



International Private Health Insurance

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DLA KLIENTÓW INDYWIDUALNYCH

Witamy i dziękujemy za wybór Planu Opieki Zdrowotnej MediSky oferowanego w ramach Międzynarodowych Ubezpieczeń Zdrowotnych.

Niniejszy plan został stworzony z myślą o klientach indywidualnych.

MediSky International – nasza odpowiedź na Państwa potrzeby w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego

Szanowni Państwo,

Prosimy o sprawdzenie certyfikatu ubezpieczenia i weryfikację poprawności wszystkich danych.

W przypadku konieczności wprowadzenia jakichkolwiek zmian prosimy o niezwłoczny kontakt z Nami.

Prosimy o poświęcenie kilku chwil na zapoznanie się z Państwa Polisą i dokładne zaznajomienie się z następującymi kwestiami:

- Zakres ochrony (zarówno świadczenia, jak i ograniczenia odpowiedzialności);
- Sposób administrowania Polisą;
- Jak korzystać z Polis, włączając w to prowadzenie leczenia oraz zgłaszanie roszczeń ubezpieczeniowych.

Państwa Polisa została – w miarę możliwości – napisana przy użyciu prostego języka, tak aby przedstawić Państwu wszystkie parametry oraz korzyści płynące z posiadania Planu Międzynarodowego Ubezpieczenia Zdrowotnego w możliwie najprostszym i łatwym do zrozumienia formacie. Na końcu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia znajdują Państwo słowniczek terminów.

Pakiet Uczestnictwa obejmuje następujące dokumenty:

- Przewodnik Uczestnictwa (Ogólne Warunki Ubezpieczenia) – niniejszy dokument zawierający wszystkie informacje na temat Państwa Polis;
- Certyfikat Polisy (Szczegółowe Warunki Ubezpieczenia) – dokument potwierdzający przystąpienie do Planu Opieki Zdrowotnej MediSky, który zawiera szczegółowe informacje na temat zakresu Państwa ochrony w ramach programu Ubezpieczeń Zdrowotnych MediSky.

Należy pamiętać, iż do poszczególnych ustępów Ogólnych Warunków Ubezpieczenia zastosowanie znajdują szczególne warunki i wyłączenia, natomiast do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia jako całości zastosowanie znajdują ogólne warunki i wyłączenia. Państwa Certyfikat Uczestnictwa jest dowodem na to, iż są Państwo objęci ochroną na warunkach określonych w niniejszym dokumencie. Prosimy o dokładne i ostrożne przeczytanie wszystkich dokumentów, tak aby zapoznać się ze szczegółami wybranego przez Państwa Planu, w szczególności w odniesieniu do tego, co podlega – i co nie podlega – ochronie w przypadku każdego Ubezpieczonego. Koszty świadczeń, które nie zostały uwzględnione w wybranym programie, nie będą pokrywane.

Usługi i świadczenia będą świadczone i wypłacane zgodnie z wybranym Programem w Okresie Ubezpieczenia na Terytorium Obowiązywania Ochrony Ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem Limitów wskazanych w Tabeli Świadczeń oraz wszystkich pozostałych warunków i wyłączeń przewidzianych przez niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia i po opłaceniu odpowiedniej składki zapewniającej określony poziom ochrony w ramach wybranego Programu.

Polisa zawarta w ramach Planu Opieki Zdrowotnej MediSky podlega prawu polskiemu.

Poniżej przedstawiamy Ogólne Warunki Ubezpieczenia zawierające wszystkie niezbędne informacje, począwszy od prowadzenia leczenia, a skończywszy na rozliczeniu wszelkich wydatków związanych z opieką medyczną. MGEN powierzyło MediSky International świadczenie niektórych usług administracyjnych na terytorium Europy. Prosimy o kontakt z Nami w przypadku jakichkolwiek wątpliwości związanych z Państwa indywidualnym Planem Opieki Zdrowotnej.

Spis treści

ROZDZIAŁ 1 – Przedmiot umowy	3
ROZDZIAŁ 2 – Świadczenia i usługi	3
1. Osoby objęte ubezpieczeniem	3
2. Zmiana poziomu Planu	4
3. Katalog świadczeń	4
ROZDZIAŁ 3 – Ogólne warunki ubezpieczenia	9
1. Data wejścia w życie, okres obowiązywania i data przedłużenia umowy	9
2. Obowiązki Ubezpieczonego	10
3. Zmiany	10
4. Termin przedawnienia roszczeń ubezpieczeniowych	10
5. Cesja	11
6. Informacje – Reklamacje – Mediacje	11
7. Ochrona danych	11
8. Podstawy prawne i prawo właściwe	12
9. Ograniczenie i wyłączenie odpowiedzialności	12
10. Inne ubezpieczenia	12
11. Kwalifikacja do ubezpieczenia	13
12. Początek ochrony	13
13. Wyowiedzenie lub zawieszenie ochrony	13
ROZDZIAŁ 4 – Wyłączenia	14
14. Wyłączone ryzyka i świadczenia	14
ROZDZIAŁ 5 – Obsługa i administracja roszczeniami	17
1. Podmiot zarządzający planem	17
2. Ogólne procedury	17
3. Procedura zgłaszania roszczeń	18
4. Uprzednia autoryzacja	18
5. Badania lekarskie	19
6. Składanie nieprawdziwych oświadczeń	19
ROZDZIAŁ 6 – Składki	19
1. Wysokość składek i podstawa ich naliczania	19
2. Płatność składek	20
ROZDZIAŁ 7 – Definicje	20

ROZDZIAŁ 1 – Przedmiot umowy

Państwa Międzynarodowy Program MediSky jest Planem Opieki Zdrowotnej reasekurowanym przez VYV International Benefits w imieniu MGEN, zrzeszenia francuskich towarzystw ubezpieczeń wzajemnych prowadzącego działalność na zasadzie swobody świadczenia usług (więcej informacji na temat MGEN można znaleźć w „Definicjach”). Państwa Polisa podlega prawu polskiemu.

Niniejszy dokument jest przeznaczony dla prywatnych Ubezpieczonych, co obejmuje obywateli i expatriantów oraz uprawnione Osoby Pozostające na Ich Utrzymaniu zamieszkałe na terytorium Polski / Rumunii / Węgier / Bułgarii. Przedmiotem ubezpieczenia jest zapewnienie i pokrycie kosztów świadczeń określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na rzecz Ubezpieczonego w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia zawierają wszystkie świadczenia dostępne w ramach Naszych 5 planów, gdzie zakres ochrony świadczonej na rzecz Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego wynikać będzie z wybranego programu zgodnie z Certyfikatem Uczestnictwa wydanym Ubezpieczonemu i Tabelą Świadczeń. Koszty świadczeń, które nie zostały uwzględnione w wybranym planie, nie będą pokrywane.

Do wyboru mają Państwo pięć poziomów planu ubezpieczeniowego:

1. **Plan YELLOW** = EUR 500 000
2. **Plan SUNRISE** = EUR 1 200 000
3. **Plan HONEY** = EUR 1 500 000
4. **Plan MARIGOLD** = EUR 1 750 000
5. **Plan SAFFRON** = EUR 2 000 000

ROZDZIAŁ 2 – Świadczenia i usługi

1. Osoby objęte ubezpieczeniem

Osobami objętymi ubezpieczeniem mogą być:

- Albo:

1.1 Ubezpieczony

Wyłącznie Ubezpieczony.

Wnioskodawcy starający się o objęcie ubezpieczeniem po raz pierwszy kwalifikują się do objęcia ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszej Polisy pod warunkiem, że w dacie przystąpienia do ubezpieczenia **nie ukończyli 69 lat**, z zastrzeżeniem konieczności wypełnienia odpowiedniego wniosku.

- Albo:

1.2 Ubezpieczony (Ubezpieczający) oraz określone poniżej Osoby Pozostające na Jego Utrzymaniu:

- Współmałżonek ;
- Dziecko, pasierb / pasierbica lub dziecko przysposobione, gdy ma ono mniej niż 18 lat.

Za osobę uposażoną może zostać uznany tylko jeden Współmałżonek.

W dacie zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczający i Osoby Pozostające na Jego Utrzymaniu nabywają status Ubezpieczonych od momentu zawarcia umowy ubezpieczenia. Ochrona ubezpieczeniowa na rzecz Osób Pozostających na Utrzymaniu Ubezpieczonego wygasa w momencie zaprzestania spełniania przez nie określonych powyżej warunków, a także, w każdym przypadku, w dniu rozwiązania Polisy Ubezpieczającego.

Nasza odpowiedzialność z tytułu wszelkich roszczeń ze strony Ubezpieczonego wygasa ze skutkiem natychmiastowym w dacie wygaśnięcia Polisy lub gdy wystawiona na jego rzecz Polisa zostanie rozwiązana.

2. Zmiana poziomu Planu

Z zastrzeżeniem zatwierdzenia przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczający może wnioskować o zmianę poziomu ochrony ubezpieczeniowej jedynie w przypadającej raz na rok dacie przedłużenia Polisy poprzez poinformowanie Ubezpieczyciela o takim zamiarze co najmniej na dwa miesiące przed datą przedłużenia. Członkowie rodziny mogą być objęci ochroną ubezpieczeniową w ramach tego samego planu ubezpieczeniowego.

3. Katalog świadczeń

Świadczenia polegają na pokryciu kosztów opieki medycznej i leczenia szpitalnego poniesionych przez Ubezpieczonego (patrz Rozdział 7 – „Definicje”). Świadczenia zostały przedstawione w Tabeli Świadczeń (Załącznik 1) zgodnie z wybranym Planem.

Opieka medyczna, której koszty mają zostać pokryte, musi być uznana przez miejscowe organy medyczne i świadczona przez posiadających odpowiednie kwalifikacje praktyków (zgodnie z przepisami ustawowymi, wykonawczymi lub innymi odnoszącymi się do praktyki danej gałęzi medycyny w danym kraju).

W każdym przypadku Nasze świadczenia ograniczać się będą do kosztów uzasadnionych i zwyczajowo akceptowanych. W przypadku jakichkolwiek świadczeń określonych w „Katalogu świadczeń” ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie świadczenia konieczne ze względów medycznych.

Kosztami leczenia są koszty poniesione na Terytorium Obowiązującego Ochrony Ubezpieczeniowej w okresie ubezpieczenia (patrz Rozdział 7 – „Definicje”).

Usługi opieki medycznej i leczenia szpitalnego podlegają ochronie zgodnie z poniższym katalogiem:

3.1 Usługi opieki medycznej i leczenia szpitalnego

3.1.1 Usługi karetki pogotowia

Zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu Ubezpieczonego do najbliższego spełniającego dane wymogi Szpitala do wysokości Limitów określonych dla danej usługi w Tabeli Świadczeń, wykorzystując najbardziej odpowiednie z dostępnych środków transportu, co obejmuje drogową / terenową karetkę pogotowia, pociąg, helikopter lub samolot, z towarzyszeniem personelu medycznego, jeśli będzie to konieczne ze względów medycznych.

3.1.2 Koszty hospitalizacji

Zorganizujemy i pokryjemy koszty opieki medycznej nad Ubezpieczonym w Szpitalu w warunkach stacjonarnych lub w ramach opieki jednego dnia koniecznej ze względów medycznych oraz następujących Wydatków Medycznych i usług, jeśli są one konieczne ze względów medycznych i tylko z przyczyn uznanych za konieczne ze względów medycznych:

- Zakwaterowanie w pokoju jednoosobowym, posiłki, dostęp do całoci zaleca Szpitala medycznego Szpitala;
- Procedury diagnostyczne (w tym tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, pozytonowa tomografia emisyjna), Leczenie i usługi zalecone przez Lekarza w ramach przyjęcia do Szpitala w warunkach stacjonarnych lub w ramach opieki jednodniowej, włączając w to honorarium Lekarza, przyrządy chirurgiczne i protezy, Fizjoterapię oraz Leki Wydawane na Receptę;
- Koszty Opieki Onkologicznej i Leczenia Nowotworów;
- Koszty zabiegów operacyjnych, włączając w to koszty Chirurgów i Anestezjologów;
- Zakwaterowanie na oddziale intensywnej terapii;
- Leki, środki farmakologiczne i opatrunki;

- W przypadku, gdy Ubezpieczony jest dzieckiem w wieku poniżej 16 lat wymagającym Hospitalizacji, świadczenie obejmuje niezbędne noclegi dla jednego rodzica w tym samym Szpitalu, a w przypadku, gdy nocleg nie jest dostępny – zakwaterowanie na nocleg i śniadanie w pobliskim hotelu do kwoty EUR 50 za każdą noc;
- Zabiegi chirurgiczne w ramach opieki jednego dnia, które w przeszłości przeprowadzone były w warunkach stacjonarnych;
- Leczenie po Hospitalizacji wykonywane w ramach Opieki Ambulatoryjnej w okresie trzech miesięcy bezpośrednio po wypisaniu Ubezpieczonego ze Szpitala po przyjęciu go na Leczenie w warunkach stacjonarnych – pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostaje pod kontrolą i nadzorem Lekarza prowadzącego lub specjalisty lub takie Leczenie zostało zalecone przez Lekarza i gdzie Leczenie to jest bezpośrednim wynikiem Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby będących przyczyną Hospitalizacji Ubezpieczonego.

3.1.3 Przeszczepy narządów i tkanek

Pokryjemy koszt Przeszczepów Narządów i Przeszczepów Tkanek zgodnie z Limitami określonymi w Tabeli Świadczeń.

3.1.4 Szpitalne Świadczenie Gotówkowe

W przypadku, gdy Leczenie wykonywane będzie bezpłatnie, w jednym Okresie Ubezpieczenia wypłacimy Szpitalne Świadczenie Gotówkowe do maksymalnej liczby dni określonej w Tabeli Świadczeń.

3.1.5 Rehabilitacja

Pod warunkiem, że wybrany Program obejmuje to świadczenie, pokryjemy jego koszt do wysokości Limitu określonego dla tego świadczenia w Tabeli Świadczeń w odniesieniu do Leczenia przeprowadzonego podczas pobytu w Szpitalu lub w ośrodku Rehabilitacji po wypisaniu ze Szpitala po zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego.

3.1.6 Domowa opieka pielęgniarska

Po wystąpieniu Leczenia w Warunkach Stacjonarnych i po wypisaniu ze Szpitala pokryjemy koszty do wysokości Limitu Planu poniesionych z tytułu usług medycznych Koniecznych ze Względów Medycznych świadczonych przez wykwalifikowaną pielęgniarkę w Domu Ubezpieczonego, pod warunkiem, że zostały one zalecone przez Lekarza i były one bezpośrednio powiązane z danym Leczeniem.

3.1.7 Opieka ambulatoryjna

Pod warunkiem, że wybrany Program obejmuje to świadczenie, pokryjemy jego koszt do wysokości Limitu określonego dla tego świadczenia w Tabeli Świadczeń z tytułu kwalifikujących się usług Opieki Ambulatoryjnej Koniecznych ze Względów Medycznych, włączając w to:

- Honorarium Lekarza, Zabiegi Operacyjne, Leki Wydawane na Receptę;
- Opiekę Onkologiczną i Leczenie Nowotworów
- Fizjoterapię;
- Badania laboratoryjne, koszty diagnostyki rentgenowskiej, badania diagnostyczne;
- Leczenie Ambulatoryjne w nagłych przypadkach;

3.1.8 Opieka położnicza

Pod warunkiem, że wybrany Program obejmuje to świadczenie, zorganizujemy i pokryjemy jego koszt do wysokości Limitów określonych dla tego świadczenia w Tabeli Świadczeń poniesiony z tytułu zwyczajowej Opieki Położniczej i Powikłań Położniczych, z zastrzeżeniem, że przewidywany dla Ubezpieczonego termin porodu wypadac będzie co najmniej 12 miesięcy po pierwotnej Dacie Wejścia w Życie Polisy.

W odniesieniu do zwyczajowej Opieki Położniczej pokryjemy jej koszt do wysokości Limitów Polisy określonych w sumie dla tego świadczenia w Tabeli Świadczeń dla każdej ciąży, co obejmować będzie:

- Badania przedporodowe wykonywane przez Lekarza;
- Wszelkie koszty związane z przebiegającym standardowo porodem;
- Badania poporodowe wykonywane przez Lekarza;
- Poród domowy;
- Limit określony dla każdego nowo narodzonego dziecka znajduje zastosowanie przez pierwsze 14 dni od momentu narodzin (nadal z zastrzeżeniem, że przewidywany dla Ubezpieczonego termin porodu wypadac będzie co najmniej 12 miesięcy po pierwotnej Dacie Wejścia w Życie Polisy) bez wymogu dokonania zgłoszenia.

3.1.9 Okresowe badania stanu zdrowia oraz szczepienia

Pod warunkiem, że wybrany Program obejmuje to świadczenie, pokryjemy jego koszt do wysokości Limitów określonych dla tego świadczenia w Tabeli Świadczeń poniesiony z tytułu jednej corocznej kontroli stanu zdrowia Ubezpieczonego, obejmujący koszty badania Ubezpieczonego (z uwzględnieniem jego wieku) przeprowadzonego w celu wykrycia potencjalnej obecności Choroby lub schorzenia; mogą one obejmować (między innymi):

- Konsultacje z lekarzami rodzinnymi i specjalistami;
- Badanie parametrów życiowych, w tym ciśnienia krwi, cholesterolu, pulsu, oddechu, temperatury;
- Badania układu krążenia i neurologicznego;
- Badania przesiewowe w kierunku nowotworów piersi/jajnika/jelita grubego/gruczołu krokowego;
- Badania dzieci zdrowych;
- Szczepienia, z wyjątkiem szczepionek dla osób podróżujących.

3.2 Świadczenia w zakresie transportu medycznego

3.2.1 Transport medyczny w nagłych przypadkach, ewakuacja i sprowadzenie do kraju

Jeżeli w Okresie Ubezpieczenia w Kraju Zamieszkania lub poza nim dojdzie do Zdarzenia Ubezpieczeniowego, które wymagać będzie Transportu Medycznego w Nagłych Przypadkach lub Ewakuacji Ubezpieczonego:

- Zorganizujemy i pokryjemy wszelkie niezbędne koszty transportu medycznego Ubezpieczonego do najbliższego spełniającego dane wymogi Szpitala zapewniającego właściwą opiekę oraz infrastrukturę, który może znajdować się w kraju innym niż kraj, w którym doszło do Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
- Jeżeli w wyniku Zdarzenia Ubezpieczeniowego Ubezpieczony zostanie poddany Hospitalizacji, istnieje możliwość zorganizowania transportu medycznego Ubezpieczonego do szpitala, który będzie lepiej wyposażony lub w wyższym stopniu wyspecjalizowany w leczeniu danego stanu chorobowego.
- Jeżeli najlepszym rozwiązaniem z punktu widzenia dobra Ubezpieczonego będzie zorganizowanie Transportu Medycznego w Nagłych Przypadkach lub Ewakuacji do kraju znajdującego się poza Terytorium Obowiązywania Ochrony Ubezpieczeniowej, wówczas pokryjemy wszelkie poniesione z tego tytułu koszty Leczenia Koniecznego ze Względów Medycznych.
- Wykorzystane zostaną najbardziej odpowiednie środki transportu dostępne lokalnie. W przypadku transportu powietrznego skorzystamy z usług pasażerskich lub czarterowych linii lotniczych, a w przypadku, gdy będzie to Konieczne ze Względów Medycznych – specjalnie wyczarterowaną karetkę lotniczą. Jeżeli Ubezpieczony podróżował samolotem, transport będzie odbywał się w tej samej klasie, w jakiej pierwotnie został wykupiony bilet lotniczy (chyba że względy medyczne nakazywać będą inaczej), a jeżeli nie, transport będzie odbywał się w klasie ekonomicznej / turystycznej danej linii lotniczej (chyba że względy medyczne nakazywać będą inaczej).
- Jeżeli będzie to Konieczne ze Względów Medycznych, zorganizujemy i pokryjemy koszt medycznego personelu medycznego, który będzie towarzyszyć Ubezpieczonemu.
- Zorganizujemy i pokryjemy uzasadnione koszty podróży jednej dodatkowej osoby towarzyszącej Ubezpieczonemu podczas transportu, będącej krewnym lub przyjacielem podróżującym z Ubezpieczonym w momencie zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego; ponadto zapłacimy za nocleg tej osoby w pobliżu Ubezpieczonego w czasie Hospitalizacji Ubezpieczonego, do kwoty EUR 50 za każdą noc przez maksymalnie 10 nocy.
- Gdy Ubezpieczony będzie zdolny do podróży po wcześniejszym transporcie (i nie później niż trzy dni po nim), zorganizujemy i pokryjemy wszelkie konieczne koszty powrotu Ubezpieczonego do jego Miejsca Zamieszkania (lub do spełniającego dane wymogi Szpitala w pobliżu) tym samym środkiem transportu i klasą podróży jak powyżej.

Zorganizujemy i pokryjemy również uzasadnione koszty podróży osoby towarzyszącej w celu powrotu do jej najbliższego Miejsca Zamieszkania.

Dane kontaktowe podane są w Rozdziale 5.

SZCZEGÓLNE WARUNKI ZNAJDUJĄCE ZASTOSOWANIE DO USTĘPU 3.2.1

- **Nasza decyzja jest ostateczna i jesteśmy uprawnieni do odrzucenia każdego wniosku niezgodnego ze stanem zdrowia i bezpieczeństwem Ubezpieczonego,**
- **Utworzymy zespół medyczny i zapewnimy zasoby, które w razie potrzeby zostaną wykorzystane w celu zapewnienia bezpieczeństwa Ubezpieczonego podczas Transportu Medycznego w Nagłych Przypadkach lub Ewakuacji**
- **Jeżeli Ubezpieczony odrzuci procedury pomocy, proponujemy, abyśmy zostali zwolnieni z naszych obowiązków wynikających z niniejszego ustępu.**

3.3 Świadczenia pośmiertne

3.3.1 SPROWADZENIE ZWŁOK DO KRAJU

Pod warunkiem, że wybrany Program obejmuje to świadczenie, pokryjemy koszt:

- Przygotowania i sprowadzenia do kraju (drogą powietrzną) zwłok Ubezpieczonego z kraju, w którym nastąpiła śmierć, do miejsca pogrzebu w Kraju Pochodzenia lub w Kraju Zamieszkania. Podejmiemy wszelkie konieczne działania zgodnie z przepisami międzynarodowymi i zapłacimy do EUR 200 na pokrycie kosztów trumny.
- Dodatkowych kosztów podróży jednej osoby (która towarzyszyła zmarłemu w chwili śmierci) w celu powrotu pociągiem w pierwszej klasie lub liniami lotniczymi w klasie ekonomicznej / turystycznej na potrzeby wzięcia przez nią udziału w pogrzebie.

3.4 Leczenie stomatologiczne

Pod warunkiem, że wybrany Program obejmuje to świadczenie, zapewniamy opiekę stomatologiczną (która obejmuje profilaktykę, leczenie zachowawcze, leczenie rekonstrukcyjne oraz leczenie ortodontyczne).

Uzasadnione i zwyczajowo przyjęte koszty koniecznej podstawowej opieki stomatologicznej są refundowane zgodnie z Tabelą Świadczeń do maksymalnej kwoty EUR 1 000 na rok i na każdą osobę objętą ubezpieczeniem.

Wydatki z tytułu leczenia stomatologicznego objęte ubezpieczeniem obejmują:

- Badania stomatologiczne i wymagana diagnostyka rentgenowska,
- Profilaktyka, czyszczenie i leczenie zapobiegawcze,
- Uzupełnienia amalgamatowe,
- Ekstrakcje,
- Leczenie kanałowe,
- Wypełnienia złotem,
- Uzupełnienia stałe,
- Korony,
- Mosty,
- Protezy,
- Chirurgia stomatologiczna.

Operacje lub zabiegi wykonywane z powodów kosmetycznych nie są refundowane.

W przypadku poważnych zabiegów w ramach opieki stomatologicznej Ubezpieczyciel pokryje uzasadnione i zwyczajowo przyjęte koszty z rocznym maksymalnym limitem zwrotu kosztów za każdy ząb zgodnie z Tabelą Świadczeń.

3.5 Świadczenia okulistyczne

Pod warunkiem, że wybrany Program obejmuje to świadczenie, zapewniamy opiekę okulistyczną.

Wydatki z tytułu opieki okulistycznej objęte ubezpieczeniem obejmują:

- Jedno badanie oczu / badanie wzroku
- Jedną parę oprawek i jedną parę szkieł okularowych lub soczewek kontaktowych (soczewek korekcyjnych) przepisanych przez okulistę do maksymalnej kwoty EUR 200 rocznie.
- Przepisane szkła okularowe i soczewki kontaktowe, oprawki, w tym badanie oczu: okresowe badanie przez optometrystę lub okulistę.

Okulary przeciwsłoneczne nie są objęte ubezpieczeniem.

3.6 Świadczenia na wypadek śmierci

3.6.1 Wypłata jednorazowego odszkodowania w przypadku śmierci z dowolnej przyczyny

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby, wskazanej osobie uposażonej (osobom uposażonym) wypłaca się jednorazowe odszkodowanie, którego wysokość podana jest poniżej:

1. **Plan YELLOW** = EUR 5 000
2. **Plan SUNRISE** = EUR 5 000
3. **Plan HONEY** = EUR 5 000
4. **Plan MARIGOLD** = EUR 10 000
5. **Plan SAFFRON** = EUR 15 000

Aby uzyskać prawo do świadczeń, każdy wypadek, który może skutkować wcześniejszą wypłatą jednorazowego odszkodowania, musi zostać zgłoszony w ciągu 6 miesięcy od daty jego wystąpienia.

O ile nie zostanie wskazana konkretna osoba uposażona, kwoty objęte ubezpieczeniem w przypadku śmierci Ubezpieczonego będą wypłacane w określonej poniżej kolejności:

- Na rzecz współmałżonka, niepozostającego w orzeczonej sądownie separacji z ubezpieczonym lub konkubenta;
- W przeciwnym razie na rzecz narodzonych lub nienarodzonych dzieci ubezpieczonego, w równych częściach, gdzie część przypadająca wcześniej zmarłym dzieciom przechodzić będzie na dzieci zmarłego lub – wobec braku dzieci – jego rodzeństwo;
- W przeciwnym razie na rzecz ojca i matki w równych częściach, gdzie część przypadająca wcześniej zmarłemu ojcu lub matce przechodzić będzie na osobę pozostającą przy życiu;
- W przeciwnym razie na rzecz spadkobierców ustawowych.

Ubezpieczony ma prawo do dokonania – w dowolnym momencie – zmiany w powyższych ustaleniach i wskazania dowolnie wybranej przez siebie osoby fizycznej lub prawnej poprzez wysłanie Nam listu poleconego za potwierdzeniem odbioru.

W przypadku wskazania osób uposażonych poprzez podanie ich imienia i nazwiska należy podać ich pełne dane kontaktowe, tak abyśmy mogli je wykorzystać w przypadku śmierci Ubezpieczonego. W przypadku, gdy wskazanie danej osoby wygaśnie, zastosowanie znajdować będzie określona powyżej standardowa formuła wskazania osób uposażonych.

Wskazanie osoby uposażonej staje się nieodwołalne w momencie wyrażenia na to zgody przez osobę uposażoną. Aby zgoda nabrała mocy, Ubezpieczony oraz osoba uposażona zobowiązani są do poinformowania Nas o jej wyrażeniu dokonany przez podpisanie aktu notarialnego lub umowy cywilnoprawnej.

W przypadku śmierci Ubezpieczonego i jednej lub więcej wskazanych osób uposażonych podczas tego samego zdarzenia, gdzie nie będzie możliwości ustalenia kolejności zgonów, a także w przypadku, gdy osoba uposażona zmarła przed Ubezpieczonym i nie zdążyła przyjąć świadczenia, przy ustalaniu osób uposażonych uprawnionych do otrzymania świadczenia przyjmuje się, że taka osoba nie dożyła śmierci Ubezpieczonego.

3.6.2 Korekta kwoty jednorazowego odszkodowania wypłacanego w przypadku śmierci

W przypadku śmierci Ubezpieczonego kwota jednorazowego odszkodowania wypłacanego w przypadku śmierci zostanie skorygowana od daty śmierci Ubezpieczonego do daty otrzymania odpowiednich dokumentów wymaganych do rozliczenia wartości świadczenia.

Kwota jednorazowego odszkodowania wypłacanego w przypadku śmierci Ubezpieczonego zaczyna automatycznie generować odsetki od dnia jego śmierci, bez opłat, za każdy rok kalendarzowy, w wysokości co najmniej równej niższej z dwóch stawek stóp procentowych przewidzianych na mocy prawa francuskiego i wyliczonej na dzień 1 listopada roku poprzedniego.

Jednorazowe odszkodowanie wypłacane na rzecz osób fizycznych podlega przeszacowaniu zgodnie z francuskim kodeksem towarzystw ubezpieczeń wzajemnych. Kwoty należne z tytułu polisy ubezpieczenia na życie, co do których nie zostanie złożony wniosek o wypłatę, są deponowane w „Caisse des Dépôts et Consignations” po upływie 10 lat od dnia, w którym Ubezpieczyciel dowiedział się o śmierci Ubezpieczonego. Dziewięć miesięcy przed zdeponowaniem należnych kwot w „Caisse des Dépôts et Consignations” Ubezpieczyciel informuje w dowolny sposób osobę uposażoną (osoby uposażone) o zamiarze dokonania depozytu. Osoby uposażone mają prawo zwrócić się do „Caisse des Dépôts et Consignations” w celu dochodzenia należnych im kwot w terminie 20 lat od momentu zdeponowania tamże należnych im kwot. Po upływie tego terminu kwoty przejmowane są przez państwo francuskie.

ROZDZIAŁ 3 – Ogólne warunki ubezpieczenia

1. Data wejścia w życie, okres obowiązywania i data przedłużenia umowy

Uczestnictwo Ubezpieczonego potwierdzone jest na Certyfikacie Polisy, a w szczególności wymienia się tam:

- numer Polisy;
- daty rozpoczęcia i zakończenia ochrony ubezpieczeniowej;
- Osoby Pozostające na Utrzymaniu Ubezpieczonego;
- wybrany Plan;
- składki na pokrycie ochrony ubezpieczeniowej.

Po ukończeniu 69 roku życia, w dacie przedłużenia, będziemy oferować Państwu plan kontynuowania opieki zdrowotnej dla osób starszych.

Dodatkowo Ubezpieczyciel ma prawo do rozwiązania umowy w przypadku braku płatności składek zgodnie z warunkami określonymi w Rozdziale 6, Ustęp 1.

Prawo do odstąpienia od umowy w przypadku sprzedaży bezpośredniej lub sprzedaży na odległość

Ubezpieczyciel, za pośrednictwem MediSky, zobowiązuje się do przesłania głównemu Ubezpieczonemu informacji dotyczących jego prawa do odstąpienia od umowy w przypadku sprzedaży bezpośredniej lub sprzedaży Polisy na odległość.

Sprzedaż bezpośrednia: Ubezpieczony ma prawo do odstąpienia od umowy w przypadku sprzedaży bezpośredniej w domu lub w miejscu pracy, jeżeli osoba taka podpisze w tym zakresie propozycję ubezpieczenia lub umowę w celach, które nie wchodzą w zakres jej działalności zarobkowej lub zawodowej. Ubezpieczony ma czternaście (14) dni kalendarzowych od daty wejścia umowy w życie na skorzystanie z prawa do odstąpienia od umowy.

Sprzedaż na odległość: Przepisy dotyczące sprzedaży na odległość znajdują zastosowanie, jeżeli Polisa zawierana jest za pomocą jednej lub więcej technik sprzedaży na odległość, w szczególności jeżeli została zawarta korespondencyjnie lub za pośrednictwem Internetu. W przypadku sprzedaży na odległość obowiązuje termin na odstąpienie od umowy wynoszący czternaście (14) dni kalendarzowych od daty wejścia umowy w życie lub od daty otrzymania przez Ubezpieczonego warunków Polisy i informacji, o których mowa w artykule L.222-6 francuskiego kodeksu konsumenckiego (jeżeli następuje to po dacie rozpoczęcia polisy).

Data rozpoczęcia obowiązywania Polisy odpowiada dacie rozpoczęcia uczestnictwa. Prawo do odstąpienia od umowy nie znajduje zastosowania, jeżeli Polisa zostanie w całości wykonana przez obydwie strony na wyraźne żądanie Ubezpieczonego, zanim Ubezpieczony wykona swoje prawo do odstąpienia od umowy.

W celu skorzystania z prawa do odstąpienia od umowy (sprzedaż bezpośrednia lub sprzedaż na odległość), Ubezpieczony zobowiązany jest wysłać do Ubezpieczyciela, za pośrednictwem MediSky, ul. Trębacka 4, 00-074 Warszawa, Polska, list polecony z wnioskiem o rezygnację z członkostwa. Można skorzystać z poniższego szablonu:

„Niniejszym, ja, niżej podpisany (imię i nazwisko oraz adres), odstępuję od mojej Polisy, którą podpisałem w dniu w (miejsce podpisania umowy) i zwracam się z wnioskiem o zwrot dokonanej przeze mnie płatności, odpowiadającej kwocie EUR [w euro]. (data i podpis).”

Ubezpieczyciel zwraca zapłacone składki w ciągu trzydziestu (30) dni kalendarzowych od daty otrzymania listu poleconego, pod warunkiem, że nie wystąpił Państwo jeszcze z żadnym roszczeniem i przyjmując do wiadomości, że nie będzie możliwości wystąpienia z roszczeniami w przyszłości. Od momentu otrzymania przez Ubezpieczyciela pisma z powiadomieniem o odstąpieniu od umowy wysłanego listem poleconym uznaje się, że umowa członkostwa nigdy nie została podpisana i ochrona ubezpieczeniowa nie znajduje zastosowania. Po upływie trzydziestu (30) dni suma należnych odsetek naliczana jest według ustawowej stopy procentowej.

2. Obowiązki Ubezpieczonego

Ubezpieczony zobowiązuje się:

2.1 Dostarczyć Ubezpieczycielowi, za pośrednictwem MediSky, następujące dokumenty:

2.1.1 **W przypadku ubiegania się o członkostwo**, indywidualny formularz wniosku podpisany przez Ubezpieczonego i określający wybrany Plan.

Szczególne postanowienie dotyczące świadczenia w przypadku śmierci: indywidualny formularz wniosku wypełnia się wraz z kwestionariuszem medycznym. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do uzależnienia przyjęcia zgłoszenia od przedstawienia wszelkich dodatkowych informacji, które uzna za niezbędne.

Ubezpieczony zgadza się w każdej chwili przedstawić uzasadnienie oświadczeń przekazanych Ubezpieczycielowi.

W PRZYPADKU ZANIECHANIA PODANIA LUB PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI PRZEZ UBEZPIECZONEGO UBEZPIECZYCIEL JEST UPRAWNIONY DO UNIEWAŻNIENIA UMOWY LUB DO DALSZEGO STOSOWANIA JEJ NA NOWYCH WARUNKACH OKREŚLONYCH PRZEZ UBEZPIECZYCIELA.

Ochrona ubezpieczeniowa wchodzi w życie z chwilą zapłacenia i otrzymania przez Ubezpieczyciela uzgodnionej składki.

2.2 **Ubezpieczyciel, za pośrednictwem MediSky, zobowiązuje się do przekazania każdemu Ubezpieczonemu w momencie przystąpienia przez niego do ubezpieczenia niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia i poinformowania Ubezpieczonych** na piśmie o zmianach, które mogą być wprowadzane, w stosownych przypadkach, w zakresie ich praw i obowiązków, w szczególności przed jakimkolwiek zmniejszeniem zakresu ubezpieczenia, zmianą wysokości składki lub rozwiązaniem umowy, zgodnie z francuskim kodeksem towarzystw ubezpieczeń wzajemnych.

W przypadku nieprzestrzegania tych obowiązków odpowiedzialność leży po stronie Ubezpieczonego.

3. Zmiany

Warunki niniejszej umowy uwzględniają przepisy ustawowe i wykonawcze obowiązujące w dniu jej wejścia w życie. Jeżeli jednak w okresie obowiązywania umowy zostaną one zmienione, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zmiany postanowień umowy, najwcześniej od daty wejścia w życie nowych postanowień.

Niemniej jednak, Ubezpieczony zachowuje możliwość zażądania rozwiązania umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia w terminie 30 dni od daty przedstawienia propozycji zmian przez Ubezpieczyciela.

Rozwiązanie umowy staje się skuteczne od pierwszego dnia następnego miesiąca po złożeniu wniosku o rozwiązanie umowy. Warunki ubezpieczenia i składki obowiązują w niezmienionej formie do dnia wygaśnięcia polisy.

4. Termin przedawnienia roszczeń ubezpieczeniowych

Postanowienia dotyczące terminu przedawnienia roszczeń wynikających z Polisy podlegają artykułowi L.221-11 i L.221-12 francuskiego kodeksu towarzystw ubezpieczeń wzajemnych przedstawionemu poniżej:

Wszelkie roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia przedawniają się po upływie dwóch lat od zdarzenia, z którego wynika dane roszczenie. Jednakże termin ten zaczyna biec dopiero w momencie:

4.1. W przypadku zatajenia, pominięcia, podania nieprawdziwych informacji lub niedokładnego zadeklarowania poniesionego ryzyka od dnia, w którym Ubezpieczyciel dowiedział się o tym ryzyku;

4.2. W przypadku szkody ubezpieczeniowej od dnia, w którym zainteresowane strony dowiedziały się o niej, jeżeli udowodnią, że nie posiadały wiedzy o niej przed tą datą.

Bieg terminu zostanie przerwany przez zwyczajowe przyczyny przerwania biegu terminu przedawnienia roszczeń i wyboru rzeczoznawców w następstwie roszczenia. Przerwanie biegu terminu przedawnienia roszczeń może również wynikać z wysłania listu poleconego za potwierdzeniem odbioru wysłanego przez Ubezpieczyciela do Ubezpieczonego w odniesieniu do roszczeń dotyczący zapłaty składki oraz przez Ubezpieczonego do Ubezpieczyciela w odniesieniu do rozliczenia odszkodowania.

Zwyczajowe przyczyny przerwania biegu terminu przedawnienia roszczeń są określone w art. 2240-2246 francuskiego kodeksu cywilnego:

- Uznanie przez dłużnika prawa osoby, w odniesieniu do której zastosowanie znajduje termin przedawnienia,
- Postępowanie sądowe,
- Środki podjęte w celu zachowania praw na podstawie francuskiego kodeksu postępowania cywilnego lub tytułu egzekucyjnego,
- Doręczenie pozwu jednemu lub kilku solidarnym dłużnikom lub wydanie tytułu egzekucyjnego lub uznanie przez dłużnika prawa osoby, w odniesieniu do której zastosowanie znajduje termin przedawnienia,
- Doręczenie pozwu głównemu dłużnikowi lub wystosowanie potwierdzenia w przypadku terminów przedawnienia mających zastosowanie do gwarantów.

5. Cesja

Ubezpieczyciel może przejąć prawo osoby uprawnionej do otrzymywania świadczeń w celu skorzystania z prawa do wystąpienia z roszczeniami regresowymi przeciwko jakimkolwiek osobom trzecim ponoszącym odpowiedzialność. Ubezpieczyciel zrzeka się prawa do wystąpienia z roszczeniami regresowymi przeciwko Ubezpieczonemu.

6. Informacje – Reklamacje – Mediacje

W odniesieniu do wszelkich informacji lub reklamacji związanych z polisą będącą przedmiotem niniejszego prospektu, bez uszczerbku dla prawa Ubezpieczonego do wszczęcia postępowania sądowego mającego na celu wykonanie polisy w przypadku sporu, Ubezpieczony może kontaktować się z przedstawicielem MediSky w następujących okolicznościach:

- ✓ Informacje i reklamacje w odniesieniu do warunków przystąpienia do ubezpieczenia;
- ✓ Informacje i reklamacje w odniesieniu do płatności składek;
- ✓ Informacje i reklamacje w przypadku zamiaru zgłoszenia roszczenia.

Po otrzymaniu reklamacji MediSky prześle Ubezpieczonemu lub Osobom Pozostającym na Jego Utrzymaniu – w terminie maksymalnie dziesięciu (10) dni roboczych – potwierdzenie otrzymania reklamacji. Odpowiedź na reklamację zostanie udzielona Ubezpieczonemu lub Osobom Pozostającym na Jego Utrzymaniu w terminie kolejnych dwóch (2) miesięcy, z zastrzeżeniem wystąpienia wyjątkowych okoliczności.

W przypadku, gdy odpowiedź MediSky nie będzie spełniać oczekiwań Ubezpieczonego, może on wysłać odpowiednie pismo za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej na adres: VYV International Benefits, 7 Square Max-Hymans 75748 Paryż Cedex 15, Francja. Adres e-mail: clients@vyv-ib.com.

W przypadku, gdy Ubezpieczony nie będzie zgadzał się z decyzją wydaną przez Ubezpieczyciela i po wyczerpaniu wszystkich środków odwoławczych udostępnionych przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczony lub Osoby Pozostające na Jego Utrzymaniu mogą – w terminie maksymalnie jednego roku od daty wystosowania pisemnej reklamacji – skontaktować się z rzecznikiem ds. ubezpieczeń MGEN pod następującym adresem: **MGEN - Le Médiateur - 3, Square Max Hymans - 75748 Paryż Cedex 15, Francja – adres e-mail: mediation@mgen.fr**.

Opinia rzecznika nie jest wiążąca dla stron sporu, gdzie zachowują one prawo do wszczęcia postępowania przed właściwym sądem. Rzecznik nie posiada uprawnień do wydawania opinii w odniesieniu do warunków przystąpienia do ubezpieczenia. Opis uprawnień rzecznika dostępny jest na stronie [mgen.fr](http://www.mediation-mgen.fr) (zakładka dotycząca mediacji: <http://www.mediation-mgen.fr>) lub można wystąpić o jego przesłanie pod określony powyżej adres.

Osoba występująca z reklamacją może – bez uszczerbku dla dostępnych jej środków ochrony prawnej i roszczeń, z którymi może ona wystąpić względem Ubezpieczyciela – zwrócić się do ACPR (*Autorité de contrôle prudentiel et de résolution* – francuskiej organizacji nadzoru bankowego i ubezpieczeniowego), 4, Place de Budapest - 75436 Paryż Cedex 09, Francja.

7. Ochrona danych

Tworzenie, modyfikacja, usuwanie lub wykorzystywanie jakichkolwiek zautomatyzowanych procesów przetwarzania danych osobowych, związanych bezpośrednio lub pośrednio z wykonaniem Polisy, musi odbywać się zgodnie z przepisami ustawowymi i wykonawczymi, w szczególności tymi, które zostały określone w znowelizowanej francuskiej Ustawie o Ochronie Danych Osobowych 78-17 z dnia 6 stycznia 1978 roku.



Na mocy Ogólnego Europejskiego Rozporządzenia o Ochronie Danych 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. („RODO”), które weszło w życie w dniu 25 maja 2018 r., gromadzenie danych osobowych jest niezbędne do zarządzania umową ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela, jego spółki administracyjnej, dostawców usług, podwykonawców lub reasekuratorów. Przetwarzanie danych ma na celu: zawieranie, zarządzanie oraz wykonywanie umów ubezpieczeniowych; opracowywanie statystyk i analiz aktuarialnych; dochodzenie roszczeń regresowych, zarządzanie roszczeniami i prowadzenie sporów sądowych; wdrażanie obowiązujących przepisów prawnych i aktów wykonawczych: przeciwdziałanie praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu i zwalczanie nadużyć finansowych; działania związane z zarządzaniem klientami i rozwojem biznesu. Odbiorcami danych są należycie upoważniony personel Ubezpieczyciela, jego spółki administracyjnej usługodawcy, podwykonawcy lub odpowiedni reasekuratorzy, organizacje społeczne lub pośrednicy ubezpieczeniowi.

Ubezpieczyciel i MediSky zobowiązują się do podjęcia wszelkich odpowiednich środków ostrożności w celu zachowania bezpieczeństwa informacji, a w szczególności w celu zapobieżenia ich zniekształceniu, uszkodzeniu lub przekazaniu osobom nieupoważnionym.

Dane osobowe mogą zostać przekazane usługodawcom lub podwykonawcom mającym swoje siedziby w krajach spoza Unii Europejskiej. Przekazanie danych może nastąpić wyłącznie do krajów uznanych przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni poziom ochrony danych osobowych lub odbiorców stosujących odpowiednie zabezpieczenia. Dane będą przechowywane przez cały okres obowiązywania umowy do czasu upływu terminów przedawnienia roszczeń oraz wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa.

Ubezpieczonemu przysługuje prawo do uzyskania dostępu do jego danych osobowych oraz prawo do żądania ich sprostowania i usunięcia. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych Ubezpieczonego jest jego zgoda, ma on prawo do jej wycofania. Na podstawie przepisów prawa Ubezpieczony ma również prawo do żądania ograniczenia przetwarzania jego danych osobowych lub wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.

Ponadto Ubezpieczonemu przysługuje prawo do przedstawienia założeń w zakresie przetwarzania jego danych osobowych po jego śmierci. Wnioski o wykonanie praw Ubezpieczonego należy przesyłać do: Inspektora Ochrony Danych Grupy VYV: Tour Montparnasse - 33, avenue du Maine - PO Box 245 - 75755 Paryż Cedex 15 – Francja, lub na adres: dpo@groupe-vyv.com.

Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wniesienia skargi do Commission Nationale Informatique et Libertés [CNIL] z siedzibą przy 3, Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paryż Cedex 07 - Francja; Tel: +33 (0) 1.53. 73.22.22.

8. Podstawy prawne i prawo właściwe

Państwa Międzynarodowy Plan Opieki Zdrowotnej jest reasekurowany przez VYV International Benefits w imieniu MGEN. VYV International Benefits oraz MediHelp/MediSky zawarły Umowę Główną dla Osób Indywidualnych.

Umowa Główna podlega francuskiemu kodeksowi towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, gdzie zastosowanie znajdują zarówno określone w niej warunki, jak i postanowienia francuskiego kodeksu towarzystw ubezpieczeń wzajemnych i obowiązujące przepisy prawa francuskiego. Jej podstawę stanowią oświadczenia Ubezpieczonego.

Wszelkie spory wynikające z umowy ubezpieczenia lub w związku z nią będą rozstrzygane przez sądy paryskie we Francji.

ACPR (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution – francuska organizacja nadzoru bankowego i ubezpieczeniowego), 4, Place de Budapest - 75436 Paryż Cedex 09, Francja, jest organem sprawującym nadzór nad właściwym wykonaniem zobowiązań podjętych przez Ubezpieczyciela.

9. Ograniczenie i wyłączenie odpowiedzialności

Ubezpieczyciel nie będzie uważany za udzielającego ochrony ubezpieczeniowej i nie będzie ponosił odpowiedzialności za zapłatę jakichkolwiek roszczeń lub zapewnienie jakichkolwiek świadczeń na podstawie niniejszej Umowy w zakresie, w jakim udzielenie takiej ochrony ubezpieczeniowej, zapłata takiego roszczenia lub zapewnienie takiego świadczenia naraziłoby Ubezpieczyciela na jakiegokolwiek sankcje, zakazy lub ograniczenia wprowadzone na mocy rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub na jakiegokolwiek sankcje handlowe lub gospodarcze wynikające ze znajdujących zastosowanie przepisów ustawowych lub wykonawczych Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki lub jakichkolwiek innych znajdujących zastosowanie przepisów ustawowych lub wykonawczych.

10. Inne ubezpieczenia

Jeżeli istnieje jakiegokolwiek inne prywatne ubezpieczenie pokrywające którekolwiek ze świadczeń przysługujących na podstawie Polisy, w odniesieniu do której wystąpiono z roszczeniem, wówczas Ubezpieczony zobowiązany jest poinformować o tym Ubezpieczyciela w momencie występowania z roszczeniem. W takim przypadku Ubezpieczyciel nie będzie zobowiązany do pokrycia – w całości lub części – kosztów, gdzie wartość takiego świadczenia przewyższałaby przypadającą na niego – po dokonaniu właściwych obliczeń – część.

Jeżeli okaże się, że Ubezpieczony otrzymał zapłatę całości lub części kwoty roszczenia z innego źródła lub ubezpieczenia, Ubezpieczyciel ma prawo do wystąpienia o zwrot wszelkich zapłaconych odszkodowań. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odliczenia takiej kwoty zwrotu należnego od Ubezpieczonego od wszelkich kwot, które mają zostać wypłacone, lub przyszłych kwot odszkodowań lub do anulowania Polisy Ubezpieczonego od daty jej zawarcia bez obowiązku zwrotu składki.

Ponadto w przypadku zwrotu kosztów z obowiązkowego systemu ubezpieczenia społecznego Ubezpieczyciel dokona zwrotu kosztów równoległe z obowiązkowym systemem ubezpieczenia społecznego na podstawie faktur i zgodnie ze świadczeniami z wybranego planu.

11. Kwalifikacja do ubezpieczenia

Do objęcia ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszego planu ubezpieczenia kwalifikują się wszystkie osoby w wieku poniżej 69 roku życia pod warunkiem, iż zamieszkują one w Polsce, Rumunii, na Węgrzech lub w Bułgarii.

Osoby te zobowiązane są, w momencie składania wniosku o przystąpienie do ochrony ubezpieczeniowej, wypełnić i podpisać indywidualny formularz wniosku o przystąpienie do ochrony ubezpieczeniowej oraz osobny formularz wskazujący osoby uposażone w przypadku śmierci.

Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do uzależnienia objęcia danej osoby ochroną ubezpieczeniową od dostarczenia wszystkich dodatkowych informacji, które uzna on za konieczne.

Ubezpieczony, jak również – w stosownych przypadkach – Osoby Pozostające na Jego Utrzymaniu, uzyskuje status Ubezpieczonego w momencie objęcia ochroną ubezpieczeniową.

W przypadku, gdy Osoba Pozostająca na Utrzymaniu Ubezpieczonego nie zostanie objęta ochroną ubezpieczeniową w tym samym czasie co główny uczestnik ubezpieczenia, w odniesieniu do jej leczenia zastosowanie znajdować będzie 3-miesięczny okres karencji.

Dodawanie Osób Pozostających na Utrzymaniu: Ubezpieczony może wystąpić z wnioskiem o objęcie ochroną ubezpieczeniową uprawnionej Osoby Pozostającej na Jego Utrzymaniu w dowolnym momencie okresu ubezpieczenia pod warunkiem opłacenia wymaganej składki.

- Dodanie małżonka jest możliwe pod warunkiem, że wniosek dla tych członków rodziny zostanie złożony w ciągu jednego miesiąca od daty zawarcia małżeństwa
- Nowo narodzone dziecko może zostać dodane do umowy ubezpieczenia od daty jego narodzin pod warunkiem, że Ubezpieczyciel otrzyma wniosek o dodanie takiego nowo narodzonego dziecka w terminie 30 dni od daty jego narodzin. Po upływie tego okresu Ubezpieczony doda nowo narodzone dziecko od daty otrzymania pisemnego powiadomienia, a nie od daty narodzin.

12. Początek ochrony

Z chwilą wejścia w życie umowy ochrona ubezpieczeniowa staje się skuteczna dla każdej osoby, która uzyska status Ubezpieczonego, w następujących terminach:

- Osoba fizyczna zarejestrowana w dacie wejścia w życie indywidualnej polisy – od tej daty.
- Osoba fizyczna zarejestrowana po dacie wejścia w życie indywidualnej polisy – w dacie zapłaty składki. Data wskaza jest na certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa dla Osób Pozostających na Utrzymaniu, określona w Rozdziale 2, wchodzi w życie w tym samym czasie co ochrona ubezpieczeniowa dla Ubezpieczonego, gdy tylko osoby zainteresowane objęciem ochroną ubezpieczeniową spełnią wymagane warunki. Polisa jest odnawiana corocznie, 1 stycznia.

13. Wypowiedzenie lub zawieszenie ochrony

Za wyjątkiem przypadku zatajenia informacji, zaniechania podania informacji lub złożenia nieprawdziwego oświadczenia przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony zalicza się do Ubezpieczonych w ramach Planu, nie może on zostać wyłączony z ochrony ubezpieczeniowej wbrew jego woli.

W każdym przypadku, ochrona wygasa w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego:

- w przypadku braku zapłaty składki zgodnie z określonymi warunkami;
- w przypadku złożenia nieprawdziwego oświadczenia;
- z inicjatywy Ubezpieczonego – anulowanie Polisy w jej rocznicę;
- w przypadku śmierci Ubezpieczonego;
- w przypadku wszczęcia postępowania likwidacyjnego w odniesieniu do Ubezpieczyciela;
- lub najpóźniej w dniu jego 69 urodzin.

Uwaga: MediSky ma również prawo do wypowiedzenia Polisy zgodnie z prawem wypowiedzenia, o którym mowa w Umowie Głównej zawartej z Ubezpieczycielem.

Ochrona ubezpieczeniowa dla Osób Pozostających na Utrzymaniu, o której mowa w Rozdziale 2, zostaje wypowiedziana (lub zawieszona) w tym samym czasie co ochrona głównego Ubezpieczonego.

Wypowiedzenie ochrony ubezpieczeniowej skutkuje – zarówno w odniesieniu do Ubezpieczonego, jak i członków jego rodziny – anulowaniem uprawnienia do korzystania ze świadczeń w odniesieniu do wszelkich usług opieki medycznej świadczonych po dacie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, nawet jeżeli ich świadczenie rozpoczęło się lub zostały one zalecone przed tą datą.

ROZDZIAŁ 4 – Wyłączenia

14. Wyłączone ryzyka i świadczenia

Ubezpieczyciel nie zwróci na rzecz Ubezpieczonego jakichkolwiek kosztów, które powstaną na skutek lub będą spowodowane lub związane bezpośrednio lub pośrednio z jednym z następujących:

1. **WSZELKIE KOSZTY, LECZENIE, SCHORZENIA WPŁYWAJĄCE NA OGÓLNY STAN ZDROWIA I UŻĘBIENIA LUB ZABIEGI Z NIMI ZWIĄZANE, KTÓRE NIE SĄ WYRAŹNIE WYMIENIONE W NINIEJSZEJ POLISIE JAKO PODLEGAJĄCE OCHRONIE UBEZPIECZENIOWEJ;**
2. **KWOTY PRZEWYŻSZAJĄCE LIMITY OKREŚLONE DLA DANEGO PLANU;**
3. **WSZELKIE KOSZTY PRZEWYŻSZAJĄCE KWOTĘ EUR 500, JEŻELI ZOSTAŁY ONE PONIESIONE BEZ UZYSKANIA NASZEJ WCZEŚNIEJSZEJ ZGODY;**
4. **KOSZTY, KTÓRE ZOSTAŁYBY PONIESIONE NAWET GDYBY NIE DOSZŁO DO ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO;**
5. **KOSZTY, KTÓRE ZOSTAŁY PONIESIONE POZA TERYTORIUM OBOWIĄZYWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ;**
6. **KOSZTY, KTÓRE ZOSTAŁY PONIESIONE W ZWIĄZKU Z OPIEKĄ PALIATYWNĄ, JEŻELI NIE BYŁA OBJĘTA ONA DANYM PLANEM;**
7. **UDZIAŁ WŁASNY OKREŚLONY NA CERTYFIKACIE UCZESTNICTWA;**
8. **WSZELKIE ROSZCZENIA OPARTE NA DZIAŁANIACH NIEZGODNYCH Z PRAWEM, NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJACH LUB ICH ZATAJENIU INFORMACJI I ICH KONSEKWENCJACH;**
9. **WSZELKIE ROSZCZENIA WYNIKAJĄCE Z:**
 - **SAMOOKALECZENIA (WŁĄCZAJĄC W TO SAMOBÓJSTWO LUB USIŁOWANIE SAMOBÓJSTWA) NA SKUTEK WINY UMYŚLNEJ LUB RAŻĄCEGO NIEDBALSTWA;**
 - **NIEUZASADNIIONEGO NARAŻANIA SIĘ NA NIEBEZPIECZEŃSTWO (Z WYJĄTKIEM PRÓB RATOWANIA ŻYCIA LUDZKIEGO) NA SKUTEK NA SKUTEK WINY UMYŚLNEJ LUB RAŻĄCEGO NIEDBALSTWA;**
 - **PODRÓŻY PODJĘTEJ WBEW ZALECENIOM LEKARSKIM.**

10. LECZENIE W PRZYPADKU NADUŻYWANIA NARKOTYKÓW I INNYCH SUBSTANCJI ODURZAJĄCYCH (W TYM ALKOHOLU) LUB WSZELKIEGO TYPU UZALEŻNIEŃ I JAKIKOLWIEK STANÓW CHOROBYCH Z NICH WYNIKAJĄCYCH;
11. ANTYKONCEPCJA, STERYLIZACJA (LUB JEJ ODWRÓCENIE), SZTUCZNE ZAPŁODNIENIE, WAZEKTOMIA, CHOROBY WENERYCZNE, INFEKCJE PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ, ZMIANA PŁCI LUB WSZELKIE STANY CHOROBY POWIĄZANE Z ŻYCIEM SEKSUALNYM;
12. BADANIA I / LUB LECZENIE NIEPŁODNOŚCI LUB FORMY ROZMNAŻANIA WSPOMAGANEGO I WSZELKIE WYNIKAJĄCE Z NICH POWIKŁANIA;
13. WSZELKIE LECZENIE PODJĘTE WYŁĄCZNIE W CELU ZŁAGODZENIA OBJAWÓW SPOWODOWANYCH STARZENIEM SIĘ LUB JAKIKOLWIEK PRZYCZYNAMI NATURY FIZJOLOGICZNEJ, TAKIE JAK CHIRURGIA PLASTYCZNA;
14. PODRÓŻE POZA TERYTORIUM OBOWIĄZYWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ OKREŚLONYM NA CERTYFIKACIE UCZESTNICTWA NA CZAS DŁUŻSZY NIŻ LICZBA DNI WSKAZANA W TABELI ŚWIADCZEŃ W DANYM OKRESIE UBEZPIECZENIA;
15. ROSZCZENIA WYNIKAJĄCE Z URAZÓW OKOŁOPORODOWYCH LUB WAD WRODZONYCH, WAD DZIEDZICZNYCH LUB CHORÓB CZY TEŻ NIEPRAWIDŁOWOŚCI WRODZONYCH PO UPŁYWIE 30 LUB 60 DNI OD NARODZIN – W ZALEŻNOŚCI OD WYBRANEGO PLANU;
16. WSZCZEPIENIE SZTUCZNEGO SERCA;
17. WSZELKIE KOSZTY POWSTAŁE PO WYGAŚNIĘCIU BIEŻĄCEGO OKRESU UBEZPIECZENIA, CHYBA ŻE NINIEJSZA POLISA ZOSTAŁA PRZEDŁUŻONA NA KOLEJNE 12 MIESIĘCY. KOSZTY PRZEWYŻSZAJĄCE KWOTĘ EUR 50 000 W CAŁYM OKRESIE ŻYCIA KAŻDEGO UBEZPIECZONEGO ZWIĄZANE Z OPIEKĄ MEDYCZNĄ LUB LECZENIEM W NASTĘPSTWIE ZAKAŻENIA LUDZKIM WIRUSEM NIEDOBRU ODPORNOŚCI (WIRUSEM HIV), W TYM NABYTEGO ZESPOŁU NIEDOBRU ODPORNOŚCI (AIDS) LUB ZESPOŁU WYCZERPANIA (ARC) ORAZ WSZELKIE PODOBNE ZAKAŻENIA CHOROBY, URAZY LUB DOLEGLIWOŚCI WYNIKAJĄCE Z POWYŻSZYCH SCHORZEŃ, NIEZALEŻNIE OD ICH PRZYCZYNY;
18. LECZENIE I KONSEKWENCJE DOŚWIADCZALNYCH I NIELICENCJONOWANYCH ZABIEGÓW MEDYCZNYCH LUB FARMAKOTERAPII, Z WYJĄTKIEM PRÓB RATOWANIA ŻYCIA LUDZKIEGO. LEKI I INNE ŚRODKI FARMAKOLOGICZNE ZAKUPIONE BEZ RECEPTY LEKARSKIEJ ORAZ ŚRODKI FARMAKOLOGICZNE ZWYCZAJOWEGO UŻYTKU LUB PROFILAKTYCZNE, SZCZEPIENIA I RUTYNOWE BADANIA LEKARSKIE, CHYBA ŻE ZOSTAŁY ONE UJĘTE W TABELI ŚWIADCZEŃ;
19. CHIRURGIA PLASTYCZNA LUB CHIRURGIA KOREKCYJNA, USUWANIE TKANKI TŁUSZCZOWEJ LUB INNYCH NADWYŻEK TKANEK CIAŁA I WSZELKIE KONSEKWENCJE TAKIEGO LECZENIA, UTRATA MASY CIAŁA LUB PROBLEMY Z WAGĄ/ZABURZENIA ODŻYWIANIA, BEZ WZGLĘDU NA TO CZY ZWIĄZANE TO BYŁO ZE ZDROWIEM PSYCHICZNYM, CHYBA ŻE JEST TO WYMAGANE W BEZPOŚREDNIM WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB ZABIEGU CHIRURGICZNEGO W LECZENIU NOWOTWORU, KTÓRY WYSTĄPI W OKRESIE UBEZPIECZENIA;
20. ZABIEGI CHIRURGICZNE PRZEPROWADZANE W CELU SKORYGOWANIA KRÓTKO- LUB DŁUGOWZROČNOŚCI LUB INNEJ WADY WZROKU, CHYBA ŻE DOSZŁO DO NIEJ NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB CHOROBY, KTÓRA WYSTĄPI W OKRESIE UBEZPIECZENIA;
21. BADANIA W ZAKRESIE LUB LECZENIE BEZDECHU SENNEGO, CHRAPANIA LUB INNYCH ZABURZEŃ ODDYCHANIA WYSTĘPUJĄCYCH W CZASIE SNU;
22. LECZENIE WYKONYWANE PRZEZ PERSONEL MEDYCZNY, LEKARZA PIERWSZEGO KONTAKTU LUB SPECJALISTĘ SPOKREWNIONEGO Z UBEZPIECZONYM, CHYBA ŻE ZOSTAŁO TO UPREDNIO PRZEZ NAS ZATWIERDZONE;
23. ZABIEGI ZWIĄZANE Z KRIOPREZERWACJĄ, TRANSPLANTACJĄ LUB REPLANTACJĄ ŻYWYCH KOMÓREK LUB ŻYWEJ TKANKI, ZARÓWNO AUTOLOGICZNYCH, JAK I DOSTARCZONYCH PRZEZ DAWCĘ, CHYBA ŻE BĘDĄ TO PRZESZCZEPY TKANEK OKREŚLONE W NINIEJSZEJ POLISIE, KTÓRYCH KOSZT NIE PRZEKROCZY OKREŚLONYCH TU LIMITÓW;
24. ROSZCZENIA WYNIKAJĄCE Z ZAWODOWEGO UPRAWIANIA SPORTU PRZEZ UBEZPIECZONEGO (WYŁĄCZAJĄC REKREACYJNE I AMATORSKIE UPRAWIANIE SPORTU) LUB JAKIEGOKOLWIEK SPORTU I UCZESTNICTWO W AKTYWNOŚCI RUCHOWEJ O NIEBEZPIECZNYM/EKSTREMALNYM CHARAKTERZE, TJ.: SPORTY MOTOROWE, SPORTY LOTNICZE, NURKOWANIE Z AKWALUNGIEM PONIŻEJ 30 METRÓW LUB BEZ CERTYFIKATU, WSZELKIE SPORTY Z UDZIAŁEM ZWIERZĄT, UCZESTNICTWO W ZAWODACH WSPINACZKOWYCH NA CZAS, WSPINACZKA KLASYCZNA LUB ALPINIZM (Z LUB BEZ UŻYCIA LINY), TREKKING POWYŻEJ 2 500 METRÓW, SZTUKI WALKI, SKOKI NA LINIE, SKOKI SPADOCHRONOWE, BASE JUMPING, NARCIARSTWO POZATRASOWE I WYŚCIGI W JAKIEJKOLWIEK FORMIE (INNE NIŻ PIESZE).

JEŻELI DANY SPORT LUB AKTYWNOŚĆ RUCHOWA O NIEBEZPIECZNYM CHARAKTERZE NIE SĄ UWZGLĘDNIONE W NINIEJSZYM WYKAZIE, UBEZPIECZONY JEST ZOBOWIĄZANY SKONTAKTOWAĆ SIĘ Z NAMI PRZED PODJĘCIEM TAKIEJ AKTYWNOŚCI W CELU UPEWNIENIA SIĘ, CZY JEST ONA DOPUSZCZALNA W RAMACH UBEZPIECZENIA I POTWIERDZENIA, ŻE OCHRONA UBEZPIECZENIOWA JĄ OBEJMUJE;

- 25. WSZELKIE ROSZCZENIA POWSTAŁE W CZASIE PEŁNIENIA PRZEZ UBEZPIECZONEGO SŁUŻBY WOJSKOWEJ LUB JEGO UCZESTNICTWA W DZIAŁANIACH Z UŻYCIEM BRONI PALNEJ LUB WYMAGAJĄCYCH WALKI WRĘCZ LUB NA TERENACH OBJĘTYCH KONFLIKTAMI ZBROJNYMI, Z WYJĄTKIEM PRYWATNYCH WYCIECZEK TURYSTYCZNYCH W CZASIE URLOPU WYPOCZYNKOWEGO;**
 - 26. WSZELKIE WYDATKI ZWIĄZANE Z AKCJAMI POSZUKIWAWCZYMI I RATOWNICZYMI PRZEPROWADZANYMI W CELU ODNALEZIENIA UBEZPIECZONEGO W GÓRACH, NA MORZU, NA PUSTYNI, W DŻUNGLI I PODOBNYCH NIEDOSTĘPNYCH MIEJSCACH, W TYM KOSZTÓW AKCJI POWIETRZNYCH/MORSKICH ZWIĄZANYCH Z TRANSPORTEM NA STAŁY ŁĄD Z JEDNOSTKI PŁYWAJĄCEJ LUB MORZA;**
 - 27. ZAKWATEROWANIE I KOSZTY ZABIEGÓW W DOMU OPIEKI, , OŚRODKU ODNOWY BIOLOGICZNEJ, KLINICE ZDROWIA NATURALNEGO, FARMIE ZDROWIA LUB PODOBNYCH PLACÓWKACH LUB SZPITALU, KTÓRE TO INSTYTUCJE STANĄ SIĘ MIEJSCEM ZAMIESZKANIA LUB STAŁEGO POBYTU UBEZPIECZONEGO I PRZYJĘCIE DO NICH ODBYWA SIĘ W CAŁOŚCI LUB CZĘŚCIOWO W CELACH MIESZKANIOWYCH;**
 - 28. REHABILITACJA, CHYBA ŻE STANOWIĆ BĘDZIE ONA INTEGRALNĄ CZĘŚĆ LECZENIA WYKONYWANEGO W RAMACH HOSPITALIZACJI W WARUNKACH STACJONARNYCH I ZOSTANIE PODJĘTA POD KONTROLĄ LUB NADZOREM SPECJALISTY W UZNANEJ PLACÓWCE REHABILITACYJNEJ;**
 - 29. LECZENIE TRUDNOŚCI W NAUCE, NADPOBUDLIWOŚCI, ZABURZEŃ KONCENTRACJI, PROBLEMÓW BEHAVIORALNYCH LUB ROZWOJOWYCH DZIECKA;**
 - 30. LECZENIE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH I NERWOWYCH, LECZENIE PSYCHIATRYCZNE I KOSZTY TERAPII PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ, PSYCHOLOGICZNEJ, KOSZTY TERAPII RODZINNEJ LUB TERAPII PO UTRACIE BLISKICH OSÓB;**
 - 31. WSZELKIE ROSZCZENIA, KTÓRE WYNIKŁY Z LUB DO KTÓRYCH POWSTANIA W JAKIKOLWIEK SPOSÓB PRZYCZYNIŁO SIĘ UŻYCIE LUB POWSTANIE ZAGROŻENIA UŻYCIA WSZELKIEGO RODZAJU BRONI NUKLEARNEJ LUB INSTALACJI NUKLEARNYCH LUB SKAŻENIE LUB POWSTANIE ZAGROŻENIA SKAŻENIA BRONIĄ CHEMICZNĄ LUB BIOLOGICZNĄ;**
 - 32. WSZELKIE ROSZCZENIA POWSTAŁE W WYNIKU WOJNY, INWAZJI, DZIAŁAŃ NIEPRZYJACIELSKICH, DZIAŁAŃ WOJENNYCH (BEZ WZGLĘDU NA FAKT, CZY DOSZŁO DO WYPOWIEDZENIA WOJNY, CZY TEŻ NIE), AKTÓW TERRORYZMU, WOJNY DOMOWEJ, REBELII, REWOLUCJI, POWSTANIA, WOJSKOWEGO ZAMACHU STANU LUB INNEGO PRZEJĘCIA WŁADZY LUB UDZIAŁU W ROZRUCHACH LUB ZAMIESZKACH WSZELKIEGO RODZAJU. WYJĄTEK: POKRYJEMY KOSZT MAKSYMALNIE EUR 50 000 NA RZECZ KAŻDEGO UBEZPIECZONEGO ZA KAŻDE ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE POD WARUNKIEM, ŻE UBEZPIECZONY BYŁ NIEWINNYM OBSERWATOREM, A NIE AKTYWNYM UCZESTNIKIEM WYMIENIONYCH POWYŻEJ ZDARZEŃ, ORAZ ŻE NIE DZIAŁAŁ LEKKOMYŚLNIE LUB Z NARAŻENIEM SIĘ NA NIEBEZPIECZEŃSTWO POPRZEC ŚWIADOME WSTĘP NA TERYTORIUM OBJĘTE KONFLIKTEM;**
- (NA POTRZEBY NINIEJSZEGO WYŁĄCZENIA AKT TERRORYZMU OZNACZA, MIĘDZY INNYMI, AKT UŻYCIA SIŁY LUB PRZEMOCY I/LUB ZAGROŻENIE TAKIEGO UŻYCIA, DOKONANY PRZEZ JAKĄKOLWIEK OSOBĘ LUB GRUPĘ OSÓB, DZIAŁAJĄCĄ SAMODZIELNIE LUB W IMIENIU LUB W ZWIĄZKU Z JAKĄKOLWIEK ORGANIZACJĄ (ORGANIZACJAMI) LUB RZĄDEM (RZĄDAMI), Z POWODÓW POLITYCZNYCH, RELIGIJNYCH, IDEOLOGICZNYCH LUB IM PODOBNYCH LUB POWODÓW OBEJMUJĄCYCH ZAMIAR WYWARCIA WPŁYWU NA JAKIKOLWIEK RZĄD I/LUB WYWOŁANIA STRACHU SPOŁECZEŃSTWA LUB JAKIEJKOLWIEK JEGO CZĘŚCI.)**
- 33. WSZELKIE KOSZTY, KTÓRE W CHWILI ZAISTNIENIA SĄ OBJĘTE LUB BYŁYBY – GDYBY NIE ZAWARCIE NINIEJSZEJ POLISY – OBJĘTE JAKĄKOLWIEK INNĄ ISTNIEJĄCĄ PRYWATNĄ POLISĄ UBEZPIECZENIOWĄ. JEŻELI ZASTOSOWANIE ZNAJDUJE JAKĄKOLWIEK INNA OCHRONA UBEZPIECZENIOWA, KTÓRA MOŻE POKRYĆ KOSZTY ZDARZENIA, W ODNIESIENIU DO KTÓREGO UBEZPIECZONY WYSTOSUJE ROSZCZENIE, UBEZPIECZONY ZOBOWIĄZANY JEST POINFORMOWAĆ NAS O TYM W MOMENCIE PODJĘCIA PIERWSZEGO KONTAKTU Z NAMI;**
 - 34. WSZELKIE STRATY, KTÓRE NIE PODLEGAJĄ OCHRONIE NA MOCY OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA ZAWARTYCH W NINIEJSZEJ POLISIE (PRZYKŁADY STRAT: NIE POKRYJEMY KOSZTÓW UTRATY ZAROBKÓW Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W WYNIKU CHOROBY LUB URAZU CIAŁA);**

SZCZEGÓLNE WYŁĄCZENIA W ODNIESIENIU DO USTĘPU 3.1.3 – PRZESZCZEP NARZĄDÓW I TKANEK:

- 35. KOSZTY ZWIĄZANE ZE ZNALEZIENIEM NARZĄDU LUB TKANKI DO PRZESZCZEPU (ZGODNIE Z DEFINICJĄ) LUB WSZELKIE KOSZTY PONIESIONE W CELU POBRANIA NARZĄDU LUB TKANKI OD DAWCY, KOSZTY**

TRANSPORTU NARZĄDU LUB TKANKI ORAZ WSZELKIE ZWIĄZANE Z TYM KOSZTY ADMINISTRACYJNE I WSZELKIE KOSZTY ZWIĄZANE Z NARZĄDAMI LUB TKANKAMI NIEOKREŚLONE W DEFINICJI PRZESZCZEPU NARZĄDÓW LUB TKANEK;

SZCZEGÓLNE WYŁĄCZENIA W ODNIESIENIU DO USTĘPU 3.1.8 – OPIEKA POŁOŻNICZA:

- 36. PRZERWANIE CIĄŻY INNE NIŻ PORONIENIE, CIĄŻA POZAMACICZNA I OBUMARCIE PŁODU.**
- 37. CESARSKIE CIĘCIE NA ŻĄDANIE, GDY NIE JEST ONO KONIECZNE ZE WZGLĘDÓW MEDYCZNYCH ORAZ LECZENIE W NASTĘPSTWIE TAKIEGO PORODU;**
- 38. ZAJĘCIA PRZEDPORODOWE, KOSZTY USŁUG ŚWIADCZONYCH PRZEZ POŁOŻNE, GDY NIE SĄ BEZPOŚREDNIO ZWIĄZANE Z PORODEM;**
- 39. POWIKŁANIA, DO KTÓRYCH MOŻE DOJŚĆ W TRAKCIE LUB W WYNIKU PLANOWANEGO PORODU W DOMU;**
- 40. TRANSPORT KOBIETY CIĘŻARNEJ DO SZPITALA W CELU ODBYCIA PRZEBIEGAJĄCEGO STANDARDOWO PORODU, CHYBA ŻE W WYNIKU POWIKŁAŃ BĘDZIE ON KONIECZNY ZE WZGLĘDÓW MEDYCZNYCH;**

SZCZEGÓLNE WYŁĄCZENIA W ODNIESIENIU DO USTĘPU 3.1.6 ORAZ 3.1.5 – REHABILITACJA ORAZ DOMOWA OPIEKA PIELĘGNIARSKA:

- 41. CHOROBA PSYCHICZNA, ZABURZENIA PSYCHICZNE LUB NERWOWE;**

SZCZEGÓLNE WYŁĄCZENIE MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO USTĘPU 3.2.1 – TRANSPORT MEDYCZNY W NAGŁYCH PRZYPADKACH, EWAKUACJA I SPROWADZENIE DO KRAJU

- 42. WSZELKIE NASTĘPCZE KOSZTY TRANSPORTU WYNIKAJĄCE Z TEGO SAMEGO ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO PO PRZEWIEZIENIU UBEZPIECZONEGO DO JEGO MIEJSCA ZAMIESZKANIA.**

ROZDZIAŁ 5 – Obsługa i administracja roszczeniami

1. Podmiot zarządzający planem

VYV International Benefits („Ubezpieczyciel”) powierzyło MediSky International świadczenie niektórych usług administracyjnych na terytorium Europy, włączając to zarządzanie roszczeniami, ich administrację i uprzednie zatwierdzanie („Usługi”) w odniesieniu do niektórych planów ubezpieczenia zdrowotnego opracowanych przez MediSky International a reasekurowanych przez VYV International Benefits.

2. Ogólne procedury

Państwa dedykowany zespół obsługi klienta

Możecie kontaktować się Państwo z Działem Obsługi Klienta MediSky (odpowiedzialnym za pomoc Ubezpieczonym):

Telefonicznie: +48 22 826 11 46 lub za pośrednictwem poczty elektronicznej: customer-care@medisky.pl

Pocztą tradycyjną: MediSky International Sp. z o.o. Ul. Trębacka 4, 00-074 Warszawa, Polska

Pomoc w przypadku **transportu medycznego w nagłych przypadkach, ewakuacji i sprowadzenia do kraju:**

Należy skontaktować się z zespołem wsparcia MediSky International – osobiście lub za pośrednictwem osoby trzeciej – niezwłocznie po zaistnieniu sytuacji, na skutek której konieczne okaże się przeprowadzenie **transportu medycznego w nagłych przypadkach, ewakuacji i sprowadzenia do kraju**. Zespół wsparcia MediSky International pozostaje do Państwa dyspozycji 24 godziny na dobę pod numerem telefonu: + 33 5 86 85 00 56 lub + 48 573 973 133.

Należy podać:

- numer umowy o udzielenie pomocy: **FRIB1903001**;
- numer polisy ubezpieczeniowej;



- imię i nazwisko Ubezpieczonego;
- adres i telefon kontaktowy, jak również dane osób, pod których opieką znajdują się Osoby Uposażone;
- oraz wyrazić zgodę na dostęp personelu medycznego do danych osobowych Ubezpieczonego.

Do Państwa dyspozycji pozostaje zespół pracowników o najwyższych kwalifikacjach, którzy gotowi są odpowiedzieć na wszystkie pytania dotyczące Państwa ochrony ubezpieczeniowej, wniosków o uzyskanie uprzedniego zatwierdzenia, zwrotu kosztów leczenia, faktur i wszelkich ogólnych zapytań administracyjnych (karta członkowska itp.). Zespół MediSky International posiada najwyższe kompetencje w kwestiach związanych z zagranicznymi ubezpieczeniami społecznymi i Państwa planem opieki zdrowotnej i zawsze służy pomocą. Dane kontaktowe do Państwa dedykowanego zespołu obsługi klienta są dodatkowo podane na Państwa karcie członkowskiej.

3. Procedura zgłaszania roszczeń

Zwrotowi podlegają wszystkie koszty leczenia powiązane ze świadczeniami objętymi ochroną ubezpieczeniową w ramach wybranego planu ubezpieczenia.

W celu uzyskania zwrotu kosztów leczenia należy przesłać do nas następujące dokumenty:

- Wszystkie dokumenty związane z danym zdarzeniem ubezpieczeniowym wydane przez lekarza prowadzącego – opinia lekarska lub skierowanie na dalsze leczenie;
- Szczegółową fakturę za usługi medyczne;
- Potwierdzenie zapłaty;
- W pełni wypełniony Formularz Zgłoszenia Roszczenia.

Okres ważności roszczenia wynosi do 24 miesięcy od daty wykonania usługi medycznej.

Współpracujemy z międzynarodowymi tłumaczami nie stawiamy więc wymogu, aby roszczenia były wnoszone w języku angielskim. Jednakże zaletą wnoszenia roszczeń w języku angielskim jest ich szybsze rozpatrywanie.

Nie będą akceptowane kopie, kserokopie ani duplikaty faktur za leczenie ambulatoryjne o wartości przekraczającej EUR 500. Oryginały należy zachować przez 24 miesiące od daty przeprowadzenia leczenia. W tym okresie możemy poprosić o przekazanie nam oryginałów, w przeciwnym razie może dojść do zakwestionowania już wypłaconego zwrotu kosztów.

Jeśli nie odpowiedzą Państwo na Nasze żądanie o dodatkowe dokumenty i/lub nie zwrócą należycie wypełnionych formularzy administracyjnych, rozpatrzenie wniosku zostanie wstrzymane, chyba że zostaną poczynione z Nami odpowiednie uzgodnienia.

W przypadku przekazania przez Państwa informacji, które okażą się błędne lub nieprawdziwe, lub w przypadku wniesienia zawyżonych roszczeń lub dokonania nadużycia lub umyślnego naruszenia niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, skutkować będzie Państwa bezpośrednią odpowiedzialnością i zwrotem kwot nienależnie wypłaconych przez Nas w oparciu o takie nieprawidłowe informacje.

4. Uprzednia autoryzacja

Ubezpieczony musi mieć na uwadze, że w celu uzyskania uprzedniej autoryzacji należy się z nami skontaktować z co najmniej 48-godzinnym wyprzedzeniem – zanim Ubezpieczony poniesie koszty Leczenia jakiegokolwiek rodzaju, które po zakończeniu Leczenia mogą przekroczyć kwotę EUR 500, w przeciwnym razie możemy nie pokryć roszczenia. Kwota ta obejmuje koszty Leczenia szpitalnego w warunkach stacjonarnych, opieki jednego dnia i leczenia ambulatoryjnego, a także koszty transportu i koszty dodatkowe.

Jeżeli zaplanowane Leczenie kwalifikuje się do objęcia ochroną ubezpieczeniową, możemy potwierdzić wartość świadczenia przysługującego dostawcy/dostawcom usług medycznych i wydać zgodę na przeprowadzenie Leczenia, z zastrzeżeniem warunków określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia. Gdy roszczenie zostanie następnie w pełni udokumentowane, przeprowadzimy rozliczenie kosztów leczenia szpitalnego w warunkach stacjonarnych bezpośrednio z dostawcą (dostawcami) usług medycznych, o ile taki dostawca usług medycznych wyrazi na to zgodę.

Należy zwrócić uwagę, że jeżeli wyrazimy zgodę na przeprowadzenie Leczenia, które ostatecznie okaże się być związane ze schorzeniem wyłączonym przez polisę, na przykład Leczenie niezgłoszonych i niezatwierdzonych Zdiagnozowanych Wcześniej

Stanów Chorobowych, Ubezpieczony ponosić będzie odpowiedzialność za wszystkie koszty, włączając w to koszty rozliczone przez Nas. W takich przypadkach Ubezpieczony zobowiązany będzie zwrócić Nam wszystkie poniesione przez nas wydatki.

Ubezpieczony nie może przyjąć żadnej odpowiedzialności, oferty, obietnicy lub płatności bez Naszej uprzedniej zgody.

W nagłych przypadkach, jeżeli Ubezpieczony nie będzie mieć fizycznej możliwości natychmiastowego skontaktowania się z nami, Ubezpieczony lub dowolna osoba przez niego wyznaczona musi skontaktować się z Nami w ciągu 48 godzin.

W odniesieniu do wszelkich innych kosztów, Ubezpieczony będzie zobowiązany do zwrotu Nam, w terminie jednego miesiąca od daty skierowania przez Nas żądania do Ubezpieczonego, wszelkich kosztów lub wydatków, które zostały przez Nas wypłacone na rzecz Ubezpieczonego, a które nie są objęte ochroną na podstawie Polisy.

Tak często, jak będzie to w naszej opinii konieczne, Ubezpieczony podda się badaniom lekarskim na Nasz koszt. W przypadku śmierci Ubezpieczonego będziemy mieć prawo do przeprowadzenia autopsji na Nasz koszt (jeżeli nie jest to zabronione przez miejscowe prawo). Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć nam (na własny koszt) pisemne oświadczenie uzasadniające jego Roszczenie, wraz z wszystkimi wymaganymi przez nas oryginalnymi fakturami, certyfikatami, informacjami, dowodami i pokwitowaniami.

W przypadku, gdy zostaną Państwo poddani Leczeniu ambulatoryjnemu, gdzie koszty będą niższe niż EUR 500 i Leczenie nie będzie wymagać uprzedniego zatwierdzenia, będą Państwo zobowiązani do pokrycia wszystkich kosztów w momencie przeprowadzenia Leczenia. Następnie należy wystąpić do Nas z roszczeniem o zwrot kosztów. Prosimy upewnić się, że Formularz Zgłoszenia Roszczenia będzie w pełni wypełniony przez Ubezpieczonego i Lekarza prowadzącego. Prosimy o przedłożenie go wraz z oryginalnymi pokwitowaniami i wszystkimi innymi informacjami uzasadniającymi Roszczenie, w tym między innymi zdjęciami rentgenowskimi, wynikami badań, opiniami lekarskimi itp.

5. Badania lekarskie

Zastrzegamy sobie prawo do sprawdzenia stanu zdrowia Ubezpieczonego i weryfikacji udzielonej opieki medycznej. W razie potrzeby możemy zażądać przedstawienia wszelkich dokumentów lub przeprowadzenia badań lub innych czynności medycznych w celu dokonania odpowiedniej oceny.

6. Składanie nieprawdziwych oświadczeń

OŚWIADCZENIA SKŁADANE PRZEZ UBEZPIECZONEGO NA RZEC MEDIHELP/MEDISKY I UBEZPIECZYCIELA STANOWIĄ PODSTAWĘ UZNANIA ROSZCZENIA. NIEZALEŻNIE OD PRZYCZYN NIEWAŻNOŚCI, OCHRONA UBEZPIECZENIOWA PRZYZNANA UBEZPIECZONEMU PRZEZ UBEZPIECZYCIELA NIE BĘDZIE ZNAJDOWAŁA ZASTOSOWANIA W PRZYPADKU UKRYCIA INFORMACJI LUB UMYŚLNEGO WPROWADZENIA W BŁĄD PRZEZ UBEZPIECZONEGO, GDY – W OPINII UBEZPIECZYCIELA – DZIAŁANIE TAKIE BĘDZIE MIEĆ NA CELU ZATAJENIE FAKTYCZNEGO RYZYKA LUB PRZEDSTAWIENIE GO JAKO NIŻSZE, NAWET JEŚLI RYZYKO ZATAJONE LUB PRZEDSTAWIONE JAKO NIŻSZE PRZEZ UBEZPIECZONEGO BYŁO NIEISTOTNE DLA DANEGO ROSZCZENIA.

W POWYŻSZYM PRZYPADKU OPŁACONE SKŁADKI POZOSTAJĄ PO STRONIE UBEZPIECZYCIELA, KTÓRY JEST UPRAWNIONY DO DOCHODZENIA ZAPŁATY WSZYSTKICH SKŁADEK NALEŻNYCH JAKO ODSZKODOWANIE.

ROZDZIAŁ 6 – Składki

1. Wysokość składek i podstawa ich naliczania

Składkę ubezpieczeniową oblicza się na podstawie oceny ryzyka, a jej wysokość zależy od wybranego planu, kraju zamieszkania Ubezpieczonego. Wysokość składek, bez podatków, jest określona na Certyfikacie Ubezpieczenia wydanym Ubezpieczonemu.

Wysokość składki może zostać zmieniona zgodnie z postanowieniami Rozdziału 3, Ustęp 6 – „Zmiany”. Stawki mogą być zmieniane każdego 1 stycznia zgodnie z ustaleniami dotyczącymi polisy. Jednakże tak zmienione stawki wchodzą w życie w rocznicę zawarcia umowy.

W przypadku ustalenia przez Ubezpieczyciela nowej stawki składek, MediSky jest zobowiązane do poinformowania o tym Ubezpieczonego na trzy (3) miesiące przed ich wejściem w życie.

W przypadku braku zgody Ubezpieczonego na przyjęcie nowych stawek może on wnioskować o rozwiązanie jego umowy ubezpieczenia za pośrednictwem listu poleconego w terminie dwóch (2) miesięcy od powiadomienia wystosowanego przez MediSky. Rezygnacja z polisy stanie się skuteczna z dniem 1 stycznia roku następującego po otrzymaniu listu poleconego od Ubezpieczonego.

2. Płatność składek

Składki są opłacane corocznie, półrocznie lub kwartalnie z góry, bezpośrednio przez Ubezpieczonego. Podatki i opłaty, jeśli znajdują zastosowanie, płatne na mocy obowiązujących przepisów prawa, zostaną doliczone do kwoty składki i będą musiały zostać w całości zapłacone przez Ubezpieczonego.

W przypadku, gdy Ubezpieczony nie zapłaci wszystkich składek w ciągu miesiąca następującego po terminie ich wymagalności, ochrona ubezpieczeniowa zostaje zawieszona na okres TRZYDZIESTU (30) dni po wysłaniu przez Ubezpieczyciela listu poleconego stanowiącego formalne powiadomienie przewidziane przepisami zawartymi we francuskim kodeksie towarzystw ubezpieczeń wzajemnych. Jeżeli po upływie tego okresu Ubezpieczony nie dokona żądanej płatności, polisa może zostać rozwiązana bez dalszych formalności w ciągu następnym DZIESIĘCIU (10) dni.

ROZDZIAŁ 7 – Definicje

Do świadczeń objętych Państwa Planem oraz niektórych innych zwyczajowo stosowanych terminów zastosowanie znajdują przedstawione poniżej definicje. Świadczenia objęte Państwa Planem są określone w Tabeli Świadczeń. Wszędzie tam, gdzie w dokumentach dotyczących Państwa umowy pojawią się następujące wyrazy/wyrażenia, zawsze będą one definiowane w następujący sposób:

Całkowity Limit Maksymalny: maksymalna kwota, którą pokryjemy z tytułu wszystkich świadczeń, przypadająca na jednego Ubezpieczonego w okresie jednego roku objętego umową.

Cesja: Nasze prawo do zastąpienia Państwa w celu dochodzenia wszelkich praw przysługujących Państwu wobec osób trzecich ponoszących odpowiedzialność za roszczenia pokryte przez nas na podstawie Polisy.

Certyfikat Ubezpieczenia / Certyfikat Polisy: szczególne warunki wchodzące w skład Polisy Ubezpieczonego i określające imię (imiona) i nazwisko Ubezpieczonego, Terytorium Obowiązującego Ochrony Ubezpieczeniowej, Okres Ubezpieczenia, poziom ochrony i wszelkie wybrane dodatkowe rozszerzenia, a także wszelkie postanowienia specjalne znajdujące zastosowanie w odniesieniu do Polisy.

Choroba oznacza wszelkie dolegliwości, schorzenia, zaburzenia lub zmiany stanu zdrowia Ubezpieczonego zdiagnozowane przez Lekarza.

Coroczna Data Przedłużenia: każdy 1 stycznia; dzień następujący po dniu wygaśnięcia wskazanym na Certyfikacie Ubezpieczenia.

Data Wejścia w Życie oznacza datę, w której pierwotnie rozpoczyna się ochrona ubezpieczeniowa na podstawie Planu Opieki Zdrowotnej MediSky.

Diagnoza oznacza ustalenie przez posiadającego wymagane uprawnienia lekarza, oznaką jakiej choroby lub schorzenia są symptomy i objawy występujące u danej osoby.

Dom oznacza główne i/lub dodatkowe miejsce (miejsca) zamieszkania Ubezpieczonego w Kraju lub Krajach Zamieszkania wskazane w Formularzu Wniosku i określone na Certyfikacie Uczestnictwa.

Doradca Medyczny oznacza wybranego przez Nas Lekarza, którego zadaniem jest wydawanie opinii w odniesieniu do Roszczeń wnoszonych na podstawie Polisy zawartej w ramach Planu Opieki Zdrowotnej MediSky.

Fizjoterapia oznacza Leczenie zalecone przez Lekarza z przyczyn zdrowotnych w następstwie Zdarzenia Ubezpieczeniowego i przeprowadzone przez posiadającego odpowiednie uprawnienia Fizjoterapeutę.

Główny Ubezpieczony: pojedynczy członek, którego zgodziliśmy się objąć ochroną ubezpieczeniową na podstawie Polisy.



Konieczne ze Względów Medycznych oznacza zapewnienie odpowiedniej diagnostyki lub leczenia przeprowadzanych w celu zdiagnozowania lub leczenia choroby, urazu, stanu chorobowego, schorzenia lub ich objawów w sposób spełniający powszechnie przyjęte standardy medyczne.

Koszty Leczenia oznacza wydatki poniesione na Leczenie w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby w wyniku Zdarzenia Ubezpieczeniowego.

Kraj Zamieszkania oznacza kraj, w którym znajduje się główne i/lub dodatkowe miejsce zamieszkania Ubezpieczonego, wskazane w Formularzu Wniosku i określone na Certyfikacie Uczestnictwa.

Leczenie oznacza wszelkie Konieczne ze Względów Medycznych zabiegi chirurgiczne lub interwencję lekarską, których przeprowadzenie jest wymagane w celu usunięcia Urazu lub wyleczenia Choroby lub w celu przyniesienia ulgi w Schorzeniach Przewlekłych.

Leczenie Ambulatoryjne w Nagłych Przypadkach oznacza Leczenie Konieczne ze Względów Medycznych w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub nagłej Choroby, przeprowadzone w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym / na Pogotowiu Ratunkowym w ciągu 48 godzin od zajścia Nieszczęśliwego Wypadku lub wystąpienia Choroby, które jednak nie wymaga przyjęcia do Szpitala w Warunkach Stacjonarnych lub w ramach Opieki Jednego Dnia.

Leczenie Stomatologiczne w Nagłych Przypadkach oznacza Leczenie konieczne w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku na skutek uderzenia od zewnętrznej strony jamy ustnej, które zostało przeprowadzone w ciągu 48 godzin od daty i godziny zajścia Nieszczęśliwego Wypadku w celu natychmiastowego złagodzenia bólu spowodowanego utratą lub uszkodzeniem uzębienia w takim Nieszczęśliwym Wypadku.

Leczenie w Nagłych Przypadkach oznacza Leczenie, które zostanie rozpoczęte w ciągu 24 godzin od wystąpienia Choroby lub zajścia Nieszczęśliwego Wypadku powodujących bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i wymagających pilnej pomocy medycznej.

Lekarz oznacza posiadającego odpowiednie kwalifikacje praktyka będącego lekarzem uznanym na mocy przepisów prawa kraju, w którym przeprowadzone będzie Leczenie objęte Polisą, gdzie podejmowane przez niego działania w ramach takiego Leczenia mieszczą się w zakresie jego / jej uprawnień i zdobytych kwalifikacji.

Leki Wydawane na Receptę oznaczają leki, których sprzedaż i stosowanie jest na mocy obowiązujących przepisów prawnych uwarunkowane wydaniem recepty przez Lekarza. Produkty, które można nabyć bez recepty lekarskiej, nie są objęte tą definicją i poniesione w odniesieniu do nich koszty nie podlegają zwrotowi.

Limity Świadczeń w ramach Polisy oznacza limity finansowe określone dla Naszych zobowiązań wobec Ubezpieczonego w odniesieniu do poszczególnych świadczeń (dla indywidualnych Zdarzeń Ubezpieczeniowych, na każdy rok objęty ochroną ubezpieczeniową lub dożywotnio), zgodnie z Tabelą Świadczeń.

MediHelp: Pośrednik, który przystąpił do umowy Polisy Generalnej dla Osób Prywatnych z MGEN na potrzeby wystawienia niniejszej Polisy.

MediSky International sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie, przy ulicy Trębackiej 4, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000628122, NIP 5252669863 – agent ubezpieczeniowy wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych pod numerem 11232800/A. MediSky jest administratorem Planu dla Polisy.

MGEN, numer SIREN 775 685 399. Siedziba: 3-7 Square Max Hymans, 75748 PARYŻ Cedex 15, Francja. Towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych podlegające postanowieniom Tomu II francuskiego kodeksu towarzystw ubezpieczeń wzajemnych. Towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych uprawnione do prowadzenia działalności na zasadzie swobody świadczenia usług.

My lub Nam/Nasz oznacza Ubezpieczyciela – MGEN jest towarzystwem ubezpieczeń wzajemnych założonym w 1946 roku. Obecnie – jako jeden z największych podmiotów świadczących usługi z zakresu ubezpieczeń społecznych – Ubezpieczyciel obejmuje ochroną ponad 4 miliony osób i zajmuje pierwszą pozycję na francuskim rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych. Siedziba MGEN znajduje się przy 3-7 Square Max Hymans, 75748 Paryż Cedex 15, Francja (MGEN, numer SIREN 775 685 399, podlega postanowieniom Tomu II francuskiego kodeksu towarzystw ubezpieczeń wzajemnych).

Okres karencji jest to okres rozpoczynający się w dniu wejścia umowy w życie, w czasie którego pewne świadczenia nie podlegają ochronie ubezpieczeniowej.

Okres Ubezpieczenia oznacza okres wskazany na Certyfikacie Polisy, z tytułu którego została opłacona odpowiednia składka
Określony Indywidualnie Limit Świadczeń: maksymalna kwota, którą pokryjemy z tytułu wybranych świadczeń.

Opieka Ambulatoryjna oznacza Leczenie przeprowadzone w odniesieniu do Ubezpieczonego lub zalecone przez Lekarza, gdy przyjęcie Ubezpieczonego do Szpitala lub innej placówki w celu objęcia go opieką medyczną w Warunkach Stacjonarnych lub w ramach Opieki Jednego Dnia nie jest Konieczne ze Względów Medycznych

Opieka Jednego Dnia oznacza Leczenie wykonywane w Szpitalu na podstawie przyjęcia do niego Ubezpieczonego, gdzie nie jest to Konieczne ze Względów Medycznych, aby Ubezpieczony pozostał w Szpitalu na jedną lub więcej nocy.

Opieka nad Noworodkiem: koszty opieki w odniesieniu do noworodków w okresie do 30 dni od daty narodzin.

Opieka Paliatywna oznacza Leczenie, gdzie u Ubezpieczonego nastąpiło rozpoznanie śmiertelnej choroby w fazie terminalnej. Głównym celem takiego Leczenia jest złagodzenie objawów, a nie wyleczenie danej Choroby lub Urazu dających te objawy.

Osoba Pozostająca na Utrzymaniu oznacza wskazanego w Formularzu Wniosku lub na Certyfikacie Uczestnictwa współmałżonka, która w momencie zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego zamieszkiwała z Ubezpieczonym nieprzerwanie przez co najmniej sześć miesięcy, która nie pozostaje w orzeczonej sądowo separacji z Ubezpieczonym, a także dzieci Ubezpieczonego, włączając to dzieci nieślubne (pasierb/pasierbica, dziecko przybrane lub przysposobione), które w pierwotnej dacie przyznania Ubezpieczonemu opieki ubezpieczeniowej na podstawie Planu Opieki Zdrowotnej lub w każdej kolejnej dacie przedłużenia Polisy miały mniej niż 19 lat (lub mniej niż 25 lat pod warunkiem wykazania, że dziecko takie kontynuuje edukację), które pozostają finansowo zależne od Ubezpieczonego.

Plan Ubezpieczenia: poziom świadczeń określony na Certyfikacie Ubezpieczenia.

Powikłania w Czasie Ciąży oznaczają krwotok poporodowy, zatrzymanie łożyska, cesarskie cięcie konieczne ze względów medycznych, ciążę pozamaciczną, poronienie, obumarcie płodu.

Przedłużenie Polisy oznacza zawarcie Polisy na podstawie Planu Opieki Zdrowotnej MediSky na drugi i kolejne Okresy Ubezpieczenia, a także udzielenie Ochrony Ubezpieczeniowej na drugi i kolejne Okresy Ubezpieczenia.

Przeszczep Tkanek oznacza Leczenie przeprowadzone w odniesieniu do przeszczepów szpiku kostnego i rogówki.

Przeszczep Organów oznacza Leczenie przeprowadzone w odniesieniu do przeszczepów nerek, serca, płucoserca, wątroby, trzustki, a które NIE obejmuje wszczepienia sztucznego serca.

Rehabilitacja oznacza Leczenie przeprowadzane w celu doprowadzenia do powrotu do zdrowia po Urazie, Chorobie lub schorzeniu (z wyłączeniem chorób lub zaburzeń psychicznych), tak aby umożliwić pacjentowi uzyskanie najwyższego możliwego poziomu niezależności i sprawności oraz uczestniczenie w codziennych sytuacjach życiowych.

Roszczenie oznacza Państwa wniosek o wypłatę świadczenia na podstawie Polisy zawartej w ramach Planu Opieki Zdrowotnej MediSky.

Szczepienia i Szczepienia Przypominające oznacza leki, których podanie wymagane jest na potrzeby immunizacji i immunizacji przypominających obowiązkowych na mocy przepisów prawa znajdujących zastosowanie w Kraju Zamieszkania lub inne podobne leki.

Szpital oznacza dowolną placówkę świadczącą usługi szpitalnej opieki medycznej lub chirurgicznej zgodnie ze znajdującymi zastosowanie przepisami prawa kraju, na którego terytorium działa, w której pacjent podlega stałemu nadzorowi lekarskiemu. Za szpital nie uznaje się wymienionych poniżej placówek: domów spokojnej starości, domów opieki, ośrodków odnowy biologicznej, ośrodków terapii i sanatoriów.

Świadczenie Gotówkowe oznacza wypłacone przez Nasienne świadczenie gotówkowe należne Państwu w przypadku przeprowadzenia Leczenia w Szpitalu, gdzie pozostali Państwo w nim na noc i nie ponieśli żadnych opłat na rzecz Szpitala.

Tabela Świadczeń oznacza dokument załączony do Polisy wyszczególniający, między innymi, świadczenia objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie odpowiednich planów ubezpieczeniowych, a także limity finansowe określone dla tych świadczeń.

Termin Przedawnienia oznacza okres, po upływie którego dana osoba nie może już powoływać się na swoje prawa.

Terytorium Obowiązywania Ochrony Ubezpieczeniowej oznacza kraje członkowskie Unii Europejskiej oraz Turcję (włączając w to następujące zamorskie zbiorowości terytorialne: Gwadelupę, Gujanę Francuską, Martynikę oraz Reunion), Liechtenstein, Księstwo Monako oraz Andorę, San Marino, Watykan. Szwajcaria oraz Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej nie należą do Terytorium Obowiązywania Ochrony Ubezpieczeniowej.

Tkanka do Przeszczepu oznacza biomateriał przeznaczony do wykorzystania w celu naprawy lub wymiany tkanek biologicznych.



Transport Medyczny w Nagłych Przypadkach lub Ewakuacja oznacza przeprowadzenie transportu w nagłym przypadku po uzyskaniu zatwierdzenia ze strony Naszego Zespołu Wsparcia działającego 24 h/dobę, jak również opiekę medyczną zapewnioną w czasie takiego transportu, w celu przemieszczenia Ubezpieczonego w krytycznym stanie zdrowia do najbliższego spełniającego dane wymogi Szpitala zapewniającego właściwą opiekę oraz infrastrukturę, który nie musi być położony w Kraju Zamieszkania Ubezpieczonego.

Usługi Karetki Pogotowia oznaczają konieczny transport medyczny do lub z najbliższego spełniającego dane wymogi Szpitala.

Ubezpieczający oznacza osobę fizyczną lub prawną lub jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, która jest stroną Polisy zawartej na rzecz Ubezpieczonego (Ubezpieczonych), a także osoba fizyczna, która zawarła Polisę w celu uzyskania ochrony ubezpieczeniowej dla siebie lub siebie i Osób Pozostających na Jej Utrzymaniu.

Ubezpieczony (Ubezpieczeni): oznacza osobę (wraz z Osobami Pozostającymi na Jego Utrzymaniu), której przysługuje ochrona ubezpieczeniowa na mocy Polisy zawartej w ramach Planu Opieki Zdrowotnej MediSky w celu uzyskania ochrony ubezpieczeniowej dla siebie lub siebie i Osób Pozostających na Jej Utrzymaniu (w takim przypadku Ubezpieczony jest równocześnie Ubezpieczającym na rzecz innej osoby).

Ubezpieczyciel: towarzystwo ubezpieczeniowe zapewniające ochronę ubezpieczeniową. MGEN jest towarzystwem ubezpieczeń wzajemnych założonym w 1946 roku. Obecnie – jako jeden z największych podmiotów świadczących usługi z zakresu ubezpieczeń społecznych – obejmuje ochroną ponad 4 miliony osób i zajmuje pierwszą pozycję na francuskim rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych. Siedziba MGEN znajduje się we Francji. Niniejszy Plan Ubezpieczenia Zdrowotnego zostaje przedstawiony Państwu przez VYV IB w imieniu MGEN. MGEN, numer SIREN 775 685 399, podlega postanowieniom Tomu II francuskiego kodeksu towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, 3-7 Square Max Hymans, 75748 PARYŻ Cedex 15, Francja.

Uraz: uszkodzenia fizyczne lub szkody wyrządzone na ciele w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Uszkodzenie Ciała oznacza uszkodzenia fizyczne lub szkody wyrządzone na ciele w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Warunki Stacjonarne oznacza Leczenie przeprowadzone w Szpitalu, do którego zostanie przyjęty Ubezpieczony i w którym – ze względu na konieczność przeprowadzenia interwencji medycznej – zajmować on będzie łóżko przez okres jednej lub więcej nocy, jednakże przez okres w sumie nie dłuższy niż 12 miesięcy w odniesieniu do jednego Zdarzenia Ubezpieczeniowego.

Współmałżonek oznacza osobę pozostającą w związku małżeńskim z Ubezpieczonym, niepozostającą w orzeczonej sądownie separacji z nim lub niebędącą z nim po orzeczonym sądownie rozwodzie, gdzie orzeczenie to uzyskało już status prawomocnego. Powyższe oznacza rejestrowany związek dwóch osób przeciwnej płci.

VYV International Benefits, 7 Square Max Hymans, 75648 Paryż Cedex 15, Francja, RCS Paryż 813 36 1441 ORIAS 16002500.

Zaburzenia Zdrowia Psychicznego: wszelkie zaburzenia skutkujące znacznym napięciem nerwowym lub upośledzeniem, które wpływają na zdolność Ubezpieczonego do uczestniczenia w podstawowych sytuacjach życiowych, między innymi pracy zawodowej. Zaburzenia te muszą spełniać międzynarodowe kryteria klasyfikacji.

Zdarzenie Ubezpieczeniowe oznacza Nieszczęśliwy Wypadek lub Chorobę, a także ciężę i poród lub w przypadku, gdy wybrana opcja ubezpieczenia obejmuje również świadczenia określone w Ustępie 6 – również śmierć Ubezpieczonego, które wystąpiły w Okresie Ubezpieczenia na Terytorium Obowiązania Ochrony Ubezpieczeniowej i uprawniają Ubezpieczonego do otrzymania świadczeń na mocy niniejszej Polisy zawartej w ramach Programu Opieki Zdrowotnej; uznaje się, że Zdarzenie Ubezpieczeniowe obejmuje Nieszczęśliwe Wypadki lub Choroby występujące poza Terytorium Obowiązania Ochrony Ubezpieczeniowej na potrzeby Leczenia w Nagłych Wypadkach wyłącznie do wysokości znajdującego zastosowanie Limitu.

Zdiagnozowane Wcześniej Stany Chorobowe: wszelkie stany chorobowe lub choroby:

- (i) które zaistniały i zostały wyleczone lub nadal występujące przed pierwotną Datą Rozpoczęcia obowiązywania niniejszej Polisy lub datą jej przywrócenia (w zależności od tego, która z nich następuje później); lub
- (ii) których symptomy lub objawy pojawiły się u Ubezpieczonego (nawet jeżeli Ubezpieczony nie skontaktował się w ich sprawie z Lekarzem) przed pierwotną Datą Rozpoczęcia obowiązywania niniejszej Polisy; lub
- (iii) w przypadku których badania diagnostyczne wykazały istnienie patologicznego stanu chorobowego lub choroby przed pierwotną Datą Rozpoczęcia obowiązywania niniejszej Polisy.

Zwyczajowe Szczepienia oznaczają szczepienia wykonywane do 10 roku życia, które mogą obejmować szczepienia przeciwko: Błonicy, Wirusowemu Zapaleniu Wątroby typu A i B, Odrze, Śwince, Krztuścowi, Polio, Różyczce, Teżcowi, Ospie Wietrznej, zakażeniu Haemophilus Influenzae typu B, Rotawirusom, Meningokokom i Pneumokokom (skoniugowane).



Załącznik 1 – Tabela świadczeń

Pakiet Ubezpieczeniowy	YELLOW	SUNRISE	HONEY	MARIGOLD	SAFFRON
Terytorium Obowiązujących Ochrony Ubezpieczeniowej	Europa + 30 000 EUR (30 dni) na wypadek hospitalizacji w nagłych przypadkach poza terytorium Europy Bezpłatny dostęp w każdej klinice/szpitalu	Europa + 30 000 EUR (30 dni) na wypadek hospitalizacji w nagłych przypadkach poza terytorium Europy Bezpłatny dostęp w każdej klinice/szpitalu	Europa + 30 000 EUR (30 dni) na wypadek hospitalizacji w nagłych przypadkach poza terytorium Europy Bezpłatny dostęp w każdej klinice/szpitalu	Europa + 30 000 EUR (30 dni) na wypadek hospitalizacji w nagłych przypadkach poza terytorium Europy Bezpłatny dostęp w każdej klinice/szpitalu	Europa + 30 000 EUR (30 dni) na wypadek hospitalizacji w nagłych przypadkach poza terytorium Europy Bezpłatny dostęp w każdej klinice/szpitalu
Maksymalna suma ubezpieczenia	€ 500 000	€ 1 200 000	€ 1 500 000	€ 1 750 000	€ 2 000 000
Hospitalizacja (ze wskazań nagłych /planowana)	Pełna ochrona (*pełne pokrycie wszystkich wydatków związanych z hospitalizacją, za wyjątkiem kosztów zabiegów operacyjnych (włączając w to koszty znieczulenia oraz pracy sali operacyjnej) - € 30 000 / rok)	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona
Rehabilitacja (podlega uprzedniemu zatwierdzeniu)	Nie podlega ochronie	€ 2 000 (po zabiegu operacyjnym)	Pełna ochrona (30 dni/każdy przypadek zachorowania)	Pełna ochrona (30 dni/każdy przypadek zachorowania)	Pełna ochrona (30 dni/każdy przypadek zachorowania)
Diagnostyka obrazowa (rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, pozytonowa tomografia emisyjna)	Pełna ochrona (leczenie szpitalne/w warunkach stacjonarnych + ambulatoryjne)	Pełna ochrona (leczenie szpitalne/w warunkach stacjonarnych + ambulatoryjne)	Pełna ochrona (leczenie szpitalne/w warunkach stacjonarnych + ambulatoryjne)	Pełna ochrona (leczenie szpitalne/w warunkach stacjonarnych + ambulatoryjne)	Pełna ochrona (leczenie szpitalne/w warunkach stacjonarnych + ambulatoryjne)
Leczenie nowotworów (zabiegi operacyjne, leczenie szpitalne, leczenie ambulatoryjne, leki, leczenie, terapie)	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona
Przeszczepy	Pełna ochrona (leczenie szpitalne); € 20 000 (leczenie ambulatoryjne)	Pełna ochrona (leczenie szpitalne); € 25 000 (leczenie ambulatoryjne)	Pełna ochrona (leczenie szpitalne); € 30 000 (leczenie ambulatoryjne)	Pełna ochrona (leczenie szpitalne); € 45 000 (leczenie ambulatoryjne)	Pełna ochrona (leczenie szpitalne); € 45 000 (leczenie ambulatoryjne)
Opieka położnicza	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	5 000 EUR (szpitalna + ambulatoryjna) + 300 EUR/noc (gotówkowe świadczenie położnicze) * 1-roczy okres karencji	6 000 EUR (szpitalna + ambulatoryjna) + 350 EUR/noc (gotówkowe świadczenie położnicze) * 1-roczy okres karencji	7 000 EUR (szpitalna + ambulatoryjna) + 350 EUR/noc (gotówkowe świadczenie położnicze) * 1-roczy okres karencji
Powikłania w czasie ciąży	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	Pełna ochrona * 1-roczy okres karencji	Pełna ochrona * 1-roczy okres karencji	Pełna ochrona * 1-roczy okres karencji
Opieka nad noworodkiem	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona
Protetyka	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona
Sprzęt medyczny trwałego użytku (kończyny/uszy)	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	€ 2 500	€ 2 500	€ 2 500
Wady dziedziczne i wrodzone	Pełna ochrona przez okres pierwszych 60 dni po narodzeniu (hospitalizacja)	Pełna ochrona przez okres pierwszych 60 dni po narodzeniu (hospitalizacja)	Pełna ochrona przez okres pierwszych 90 dni po narodzeniu (hospitalizacja)	Pełna ochrona przez okres pierwszych 90 dni po narodzeniu (hospitalizacja)	Pełna ochrona przez okres pierwszych 90 dni po narodzeniu (hospitalizacja)

HIV/ AIDS	€ 50 000 / dożywotnio	€ 50 000 / dożywotnio	€ 50 000 / dożywotnio	€ 50 000 / dożywotnio	€ 50 000 / dożywotnio
Domowa opieka pielęgnarska (po hospitalizacji)	€ 1 000	€ 5 000	Pełna ochrona (30 dni/po każdym przypadku hospitalizacji)	Pełna ochrona (30 dni/po każdym przypadku hospitalizacji)	Pełna ochrona (30 dni/po każdym przypadku hospitalizacji)
Opieka hospicyjna i paliatywna	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	€ 10 000	€ 20 000	€ 30 000
Świadczenia gotówkowe (hospitalizacja w placówkach publicznych – w kraju opłacania podatków przez Ubezpieczonego)	€ 100/noc (maks. 10 nocy/rok)	€ 100/noc (maks. 10 nocy/rok)	€ 120/noc	€ 150/noc	€ 150/noc
Ambulatoryjne zabiegi operacyjne	Nie podlega ochronie	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona
Konsultacje ambulatoryjne (zalecane przy wstępnych diagnozach)	Nie podlega ochronie	€ 1 000	€ 5 000	Pełna ochrona	Pełna ochrona
Leki wydawane na receptę	Nie podlega ochronie (w leczeniu ambulatoryjnym) (Pełna ochrona w czasie leczenia szpitalnego)				
Analizy laboratoryjne, diagnostyka rentgenowska, badania diagnostyczne	Nie podlega ochronie	€ 2 000		Pełna ochrona	Pełna ochrona
Fizjoterapia	Nie podlega ochronie	€ 1 800			
Konsultacje terapeutyczne i medycyna uzupełniająca	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie			
Terapia mowy (powypadkowa/poudarowa)	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie			
Pogotowie ratunkowe – leczenie ambulatoryjne	€ 500	Pełna ochrona	Pełna ochrona		
Leczenie psychiatryczne	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	30 dni – leczenie szpitalne; € 3 000 (20 wizyt – leczenie ambulatoryjne)	60 dni - leczenie szpitalne; € 3 000 (30 wizyt – leczenie ambulatoryjne)	60 dni - leczenie szpitalne; € 3 000 (30 wizyt – leczenie ambulatoryjne)
Okresowe badania stanu zdrowia oraz szczepienia	Nie podlega ochronie	€ 100 (Profilaktyka - po 1-letnim okresie karencji)	€ 500 (Profilaktyka - po 1-letnim okresie karencji); € 200 (szczepienia)	€ 500 (Profilaktyka - po 1-letnim okresie karencji); € 350 (szczepienia)	€ 500 (Profilaktyka); € 350 (szczepienia)
Leczenie stomatologiczne w nagłych przypadkach (powypadkowe/pourazowe)	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	€ 500	€ 1 000	€ 1 000
Leczenie stomatologiczne (profilaktyka, leczenie zachowawcze oraz leczenie rekonstrukcyjne)	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	€ 1 000 maksymalna suma ubezpieczenia Profilaktyka € 200, Badania okresowe oraz leczenie rekonstrukcyjne € 200/zęb – maks. 4 zęby * 6-miesięczny okres karencji
Świadczenia okulistyczne	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	Jedno badanie wzroku / oczu na rok
	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	Nie podlega ochronie	Jedynie szkła okularowe / soczewki kontaktowe

					przepisane przez okulistę – maks. € 200
Ewakuacja powietrzna/ Sprowadzenie do kraju <i>(w przypadkach zagrażających życiu)</i>	Nie podlega ochronie	€ 10 000 (sprowadzenie zwłok do kraju); € 25 000 (ewakuacja powietrzna)	€ 10 000 (sprowadzenie zwłok do kraju); Pełna ochrona (ewakuacja powietrzna)	€ 10 000 (sprowadzenie zwłok do kraju); Pełna ochrona (ewakuacja powietrzna)	€ 10 000 (sprowadzenie zwłok do kraju); Pełna ochrona (ewakuacja powietrzna)
Drogowa karetka pogotowia (lokalna)	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona
Lotnicza karetka pogotowia (lokalna)	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona	Pełna ochrona
Wypłata jednorazowego odszkodowania w przypadku śmierci	€ 5 000	€ 5 000	€ 5 000	€ 10 000	€ 15 000
MediSky Assistance	Dział Obsługi Klienta (9:00 - 17:30, Pon.-Wt.)				