

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO



z opcją zwrotu kosztów usług medycznych

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE	2
§ 2. DEFINICJE OGÓLNE	2
§ 3. DEFINICJE SZCZEGÓŁOWE ŚWIADCZEŃ	3
§ 4. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	3
§ 5. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	3
§ 6. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	4
§ 7. CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA	4
§ 8. ODSTĄPIENIE, WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA	4
§ 9. ŚWIADCZENIA	5
§ 10. SUMA UBEZPIECZENIA	6
§ 11. SKŁADKA	6
§ 12. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON	6
§ 13. ODWOŁANIA, SKARGI I REKLAMACJE	7
§ 14. POSTANOWIENIA KOŃCOWE	7

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (zwanych dalej OWU), Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. z siedzibą w Gdyni, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: 0000362027 (zwane dalej Towarzystwo Ubezpieczeń) zawiera i wykonuje umowy ubezpieczenia zdrowotnego.
 2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na cudzy rachunek Ubezpieczonych, określonych w umowie ubezpieczenia lub w polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia lub wskazanych przez Ubezpieczającego.
 3. W umowie zawartej na cudzy rachunek postanowienia dotyczące Ubezpieczającego stosuje się odpowiednio do Ubezpiezonego.
 4. Za zgodą stron do umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone dodatkowe postanowienia odbiegające od niniejszych OWU, które mają pierwszeństwo przed zapisami OWU. Dodatkowe postanowienia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
 5. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.
- 5) **Katalog Świadczeń** – lista świadczeń przysługujących Ubezpieczonemu w ramach wybranego wariantu ubezpieczenia, stanowiący Zał. nr I do niniejszych OWU;
- 6) **Partner** – niespokrewniona osoba dorosła pozostająca we wspólnym gospodarstwie domowym z Ubezpieczonym. Na rzecz Ubezpiezonego i Partnera może zostać zawarta umowa ubezpieczenia w opcji partnerskiej;
- 7) **Placówka Medyczna** – każdy działający zgodnie z prawem podmiot leczniczy, udzielający usług medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Właściwa dla danego wariantu ubezpieczenia lista placówek medycznych jest dostępna dla każdego Ubezpiezonego po podaniu nr PESEL na stronie www.tuzdrowie.pl;
- 8) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem Ubezpieczeń;
- 9) **Rodzina** – to dwie osoby dorosłe pozostające w związku małżeńskim lub partnerskim, lub dwie osoby dorosłe pozostające w związku małżeńskim lub partnerskim oraz dzieci własne lub przysposobione, lub jedna osoba dorosła z dziećmi własnymi lub przysposobionymi. Za rodzinę uznaje się również rodzinę zastępczą spokrewnioną lub niespokrewnioną, za wyjątkiem rodzin zastępczych niespokrewnionych zawodowych. Na rzecz Ubezpiezonego i jego rodziny może zostać zawarta umowa ubezpieczenia w opcji rodzinnej;

Co oznaczają określenia użyte w tym dokumencie?

§ 2. DEFINICJE OGÓLNE

Przez użyte w niniejszych OWU pojęcia rozumie się:

- 1) **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpiezonego w wieku do 18 lat, lub do 26 lat, jeżeli pozostaje z Ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym;
 - 2) **Górna granica odpowiedzialności – GGO** – wskazany dla każdej usługi medycznej limit świadczenia, stanowiący określony w Katalogu Świadczeń % sumy ubezpieczenia, wypłacany Ubezpieczonemu, osobie lub podmiotowi przez niego wskazanemu. Świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu jedynie za zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w wybranym przez Ubezpieczającego wariantcie ubezpieczenia;
 - 3) **24 h Infolinia** – usługa działająca 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, dzięki której Ubezpieczony może umówić lub potwierdzić termin wizyt lekarskich, badań diagnostycznych i zabiegów leczniczych, tj. zrealizować usługę medyczną;
 - 4) **Karta ubezpieczenia** – dokument potwierdzający uprawnienia Ubezpiezonego do bezgotówkowego korzystania z usług medycznych na zasadach opisanych w niniejszych OWU. Karta Ubezpieczenia jest ważna z
- 10) **Rok ubezpieczeniowy** – kolejne 12 miesięcy od początku trwania ochrony ubezpieczeniowej obejmującej dany zakres usług;
- 11) **Suma ubezpieczenia** – określony dla danego wariantu ubezpieczenia limit odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń z tytułu wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych, zrealizowanych bez pośrednictwa 24 h Infolinii. Kwota sumy ubezpieczenia jest wskazana w polisie;
- 12) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacenia składki;
- 13) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia;
- 14) **Usługa medyczna** – porada lekarska, badania diagnostyczne, zabiegi: operacyjne, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne i inne działania służące zachowaniu, utrzymaniu i poprawie zdrowia opisane w Katalogu Świadczeń dla danego wariantu ubezpieczenia, które zostały przeprowadzone w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

- 15) **Wariant ubezpieczenia** – wybrany przez Ubezpieczającego zakres świadczeń przysługujący Ubezpieczonemu w ramach posiadanej ochrony ubezpieczeniowej;
- 16) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – choroba Ubezpieczonego wymagająca wykonania przez placówkę medyczną, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Usługi medycznej.

§ 3. DEFINICJE SZCZEGÓŁOWE ŚWIADCZEŃ

1. **Świadczenie medyczne** – udzielona w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu usługa medyczna określona w Katalogu Świadczeń dla wybranego wariantu ubezpieczenia, której termin i miejsce wykonania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazuje konsultant 24 h Infolinii, lub której wykonanie jest potwierdzone telefonicznie Ubezpieczonemu lub bezpośrednio pracownikowi placówki medycznej przez konsultanta 24 h Infolinii .

W przypadku braku możliwości realizacji świadczenia medycznego w placówkach medycznych wskazywanych przez konsultanta 24h Infolinii, Towarzystwo Ubezpieczeń zapewni Ubezpieczonemu zwrot kosztów wykonanej usługi jako wypłatę świadczenia do wysokości GGO zgodnie z ust. 3 poniżej.

2. **Świadczenie medyczne medycyny pracy** – udzielona w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu, pracownikowi Ubezpieczającego oraz kandydatom do pracy Ubezpieczającego, usługa medycyny pracy określona w Katalogu Świadczeń, wymagana zgodnie z obowiązującym prawem na danym stanowisku pracy;
3. **Świadczenie pieniężne** – świadczenie w wysokości ograniczonej przez GGO, wypłacane w PLN Ubezpieczonemu, osobie lub podmiotowi przez niego wskazanemu z tytułu wystąpienia w życiu Ubezpieczonego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zdarzenia ubezpieczeniowego, określonego w Katalogu Świadczeń dla wybranego wariantu ubezpieczenia;

Co mi daje ubezpieczenie?

§ 4. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje następujące świadczenia, których udzielenie jest uzasadnione stanem zdrowia Ubezpieczonego:
- 1) **medyczne** tj. udostępnienie Ubezpieczonemu bezgotówkowej realizacji usług medycznych,

określonych w Katalogu Świadczeń dla wybranego przez Ubezpieczającego wariantu ubezpieczenia. Ubezpieczonemu udostępniona zostaje bezgotówkowa realizacja usług medycznych, określonych w Katalogu Świadczeń dla wybranego przez Ubezpieczającego wariantu ubezpieczenia, w Placówkach Medycznych wskazanych przez Konsultanta 24 h Infolinii Medycznej.

- 2) **pieniężne** tj. wypłata świadczenia w PLN z tytułu wystąpienia w życiu Ubezpieczonego określonego w wybranym wariantcie zdarzenia ubezpieczeniowego.

Kiedy nie mogę skorzystać z usług medycznych?

§ 5. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe spowodowane:

- 1) wprowadzeniem i występowaniem stanu wyjątkowego, stanu wojennego, wojny lub działań wojennych;
- 2) wadą fizyczną lub psychiczną ujawnioną przed I rokiem życia spowodowaną chorobami genetycznymi, wcześniactwem lub uszkodzeniem okołoporodowym;
- 3) spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub uzależniających,
- 4) stanem zdrowia, którego objawy wystąpiły, lub były leczone przed zawarciem umowy ubezpieczenia i nie zostały zgłoszone, lub zostały zgłoszone niezgodnie z prawdą do Towarzystwa Ubezpieczeń przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jeżeli Towarzystwo Ubezpieczeń o nie wyraźnie pytało i mogłyby one wpłynąć na decyzję o zawarciu umowy ubezpieczenia, lub na decyzję o warunkach zawartej umowy,
- 5) diagnozowaniem i leczeniem niepłodności,
- 6) ciężką wysokim ryzyka, tzn. taką, która z powodu występowania czynników ryzyka zwiększających prawdopodobieństwo powikłań ciąży i porodu, charakteryzuje się znacznym zagrożeniem dla zdrowia lub życia matki i płodu.

2. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe wymagające wykonania:

- 1) badań genetycznych;
- 2) pozytonowej emisyjnej tomografii komputerowej (PET).
3. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły w czasie trwania karencji.
4. Karencja jest to okres, w którym Ubezpieczonemu nie przysługuje świadczenie określone w wybranym

wariancie ubezpieczenia, rozpoczynający się wybraną datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczonego,

5. Karencja dla poszczególnych świadczeń jest opisana w Katalogu Świadczeń.
6. Karencja nie obowiązuje w przypadku kontynuacji umowy ubezpieczenia w kolejnym roku w takim samym, lub mniejszym zakresie.
7. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci w terminie pełnej raty składek za wszystkich Ubezpieczonych, uprawnienia Ubezpieczonych do korzystania ze świadczeń medycznych zostaną zawieszane do dnia całkowitego uregulowania zaległości. Następnego dnia po uregulowaniu zaległości uprawnienia Ubezpieczonych do korzystania ze świadczeń medycznych zostaną przywrócone.

Kiedy i jak można się ubezpieczyć?

§ 6. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz osoby, która nie ukończyła 70 roku życia.
2. Rodzina może zawrzeć umowę ubezpieczenia w opcji rodzinnej, lub w przypadku dwóch osób dorosłych w opcji partnerskiej.
3. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na podstawie wniosku Ubezpieczającego przekazanego Towarzystwu Ubezpieczeń. Wniosek jest przekazywany Towarzystwu Ubezpieczeń w formie elektronicznej.
4. Wniosek zawiera następujące dane:
 - 1) imię, nazwisko lub nazwę i adres Ubezpieczającego, nr PESEL - jeżeli Ubezpieczający jest osobą fizyczną, nr KRS - jeżeli Ubezpieczający jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego, nr NIP;
 - 2) imię i nazwisko, adres Ubezpieczonych, daty urodzenia, nr PESEL lub nr paszportu, nr telefonu i adres e-mail, stopień powinowactwa/pokrewieństwa Ubezpieczonych w przypadku ochrony ubezpieczeniowej w opcji partnerskiej i rodzinnej;
 - 3) wariant ubezpieczenia;
 - 4) okres ubezpieczenia;
5. Towarzystwo Ubezpieczeń może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia i stylu życia osoby, która ma być Ubezpieczona
6. Zawarcie umowy ubezpieczenia jest potwierdzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń przekazaniem polisy Ubezpieczającemu w uzgodniony z Ubezpieczającym sposób, umożliwiający zapoznanie się z jej treścią i akceptację jej zapisów.

7. Informacja o wybranym wariantcie i opcji ubezpieczenia jest umieszczona w polisie ubezpieczeniowej.

Kiedy można rozpocząć korzystanie ze świadczeń?

§ 7. CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Za początek okresu ubezpieczenia uważa się datę uzgodnioną przez strony w umowie ubezpieczenia i podaną w polisie.
2. Ochrona ubezpieczeniowa dla określonych świadczeń rozpoczyna się w momencie wskazanym w polisie ubezpieczeniowej, jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż po upływie okresów karencji dla określonych świadczeń oraz nie wcześniej niż dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.
3. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na okres jednego roku (12 miesięcy), z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Okres obowiązywania umowy zostaje automatycznie przedłużony o kolejny rok ubezpieczeniowy (12 miesięcy), jeżeli umowa nie zostanie pisemnie wypowiedziana przez Ubezpieczającego lub jeżeli Towarzystwo Ubezpieczeń nie złoży propozycji nowych warunków ubezpieczenia na kolejny rok ubezpieczenia, na co najmniej 30 dni przed upływem terminu jej obowiązywania.

Kiedy kończy się ubezpieczenie?

§ 8. ODSTĄPIENIE, WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo Ubezpieczeń udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia liczonego od ostatniego dnia miesiąca, w którym Towarzystwo Ubezpieczeń otrzymało oświadczenie o wypowiedzeniu. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składki za okres wypowiedzenia.
3. Niezapłacenie składki lub kolejnej raty składki mimo uprzedniego wezwania Ubezpieczającego do jej zapłaty w terminie nie krótszym niż 7 dni, uprawnia Towarzystwo Ubezpieczeń do wypowiedzenia umowy,

przy czym nie zwalania to Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo Ubezpieczeń udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

4. Towarzystwo Ubezpieczeń, może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia jeżeli dojdzie do zmiany przepisów prawa skutkujących niemożnością wykonywania Umowy ubezpieczenia.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w razie zmniejszenia liczby Ubezpieczonych o 1/3 w stosunku do liczby podanej we wniosku opisanym postanowieniami §6 ust. 4 pkt. 2.
6. W razie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, ponowne zawarcie umowy ubezpieczenia możliwe będzie po upływie 6 miesięcy, liczonych od ostatniego dnia trwania ochrony ubezpieczeniowej, chyba że Towarzystwo Ubezpieczeń wyrazi zgodę na wcześniejsze zawarcie umowy ubezpieczenia.
- 7.

Kiedy mogę iść się leczyć? Jak uzyskać świadczenie pieniężne?

§ 9. ŚWIADCZENIA

1. Ubezpieczonemu przysługują następujące świadczenia, uzasadnione z medycznego punktu widzenia, objęte wybranym wariantem ubezpieczenia opisane w Katalogu Świadczeń:
 - a. w formie udostępnienia bezgotówkowej realizacji usług medycznych, świadczenie medyczne realizowane za pośrednictwem 24 h Infolinii;
 - b. wypłaty świadczenia w wysokości ograniczonej przez GGO tj. świadczenia pieniężnego;
2. Jeżeli Ubezpieczony umówił wykonanie usługi medycznej za pośrednictwem 24 h Infolinii i zrealizował ją w Placówce Medycznej wskazanej przez jej konsultanta nie ponosi żadnych dodatkowych kosztów tej usługi, świadczenie jest realizowane bezgotówkowo, chyba, że zapisy Katalogu Świadczeń stanowią inaczej i dana usługa nie jest objęta wybranym wariantem ubezpieczenia.
3. Jeżeli Ubezpieczony zrezygnuje z bezgotówkowej realizacji usług medycznych, może uzyskać świadczenie w wysokości ograniczonej przez GGO. W takim przypadku, w celu potwierdzenia zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony ma obowiązek przesłać do Towarzystwa Ubezpieczeń
 - a. oryginał lub czytelną kopię faktury/rachunku wystawionych w związku wykonaniem usługi medycznej,
 - b. kopię skierowania, jeżeli zgodnie z Katalogiem Świadczeń, dana usługa medyczna wymaga uzyskania skierowania, wraz z wypełnionym dokumentem „Wniosek o wypłatę świadczenia – Polisa Optima” sporządzonym na formularzu Towarzystwa Ubezpieczeń dostępnym na stronie www.tuzdrowie.pl na adres: Polmed S.A., Os. Kopernika 21, 83-200 Starogard Gdański z dopiskiem Polisa OPTIMA.
4. W przypadku konieczności skorzystania z usług medycznych opisanych w Katalogu Świadczeń, jako usługi wymagające zgody Konsultanta Medycznego w ramach ochrony ubezpieczeniowej, w celu uzyskania tej zgody Ubezpieczony ma obowiązek przesłać do Towarzystwa Ubezpieczeń skierowania na dane badanie diagnostyczne, zabieg lub inną usługę na adres e-mail: ubezpieczenia@tuzdrowie.pl lub jako MMS na numer 723 444 999 .
5. W przypadku opisanym w ust. 1a i ust. 4 w ciągu 1 dnia roboczego Towarzystwo Ubezpieczeń może wystąpić do Ubezpieczonego z prośbą o przesłanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów medycznych, potwierdzających uzasadnioną medycznie konieczność i bezpieczeństwo przeprowadzenia takich usług lub o poddanie się badaniu lekarskiemu, wykonanemu przez wskazanego przez Towarzystwo Ubezpieczeń specjalistę w danej dziedzinie medycznej. Koszty takiego badania lekarskiego ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5 Towarzystwo Ubezpieczeń jest zobowiązane do wydania decyzji w ciągu 2 dni roboczych od dnia uzyskania dodatkowych dokumentów lub przeprowadzenia badania lekarskiego.
7. W przypadku opisanym w ust. 1b i ust. 3 Towarzystwo Ubezpieczeń może wystąpić do Ubezpieczonego o przekazanie dodatkowych informacji lub dokumentacji medycznej koniecznej do ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia. Ubezpieczony zostanie poinformowany o tych wymogach w ciągu 5 dni roboczych od momentu otrzymania korespondencji na podany we wniosku numer telefonu lub/i adres e-mail.
8. W przypadku, o którym mowa w ust. 7 Towarzystwo Ubezpieczeń jest zobowiązane do wydania decyzji w ciągu 14 dni roboczych od dnia uzyskania dodatkowych informacji lub uzyskania innej koniecznej dokumentacji.
9. Przyznane świadczenie pieniężne w wysokości ograniczonej przez GGO zostanie przesłane na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego i podany w dokumencie „Wniosek o wypłatę świadczenia – Polisa Optima”.
10. Szczegółowe informacje dotyczące procedur uzyskiwania świadczeń ubezpieczeniowych są opisane w Katalogu Świadczeń dla każdego zakresu świadczeń.

11. Decyzja Towarzystwa Ubezpieczeń o odmowie lub zmniejszeniu wysokości świadczenia wraz z uzasadnieniem zostanie przekazana Ubezpieczonemu na piśmie listem poleconym, na adres korespondencyjny Ubezpieczonego lub w formie wiadomości e-mail na podany we wniosku adres e-mail w ciągu 14 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia lub wydania decyzji opisanej w ust. 6 lub 8.

§ 10. SUMA UBEZPIECZENIA

Suma ubezpieczenia dla danego wariantu ubezpieczenia jest wskazana w Katalogu Świadczeń.

Jak oblicza się składkę za ubezpieczenie?

§ 11. SKŁADKA

1. Składkę ubezpieczeniową oblicza się po dokonaniu oceny ryzyka na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, lub w dniu przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej na kolejny okres.
2. Składka może być wyższa od składki wykazanej w taryfie ze względu na czynniki zwiększające ryzyko takie, jak liczba Ubezpieczonych, stan ich zdrowia, styl życia, wykonywany zawód.
3. Składka płatna jest we wnioskowanej przez Ubezpieczającego częstotliwości rat: miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie.
4. Obowiązek zapłaty składki obciąża Ubezpieczającego.
5. Składkę lub pierwszą ratę składki należy zapłacić na minimum 5 dni przed wybraną datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
6. Terminy płatności kolejnych rat składki i ich wysokość określone są w polisie.
7. Składkę lub ratę składki należy zapłacić na wskazany w polisie rachunek bankowy Towarzystwa Ubezpieczeń.
8. W przypadku opłacania składki w ratach, w razie opłacenia raty składki w kwocie przewyższającej ratę należną, Towarzystwo Ubezpieczeń zaliczy nadpłaconą kwotę na poczet kolejnej raty składki, chyba, że Ubezpieczający zwróci się o zwrot nadpłaty.
9. W razie powstania nadpłaty składki na koniec okresu ubezpieczenia, Towarzystwo Ubezpieczeń w ciągu 30 dni od końca okresu ubezpieczenia zwróci nadpłaconą kwotę na rachunek wskazany przez Ubezpieczającego.

Do czego ma prawo Towarzystwo Ubezpieczeń, a do czego Ubezpieczony?

§ 12. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa Ubezpieczeń wszystkie znane sobie okoliczności, o które pytano we wniosku, albo o które zapytania były skierowane do niego w innej formie. Jeżeli Towarzystwo Ubezpieczeń zawarło umowę ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego na poszczególne pytania; pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać Towarzystwu Ubezpieczeń wszelkie informacje, które są wymagane w celu stwierdzenia uprawnienia do przyznania świadczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń jest zwolnione z obowiązku przyznania świadczenia w przypadku, gdy Ubezpieczający lub Ubezpieczony z naruszeniem obowiązków podanych w ust. 1 – 2, podali okoliczności lub informacje nieprawdziwe.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ma prawa odmówić przyznania świadczenia, jeżeli zawarło umowę ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na pytanie zadane we wniosku lub innych dokumentach, a zdarzenie ubezpieczeniowe związane jest z pytaniami, na które nie udzielono odpowiedzi
5. Ubezpieczający lub Ubezpieczony mają prawo wglądu do dokumentacji Towarzystwa Ubezpieczeń dotyczącej zawarcia umowy ubezpieczenia i ustalenia prawa do świadczeń oraz sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii z tej dokumentacji.
6. Towarzystwo Ubezpieczeń jest obowiązane:
 - 1) doręczyć Ubezpieczającemu tekst OWU, Katalog Świadczeń,
 - 2) wydać Ubezpieczającemu polisę oraz Kartę Ubezpieczenia,
 - 3) udostępnić Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu w terminie 7 dni od dnia skierowania wniosku lub zapytania, informacje i dokumenty dotyczące ochrony ubezpieczeniowej, w tym informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności i zakresu świadczenia,
 - 4) przedstawić Ubezpieczającemu, w formie pisemnej pod rygorem nieważności, różnice między postanowieniami umowy ubezpieczenia, a OWU. Zapis nie ma zastosowania w przypadku umów zawieranych w drodze negocjacji, potwierdzonych umową ubezpieczenia lub/i polisą podpisaną przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Ubezpieczającego.
7. Ubezpieczający jest zobowiązany do przesyłania do Towarzystwa Ubezpieczeń, nie wcześniej niż na 14 dni roboczych i nie później niż na 4 dni robocze przed rozpoczęciem kolejnego okresu ochrony ubezpieczeniowej, danych lub zmiany danych osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową zgodnie z

przekazanym przez Towarzystwo Ubezpieczeń formatem danych.

8. Dane osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową zawierają co najmniej: imię i nazwisko, datę urodzenia, nr PESEL (lub numer paszportu w przypadku cudzoziemców nieposiadających nr PESEL), stopień powinowactwa/pokrewieństwa Ubezpieczonych w przypadku ochrony ubezpieczeniowej w opcji partnerskiej i rodzinnej, wybrany przez Ubezpieczającego wariant ubezpieczenia.
9. Przesłanie danych opisanych w ust. 8 stanowi aktualizację wniosku Ubezpieczającego zgodnie z § 6 ust. 4. Brak przesłania uaktualnionych danych Ubezpieczonych w terminach wskazanych w ust. 7 upoważnia Towarzystwo Ubezpieczeń do uznania, że wniosek Ubezpieczającego nie uległ zmianie na kolejny okres ubezpieczenia.
10. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania wszystkim Ubezpieczonym Kart Ubezpieczenia i uzyskania pisemnego potwierdzenia otrzymania Karty Ubezpieczenia na druku przekazanej przez Towarzystwo Ubezpieczeń, a następnie przesłania go do Towarzystwa Ubezpieczeń.

§ 13. ODWOŁANIA, SKARGI I REKLAMACJE

1. Od odmowy przyznania świadczenia lub przyznania go w niepełnej wysokości Ubezpieczonemu przysługuje prawo wniesienia odwołania do Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na adres siedziby.
2. Odwołania są rozpatrywane w terminie 5 dni roboczych od dnia ich otrzymania.

3. Nadto Ubezpieczający lub Ubezpieczony, w innych sprawach niż opisane w ust 1, mogą zgłaszać do Towarzystwa Ubezpieczeń skargi i reklamacje listownie lub na adres e-mailowy Towarzystwa Ubezpieczeń.
4. Skargi i reklamacje są rozpatrywane w terminie 5 dni roboczych od dnia ich otrzymania, a o sposobie ich rozpatrzenia osoba, która je złożyła jest informowana niezwłocznie po ich rozpatrzeniu.
5. O zakwalifikowaniu otrzymanego pisma jako odwołania bądź skargi lub reklamacji decyduje treść otrzymanego pisma.
6. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć przed sądem powszechnym według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem powszechnym właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.

§ 14. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane do Towarzystwa Ubezpieczeń powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym na adres siedziby lub na adres e-mailowy Towarzystwa Ubezpieczeń: biuro@tuzdrowie.pl.
2. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony zmienił adres korespondencyjny lub adres e-mailowy powinien niezwłocznie zawiadomić Towarzystwo Ubezpieczeń, podając aktualny adres korespondencyjny lub e-mailowy.

Niniejsze OWU o kodzie OWU/02/2015 zostały przyjęte na mocy uchwały Zarządu UZ/18/2015 dnia 10.06.2015 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia obowiązujących po tym dniu.