

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA BEST DOCTORS[®]
– ORGANIZACJA I LECZENIE ZA GRANICĄ**KOD: BD 01/15**

Poniższa tabela informuje, które z zawartych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Best Doctors[®] – organizacja i leczenie za granicą postanowień regulują zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

| Nazwa ubezpieczenia | Numer zapisu wzorca umowy | |
|--|-------------------------------|--|
| | Przesłanki wypłaty świadczeń: | Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ERGO Hestia uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia: |
| Organizacja i pokrycie kosztów leczenia za granicą | §2, §3, §4, §5, §8, §10 | §2, §6, §7 ust 3, §8, §9, §11 |

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Best Doctors® – organizacja i leczenie za granicą (zwanymi dalej „Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia”), Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie, zwane dalej „Ubezpieczycielem” lub „ERGO Hestia”, w zakresie działania swego przedsiębiorstwa, zawiera umowy ubezpieczenia z Ubezpieczającymi na rachunek Ubezpieczonych.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta tylko i wyłącznie po warunkiem wcześniejszego lub jednoczesnego zawarcia umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i Ich Rodzin Hestia Rodzina z Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA (zwanej dalej „umową główną”).
3. Ubezpieczonym w umowach ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia może być wyłącznie osoba fizyczna.

DEFINICJE

§ 2

Dla niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia zastosowanie mają poniższe definicje:

- 1) **akt terroryzmu** – 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, religijnych lub społecznych lub użycie broni biologicznej, chemicznej lub jądrowej.
- 2) **atak komputerowy, hakerski (cracking)** – nielegalne działania i uzyskanie nieautoryzowanego dostępu do danych Ubezpieczonego przez nieuprawnione osoby, w tym rozproszony atak DDoS.
- 3) **atak DDoS** – atak na system komputerowy Ubezpieczającego lub usługę sieciową, przeprowadzony przez osoby będące poza stosunkiem ubezpieczenia w celu uniemożliwienia działania poprzez zajęcie wszystkich wolnych zasobów, przeprowadzony równocześnie z wielu źródeł.
- 4) **pracownik** – osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, mianowania, wyboru, powołania, umowy o pracę nakładczą, spółdzielczej umowy o pracę, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy, osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia, jeżeli osoba ta jest objęta ubezpieczeniem społecznym z tego tytułu, oraz osoba zatrudniona przez ubezpieczającego na podstawie umowy zawartej w wyniku powołania lub wyboru do organu reprezentującego osobę prawną, w tym kontraktu menedżerskiego; za pracownika uważa się również osobę fizyczną, która jest członkiem jednostki organizacyjnej będącej ubezpieczającym (o ile umowa ubezpieczenia wskazuje, że zawierana jest na rzecz tych członków) oraz osobę fizyczną będącą ubezpieczającym, która jest przedsiębiorcą, współnikiem spółki cywilnej lub spółki osobowej (o ile umowa ubezpieczenia zawierana jest na rzecz pracowników tego przedsiębiorstwa).
- 5) **Best Doctors®** – Best Doctors Services S.L.U. (z siedzibą w Hiszpanii, w Calle A Imagro Nr 36-1, 28010 Madryt), podmiot, któremu Ubezpieczyciel powierzył prowadzenie obsługi procesu organizacji leczenia za granicą, poprzez świadczenie usług medycznych InterConsultation™ oraz FindBestCare®.
- 6) **Certyfikat leczenia za granicą** – pisemna zgoda wydana przez Best Doctors® w imieniu Ubezpieczyciela, na pokrycie kosztów leczenia poważnego stanu chorobowego w placówce medycznej poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, wybranej przez Ubezpieczonego spośród placówek wskazanych mu przez Best Doctors®.
- 7) **członek grupy** – osoba objęta ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.
- 8) **eksperyment kliniczny** - zastosowanie przez lekarza nowych lub tylko częściowo wypróbowanych metod medycznych (diagnostycznych, leczniczych lub profilaktycznych) w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia osoby leczonej - przeprowadzonych, w sytuacji gdy stosowane dotychczas metody medyczne nie są skuteczne lub ich skuteczność nie jest wystarczająca.
- 9) **FindBestCare® (opieka medyczna za granicą)** – świadczenie, w którym Ubezpieczyciel za pośrednictwem Best Doctors® wskazuje Ubezpieczonemu informacje o maksymalnie trzech placówkach medycznych kwalifikujących się do przeprowadzenia zaleconego w raporcie eksperta dalszego leczenia poważnego stanu chorobowego poza granicami

Rzeczypospolitej Polskiej oraz organizuje i pokrywa koszty (z uwzględnieniem limitów odpowiedzialności, o których mowa w § 8): leczenia poważnego stanu chorobowego, podróży lub transportu medycznego, zakwaterowania, repatriacji zwłok. Świadczenie FindBestCare® jest należne Ubezpieczonemu, o ile raport eksperta (lekarza konsultanta) wydany w ramach świadczenia InterConsultation™ potwierdzi wystąpienie poważnego stanu chorobowego.

- 10) **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu znajdującym się poza granicą Rzeczypospolitej Polskiej, dalej „RP”, trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny.
- 11) **InterConsultation™ (druga opinia medyczna)** – wydanie Ubezpieczonemu raportu opartego na analizie dokumentacji medycznej zdiagnozowanego poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego, sporządzanego przez eksperta (lekarza konsultanta).
- 12) **karencja** – okres braku odpowiedzialności Ubezpieczyciela uwzględniony w wycenieniu wysokości składki ubezpieczeniowej, występujący w zakresie i w sytuacjach wskazanych w umowie ubezpieczenia.
- 13) **kwestionariusz zdrowotny** – formularz wypełniony i podpisany przez Ubezpieczonego przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, na podstawie którego Ubezpieczyciel dokonuje analizy ryzyka ubezpieczeniowego. W przypadku osób nieletnich formularz powinien zostać wypełniony i podpisany przez przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego.
- 14) **leczenie eksperymentalne** – leczenie, procedura, przebieg leczenia, sprzęt, leki i produkty farmaceutyczne, przeznaczone do celów medycznych lub chirurgicznych, które nie zostały powszechnie uznane za bezpieczne, skuteczne i właściwe w leczeniu chorób lub urazów, lub które są w trakcie badań, testów lub w jakimkolwiek stadium eksperymentu klinicznego.
- 15) **lekarz** – osoba posiadająca wiedzę i uprawnienia do leczenia ludzi, formalnie potwierdzone kwalifikacje zgodnie z wymogami prawa państwa, w którym dany lekarz prowadzi praktykę zawodową, wykonująca zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji.
- 16) **lekarz konsultant** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, praktykująca poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, uznana za specjalistę w środowisku medycznym w danej specjalności, której doświadczenie odpowiada specyficie stanu zdrowia Ubezpieczonego. Lekarz konsultant będzie wskazywany przez Best Doctors®, z uwzględnieniem specyfiki zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego, specjalności lekarskiej oraz jego doświadczenia.
- 17) **leki** – każda substancja lub połączenie substancji, które mogą być stosowane lub podawane Ubezpieczonemu w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne, lub w celu postawienia diagnozy - możliwe do uzyskania wyłącznie na receptę wystawioną przez lekarza i wydawane przez licencjonowanego farmaceutę; lekiem jest również zamiennik wskazanego w receptce leku, jeżeli zawiera te same składniki aktywne, siłę i dawkowanie.
- 18) **małżonek Ubezpieczonego** – osoba, z którą ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, o ile pomiędzy małżonkami nie została orzeczona separacja zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.
- 19) **medycyna alternatywna** – systemy, procedury i produkty związane z medycyną i opieką medyczną, nienależące do medycyny konwencjonalnej.
- 20) **medycyna eksperymentalna** – wszystkie procedury medyczne, które nie zawierają się w ogólnie przyjętej praktyce medycznej, lub które nie są nauczane w uczelniach medycznych lub instytucjach edukacyjnych lub oczekujące na oficjalne uznanie przez odpowiednie władze państwowe lub będące w fazie badań.
- 21) **nowotwór złośliwy** – rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek.
- 22) **okres ubezpieczenia** – ustalony w umowie ubezpieczenia okres trwania ochrony ubezpieczeniowej, za który opłacana jest składka ubezpieczeniowa. Okres ubezpieczenia dla poszczególnych Ubezpieczonych określany jest na podstawie §11 ust. 3 niniejszych OWU.
- 23) **osoba towarzysząca** – osoba odbywająca podróż wraz z Ubezpieczonym i wskazana przez niego do towarzyszenia mu w trakcie leczenia i podróży.
- 24) **osoby zależne** – małżonek, partner Ubezpieczonego lub pełnoletnie dziecko Ubezpieczonego.
- 25) **OWU** – niniejsze ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia Best Doctors® – organizacja i leczenie za granicą.
- 26) **partner** – osoba wskazana przez pracownika jako osoba z nim niespokrewniona, pozostająca z pracownikiem

- w nieformalnym związku, prowadząca z pracownikiem wspólne gospodarstwo domowe, która w dniu składania Ubezpieczycielowi oświadczenia o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach umowy ubezpieczenia, nie pozostaje w związku małżeńskim z osobą trzecią.
- 27) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia, gabinet medyczny, praktyka lekarska działające legalnie poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.
- 28) **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia.
- 29) **poważny stan chorobowy** – zdiagnozowanie u Ubezpieczonego:
- nowotworu złośliwego, raka nieinwazyjnego lub raka in situ wymagającego leczenia, lub potrzeba przeprowadzenia:
 - zabiegu operacyjnego naczyń wieńcowych,
 - zabiegu kardiochirurgicznego wymiany zastawki,
 - zabiegu neurochirurgicznego,
 - przeszczepu od żywego dawcy narządów,
 - przeszczep szpiku kostnego
- Poważne stany chorobowe wymienione w pkt 29) a)-f) powyżej zostały szczegółowo opisane w §4 ust. 2 niniejszych OWU.
- 30) **proteza** – sztuczne urządzenie uzupełniające brakujące części ciała lub narządu.
- 31) **przestępstwo** – czyn człowieka zabroniony przez ustawę obowiązującą w czasie jego popełnienia pod groźbą kary jako zbrodnia lub występki, bezprawny, zawiniony i społecznie szkodliwy w stopniu wyższym niż znikomy, stwierdzony prawomocnym wyrokiem sądu.
- 32) **recepta** – pisemne zlecenie lekarskie, na którego podstawie apteka sporządza lekarstwa lub wydaje leki gotowe.
- 33) **raport eksperta** – opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia Ubezpieczonego, sporządzona przez lekarza konsultanta w ramach świadczenia InterConsultation™, na podstawie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej.
- 34) **rak nieinwazyjny lub rak in situ** – złośliwy nowotwór ograniczający się do nabłonka, nieatakujący zrębu lub otaczającej go tkanki.
- 35) **rocznica polisy** – każda rocznica rozpoczęcia ochrony odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do pierwszej osoby obejmowanej ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy głównej przypadająca na pierwszy dzień miesiąca.
- 36) **szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający zgodnie z prawem miejscowym poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej.
- 37) **transport medyczny** – transport Ubezpieczonego zalecany przez lekarza konsultanta, realizowany zgodnie z jego wskazaniami, odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu.
- 38) **dziecko** – dziecko własne, przysposobione lub pasierb (jeżeli nie żyją ojciec lub matka) Ubezpieczonego, którego zdrowie jest przedmiotem ochrony na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, zwane również Ubezpieczonym.
- 39) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną zawierająca umowę ubezpieczenia na rachunek Ubezpieczonych.
- 40) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, posiadająca miejsce stałego zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, której zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia.
- 41) **usługa medyczna i chirurgiczna** – usługa świadczona w ramach opieki zdrowotnej realizowana w obszarze medycyny.
- 42) **zabieg kardiochirurgiczny wymiany zastawki** – operacja kardiochirurgiczna na otwartym sercu, z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego, w celu leczenia nabytej choroby zastawki lub zastawek serca polegające na wymianie jednej lub więcej zastawek serca; zakres ochrony obejmuje wyłącznie zabiegi wszczepiania sztucznych zastawek serca, u Ubezpieczonego, u którego wada zastawki została wykryta w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, co zostało potwierdzone wynikiem badań hemodynamicznych i echokardiograficznych.
- 43) **zabieg neurochirurgiczny** – dowolna operacja chirurgiczna mózgu i/lub innych struktur wewnątrz czaszkowych, z wyłączeniem kraniotomii, jeżeli jest konsekwencją wypadku.
- 44) **zabieg operacyjny naczyń wieńcowych** – zabieg kardiochirurgiczny przeprowadzany na otwartym sercu polegający na pomostowaniu co najmniej dwóch tętnic wieńcowych poprzez wytworzenie przełyków omijających z użyciem przeszczepów naczyniowych (by-pass). Rozpoznanie powinno zostać potwierdzone badaniem angiograficznym.

- 45) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zgłoszenie do Ubezpieczyciela w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej potrzeby skorzystania z świadczenia InterConsultation™ lub potrzeby leczenia za granicą poważnego stanu chorobowego określonego w § 4, potwierdzonego raportem eksperta. Poważny stan chorobowy musi być spowodowany chorobą zdiagnozowaną po raz pierwszy po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej i poza okresem karencji, o którym mowa w § 3 ust. 3, Ubezpieczyciel, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności przewidzianych w § 6, organizuje i pokrywa koszty leczenia i usług medycznych w przypadku wystąpienia poważnego stanu chorobowego objętego zakresem ubezpieczenia, o ile spełnione zostaną łącznie poniższe warunki:
 - a) leczenie lub zabieg medyczny przeprowadzane jest w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 10 ust. 5 ;
 - b) diagnoza prowadząca do rozpoczęcia leczenia lub wykonania zabiegu medycznego została potwierdzona przez usługę InterConsultation™;
 - c) zabieg stanowi konieczność medyczną (zabieg niezbędny z medycznego punktu widzenia mający na celu wyleczenie lub zmniejszenie objawów poważnego stanu chorobowego);
 - d) koszty leczenia są objęte zakresem ubezpieczenia zgodnie z § 5 oraz mieszczą się w sumie ubezpieczenia i limitach określonych w § 8;
 - e) leczenie jest organizowane przez Best Doctors® zgodnie z procedurą zgłaszania roszczeń określoną w § 9;
 - f) koszty leczenia są ponoszone poza granicami Rzeczypospolitej Polski, z wyjątkiem kosztów leków jak wskazano w § 5 ust. 5 pkt 2).
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy ubezpieczenia rozpoczyna się po upływie 90 dni od daty przystąpienia do Ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dacie zapłaty składki ubezpieczeniowej należnej za Ubezpieczonego z tytułu umowy ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje:

1. Pokrycie przez Ubezpieczyciela kosztów opisanych w § 5 OWU, sporządzenie drugiej opinii medycznej (InterConsultation™) oraz organizację opieki medycznej za granicą (FindBestCare®), realizowane w okresie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem § 10 ust. 5 OWU, w przypadku potwierdzenia przez lekarza konsultanta poważnego stanu chorobowego.
2. Leczenie poniższych chorób oraz wykonanie następujących procedur medycznych:
 - 1) Leczenie nowotworu złośliwego, **raka nieinwazyjnego lub raka in situ**:
 - a) każdego nowotworu złośliwego, z wyjątkiem chłoniaka skórnoego, charakteryzującego się niekontrolowanym wzrostem, rozprzestrzenianiem się złośliwych komórek i inwazją tkanek,
 - b) każdego raka in situ, który jest ograniczony do nabłonka, gdzie powstał i który nie zaatakował zrębu lub otaczających go tkanek,
 - c) wszelkich zmian przedrakowych w komórkach, które są cytologicznie lub histologiczno-patologicznie klasyfikowane jako obszary wysokiego stopnia dysplazji lub poważna dysplazja.
 - 2) Pomostowanie aortalno-wieńcowe, bypass (rewaskularyzacja mięśnia sercowego)
Poddanie się, za radą lekarza konsultanta o specjalizacji kardiolog, operacji polegającej na wytworzeniu pomostów naczyniowych (by-pass'ów) w celu ominięcia zwężonej lub całkowicie zamkniętej co najmniej jednej tętnicy wieńcowej.

- 3) Wymiana lub naprawa zastawki serca
Poddanie się, za radą lekarza konsultanta o specjalizacji kardiolog, operacji polegającej na wymianie lub naprawie co najmniej jednej zastawki serca.
- 4) Neurochirurgia:
 - a) każda interwencja chirurgiczna w mózgu lub w strukturach wewnątrzczaszkowych,
 - b) leczenie nowotworów łagodnych znajdujących się w rdzeniu kręgowym.
- 5) Przeszczep narządów od żyjącego dawcy
Chirurgiczny przeszczep, w trakcie którego Ubezpieczony otrzymuje nerkę, fragment wątroby, płat płuc lub część trzustki od żywego dawcy.
- 6) Przeszczep szpiku kostnego
Transplantacja komórek szpiku kostnego do Ubezpieczonego, pochodzących od:
 - a) Ubezpieczonego (autologiczny przeszczep szpiku kostnego); lub
 - b) od żyjącego kompatybilnego dawcy (allogeniczny przeszczep szpiku kostnego).

KOSZTY OBJĘTE UBEZPIECZENIEM

§ 5

Zakresem ubezpieczenia objęte są następujące koszty:

1. Koszty medyczne

- 1) Ponośzone przez szpital koszty:
 - a) pobytu w pokoju, sali lub na oddziale szpitalnym bądź na oddziale intensywnej terapii,
 - b) dodatkowego łóżka związanego z pobytom osoby towarzyszącej w szpitalu, o ile szpital udostępni taką usługę,
 - c) wyżywienia podczas hospitalizacji,
 - d) usług medycznych świadczonych przez przychodnie przyszpitalne,
 - e) wykonania zabiegów chirurgicznych na sali operacyjnej.
- 2) Koszty poniesione przez klinikę chirurgii / leczenia jednego dnia lub przychodnię, jednak wyłącznie w przypadku, gdy leczenie, operacja, lub koszty leków stosowanych na podstawie recepty byłyby objęte niniejszą umową.
- 3) Koszty dotyczące następujących usług medycznych i chirurgicznych, zabiegów lub leków wskazanych na receptę:
 - a) opieki anestezyjologicznej obejmującej przygotowanie Ubezpieczonego do znieczulenia, znieczulenie i opiekę nad Ubezpieczonym po zakończeniu znieczulenia,
 - b) badań laboratoryjnych, badań diagnostycznych, badań rentgenowskich, chemioterapii, radioterapii, badań elektrokardiograficznych, badań ultrasonograficznych, badań z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, echokardiografii, mielogramu, encefalografii, angiografii, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego oraz innych badań zleconych przez lekarza w celu rozpoznania i leczenia poważnego stanu chorobowego określonego w niniejszych OWU,
 - c) zabiegów zleconych przez lekarzy, w tym: transfuzję krwi, osocza i płynów dożylnych, iniekcji, terapii tlenowej.
- 4) Koszty leków stosowanych na podstawie recepty wystawionej przez lekarza w czasie hospitalizacji Ubezpieczonego w związku z leczeniem poważnego stanu chorobowego objętego ubezpieczeniem. Koszty leków związanych z leczeniem pooperacyjnym pokrywane są przez okres 30 dni od daty zakończenia przez Ubezpieczonego etapu leczenia przeprowadzonego poza terytorium RP oraz wyłącznie w przypadku, gdy zostały one zakupione przed powrotem do RP.
- 5) Koszty przewozu i transportu ambulansem drogowym lub karetką powietrzną, jeśli ich użycie jest wskazane i zalecone przez lekarza konsultanta Best Doctors®.
- 6) W przypadku przeszczepu od dawcy:
 - a) koszty procedury szukania potencjalnych dawców,
 - b) koszty usług szpitalnych świadczonych na rzecz dawcy, tj.: zakwaterowania w pokoju lub oddziale i wyżywienia podczas hospitalizacji, opieki lekarskiej i pielęgniarskiej podczas hospitalizacji, obsługi personelu medycznego, zleconych przez lekarza badań laboratoryjno-diagnostycznych,

- c) koszty operacji pobrania narządu lub szpiku kostnego dla Ubezpieczonego.
- 7) Koszty usług i materiałów dostarczonych na potrzeby hodowli szpiku kostnego w związku z przeszczepem tkanki u Ubezpieczonego. Pokrywane będą jedynie koszty poniesione od daty wydania Certyfikatu leczenia za granicą.

2. Koszty podróży i transportu medycznego

- 1) Zakres ubezpieczenia obejmuje koszty transportu Ubezpieczonego, osoby towarzyszącej oraz w przypadku przeszczepu, żyjącego dawcy do miejsca, w którym znajduje się placówka medyczna wybrana przez Ubezpieczonego spośród placówek wskazanych przez Best Doctors® oraz ich powrót do RP. Podróż musi być zorganizowana przez Best Doctors®, a ubezpieczenie nie obejmuje żadnych kosztów podróży zorganizowanej przez Ubezpieczonego we własnym zakresie bądź osobę trzecią w imieniu Ubezpieczonego.
- 2) Best Doctors® ustala termin podróży na podstawie uzgodnionego planu leczenia i informuje o tym Ubezpieczonego najpóźniej na jeden dzień przed podróżą.
- 3) W przypadku, gdy Ubezpieczony bez uzasadnienia medycznego i bez uzgodnienia z Best Doctors® zmieni termin podróży, będzie zobowiązany do zwrotu Ubezpieczycielowi kosztów związanych z organizowaniem i zapewnieniem odpowiednich warunków podróży.
- 4) Koszty podróży lub transportu medycznego obejmują:
 - a) transport z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego do wyznaczonego lotniska międzynarodowego lub dworca kolejowego,
 - b) bilet na pociąg lub bilet lotniczy w klasie ekonomicznej do miasta docelowego leczenia i transportu do wskazanego hotelu,
 - c) transport z wyznaczonego hotelu lub szpitala do wskazanego międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego,
 - d) bilet na pociąg lub bilet lotniczy w klasie ekonomicznej, a następnie transport do miasta, w którym Ubezpieczony ma stały adres zamieszkania.

3. Koszty zakwaterowania

- 1) Ubezpieczenie obejmuje koszty zakwaterowania Ubezpieczonego, osoby towarzyszącej oraz żyjącego dawcy, w przypadku przeszczepu poza granicami RP, w związku z ich pobytem w miejscu leczenia poważnego stanu chorobowego. Zakwaterowanie musi być zorganizowane przez Best Doctors®, a ubezpieczenie nie obejmuje kosztów zakwaterowania organizowanego przez Ubezpieczonego we własnym zakresie bądź przez osobę trzecią w imieniu Ubezpieczonego.
- 2) Best Doctors® ustala okres zakwaterowania na podstawie uzgodnionego planu leczenia i przekazuje Ubezpieczonemu informację najpóźniej na jeden dzień przed podróżą.
- 3) W przypadku, gdy Ubezpieczony bez uzasadnienia medycznego i bez uzgodnienia z Best Doctors® zmieni datę zakwaterowania, będzie zobowiązany do zwrotu Best Doctors® kosztów związanych z wprowadzonymi zmianami warunków zakwaterowania.
- 4) Ustalenia dotyczące zakwaterowania dla ubezpieczonego i osoby towarzyszącej obejmują:
 - a) zakwaterowanie w pokoju dwuosobowym w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym, ze śniadaniem; wybrany zostanie hotel znajdujący się bliżej placówki medycznej, odległość nie powinna przekraczać 10 km;
 - b) podwyższenie standardu hotelu nie jest możliwe i nie może być sfinansowane przez Ubezpieczonego we własnym zakresie.

4. Koszty repatriacji

- 1) W przypadku zgonu Ubezpieczonego (lub dawcy w przypadku przeszczepu) podczas organizowanego przez Best Doctors® procesu leczenia za granicą RP, Best Doctors® organizuje i pokrywa koszty repatriacji zwłok Ubezpieczonego lub dawcy do miejsca pochówku na terytorium RP.
- 2) Koszty repatriacji zwłok obejmują koszty zakupu trumny przewozowej i balsamowania zwłok oraz koszty transportu na terytorium RP.

5. Koszty leków

- 1) W ramach kontynuacji procesu leczenia organizowanego przez Best Doctors®, gdy Ubezpieczony był hospitalizowany poza granicami RP przez okres dłuższy niż 3 dni, Best Doctors® zrefunduje Ubezpieczonemu koszty poniesione na zakup leków po powrocie na terytorium RP, jeśli spełnione są łącznie następujące kryteria:
 - a) leki zostały zalecone przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą RP jako konieczna kontynuacja prowadzonego leczenia,
 - b) leki są dopuszczone do obrotu na terytorium RP,
 - c) leki zostały przepisane przez lekarza pracującego na terytorium RP,
 - d) leki zostały zakupione na terytorium RP przez Ubezpieczonego,
 - e) każda recepta obejmuje dawkę pozwalającą na przyjmowanie leku przez okres nie dłuższy niż dwa miesiące.
- 2) Ubezpieczenie nie obejmuje następujących kosztów:
 - a) leków w części refundowanej w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - b) procedur medycznych związanych z podawaniem leku,
 - c) poniesionych na zakup leków, jeżeli faktury zostaną przedstawione po upływie 180 dni od daty zakupu.

W celu uzyskania zwrotu kosztów medycznych, Ubezpieczony jest zobowiązany przedstawić Ubezpieczycielowi recepty oraz potwierdzenie zapłaty oraz wskazać, czy któreś z kosztów podlegały refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

6. Dzielne świadczenie szpitalne:

- 1) Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie za każdy dzień hospitalizacji podczas leczenia Ubezpieczonego za granicą RP, w kwocie określonej w umowie ubezpieczenia.
- 2) Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, o którym mowa w pkt. 1) powyżej za okres nieprzekraczający 60 dni dla każdego roszczenia, o ile hospitalizacja rozpoczęła się w okresie ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 6

1. Wyłączenia ogólne

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za:
 - a) koszty związane z leczeniem chorób oraz wykonywaniem procedur medycznych nieobjętych ubezpieczeniem,
 - b) choroby lub urazy powstałe w wyniku wojen, aktów terroryzmu, ruchów sejsmicznych, zamieszek, rozruchów, powodzi, wybuchów wulkanów, a także konsekwencje reakcji jądrowych, jak również związane z ogłoszonymi przez władze państwowe epidemiami,
 - c) błędy wynikające z ataku komputerowego, hakierskiego i ataku DDoS,
 - d) koszty opieki zdrowotnej związane z alkoholizmem, uzależnieniem od narkotyków lub środków odurzających albo wprowadzeniem się w stan nietrzeźwości lub po użyciu substancji psychoaktywnych, odurzających lub halucynogennych,
 - e) leczenie stanu chorobowego będącego wynikiem nieudanej próby samobójczej Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na jego własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, koszty lub leczenie związane z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia w przypadku leczenia Ubezpieczonego w szpitalu uzdrowiskowym (sanatoryjnym), szpitalu rehabilitacyjnym, sanatorium i uzdrowisku, ośrodku pomocy społecznej, domu opieki, ośrodku leczenia uzależnień, hospicjum.

2. Wyłączenia medyczne

Ubezpieczyciel oraz Best Doctors® nie ponoszą odpowiedzialności za:

- 1) korzystanie z metod medycyny eksperymentalnej i poddawanie się leczeniu eksperymentalnemu,
- 2) procedury medyczne wymagane w związku z AIDS (zespołem nabytego niedoboru odporności), HIV (ludzkim wirusem niedoboru odporności) lub chorobami związanymi z tymi chorobami (w tym mięsak Kaposiego), lub jakiegokolwiek leczenie AIDS lub HIV,
- 3) usługi, które nie zostały wskazane w raporcie InterConsultation™ przez lekarza konsultanta jako konieczne do leczenia poważnego stanu chorobowego,
- 4) opłaty za organizację oraz leczenie chorób objętych ubezpieczeniem inną metodą niż rekomendowana w raporcie eksperta medycznego, jeżeli w raporcie eksperta medycznego rekomendowanym sposobem leczenia jest przeszczep narządu,
- 5) pokrycie kosztów organizacji, świadczeń lub leczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polski, jeżeli były związane z komplikacjami po przeszczepie objętym zakresem ubezpieczenia.

3. Wydatki nieobjęte ubezpieczeniem

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za:

- 1) organizację i pokrycie kosztów leczenia lub procedur diagnostycznych poważnego stanu chorobowego na terytorium RP, z wyjątkiem kosztów leków zakupionych i podawanych na terytorium RP zgodnie z § 5 ust. 5,
- 2) organizację i pokrycie kosztów leczenia poważnego stanu chorobowego za granicą RP, jeżeli w momencie rozpoznania tego stanu lub zgłoszenia roszczenia Ubezpieczycielowi Ubezpieczony nie posiadał stałego miejsca zamieszkania na terytorium RP,
- 3) koszty poniesione przed wydaniem Certyfikatu leczenia za granicą,
- 4) koszty poniesione w innym szpitalu niż ten wskazany w Certyfikacie leczenia za granicą, do którego został skierowany Ubezpieczony,
- 5) koszty poniesione w związku z okresem rekonwalescencji po zabiegach operacyjnych oraz opieką domową związaną z rekonwalescencją, pobytem w domu opieki zdrowotnej lub usługami świadczonymi w ośrodku rekonwalescencji lub, hospicjum lub domu pomocy społecznej,
- 6) pokrycie kosztów zakupu protez, implantów, sztucznych narządów lub organów, soczewek, urządzeń korygujących (w tym zakupu okularów optycznych i szkieł kontaktowych), urządzeń ortopedycznych (w tym obuwia ortopedycznego, gorsetów, kul, wózków inwalidzkich, łóżka rehabilitacyjnego), materiałów opatrunkowych, peruki, z wyjątkiem protez piersiowych i zastawek serca wymaganych w związku z operacją zorganizowaną i opłaconą na podstawie niniejszej umowy,
- 7) koszt leków, które nie zostały dopuszczone do obrotu przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub które są dostępne bez recepty w RP,
- 8) koszty leczenia w ramach medycyny alternatywnej lub medycyny eksperymentalnej nawet jeśli zostało przepisane lub zalecane przez lekarza podczas leczenia poważnego stanu chorobowego,
- 9) koszty świadczeń lub leczenia w przypadkach zmian otępiennych spowodowanych starością, zmian demielinizacyjnych, naczyniowych i urazowych mózgu, upośledzenia funkcji mózgu skutkującymi zaburzeniami psychicznymi, niezależnie od przyczyny ich wystąpienia i stanu zaawansowania,
- 10) koszty tłumacza i tłumaczenia, za wyjątkiem tłumaczenia związanego ze świadczeniem usług medycznych w trakcie leczenia za granicą oraz za wyjątkiem przetłumaczenia dokumentacji medycznej w ramach świadczenia InterConsultation™,
- 11) koszty poniesione na rozmowy telefoniczne oraz opłaty w odniesieniu do przedmiotów osobistego użytku - lub z tytułu usług świadczonych osobie towarzyszącej,
- 12) koszty poniesione przez ubezpieczonego lub krewnych, osoby towarzyszące, z wyjątkiem kosztów wyraźnie objętych ubezpieczeniem,
- 13) koszty z tytułu zakwaterowania lub transportu zorganizowanego samodzielnie przez Ubezpieczonego, lub osobę trzecią.

4. Choroby i procedury medyczne nieobjęte ubezpieczeniem

- 1) W przypadku leczenia nowotworu złośliwego zakres ochrony nie obejmuje:
 - a) nowotworów współistniejących z zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS),
 - b) nowotworów skóry, z wyjątkiem czerniaka złośliwego.
- 2) W przypadku operacji pomostowania tętnicy wieńcowej zakres ochrony nie obejmuje leczenia choroby niedokrwiennej serca (choroby wieńcowej) z zastosowaniem innej techniki niż pomostowanie (by-pass) tętnic wieńcowych, np. wszelkich rodzajów angioplastyki.
- 3) W przypadku przeszczepu narządów od żyjącego dawcy zgodnie z § 4 ust. 5, zakres ochrony nie obejmuje:
 - a) przeszczepu, w którym potrzeba przeszczepu jest konsekwencją alkoholowego uszkodzenia wątroby,
 - b) przeszczepów wykorzystujących komórki macierzyste i samoprzeszczepów (autotransplantacji),
 - c) przeszczepu od zmarłego dawcy,
 - d) przeszczepu narządów zakupionych lub możliwych do zakupu od dawcy,
 - e) przeszczepu, w którym Ubezpieczony jest dawcą dla osoby trzeciej.

SPOSÓB ZAWIERANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 7

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku o zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia na życie składanego przez Ubezpieczającego, jak również deklaracji zgody na objęcie umową ubezpieczenia oraz kwestionariusza zdrowotnego, składanych przez Ubezpieczonego, sporządzonych w formie pisemnej. Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel wystawia Ubezpieczającemu polisę oraz Ubezpieczonym imienne Potwierdzenia objęcia umową ubezpieczenia.
2. Pytania zawarte w kwestionariuszu zdrowotnym:
 - A) Czy obecnie lub w ciągu ostatnich 10 lat znajdował się Pan/Pani w szpitalu, klinice lub pod kontrolą lekarza specjalisty w celu leczenia, monitorowania któregośkolwiek z następujących stanów chorobowych:
 - a) każdy zdiagnozowany rak lub odkrycie słabo zróżnicowanych (niedojrzałych) komórek, w tym zmiany przedzłośliwe, leukoplakia, przełyk Barretta, wrzodziejące zapalenie jelita grubego i choroba Crohna,
 - b) zdiagnozowane: zawał mięśnia sercowego, choroba niedokrwienne serca, cukrzyca, kardiomiopatia,
 - c) zdiagnozowane: wada zastawki serca, miażdżyca,
 - d) zdiagnozowane: udar mózgu (włączając TIA), nowotwory ośrodkowego układu nerwowego (w tym mózgu i rdzenia kręgowego), tętniak wewnątrzczaszkowy, nowotwory łagodne rdzenia kręgowego,
 - e) zdiagnozowane: nowotwór złośliwy krwi (w tym białaczka, chłoniak, szpiczak mnogi) i/lub choroby niedoboru odporności,
 - f) zdiagnozowane: niewydolność nerek lub istniejąca wcześniej niewydolność nerek z podwyższonym stężeniem kreatyniny w surowicy, wielotorbielowatość nerek, marskość wątroby, stwardniające zapalenie dróg żółciowych, zespół Budd-Chiari, przewlekłe zapalenie wątroby typu B lub C, przewlekła obturacyjna choroba płuc, mukowiscydoza, włóknienie płuc (kryptogenne i alergiczne).
 - B) Czy obecnie oczekuje Pani/Pan na wyniki badań diagnostycznych w zakresie objawów któregośkolwiek z powyższych stanów?
3. Po dokonaniu analizy ryzyka ubezpieczeniowego Ubezpieczonego, przeprowadzonej na podstawie danych zawartych w deklaracji zgody i w kwestionariuszu zdrowotnym, Ubezpieczyciel podejmuje decyzję o:
 - 1) objęciu ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego,
 - 2) odmowie objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 8

1. Ubezpieczyciel w okresie trwania umowy ubezpieczenia ponosi odpowiedzialność maksymalnie do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w tabeli poniżej w ust. 4, z uwzględnieniem limitów w niej zawartych.
2. W odniesieniu do każdego Ubezpieczonego suma ubezpieczenia wskazana w umowie ubezpieczenia odnosi się łącznie do wszystkich świadczeń realizowanych z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych w okresie 12 miesięcy od daty przystąpienia Ubezpieczonego do ochrony oraz w kolejnych 12-miesięcznych okresach - w razie przedłużania umowy ubezpieczenia na kolejne okresy ubezpieczenia.
3. Suma ubezpieczenia oraz limity, o których mowa w ust. 1 i ust. 4 wyrażone w EUR przeliczane są na waluty, w których poniesiono dany koszt według średniego kursu NBP z ostatnich trzech miesięcy, poprzedzających dzień, w którym koszty zostały poniesione.
4. W razie przedłużania umowy na kolejne roczne okresy ubezpieczenia, łączny limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpieczonego za wszystkie świadczenia realizowane z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w związku z przedłużaniem ochrony ubezpieczeniowej, w całym życiu Ubezpieczonego wynosi 2 000 000 EUR (jest to łączny limit na świadczenia dotyczące danego Ubezpieczonego, jego osoby towarzyszącej oraz jego dawcy narządów).

| Opis świadczenia | | Wysokość sumy ubezpieczenia z uwzględnieniem limitów na poszczególne świadczenia |
|------------------|---|--|
| 1. | Całkowita odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia (w tym koszty podróży lub transportu medycznego, zakwaterowania, repatriacji zwłok) | 1 000 000 EUR w roku polisowym (łączny limit na leczenie i świadczenia dotyczące Ubezpieczonego, osoby towarzyszącej oraz dawcy narządów) lub 2 000 000 EUR w całym życiu Ubezpieczonego |
| 1 a. | Koszty podróży lub transportu medycznego | |
| 1 b. | Koszty zakwaterowania | |
| 1 c. | Repatriacja zwłok do miejsca pochówku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej | |
| 2. | Dzienne świadczenie szpitalne | 100 EUR za dzień, nie dłużej niż przez 60 dni dla jednego roszczenia |
| 3. | Koszty leków, o których mowa w § 5, ust.5 | 50 000 EUR w całym życiu Ubezpieczonego |

ZGŁASZANIE ROSZCZEŃ

§ 9

1. InterConsultation™ (Druga opinia medyczna)

- 1) W sytuacji zdiagnozowania poważnego stanu chorobowego lub choroby powodującej konieczność przeprowadzenia jednego z zabiegów lub operacji z zakresu poważnego stanu chorobowego, Ubezpieczony w celu zgłoszenia świadczenia zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie z Centrum Alarmowym Ubezpieczyciela pod numerem telefonu: 0 801 107 107 lub 0 (58) 555 6 555 lub 0 (58) 555 5 555 oraz podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) PESEL,
 - c) numer Potwierdzenia objęcia umową ubezpieczenia,

- d) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - e) datę zdiagnozowania poważnego stanu chorobowego lub choroby będącej przyczyną konieczności przeprowadzenia jednego z zabiegów lub operacji z zakresu poważnego stanu chorobowego oraz rodzaj poważnego stanu chorobowego.
- 2) Ubezpieczony zostanie następnie poinformowany pisemnie przez Best Doctors® o krokach, jakie należy podjąć w celu uzyskania pełnego świadczenia InterConsultation™, takich jak udzielenie przez Ubezpieczonego Best Doctors® podpisanego upoważnienia do żądania badań diagnostycznych i informacji medycznych od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie przewidzianym ustawą z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 1844 ze zm). Formularze, które musi uzupełnić Ubezpieczony w celu otrzymania świadczenia, zostaną przesłane na adres zamieszkania Ubezpieczonego.
 - 3) W ciągu 14 dni liczonych od daty udostępnienia informacji medycznych do wglądu, Centrum Obsługi Klienta Best Doctors® doręcza Ubezpieczonemu raport eksperta InterConsultation™. Ponadto Ubezpieczyciel wskazuje, czy Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wystąpienia z wnioskiem o realizację świadczenia FindBestCare® na podstawie wniosków z raportu eksperta.
 - 4) Jeżeli Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie Best Doctors® i zdecyduje się on na leczenie poważnego stanu chorobowego poza granicami RP w ramach ubezpieczenia, Ubezpieczony musi się skontaktować z Centrum Obsługi Klienta Best Doctors® i powiadomić o swojej decyzji w sposób wskazany przez Best Doctors®, w piśmie o którym mowa w pkt 2) powyżej.

2. FindBestCare® (opieka medyczna za granicą)

- 1) W przypadku potwierdzenia przez Ubezpieczonego, że rozważa on leczenie poza terytorium RP, Best Doctors® przedstawi propozycję maksymalnie trzech placówek medycznych, które są w stanie podjąć się leczenia Ubezpieczonego. Ubezpieczony ma prawo wyboru jednej z przedstawionych przez Best Doctors® placówek medycznych w ciągu trzech miesięcy od daty otrzymania raportu, w którym zostały wskazane. Jeżeli Ubezpieczony nie podejmie decyzji we wskazanym okresie trzech miesięcy, dokument musi zostać wydany ponownie na podstawie oceny aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego.
- 2) Po wybraniu przez Ubezpieczonego jednej z propozycji oraz przekazaniu swoich preferencji dotyczących podróży, Best Doctors® rozpoczyna proces organizacji leczenia w danej placówce poprzez wydanie Ubezpieczonemu Certyfikatu leczenia za granicą, ważnego w odniesieniu do leczenia w danej placówce oraz organizuje podróż i zakwaterowanie konieczne do uzyskania opieki medycznej za granicą.
- 3) Certyfikat leczenia za granicą zachowuje ważność, w zakresie leczenia w nim wskazanego, przez okres trzech miesięcy od daty jego wystawienia. W przypadku, gdy Ubezpieczony nie rozpocznie leczenia w szpitalu wskazanym w Certyfikacie leczenia za granicą w ciągu trzech miesięcy od jego wydania Best Doctors ponownie wyda te dokumenty na podstawie oceny aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego.

PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY UBEZPIECZENIA NA ZASADACH GRUPY

§ 10

1. Kryteria kwalifikacyjne ubezpieczenia grupowego:
 - a) pracownicy Ubezpieczającego, współmałżonkowie pracownika, partner pracownika oraz pełnoletnie dzieci pracownika mający miejsce zamieszkania na terenie Rzeczypospolitej Polski,
 - b) ochroną mogą zostać objęte osoby, które w dacie przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyły 65 roku życia; ochrona trwa maksymalnie do ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia,
 - c) wypełnienie kwestionariusza zdrowotnego, o którym mowa w § 7 ust. 3
2. Ubezpieczający może zawnioskować do Ubezpieczyciela o dołączenie do umowy ubezpieczenia nowych członków grupy na zasadach określonych w ust. 1 powyżej.

3. Ochrona ubezpieczonych pracowników wygasa automatycznie w dacie:
 - a) ustania stosunku pracy z Ubezpieczającym,
 - b) wyczerpania określonego w § 8 ust. 4 limitu sumy ubezpieczenia.
4. Ochrona ubezpieczonych osób zależnych wygasa automatycznie w dacie:
 - a) prawomocnego orzeczenia przez sąd rozvodu lub separacji z pracownikiem,
 - b) ustania stosunku pracy pracownika z Ubezpieczającym,
 - c) wyczerpania określonego w § 8 ust. 4 limitu sumy ubezpieczenia
 - d) zakończenia odpowiedzialności względem Ubezpieczonego.
5. Ubezpieczyciel gwarantuje dostępność świadczeń w zakresie określonym w obowiązującym Certyfikacie leczenia za granicą z zastrzeżeniem maksymalnego okresu 6 miesięcy od daty zakończenia ubezpieczenia, jeżeli:
 - a) Ubezpieczony jest w trakcie leczenia prowadzonego poza granicami kraju, lub
 - b) jeżeli Ubezpieczony zgłosił zdarzenie ubezpieczeniowe w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
6. Ubezpieczający zobowiązuje się do przekazania Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczonemu przed złożeniem przez niego deklaracji zgody na objęcie ubezpieczeniem. Jeżeli Ubezpieczony wyraża Ubezpieczającemu zgodę na finansowanie kosztu składki, to Ubezpieczający doręcza Ubezpieczonemu Ogólne Warunki Ubezpieczenia przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego tej zgody. Ubezpieczony ma obowiązek potwierdzić doręczenie mu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na piśmie. Ubezpieczający ma obowiązek przekazać dokument z takim potwierdzeniem Ubezpieczycielowi.

OKRES UBEZPIECZENIA I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 11

1. Okres ubezpieczenia oznacza się w umowie ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas określony – do dnia poprzedzającego pierwszą rocznicę polisy przypadającą po dacie zawarcia umowy głównej ubezpieczenia z możliwością jej przedłużenia na kolejne okresy 12- miesięczne, chyba że Ubezpieczający lub Ubezpieczyciel na 30 dni przed dniem rocznicy złoży na piśmie oświadczenie o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia.
3. Z zastrzeżeniem postanowień §10 objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową następuje na czas pozostały do końca trwania umowy ubezpieczenia i może być przedłużane zgodnie z ust. 2 powyżej.
4. Nieopłacenie składki, w podanej przez Ubezpieczyciela wysokości i terminie, powoduje ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, gdy po upływie terminu na zapłatę składki Ubezpieczyciel wezwał Ubezpieczającego do zapłaty składki ubezpieczeniowej z wskazaniem dodatkowego terminu uregulowania należności wynoszącym 7 dni od daty otrzymania wezwania pod rygorem uznania umowy za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na ostatni dzień okresu, za który opłacono składkę.
5. Składkę ubezpieczeniową uznaje się za opłaconą w dniu wpłynięcia na rachunek bankowy Ubezpieczyciela, jeśli wypłynęła w pełnej wysokości. Do dnia wymagalności składki ubezpieczeniowej, Ubezpieczający przesyła Ubezpieczycielowi dokumenty potrzebne do weryfikacji osób obejmowanych ubezpieczeniem, za które została opłacona składka ubezpieczeniowa.
6. Za zapłatę składki ubezpieczeniowej nie uważa się zapłaty kwoty niższej niż wynikającej z umowy ubezpieczenia.
7. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela do poszczególnych Ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia kończy się, jeżeli zakończy się odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpieczonych z tytułu umowy głównej, w przypadku rozwiązania umowy głównej oraz w sytuacjach, gdy umowa główna przewiduje zakończenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej.

SPOSÓB USTALANIA I OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 12

1. Składka ubezpieczeniowa z tytułu odpowiedzialności Ubezpieczyciela ustalana jest w umowie ubezpieczenia i opłacana jest za zasadach wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy głównej.

2. Wysokość składki zależy od:
 - 1) oceny poziomu ryzyka przy wnioskowanym zakresie ubezpieczenia,
 - 2) liczby osób przystępujących do ubezpieczenia,
 - 3) taryfy ubezpieczeniowej obowiązującej u Ubezpieczyciela.
3. Przewidziane w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia okresy karencji oraz inne ograniczenia odpowiedzialności są uwzględniane w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.
4. Polisa ubezpieczeniowa określa terminy płatności kolejnych składek ubezpieczeniowych i ich wysokość.
5. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany okres ochrony w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych.

ODSTĄPIENIE I ROZWIĄZANIE STOSUNKU UBEZPIECZENIOWEGO

§ 13

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu, na który została zawarta.
2. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres przekraczający 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w okresie 30 dni. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
3. Jeżeli umowa wygasa na skutek przyczyn określonych w §13 ust. 2 następuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Niewykorzystany okres ubezpieczenia liczony jest od następnego dnia po wygaśnięciu stosunku ubezpieczenia.
5. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, biegnącego od końca miesiąca kalendarzowego, w którym złożono Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie w tym przedmiocie.
6. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres, przez który trwała odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
7. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z dniem zakończenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do ostatniego Ubezpieczonego objętego ubezpieczeniem.
8. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia skutkuje jednoczesnym wyłączeniem z ubezpieczenia wszystkich Ubezpieczonych (i odwrotnie).
9. Ubezpieczony, który złożył deklarację zgody, w każdym czasie na piśmie może złożyć Ubezpieczycielowi oświadczenie o cofnięciu zgody na objęcie ubezpieczeniem, skutkujące zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej z ostatnim dniem miesiąca, w którym oświadczenie w tym przedmiocie zostało złożone Ubezpieczycielowi (wystąpienie z umowy ubezpieczenia).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 14

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron umowy powinny być składane na piśmie.
2. 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 odpowiednio na: wskazany przez strony adres poczty elektronicznej, numer infolinii ubezpieczyciela lub numer telefonu komórkowego lub stacjonarnego wskazany przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.
3. Strony zobowiązują się do wzajemnego informowania o zmianie adresu zamieszkania bądź siedziby

§ 15

1. Ubezpieczony, Ubezpieczający lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może zgłosić zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię (reklamacja):
 - 1) poprzez formularz na stronie internetowej: www.ergohestia.pl;
 - 2) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub 58 555 5 555;
 - 3) pisemnie, na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
 - 4) ustnie lub pisemnie podczas wizyty w jednostce Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA.
2. Reklamacje rozpatrywane są przez jednostkę organizacyjną powołaną w tym celu przez Zarząd Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA .
3. Odpowiedź na reklamację zostanie wysłana w ciągu 30 dni od dnia jej otrzymania na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji lub pocztą elektroniczną – na wniosek osoby zgłaszającej.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym powyżej, odpowiedź zostanie wysłana w ciągu 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Osoby wskazane w ust. 1, w niestandardowych sprawach, mogą się zwrócić do Rzecznika Klienta ERGO Hestii poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl.
6. Osoby wskazane w ust. 1, będące osobą fizyczną, mogą wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
7. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub innym uprawnionym z umowy ubezpieczenia, będącym osobą fizyczną, a ERGO Hestią mogą być rozpoznane w drodze pozasądowego postępowania przed Rzecznikiem Finansowym - Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, www.rf.gov.pl., który jest podmiotem właściwym do prowadzenia pozasądowych postępowań w świetle przepisów Ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. ERGO Hestia podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 16

1. Umowy ubezpieczenia zawierane są w języku polskim i na podstawie prawa polskiego.
2. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego i mogą być dochodzone przed sądami według właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla:
 - 1) miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia,
 - 2) miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
3. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela zamieszczane jest na stronie internetowej ERGO Hestii: www.ergohestia.pl.

§ 17

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2017 roku i obowiązują do umów zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Wiceprezes Zarządu



Małgorzata Makulska