lekarza internisty/pediatry, ginekologa.

2. Porada w ramach opieki specjalistycznej – uzyskanie rabatu w wysokości 50% na porady w ramach opieki specjalistycznej wykonywane przez świadczeniodawcę – dostęp do lekarzy specjalistów z tytułami profesorów, docentów oraz doktorów habilitowanych, po uprzednim skierowaniu przez lekarzy świadczeniodawcy:

- chirurga,
- laryngologa,
- okulisty,
- dermatologa,
- alergologa,
- ortopedy,
- kardiologa,
- neurologa,
- urologa,
- diabetologa,
- endokrynologa,
- gastroenterologa,
- hematologa,
- nefrologa,
- onkologa,
- psychiatry – rabat na maksymalnie 4 wizyty w roku,
- pulmonologa,
- reumatologa,
- psychologa – rabat na maksymalnie 4 wizyty w roku.

3. Podstawowe testy diagnostyczne (wykonanie testów diagnostycznych na zlecenie lekarza świadczeniodawcy):

a) laboratoryjne:

- hematologiczne i koagulologiczne: OB, morfologia krwi obwodowej z rozmazem, liczba płytek, retikulocyty, wskaźnik protrombinowy, APTT, fibrynogen,
- biochemiczne (surowicy krwi) i hormonalne: sód, potas, wapń, chlorki, glukoza, krzywa obciążenia glukozą, mocznik, kreatynina, białko całkowite, proteinogram, cholesterol całkowity, cholesterol HDL, cholesterol LDL, trójglicerydy, amylaza, aminotransferaza asparaginianowa, aminotransferaza alaninowa, kinaza kreatynowa całkowita, dehydrogenaza mleczanowa, fosfataza zasadowa, kwas moczowy, bilirubina całkowita, bilirubina bezpośrednia, TSH, poziom żelaza w surowicy, GGTP – gamma – glutamylotranspeptydaza, albuminy,
- serologiczne i diagnostyka infekcji: odczyn VDRL, ASO, RF – odczyn lateksowy, odczyn Waalera – Rosego, Białko C – reaktywne, WZW typu B – Antygen Hbs (HBs-Ag),
- testowe moczu: ciężar właściwy, pH, białko całkowite, glukoza, urobilinogen, bilirubina, azotyny, ciała ketonowe, eryocyty, leukocyty, diastaza w moczu,
- bakteriologiczne: posiewy i wymazy w kierunku bakterii tlenowych – posiew moczu, posiew kału ogólny, wymaz z gardła, w zależności od wskazań dodatkowo antybiogram,
- kału: badanie kału ogólne, kał na krew utajoną, badanie kału

w kierunku pasożytów,

- cytologia,

b) diagnostyka obrazowa:

- badania elektrokardiograficzne: EKG spoczynkowe,
- zdjęcia rentgenowskie: zdjęcie klatki piersiowej w projekcji PA i bocznej – również z barytem, zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej, zdjęcie zatok, zdjęcia kostne – czaszki w projekcji PA i bocznej, kręgosłupa (szyjnego, piersiowego, lędźwiowego, krzyżowo-biodrowego) w projekcji AP i bocznej, kości kończyn w projekcji AP i bocznej, miednicy w projekcji AP i bocznej, stawów w projekcji AP i bocznej,
- badania ultrasonograficzne: USG jamy brzusznej, USG tarczycy, USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne, USG płodu przez powłoki brzuszne, USG piersi, USG gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne.

4. Szczepienie przeciwko grypie.

5. Przegląd stanu jamy ustnej.

6. Rabat na pozostałe usługi świadczone przez świadczeniodawcę – 10%.

7. Dzielne świadczenie szpitalne.

Załącznik nr 2

do Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia Medica, zatwierdzonych Uchwałą Nr 41/2004 Zarządu Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń Ergo Hestia SA z dnia 21.09.2004 r.

Medica Plus

1. Porada w ramach opieki podstawowej – dostęp do lekarza internisty/pediatry, ginekologa.

2. Porada w ramach opieki specjalistycznej – dostęp do lekarzy specjalistów z tytułami profesorów, docentów oraz doktorów habilitowanych, po uprzednim skierowaniu przez lekarzy świadczeniodawcy:

- chirurga,
- laryngologa,
- okulisty,
- dermatologa,
- alergologa,
- ortopedy,
- kardiologa,
- neurologa,
- urologa,
- diabetologa,
- endokrynologa,
- gastroenterologa,
- hematologa,
- nefrologa,
- onkologa,
- psychiatry (maksymalnie 4 wizyty w roku),
- pulmonologa,
- reumatologa,
- psychologa – maksymalnie 4 wizyty w roku.

3. Podstawowe testy diagnostyczne (wykonanie testów diagnostycznych na zlecenie lekarza świadczeniodawcy):

a) laboratoryjne:

- hematologiczne i koagulologiczne: OB, morfologia krwi obwodowej z rozmazem, liczba płytek, retikulocyty, wskaźnik protrombinowy, APTT, fibrynogen,
 - biochemiczne (surowicy krwi) i hormonalne: sód, potas, wapń, chlorki, glukoza, krzywa obciążenia glukozą, mocznik, kreatynina, białko całkowite, proteinogram, cholesterol całkowity, cholesterol HDL, cholesterol LDL, trójglicerydy, amylaza, aminotransferaza asparaginianowa, aminotransferaza alaninowa, kinaza kreatynowa całkowita, dehydrogenaza mleczanowa, fosfataza zasadowa, kwas moczowy, bilirubina całkowita, bilirubina bezpośrednia, TSH, poziom żelaza w surowicy, GGTP – gamma – glutamylotranspeptydaza, albuminy,
 - serologiczne i diagnostyka infekcji: odczyn VDRL, ASO, RF – odczyn lateksowy, odczyn Waalera – Rosego, Białko C – reaktywne, WZW typu B – Antygen Hbs (HBs-Ag),
 - testowe moczu: ciężar właściwy, pH, białko całkowite, glukoza, urobilinogen, bilirubina, azotyny, ciała ketonowe, erytrocyty, leukocyty, diastaza w moczu,
 - bakteriologiczne: posiewy i wymazy w kierunku bakterii tlenowych – posiew moczu, posiew kału ogólny, wymaz z gardła, w zależności od wskazań dodatkowo antybiogram,
 - kału: badanie kału ogólne, kał na krew utajoną, badanie kału w kierunku pasożytów,
 - cytologia,
 - b) diagnostyka obrazowa:
 - badania elektrokardiograficzne: EKG spoczynkowe,
 - zdjęcia rentgenowskie: zdjęcie klatki piersiowej w projekcji PA i bocznej – również z barytem, zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej, zdjęcie zatok, zdjęcia kostne – czaszki w projekcji PA i bocznej, kręgosłupa (szyjnego, piersiowego, lędźwiowego, krzyżowo-biodrowego) w projekcji AP i bocznej, kości kończyn w projekcji AP i bocznej, miednicy w projekcji AP i bocznej, stawów w projekcji AP i bocznej,
 - badania ultrasonograficzne: USG jamy brzusznej, USG tarczycy, USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne, USG płodu przez powłoki brzuszne, USG piersi, USG gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne.
4. Kompleksowe testy diagnostyczne (wykonanie testów diagnostycznych na zlecenie lekarza świadczeniodawcy):
- a) laboratoryjne:
- biochemiczne (surowicy krwi) i hormonalne oraz markery nowotworowe: ferrytyna, całkowita zdolność wiązania żelaza (TIBC), Lipoproteina (a), wit. B12, FT3, FT4, estradiol, hormon luteinizujący (LH), hormon folikulotropowy (FSH), progesteron, prolaktyna, testosteron, beta-HCG, AFP, PSA, CEA ceruloplazmina, digoksyna, miedź, ołów, krzywa wchłaniania żelaza, kwas foliowy, Ca 125, Ca19-9, Ca 15-3, kortyzol, katecholaminy,
 - serologiczne i diagnostyka infekcji: grupa krwi, immunoglobuliny IgA, immunoglobuliny IgE, immunoglobuliny IgM, immunoglobuliny IgG, HIV1/HIV2, przeciwciała anty-Hbs, przeciwciała anty-HCV, cytomegalia (IgM), cytomegalia (IgG), różyczka (IgM), różyczka (IgG), toksoplazmoza (IgM), toksoplazmoza (IgG), mononukleozę, przeciwciała p/tyreoglobulinowe AT, przeciwciała p/peroksydazie tarczycowej ATPO, przeciwciała p/helicobacter pylori, S.IGE – panel alergenów wziewnych, S.IGE – panel alergenów pokarmowych,
 - testowe moczu: badanie osadu moczu, ALA, ołów, metoksykatecholaminy w moczu, dobowy zbiórka: glukozy, elektrolitów, kreatyniny, kwasu moczowego, mocznika,
 - bakteriologiczne: wymaz z ucha, oka, nosa, pochwy, rany, posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella i Shigella, mikologiczne z posiewem, posiewy w kierunku bakterii beztlenowych, badanie w kierunku chlamydii trachomatis,
 - kału: kał na Lamblie met. ELISA,
 - cytologia: badanie czystości pochwy, cytologia złuszczeniowa nosa,
 - b) diagnostyka obrazowa:
 - badania elektrokardiograficzne: EKG wysiłkowe, 24 godzinne badanie EKG (metodą Holtera), 24 godzinne badanie ciśnienia tętniczego krwi (metodą Holtera),
 - zdjęcia rentgenowskie: urografia, pantomogram,
 - mammografia,
 - tomografia komputerowa,
 - rezonans magnetyczny,
 - badania ultrasonograficzne: ECHO serca, USG transwaginalne, USG gruczołu krokowego transrektalne, USG ślinianek, USG jąder, Doppler USG tętnic szyjnych, Doppler USG żył szyjnych, Doppler USG tętnic kończyny, Doppler USG żył kończyny, USG stawu biodrowego, USG stawu kolanowego, Doppler USG naczyń jamy brzusznej, USG stawu barkowego, USG stawu łokciowego, USG stawu skokowego, USG nadgarstka, USG palca stawu, USG ścięgna,
 - badania endoskopowe: gastroskopia, rektoskopia, kolonoskopia – w przypadku wskazań medycznych pobranie wycinków z oceną histopatologiczną,
 - c) diagnostyka czynnościowa:
 - spirometria,
 - densytometria,
 - skórne testy alergiczne metodą nakłuć,
 - biopsja tarczycy – w przypadku wskazań medycznych z oceną histopatologiczną pobranego materiału,
 - cienkoigłowa biopsja sutka – w przypadku wskazań medycznych z oceną histopatologiczną pobranego materiału,
 - audiometria,
 - EEG.
5. Pozakonsultacyjne zabiegi ambulatoryjne.
- Usługi w formie zabiegów, które nie są integralną częścią konsultacji lekarskiej i nie wymagają hospitalizacji oraz reżimu sali operacyjnej – mogą być wykonywane w znieczuleniu miejscowym lub krótkotrwałym ogólnym (Ubezpieczony ponosi jedynie koszt związany z wykorzystanymi materiałami):
- a) zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne:
- założenie opatrunku na ranę wymagającą opracowania chirurgicznego,
 - zmiana opatrunku rany wymagającej opracowania chirurgicznego,
 - opracowanie ran – założenie szwów powyżej 3 cm,
 - opracowanie ran – usunięcie szwów powyżej 3 cm,
 - nacięcie i drenaż ropnia powłok skórnych powyżej 3 cm,
 - nacięcie i drenaż zanokcic i zastrzałów skórnych,
 - usuwanie hemoroidów metodą gumowania (1 żyłak),
 - obliteracja żyłaków,
 - usunięcie kaszaka, brodawki, naczyniaka lub tłuszczaka,
 - zabiegi przy użyciu lasera operacyjnego: znamiona, włókniaki, wrastające paznokcie, kaszaki,
 - usunięcie ciała obcego z powłok skórnych,
 - usunięcie całej płytki paznokciowej,
 - operacja wrastającego paznokcia jednostronnie,
 - wszycie Esperalu,
 - wycięcie guza sutka,

- wycięcie kłykcin kończystych,
- biopsja chirurgiczna wraz z oceną histopatologiczną,

b) zabiegi ambulatoryjne ortopedyczne:

- blokada DEPO,
- blokada DIPROPHOS,
- punkcja stawu,
- założenie buta ortopedycznego,
- założenie buta gipsowego,
- unieruchomienie typu Dessault,
- założenie „lekkiego“ gipsu przedramiennego,
- założenie „lekkiego“ gipsu ramiennego,
- założenie „lekkiego“ gipsu typu rękawiczka,
- założenie „lekkiego“ gipsu udowego,
- założenie „lekkiego“ gipsu typu gorset,
- założenie longety na palec ręki,
- założenie longety na przedramię,
- założenie opaski przedramiennej typu „łokieć tenisisty“,
- założenie pasa lędźwiowego,
- założenie poduszki ortopedycznej,
- założenie szyny Stocka,
- założenie tutoru kolanowego,
- założenie tutoru udowego,
- założenie kołnierza ortopedycznego,
- założenie na palec opaski usztywniającej,
- założenie ortezy na nadgarstek,
- założenie prostotrzymacza,
- założenie stabilizatora dłoni,
- założenie stabilizatora obojczyka,
- założenie stabilizatora nadgarstka i kciuka,
- założenie stabilizatora stawu kolanowego,
- założenie stabilizatora stawu łokciowego,
- założenie stabilizatora stawu skokowego,
- założenie temblaka,

c) zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:

- krioterapia laryngologiczna,
- punkcja zatok,

d) zabiegi ambulatoryjne dermatologiczne:

- elektrokoagulacja dermatologiczna (1 punkt),
- krioterapia dermatologiczna (1 punkt),
- wycięcie znamienia (jedno znamień),

e) zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:

- usunięcie gradówki,

f) zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne i urologiczne:

- założenie wkładki domacicznej,
- usunięcie wkładki,
- krioterapia ginekologiczna,
- elektrokoagulacja ginekologiczna,
- założenie cewnika do pęcherza moczowego.

6. Wizyty domowe. Nielimitowana liczba wizyt. Realizowane w zasięgu terytorialnym oraz czasowym określonym przez świadczeniodawcę.

7. Szczepienie przeciwko grypie.

8. Usługi stomatologiczne.

Usługi udzielane przez lekarzy stomatologów. Ubezpieczony ponosi jedynie koszty wykorzystanych materiałów po uwzględnieniu 10% rabatu oferowanego przez świadczeniodawcę. Zakres usług stomatologicznych:

- a) przegląd jamy ustnej,
- b) RTG zęba,
- c) stomatologia zachowawcza – leczenie ubytków próchnicznych, leczenie kanałowe zębów,
- d) protetyka – odbudowa utraconych części korony zęba (ubytki klinowe, odtamane części koron, szkliwa, zębiny),
- e) chirurgia stomatologiczna – nacięcie ropnia, podcięcie wędzidełek, ekstrakcja,
- f) peridontologia – leczenie chorób błony śluzowej i przyzębia.

9. Rabat na pozostałe usługi świadczone przez świadczeniodawcę – 10%.

10. Dzielne świadczenie szpitalne.