

warunki ubezpieczenia grupowego



—

Spis treści

Ogólne Warunki Ubezpieczenia POLISA ZDROWIE.....	3
§ 1. Postanowienia ogólne	4
§ 2. Definicje ogólne.....	4
§ 3. Definicje szczegółowe świadczeń.....	5
§ 4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	5
§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności.....	5
§ 6. Świadczenia	6
§ 7. Zawarcie umowy ubezpieczenia	7
§ 8. Czas trwania umowy ubezpieczenia	7
§ 9. Odstąpienie, wypowiedzenie umowy ubezpieczenia.....	7
§ 10. Suma ubezpieczenia	8
§ 11. Składka	8
§ 12. Prawa i obowiązki stron	8
§ 13. Obowiązki Ubezpieczającego wynikające z zapisów ustawy o ochronie danych osobowych	10
§ 14. Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych	10
§ 15. Informacje dotyczące charakteru wynagrodzenia otrzymywanego przez osoby wykonujące czynności dystrybucyjne.....	11
§ 16. Reklamacje i odwołania	12
§ 17. Postanowienia końcowe	14

Informacja w trybie art. 17 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dziennik Ustaw pozycja 1844)

W poniższych sekcjach wskazane zostały numery postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia POLISA OPTIMA, określających kwestie wskazane w nazwach tych sekcji:

l.p.	sekcja	postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1.	przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2 ust. 2, 3, 5, 9, 14, 22 - 26; § 3; § 4 ust. 2; § 6; § 8 ust. 2; § 12 ust. 1-4,
2.	ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 pkt. 2, 17, 22-26; § 3; § 4 ust. 2; § 5; § 6; § 8 ust. 2; § 12 ust. 1-4,

§ 1. Postanowienia ogólne

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (zwanych dalej OWU), Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. z siedzibą w Gdyni, nr KRS 0000362027 (zwane dalej Towarzystwo Ubezpieczeń) zawiera umowy ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na cudzy rachunek Ubezpieczonych, określonych w umowie ubezpieczenia lub w polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia, którzy nie muszą być imiennie wskazani w umowie.
3. W przypadku umów zawieranych na cudzy rachunek Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać niniejsze OWU, Katalog Świadczeń, oraz warunki umowy dla danego ubezpieczenia, każdemu zainteresowanemu przed przystąpieniem przez takiego zainteresowanego do umowy ubezpieczenia w charakterze Ubezpieczonego albo przed wyrażeniem przez takiego zainteresowanego zgody na udzielenie mu ochrony ubezpieczeniowej albo przed wyrażeniem przez takiego zainteresowanego zgody na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpi najwcześniej.
4. W umowie zawartej na cudzy rachunek postanowienia dotyczące Ubezpieczającego stosuje się odpowiednio do Ubezpieczonego.
5. 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.
6. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.

Co oznaczają określenia użyte w tym dokumencie?

§ 2. Definicje ogólne

Przez użyte w niniejszych OWU pojęcia rozumie się:

- 1) **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego 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, wyrażony w PLN i/lub stanowiący określony w Katalogu Świadczeń % sumy ubezpieczenia, wypłacany Ubezpieczonemu, osobie lub podmiotowi przez niego wskazanemu w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w wariantcie ubezpieczenia, z którego korzysta dany Ubezpieczony. Świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu jedynie w przypadku zajścia zdarzeń objętych 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 świadczenie medyczne;

- 4) **Karta ubezpieczenia** – dokument potwierdzający uprawnienia Ubezpieczonego do bezgotówkowego korzystania z usług medycznych na zasadach opisanych w niniejszych OWU. Karta Ubezpieczenia jest ważna z zaopatrzeniem w zdjęcie dokumentem określającym tożsamość Ubezpieczonego (w szczególności dowód osobisty, paszport, prawo jazdy, legitymacja szkolna);
- 5) **Katalog Świadczeń** – lista świadczeń przysługujących Ubezpieczonemu w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach wybranego wariantu ubezpieczenia, stanowiący Załącznik nr 1 do niniejszych OWU;
- 6) **Klient** – osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, uposażonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia zawartej z Towarzystwem Ubezpieczeń;
- 7) **Odwołanie** – wystąpienie skierowane do Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń przez jego Klienta, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące rozpoznania Reklamacji;
- 8) **Partner** – niespokrewniona z Ubezpieczonym Głównym osoba dorosła pozostająca we wspólnym gospodarstwie domowym; na rzecz Ubezpieczonego Głównego i Partnera może zostać zawarta umowa ubezpieczenia w opcji partnerskiej;
- 9) **Płacówka Medyczna** – działający zgodnie z prawem podmiot leczniczy, udzielający usług medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 10) **PLN** – złoty polski, będący podstawową jednostką monetarną w Rzeczypospolitej Polskiej;
- 11) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem Ubezpieczeń;
- 12) **Reklamacja** – wystąpienie skierowane do Towarzystwa Ubezpieczeń przez jego Klienta, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo Ubezpieczeń;
- 13) **Rodzina** – to dwie osoby dorosłe pozostające w związku małżeńskim lub partnerskim, lub dwie osoby dorosłe pozostające w związku małżeńskim lub partnerskim oraz dzieci własne przynajmniej jednej z tych osób lub przysposobione przez przynajmniej jedną z tych osób, 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 Ubezpieczonego Głównego i jego rodziny może zostać zawarta umowa ubezpieczenia w opcji rodzinnej;
- 14) **Rok ubezpieczeniowy** – kolejne 12 miesięcy od początku trwania ochrony ubezpieczeniowej obejmującej dany zakres Usług medycznych;
- 15) **Senior** – ojciec lub matka Ubezpieczonego lub macocha lub ojczym Ubezpieczonego, przy czym

jeżeli Ubezpieczony ma macochę lub ojczyma za rodziców nie uważa się odpowiednio matki ubezpieczonego lub ojca;

- 16) **Skarga** – interwencja Klienta lub Ubezpieczającego nie będącego osobą fizyczną w sprawie nieprawidłowości w działalności Towarzystwa Ubezpieczeń lub podmiotów współpracujących z Towarzystwem Ubezpieczeń niezwiązana z zawarciem lub wykonaniem konkretnej umowy ubezpieczenia;
- 17) **Suma ubezpieczenia** – określony dla danego wariantu ubezpieczenia limit odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń z tytułu wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych, zrealizowanych bez pośrednictwa 24 h Infolinii;
- 18) **Trwały Nośnik Informacji** – nośnik umożliwiający użytkownikowi przechowywanie adresowanych do niego informacji w sposób umożliwiający dostęp do nich przez okres odpowiedni do celów sporządzenia tych informacji i pozwalający na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci;
- 19) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacenia składki;
- 20) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia;
- 21) **Ubezpieczony Główny** – Ubezpieczony, wskazujący osoby objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach opcji rodzinnej lub partnerskiej;
- 22) **Udział własny kwotowy** - ustalona w Katalogu Świadczeń dla danego świadczenia kwota w PLN stanowiąca udział własny Ubezpieczonego w tym świadczeniu, pomniejszający świadczenie Towarzystwa Ubezpieczeń;
- 23) **Udział własny procentowy** - ustalony w Katalogu Świadczeń dla danego świadczenia procent ceny świadczenia stanowiący udział własny Ubezpieczonego w tym świadczeniu, pomniejszający świadczenie Towarzystwa Ubezpieczeń;
- 24) **Usługa medyczna** – porada lekarska, badania diagnostyczne, zabiegi: operacyjne, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne i inne działania, w tym zakup produktów i materiałów służących zachowaniu, utrzymaniu i poprawie zdrowia opisane w Katalogu Świadczeń dla danego wariantu ubezpieczenia, które zostały przeprowadzone lub zakupione w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
- 25) **Wariant ubezpieczenia** – wybrany przez Ubezpieczającego zakres świadczeń przysługujący Ubezpieczonemu w ramach posiadanej ochrony ubezpieczeniowej;
- 26) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – choroba Ubezpieczonego wymagająca wykonania przez placówkę medyczną, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej usługi medycznej służącej przywróceniu, zachowaniu, poprawie zdrowia lub zapobieżeniu pogorszeniu stanu zdrowia;

§ 3. Definicje szczegółowe świadczeń

W ramach ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczonemu, w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, w

zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia, mogą przysługiwać następujące świadczenia:

- 1) **Świadczenie medyczne** – udzielana Ubezpieczonemu w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej 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 potwierdzane telefonicznie Ubezpieczonemu lub bezpośrednio pracownikowi placówki medycznej przez konsultanta 24 h Infolinii;
- 2) **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 jako wiążącego się z prawem Ubezpieczonego, osoby lub podmiotu przez niego wskazanego do określonego Świadczenia pieniężnego;
- 3) **Świadczenia medyczne medycyny pracy** – udzielana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu, pracownikowi Ubezpieczającego oraz kandydatom do pracy Ubezpieczającego, usługa medyczna z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej określona w Katalogu Świadczeń, wymagana zgodnie z obowiązującym prawem na danym stanowisku pracy

Co mi daje ubezpieczenie?

§ 4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje prawo do następujących świadczeń, których udzielenie jest uzasadnione stanem zdrowia Ubezpieczonego:
 - a. medyczne tj. udostępnienie Ubezpieczonym bezgotówkowej realizacji usług medycznych, określonych w Katalogu Świadczeń dla wybranego przez Ubezpieczającego wariantu ubezpieczenia, w Placówkach Medycznych wskazanych przez Konsultanta 24 h Infolinii;
 - b. 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, które wystąpiły w czasie trwania karencji.
2. Karencja jest to okres, w którym Ubezpieczonemu nie przysługuje świadczenie określone w wybranym wariantcie ubezpieczenia, rozpoczynający się wybraną

datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczonego,

3. Karencja dla poszczególnych świadczeń jest opisana w Katalogu Świadczeń. Karencja nie obowiązuje w przypadku kontynuacji umowy ubezpieczenia w kolejnym roku w takim samym, lub mniejszym zakresie ochrony.
4. 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.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe spowodowane:
 - a. wprowadzeniem i występowaniem stanu wyjątkowego, stanu wojennego, wojny lub działań wojennych;
 - b. wadą fizyczną lub psychiczną ujawnioną przed 1 rokiem życia spowodowaną chorobami genetycznymi, wcześniactwem lub uszkodzeniem okołoporodowym;
 - c. spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub uzależniających;
 - d. leczeniem i diagnozowaniem niepłodności;
 - e. 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.
6. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe wymagające wykonania:
 - a. badań genetycznych;
 - b. pozytonowej emisyjnej tomografii komputerowej (PET);
 - c. szczepień obowiązkowych zgodnie z kalendarzem szczepień (aktualny na dany rok Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych).
7. Towarzystwo Ubezpieczeń nie udziela świadczeń rehabilitacyjnych, ani nie ponosi odpowiedzialności za koszty zabiegów rehabilitacyjnych spowodowanych leczeniem:
 - a. wad wrodzonych i ich następstw,
 - b. zaburzeń neurorozwojowych,
 - c. urazów okołoporodowych,
 - d. przewlekłych chorób tkanki łącznej i ich następstw,
 - e. następstw zabiegów operacyjnych w okresie 30 dni od zabiegu,
 - f. ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego,
 - g. epizodów neurologicznych i naczyniowo-mózgowych oraz usług o charakterze fitness i gimnastyki korekcyjnej.

Kiedy mogę iść się leczyć? Jak uzyskać świadczenie pieniężne?

§ 6. Świadczenia

1. Ubezpieczonemu przysługują następujące świadczenia, **uzasadnione z medycznego punktu widzenia**, objęte wybranym wariantem ubezpieczenia, opisane w Katalogu Świadczeń w formie:
 - a. 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, lub zgłosił termin i miejsce wykonania 24 h Infolinii po samodzielnym umówieniu, 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. wypełniony dokument „Wniosek o wypłatę świadczenia” 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 przesłania 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 4 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 2 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”.
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 doręczona Ubezpieczonemu lub przekazana na piśmie listem poleconym, na adres korespondencyjny Ubezpieczonego lub na podany we wniosku adres e-mail w ciągu 4 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia lub wydania decyzji opisanej w ust. 6 lub 8.

Kiedy i jak można się ubezpieczyć?

§ 7. Zawarcie umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz osoby, która nie ukończyła 70 roku życia.
2. Ubezpieczenie może być zawarte w opcji rodzinnej, lub w przypadku dwóch osób dorosłych w opcji partnerskiej.
3. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na podstawie wniosku Ubezpieczającego przekazanego Towarzystwu Ubezpieczeń.
4. Wniosek zawiera następujące dane:
 - a. 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;
 - b. 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;
 - c. wariant ubezpieczenia;
 - d. okres ubezpieczenia.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji dotyczących ryzyka ubezpieczeniowego, takich jak: stan zdrowia, styl życia osób które mają być ubezpieczone lub występowanie narażeń zdrowotnych związanych z wykonywaną pracą.
6. Towarzystwo Ubezpieczeń może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia lub zaproponować zawarcie

umowy ubezpieczenia na warunkach innych niż wskazanych we wniosku Ubezpieczającego, w szczególności w sytuacji gdy liczba wariantów w pierwszym okresie ochrony jest mniejsza niż deklarowana liczba Ubezpieczonych Głównych podana we wniosku Ubezpieczającego.

7. 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.
8. Za akceptację zapisów polisy przez Ubezpieczającego przyjmuje się opłacenie przez Ubezpieczającego składki lub pierwszej raty składki.
9. Informacja o wybranym wariancie i opcji ubezpieczenia jest umieszczona w Polisie.

Kiedy można rozpocząć korzystanie ze świadczeń?

§ 8. 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?

§ 9. Odstąpienie, wypowiedzenie umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający ma prawo do 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 zwalnia to Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo Ubezpieczeń udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
4. W razie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, ponowne zawarcie umowy ubezpieczenia możliwe będzie po upływie 6 miesięcy, liczonych od ostatniego dnia trwania ochrony ubezpieczeniowej.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń, może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia jeżeli dojdzie do zmiany przepisów prawa skutkujących niemożnością wykonywania Umowy ubezpieczenia.
6. Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana przez Towarzystwo Ubezpieczeń, z następujących ważnych powodów:
 - a. jeżeli podjęto uchwałę lub wydano prawomocne orzeczenie o likwidacji Ubezpieczającego;
 - b. jeżeli dojdzie do zmiany przepisów prawa skutkującej niemożnością wykonywania umowy ubezpieczenia;
 - c. jeżeli dojdzie do zmiany przepisów prawa lub ich oficjalnej interpretacji skutkującej istotną zmianą prawdopodobieństwa zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - d. jeżeli w trakcie trwania umowy ubezpieczenia doszło do ujawnienia okoliczności istotnie zmieniających prawdopodobieństwo zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, a w szczególności doszło do znaczącej zmiany ilościowej i jakościowej danych podanych przez Ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia i będących podstawą wyliczenia składki ubezpieczeniowej.
7. W przypadkach, o których mowa w ust. 6 w lit. c i d, Towarzystwo Ubezpieczeń zobowiązane jest w pierwszej kolejności zaproponować zmienioną wysokość składki ubezpieczeniowej.
8. Brak odpowiedzi Ubezpieczającego w terminie 14 dni od dnia doręczenia pisma wskazującego nową wysokość składki ubezpieczeniowej, jest równoznaczny z wyrażeniem zgody na zmianę wysokości składek ubezpieczeniowych i nie wymaga odrębnej zmiany umowy ubezpieczenia.
9. Brak zgody Ubezpieczającego na zmianę wysokości składki ubezpieczeniowej upoważnia Towarzystwo Ubezpieczeń do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w terminie 14 dni od dnia otrzymania oświadczenia Ubezpieczającego, z którego wynika brak zgody na zmianę wysokości składki ubezpieczeniowej. W takim przypadku wypowiedzenie dokonane przez Towarzystwo Ubezpieczeń ma skutek natychmiastowy.
10. W przypadku, o którym mowa w ust. 7, zmieniona wysokość składki ubezpieczeniowej obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym wyrażona została zgoda na zmianę wysokości składki ubezpieczeniowej wprost lub w sposób dorozumiany, o którym mowa w ust. 8.

11. W przypadkach, o których mowa w ust. 6 lit. a i b okres wypowiedzenia jest miesięczny i rozpoczyna bieg od pierwszego dnia miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym Towarzystwo Ubezpieczeń złożyło Ubezpieczającemu oświadczenie o wypowiedzeniu.

§ 10. Suma ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia jest wskazana w Polisie.

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 medyczne Ubezpieczonego takie, jak stan 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 i Ubezpieczony zobowiązany jest podać zgodnie z prawdą 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 i Ubezpieczony 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:
 - a. doręczyć Ubezpieczającemu tekst OWU i Katalog Świadczeń,
 - b. wydać Ubezpieczającemu polisę oraz inne dokumenty wymagane przepisami prawa.
 - c. 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,
 - d. 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 6 dni roboczych przed rozpoczęciem kolejnego okresu ochrony ubezpieczeniowej, danych lub zmiany danych osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową zgodnie z przekazanym przez Towarzystwo Ubezpieczeń formatem danych.
8. W przypadku niedotrzymania terminu opisanego w ust. 7 powyżej Świadczenia medyczne i Świadczenia pieniężne w trybie on – line przysługują Ubezpieczonemu od 6-go dnia roboczego od dnia przekazania tych danych.
9. 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.
10. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania wszystkim Ubezpieczonym Kart Ubezpieczenia otrzymanych od Towarzystwa Ubezpieczeń.
11. Ubezpieczony, w ciągu dwóch miesięcy od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub nabycia prawa do objęcia ochroną ubezpieczeniową, może dokonać zmiany wariantu lub opcji ubezpieczenia, w ramach wariantów i opcji wskazanych jako możliwe do wyboru we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą.
12. Ponadto Ubezpieczony ma prawo dokonać zmiany wariantu oraz opcji ubezpieczenia, w ramach wariantów i opcji wskazanych jako możliwe do wyboru we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą:
 - a. w przypadku kontynuacji umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia – na 14 dni przed zakończeniem bieżącego okresu ubezpieczenia;
 - b. w przypadku, gdy umowa ubezpieczenia zawarta jest na okres dłuższy niż 12 miesięcy – na 14 dni przed każdą rocznicą objęcia ochroną ubezpieczeniową;

pod warunkiem, że okres objęcia ochroną w danym wariantcie był dłuższy niż 6 miesięcy.

Terminy, o których mowa powyżej w niniejszym ustępie dotyczą zgłoszenia zmiany Ubezpieczającemu przez Ubezpieczonego.
13. Zmiana odbywa się poprzez zgłoszenie zmiany Ubezpieczającemu przez Ubezpieczonego, a następnie złożenie Towarzystwu Ubezpieczeń przez Ubezpieczającego stosownego oświadczenia woli.
14. W przypadku śmierci Partnera/Dziecka, rozwiązania związku małżeńskiego łączącego Ubezpieczonego z Partnerem lub rozwiązania przysposobienia, zmiana opcji partnerskiej/rodzinnej na indywidualną lub opcji rodzinnej na partnerską może nastąpić na wniosek Ubezpieczonego w dowolnym czasie, z zastrzeżeniem ust. 15 i 16.
15. W przypadku wstąpienia przez Ubezpieczonego w związek małżeński, urodzenia dziecka Ubezpieczonego lub dokonania przez niego przysposobienia, Ubezpieczony ma prawo dokonać zmiany opcji ubezpieczenia z indywidualnej na partnerską lub rodzinną albo z partnerskiej na rodzinną. Zgłoszenie zmiany opcji ubezpieczenia może nastąpić maksymalnie w ciągu dwóch miesięcy od daty wystąpienia zdarzenia, o którym mowa w zdaniu poprzednim.
16. Zmiana wariantu lub opcji ubezpieczenia, obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zmiany zostały zgłoszone przez Ubezpieczającego do TU ZDROWIE, z wyjątkiem zmiany o której mowa w ust. 12. Zmiana, o której mowa w ust. 12 obowiązuje odpowiednio: od daty rozpoczęcia okresu ubezpieczenia z nowej polisy lub od rozpoczęcia kolejnego roku objęcia ochroną ubezpieczeniową. W przypadku zmiany, o której mowa w ust. 12 Ubezpieczający zobowiązany jest zgłosić zmiany Towarzystwu Ubezpieczeń na co najmniej 5 dni roboczych przed zakończeniem bieżącego okresu ubezpieczenia dla danego Ubezpieczonego lub na co najmniej 5 dni roboczych przed każdą rocznicą objęcia ochroną ubezpieczeniową dla danego ubezpieczonego.
17. TU ZDROWIE może zażądać, aby Ubezpieczony przedstawił do wglądu dokumenty potwierdzające wystąpienie zdarzenia uprawniającego do zmiany opcji ubezpieczenia, o której mowa w ust. 14 i 15.
18. W przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonego, ponowne objęcie ochroną jest

możliwe po upływie 12 miesięcy od ostatniego dnia, w którym Towarzystwo Ubezpieczeń udzielało ochrony ubezpieczeniowej dla tego Ubezpieczonego.

§ 13. Obowiązki Ubezpieczającego wynikające z zapisów ustawy o ochronie danych osobowych

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Towarzystwu Ubezpieczeń zgody Ubezpieczonych na przetwarzanie danych osobowych.
2. Zgody są podpisywane przez Ubezpieczonych na dokumencie przekazanym lub zaakceptowanym przez Towarzystwo Ubezpieczeń.
3. Ponadto Ubezpieczający jest zobowiązany przed uzyskaniem zgody Ubezpieczonego zapoznać go z informacjami Towarzystwa Ubezpieczeń dotyczącymi przetwarzania danych osobowych wynikającymi z obowiązujących przepisów prawa, przekazanych Ubezpieczającemu w osobnym dokumencie.
4. Odpowiedzialność za brak uzyskania zgód Ubezpieczonych na przetwarzanie danych osobowych obciąża Ubezpieczającego.
5. Do momentu przekazania zgody Ubezpieczonego na przetwarzanie danych osobowych przez Ubezpieczającego ochrona ubezpieczeniowa obejmuje prawo do Świadczeń pieniężnych, których uzyskanie opisane jest w § 6 ust. 3.
6. **W celu zabezpieczenia praw Ubezpieczonego do ochrony danych osobowych**, w tym danych o zdrowiu, Świadczenia medyczne i Świadczenia pieniężne w trybie on – line przysługują Ubezpieczonemu od 3-ciego dnia roboczego po dniu otrzymania przez Towarzystwo Ubezpieczeń zgody Ubezpieczonego na przetwarzanie danych osobowych za pośrednictwem Ubezpieczającego lub złożeniu przez Ubezpieczonego zgody Towarzystwu Ubezpieczeń innym sposobem, w szczególności za pośrednictwem formularza na stronie www.tuzdrowie.pl, w trakcie pierwszego logowania na Portalu Ubezpieczonego lub za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres ubezpieczenia@tuzdrowie.pl lub poczty tradycyjnej na adres siedziby Towarzystwa Ubezpieczeń.

§ 14. Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych

1. Administratorem przekazanych przez Ubezpieczającego danych osobowych Ubezpieczonych jest Towarzystwo Ubezpieczeń.
2. Z Towarzystwem Ubezpieczeń można się skontaktować poprzez adres email: biuro@tuzdrowie.pl, formularz kontaktowy pod adresem www.tuzdrowie.pl, telefonicznie pod numerem 58 888 2 999 lub pisemnie na adres siedziby Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wyznaczyło Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować poprzez email iod@tuzdrowie.pl, telefonicznie pod numerem 58 888 2 999 lub pisemnie na adres siedziby administratora.
4. Z Inspektorem Ochrony Danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania

danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

5. Dane osobowe Ubezpieczonych są przetwarzane w celu:

- a. zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia zdrowotnego, w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy oraz zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia,
- b. oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy - podstawą prawną przetwarzania jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze oraz zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia,
- c. marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych Towarzystwa Ubezpieczeń, w tym w celach analitycznych i profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Towarzystwa Ubezpieczeń; uzasadnionym interesem Towarzystwa Ubezpieczeń jest prowadzenie marketingu bezpośredniego swoich usług,
- d. wypełnienia przez Towarzystwo Ubezpieczeń obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążyącego na administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,
- e. wypełnienia przez Towarzystwo Ubezpieczeń obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążyącego na Towarzystwie Ubezpieczeń wynikającego z przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami;
- f. ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia zdrowotnego – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Towarzystwa Ubezpieczeń; uzasadnionym interesem Towarzystwa Ubezpieczeń jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń,
- g. ewentualnie w celu podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Towarzystwa Ubezpieczeń; uzasadnionym interesem Towarzystwa Ubezpieczeń jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń,
- h. reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Towarzystwa Ubezpieczeń; uzasadnionym interesem Towarzystwa Ubezpieczeń jest zmniejszenie ryzyka

ubezpieczeniowego zwanego z umową ubezpieczenia.

6. Towarzystwo Ubezpieczeń otrzymuje dane osobowe takie jak:
 - a. imię, nazwisko, PESEL/nr paszportu, data urodzenia, płeć, ew. powinowactwo z Ubezpieczonym Głównym, nr tel. komórkowego i adres e-mail od Ubezpieczającego w celu wykonywania umowy ubezpieczenia;
 - b. dane o wykonanych usługach medycznych przekazywane od operatora/ów medycznego/yh lub placówek medycznych przekazywane w celu rozliczenia usług wykonywanych na rzecz Ubezpieczonych w ramach ochrony ubezpieczeniowej oferowanej przez Towarzystwo Ubezpieczeń.
7. Dane osobowe Ubezpieczonych będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia zdrowotnego lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz dotyczących wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.
8. Towarzystwo Ubezpieczeń przestanie wcześniej przetwarzać dane wykorzystywane do celów marketingu bezpośredniego, w tym profilowania i celów analitycznych jeżeli Ubezpieczony zgłosi sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych Ubezpieczonego w tych celach.
9. Dane osobowe Ubezpieczonych mogą być udostępnione podmiotom świadczącym usługi medyczne, podmiotom realizującym świadczenia ubezpieczeniowe na rzecz ubezpieczonych przez Towarzystwo Ubezpieczeń, podmiotom świadczącym usługi infolinii medycznej i zakładom reasekuracji.
10. Ponadto dane osobowe Ubezpieczonych mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Towarzystwa Ubezpieczeń, m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z Towarzystwem Ubezpieczeń i wyłącznie zgodnie z poleceniami Towarzystwa Ubezpieczeń.
11. Dane osobowe Ubezpieczonych, za wyjątkiem danych o wykonanych usługach medycznych są udostępniane Ubezpieczającym w celu zapewnienia należytej ochrony ubezpieczeniowej/rozliczenia należnej składki.
12. Dane osobowe Ubezpieczonych nie będą przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.
13. Ubezpieczonym przysługuje prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania zgodnie z przepisami Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia

dyrektywy 95/46/WE (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L numer 119, strona 1).

14. W zakresie, w jakim podstawa przetwarzania danych osobowych Ubezpieczonych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Towarzystwa Ubezpieczeń, przysługuje Ubezpieczonemu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych Ubezpieczonego.
15. W szczególności przysługuje Ubezpieczonemu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania.
16. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych Ubezpieczonego jest zgoda, Ubezpieczony ma prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
17. W zakresie, w jakim dane osobowe ubezpieczonego są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub przetwarzane na podstawie zgody – przysługuje Ubezpieczonemu także prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Towarzystwa Ubezpieczeń danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Ubezpieczony może przesłać te dane innemu administratorowi danych.
18. Ubezpieczonemu przysługuje również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.
19. W celu skorzystania z powyższych praw Ubezpieczony kontaktuje się z Towarzystwem Ubezpieczeń lub jego Inspektorem Ochrony Danych. Dane kontaktowe podane są na stronie www.tuzdrowie.pl
20. W związku z przetwarzaniem danych osobowych Ubezpieczonych, decyzje dotyczące Ubezpieczonego nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany.
21. Podanie danych osobowych w związku z przystępowaniem do umowy jest konieczne do objęcia ochroną ubezpieczeniową i wykonywania umowy ubezpieczenia – bez podania danych osobowych nie jest możliwe objęcie Ubezpieczonego ochroną z umowy ubezpieczenia.
22. Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

§ 15. Informacje dotyczące charakteru wynagrodzenia otrzymywanego przez osoby wykonujące czynności dystrybucyjne

1. Pracownicy Towarzystwa Ubezpieczeń wykonujący czynności dystrybucyjne otrzymują regularne wynagrodzenie miesięczne i premie od zawartych umów ubezpieczeń.
2. Agenci z tytułu doprowadzenia do zawarcia lub zawarcia umowy ubezpieczenia otrzymują od Towarzystwa Ubezpieczeń wynagrodzenie stanowiące uzgodniony procent składki miesięcznej.
3. Brokerzy ubezpieczeniowi z tytułu doprowadzenia do zawarcia umowy ubezpieczenia otrzymują od Towarzystwa Ubezpieczeń wynagrodzenie stanowiące uzgodniony procent składki miesięcznej lub są wynagradzani przez Ubezpieczającego.

§ 16. Reklamacje i odwołania

1. Składanie Reklamacji

- 1) Każdy Klient, który chce zgłosić zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo Ubezpieczeń może zgłosić Reklamację.
- 2) Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa Ubezpieczeń.
- 3) Reklamacja może być złożona:
 - a. w formie pisemnej - osobiście, w jednostce Towarzystwa Ubezpieczeń obsługującej Klientów, albo przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. - Prawo pocztowe (Dz.U. poz. 1529) na adres: Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A., ulica Śląska 17, 81-319 Gdynia, dodatkowe oznaczenie na kopercie: „Reklamacja” – usprawni procedurę rozpatrywania Reklamacji;
 - b. ustnie - telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Towarzystwa Ubezpieczeń;
w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, na adres email: reklamacje@tuzdrowie.pl
- 4) Reklamacja powinna zawierać:
 - a. oznaczenie Reklamacja,
 - b. imię i nazwisko Klienta,
 - c. adres Klienta do korespondencji,
 - d. adres e-mail Klienta,
 - e. numer PESEL Klienta,
 - f. datę i numer umowy ubezpieczenia zawartej z Towarzystwem Ubezpieczeń,
 - g. datę i numer polisy ubezpieczeniowej potwierdzającej zawarcie umowy z Towarzystwem Ubezpieczeń,
 - h. wskazanie wariantu ubezpieczenia, z którego korzysta Klient i którego dotyczy Reklamacja,
 - i. opis nieprawidłowości w działalności Towarzystwa Ubezpieczeń, których dotyczy Reklamacja,
 - j. wskazanie o co wnosi Klient składający Reklamację,
 - k. wskazanie czy Klient wnosi o dostarczenie odpowiedzi na Reklamację drogą elektroniczną,
 - l. podpis Klienta.
- 5) Reklamacje niezawierające danych, o których mowa w punkcie 4 powyżej będą rozpatrywane przez Towarzystwo Ubezpieczeń w takim zakresie w jakim będzie to możliwe. Brak wskazania przez klienta danych kontaktowych może uniemożliwić dostarczenie odpowiedzi na Reklamację.

2. Tryb rozpatrywania Reklamacji

- 1) Po złożeniu przez Klienta Reklamacji, Towarzystwo Ubezpieczeń rozpatruje Reklamację i udziela Klientowi odpowiedzi w postaci papierowej lub za pomocą innego Trwałego Nośnika Informacji.
- 2) Odpowiedź na Reklamację Towarzystwo Ubezpieczeń może dostarczyć pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek Klienta.

- 3) Odpowiedzi na Reklamację należy udzielić bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
- 4) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w punkcie 3 powyżej Towarzystwo Ubezpieczeń w informacji przekazywanej Klientowi, który wystąpił z Reklamacją:
 - a. wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - b. wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - c. określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
- 5) Przy rozpatrywaniu Reklamacji Towarzystwo Ubezpieczeń może gromadzić niezbędne dokumenty i przeprowadzać inne dowody zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- 6) W przypadku niedotrzymania terminu określonego w punkcie 3 powyżej, a w określonych przypadkach terminu określonego w punkcie 4 powyżej Reklamację uważa się za rozpatrzoną zgodnie z wolą Klienta.
- 7) Odpowiedź na Reklamację powinna zawierać w szczególności:
 - a. uzasadnienie faktyczne i prawne, chyba że Reklamacja została rozpatrzona zgodnie z wolą Klienta;
 - b. wyczerpującą informację na temat stanowiska Towarzystwa Ubezpieczeń w sprawie skierowanych zastrzeżeń, w tym wskazanie odpowiednich fragmentów wzorca umowy lub umowy;
 - c. imię i nazwisko osoby udzielającej odpowiedzi ze wskazaniem jej stanowiska służbowego;
 - d. określenie terminu, w którym roszczenie podniesione w Reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą Klienta zostanie zrealizowane, nie dłuższego niż 30 dni od dnia sporządzenia odpowiedzi.
- 8) W przypadku nieuwzględnienia roszczeń wynikających z Reklamacji Klienta treść odpowiedzi na Reklamację powinna zawierać również pouczenie o możliwości:
 - a. odwołania się od stanowiska zawartego w odpowiedzi, a także o sposobie wniesienia tego Odwołania;
 - b. wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego;
 - c. wystąpienia z powództwem do sądu powszechnego ze wskazaniem podmiotu, który powinien być pozwany i sądu miejscowo właściwego do rozpoznania sprawy.

3. Tryb odwoławczy

- 1) Klient może odwołać się od odpowiedzi na Reklamację.
- 2) Odwołanie wnosi się do Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez Klienta odpowiedzi na Reklamację. Do

zachowania terminu wystarczy wysłanie Odwołania przed upływem tego terminu.

- 3) Odwołanie może być złożone Towarzystwu Ubezpieczeń:
 - a. w formie pisemnej – przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz.U. poz. 1529) na adres: Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. – Biuro Zarządu, ulica Śląska 17, 81-319 Gdynia, dodatkowe oznaczenie na kopercie: ODWOŁANIE – usprawni procedurę rozpatrywania Odwołania;
 - b. w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, na adres email: reklamacje@tuzdrowie.pl.
- 4) Odwołanie powinno wskazywać zaskarżoną odpowiedź na Reklamację oraz przyczyny, z powodu których Klient kwestionuje odpowiedź na Reklamację.
- 5) Po złożeniu Odwołania, Towarzystwo Ubezpieczeń rozpatruje Odwołanie i udziela składającemu Odwołanie odpowiedzi w formie decyzji w postaci pisemnej lub za pośrednictwem poczty e-mail.
- 6) Odpowiedzi na Odwołanie należy udzielić bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Odwołania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
- 7) Jeżeli rozpatrzenie Odwołania w powyższym terminie nie jest możliwe, Towarzystwo Ubezpieczeń wysyła Klientowi przed upływem tego terminu informację o tym, że rozpoznanie Odwołania nie jest możliwe w terminie trzydziestodniowym ze wskazaniem przyczyn opóźnienia oraz przewidywanego terminu rozpatrzenia odwołania.
- 8) Jeżeli Odwołanie zostało wniesione po terminie wskazanym w punkcie 2 powyżej Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń może, lecz nie musi, rozpoznać Odwołanie.
- 9) Przy rozpatrywaniu Odwołania Towarzystwo Ubezpieczeń może gromadzić niezbędne dokumenty i przeprowadzać inne dowody zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa
- 10) W wyniku rozpatrzenia Odwołania Towarzystwo Ubezpieczeń wydaje decyzję uwzględniającą Odwołanie lub odmawiającą uwzględnienia Odwołania. W przypadku uwzględnienia Odwołania Towarzystwo Ubezpieczeń zmienia odpowiedź na Reklamację, w stosunku do której wniesiono Odwołanie.

4. Nieuwzględnienie Reklamacji – możliwość dalszych działań

- 1) W przypadku nieuwzględnienia Reklamacji, niezależnie od możliwości wniesienia Odwołania,
 - a. wnoszący Reklamację ma możliwość wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego;
 - b. wnoszący Reklamację ma możliwość wystąpienia z powództwem do sądu powszechnego. W takim wypadku podmiotem, który powinien być pozwany jest Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE Spółka Akcyjna, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII

Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: 0000362027, posiadająca numer NIP: 5862257567, posiadająca numer REGON: 221064894. Sędem miejscowo właściwym do rozpoznania sprawy będzie Sąd Rejonowy w Gdyni (Plac Konstytucji 5, 81-354 Gdynia) – w przypadku, gdy wartość przedmiotu sporu nie przewyższa kwoty 75.000 zł albo Sąd Okręgowy w Gdańsku (adres: Nowe Ogrody 30/34, 80-803 Gdańsk) – w przypadku, gdy wartość przedmiotu sporu przewyższa kwotę 75.000 zł. Zamiast przed wskazanymi wyżej sądami, powództwo może zostać wytoczone przed sądem rejonowym (jeżeli wartość przedmiotu sporu nie przewyższa kwoty 75.000 zł) lub sądem okręgowym (jeżeli wartość przedmiotu sporu przewyższa kwotę 75.000 zł) właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia

5. Skargi

- 1) W przypadkach innych, niż wskazane w § 13 ustępie 1 punkcie 1 Klient oraz Ubezpieczający mogą wnieść Skargę będącą interwencją w sprawie nieprawidłowości w działalności Towarzystwa Ubezpieczeń lub podmiotów współpracujących z Towarzystwem Ubezpieczeń niezwiązaną z zawarciem lub wykonaniem konkretnej umowy ubezpieczenia.
- 2) Skarga może być złożona Towarzystwu Ubezpieczeń:
 - a. w formie pisemnej – przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz.U. poz. 1529) na adres: Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A., ulica Śląska 17, 81-319 Gdynia, dodatkowe oznaczenie na kopercie: SKARGA – usprawni procedurę rozpatrywania SKARGI;
 - b. ustnie - telefonicznie;
 - c. w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, na adres email: reklamacje@tuzdrowie.pl.
- 3) Po złożeniu Skargi, Towarzystwo Ubezpieczeń rozpatruje Skargę i udziela składającemu Skargę odpowiedzi w postaci pisemnej lub za pośrednictwem poczty e-mail.
- 4) Odpowiedzi na Skargę należy udzielić bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Skargi. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
- 5) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Skargi i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w punkcie 5.5 Towarzystwo Ubezpieczeń może przedłużyć termin rozpatrywania Skargi do 60 dni.
- 6) Przy rozpatrywaniu Skargi Towarzystwo Ubezpieczeń może gromadzić niezbędne dokumenty i przeprowadzać inne dowody zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- 7) Od odpowiedzi na Skargę nie przysługuje odwołanie.

§ 17. 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/06/2018 zostały przyjęte na mocy uchwały Zarządu UZ/20/2018 z dnia 25.04.2018 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia obowiązujących po 1.06.2018 r.

Prezes Zarządu
Xenia Kruszewska



Wiceprezes Zarządu
Aleksander Roda







Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE Spółka Akcyjna

Kapitał zakładowy w wysokości 21 950 000 zł.
opłacony w całości, Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ
w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy,
KRS 0000362027
NIP 5862257567
REGON 221064894

Siedziba:

ul. Śląska 17, 81-319 Gdynia,
tel. 58 728 9 555, fax 58 585 80 50

Biura Handlowe:

ul. Kłobucka 23, 02-699 Warszawa,
tel. 58 728 9 555

ul. Bocheńskiego 38A lok. 208, 40-859 Katowice,
tel. 58 728 9 509