



# OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA MEDICA

## POSTANOWIENIA OGÓLNE

### § 1

Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA zwane dalej „Ubezpieczycielem”, zawiera z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi” umowy Indywidualnego Ubezpieczenia Medica.

### § 2

1. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć na rzecz osoby trzeciej.
2. Ubezpieczonym na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia może być jedynie osoba, która w dniu wskazanym jako początek okresu ubezpieczenia ukończyła 1 rok życia, a nie ukończyła 65 roku życia.
3. W razie zawarcia umowy na rzecz osoby trzeciej postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio do osoby, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia.

## DEFINICJE

### § 3

W rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia za:

- 1) **ciężę wysokiego ryzyka** – uważa się ciężę, w przebiegu której matka lub płód znajdują się lub będą się znajdować w sytuacji zwiększonego ryzyka zachorowalności lub umieralności przed lub po porodzie, potwierdzoną przez lekarza ginekologa,
- 2) **chorobę przewlekłą** – nazywa się schorzenie, którego objawy utrzymują się dłużej niż 4 tygodnie, a w trakcie jego przebiegu mogą występować objawy zaostrzenia, zmniejszenia lub czasowego ustąpienia objawów,
- 3) **czynności o podwyższonym stopniu ryzyka** – uważa się rafting lub uprawianie innych sportów wodnych na rzekach górskich, nurkowanie przy użyciu aparatów oddechowych, skoki ze spadochronem, uprawianie paralotniarstwa, szybownictwa oraz pilotowanie jakichkolwiek samolotów silnikowych, udział i przygotowania do udziału w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych, skoki bungee, sztuki walki i wszelkiego rodzaju sporty obronne, uprawianie wspinaczki wysokogórskiej i skalnej, speleologii, myślistwo, jazdę konną, bobsleje, skoki narciarskie, jazdę na motorach, skuterach, jazdę na nartach wodnych oraz jazdę z wykorzystaniem pojazdów poruszających się po śniegu lub lodzie,
- 4) **datę początkową** – uważa się dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w pierwszej umowie ubezpieczenia, od którego ochrona ubezpieczeniowa trwa nieprzerwanie pod warunkiem zachowania ciągłości ubezpieczenia; w przypadku przerwania ciągłości ubezpieczenia za datę początkową uznaje się datę rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w nowej umowie, zawartej po okresie przerwy w ubezpieczeniu,

- 5) **infekcję** – uważa się wszelkie stany rozstroju zdrowia wywołane przez czynniki chorobotwórcze pochodzenia bakteryjnego, wirusowego, grzybiczego lub pasożytniczego,
- 6) **lokaut** – uważa się zamknięcie zakładu przez właściciela, połączone ze zwalnianiem pracowników, przeprowadzane dla zmuszenia ich do przyjęcia gorszych warunków pracy lub ze względu na strajk,
- 7) **nieszczęśliwy wypadek** – uważa się nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego Ubezpieczony – niezależnie od swojej woli – doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, przy czym za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się infekcji oraz nagłych zachorowań, takich jak np. zawał serca lub udar mózgu,
- 8) **osoby bliskie** – uważa się małżonka, osoby pozostające w konkubinacie, rodzeństwo, wstępnych, zstępnych, teściów, zięciów lub synowe, ojczyma, macochę, pasierba, przysposobionych lub przysposabiających,
- 9) **przedsiębiorcę** – uważa się osobę fizyczną, osobę prawną lub inną jednostkę organizacyjną niebędącą osobą prawną, prowadzącą we własnym imieniu działalność gospodarczą lub zawodową,
- 10) **strajk** – uważa się zbiorowe, dobrowolne wstrzymanie pracy przez pracowników na jakiś czas w jednym lub kilku zakładach, instytucjach, będące wyrazem protestu, np. politycznego, ekonomicznego wraz z żądaniem zmian,
- 11) **świadczenie medyczne** – uważa się zapewnienie opieki medycznej poprzez umożliwienie skorzystania przez Ubezpieczonego z pomocy lekarskiej na zasadach opisanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia,
- 12) **świadczeniodawcę** – uważa się podmiot, wskazany przez Ubezpieczyciela, zapewniający wykonanie świadczenia medycznego,
- 13) **terroryzm** – uważa się nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności i dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy oraz skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych,
- 14) **wyczynowe uprawianie sportu** – uważa się:
  - a) uprawianie dyscyplin sportowych w ramach zarejestrowanych sekcji lub klubów sportowych, jak również uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych,
  - b) uczestniczenie w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi.

## PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

### § 4

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz koszty opieki medycznej udzielanej Ubezpieczonemu.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
  - 1) wypłatę dziennego świadczenia szpitalnego,

2) zapewnienie Ubezpieczonemu dostępu do świadczeń medycznych.

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

#### WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

##### § 5

1. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są zdarzenia spowodowane:

1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, zamieszkami, rozruchami, niepokojami społecznymi, strajkami, lokautami lub aktami sabotażu bądź terroryzmu,

2) popełnieniem przez Ubezpieczonego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego (o ile na skutek stanu zdrowia Ubezpieczonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu),

3) obrażeniami doznanymi wskutek: popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa, umyślnego samookaleczenia ciała lub usiłowania popełnienia samobójstwa,

4) nosicielstwem wirusa HIV, zespołem AIDS lub chorobą Alzheimera,

5) uszkodzeniami trzustki lub wątroby spowodowanymi spożywaniem alkoholu,

6) zatruciem alkoholem, narkotykami, nikotyną lub innymi środkami odurzającymi.

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

1) chorobami przewlekłymi rozpoznanymi, leczonymi lub których objawy występowały w okresie 24 miesięcy przed datą początkową,

2) obrażeniami ciała doznanymi w okresie 24 miesięcy przed datą początkową,

3) chorobami psychicznymi, zaburzeniami psychicznymi lub schorzeniami wynikającymi z uzależnienia od środków psychoaktywnych, chorobami układu nerwowego,

4) działaniami Ubezpieczonego po użyciu alkoholu,

5) nieuzasadnionym nieskorzystaniem z porady lekarskiej, nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub użyciem leków bądź narkotyków przez Ubezpieczonego nie zleconych przez lekarza,

6) wyczynowym uprawianiem sportu,

7) wykonywaniem, nawet jednokrotnie, czynności o podwyższonym stopniu ryzyka,

8) wypadkami powstałymi na skutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, powietrznego lub wodnego bez uprawnień,

9) wypadkiem lotniczym, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,

10) katastrofami, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie.

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

1) zabiegi i operacje plastyczne - kosmetyczne, z wyjątkiem operacji oszpeceń lub okaleczeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku,

2) pobyty w szpitalu związane z ciążą, porodem lub położeniem,

3) leczenie i zabiegi dentystyczne, chyba że wynikają z obrażeń odniesionych w wypadku, w którym Ubezpieczony doznał także uszkodzeń innych narządów lub układów,

4) badania diagnostyczne lub rehabilitacje,

5) hospitalizacje nie zlecone przez lekarza,

6) pobyty Ubezpieczonego we wszelkiego rodzaju sanatoriach, szpitalach uzdrowiskowych, ośrodkach rehabilitacyjnych, domach opieki lub hospicjach.

4. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zapewnienia Ubezpieczonemu dostępu do świadczeń medycznych wyłącza się świadczenia medyczne będące następstwem:

1) diagnozowania i leczenia niepłodności,

2) zabiegów aborcji,

3) ciąży wysokiego ryzyka, lub ciąży, jeżeli wcześniej wystąpiły: ciąża wysokiego ryzyka, poród o przebiegu patologicznym, komplikacje porodu,

4) leczenia uzależnień,

5) zaburzeń psychicznych zdiagnozowanych, leczonych lub których objawy występowały przed datą początkową.

5. Ubezpieczonemu nie będzie przysługiwał dostęp do świadczeń medycznych, jeżeli w okresie 24 miesięcy przed datą początkową u Ubezpieczonego zostały zdiagnozowane, były leczone lub występowały objawy następujących chorób:

1) zawału serca,

2) niewydolności krążenia,

3) udaru lub wylewu (wewnątrzczaszkowego bądź podpajęczynówkowego),

4) nowotworu złośliwego,

5) cukrzycy typu I,

6) marskości wątroby,

7) stwardnienia rozsianego,

8) wad i schorzeń wrodzonych wymagających stałego przyjmowania leków, operacji naprawczych lub stałej rehabilitacji bądź opieki osób trzecich.

#### RODZAJE I SPOSÓB USTALANIA

##### WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ

##### § 6

1. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, za każdy dzień pobytu, Ubezpieczyciel wypłaca dziennie świadczenie szpitalne w wysokości 1% sumy ubezpieczenia wskazanej w treści polisy ubezpieczeniowej.

2. Za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie pierwszych 10 dni, Ubezpieczyciel wypłaci dodatkowo, poza świadczeniem wskazanym w ust. 1, kwotę w wysokości 3% sumy ubezpieczenia, za dzień pobytu w szpitalu.

3. Wysokość świadczenia należna z tytułu wypłaty dziennego świadczenia szpitalnego jest ustalana na podstawie postanowień umowy ubezpieczenia aktualnych w pierwszym dniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.

##### § 7

1. Dzielne świadczenie szpitalne jest płatne za okres pierwszego dnia pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.

2. Dzielne świadczenie szpitalne przysługuje Ubezpieczonemu, jeżeli pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 96 godziny i o ile pobyt ten rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

3. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu pobytów Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanych tą samą chorobą lub tym samym nieszczęśliwym wypadkiem może zostać wypłacone w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela maksymalnie za 70 dni pobytu w szpitalu.
4. Podstawą wypłaty dziennego świadczenia szpitalnego jest karta informacyjna leczenia szpitalnego.
5. Dienne świadczenie szpitalne wypłacane jest po zakończeniu leczenia szpitalnego; na wniosek Ubezpieczającego Ubezpieczyciel może podjąć decyzję o wypłacie całości lub części świadczenia w terminie wcześniejszym.
6. Dienne świadczenie szpitalne jest wypłacane Ubezpieczonemu.
7. Świadczenia, o którym mowa w § 6 nie wypłaca się, jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem przedmiotowego świadczenia,
8. Jeżeli w jednym dniu Ubezpieczony był pacjentem dwu lub większej liczby szpitali, Ubezpieczyciel wypłaci dienne świadczenie szpitalne za ten dzień za pobyt w jednej z wymienionych wyżej placówek.
9. Lekarz kierujący do szpitala lub podpisujący kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub inny dokument potwierdzający wypisanie ze szpitala nie może być osobą bliską Ubezpieczonego.
10. Pobyt w szpitalu nie może zostać uznany za spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli rozpoczął się po upływie 180 dni od daty wypadku.

#### § 8

1. Rodzaj świadczeń medycznych udostępnianych Ubezpieczonemu określony został w Załącznikach 1 i 2, stanowiących integralną część niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
2. Dostęp do uzyskania świadczeń medycznych przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie w czasie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wskazanym w § 12.
3. Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów leków, środków medycznych i sprzętu medycznego, w tym przepisanych lub zaleconych przez lekarzy świadczeniodawcy.

#### SPOSÓB ZAWIERANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

#### § 9

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku ubezpieczeniowego, sporządzonego w formie pisemnej, na formularzu Ubezpieczyciela.
2. Wniosek powinien zawierać co najmniej następujące dane:
  - 1) imię i nazwisko (nazwę), datę urodzenia (w przypadku osób fizycznych) oraz adres Ubezpieczającego,
  - 2) imię i nazwisko Ubezpieczonego, datę urodzenia oraz adres Ubezpieczonego, jeżeli umowa zawierana jest na rzecz osoby trzeciej,
  - 3) przedmiot ubezpieczenia,
  - 4) dane dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, określone w formularzu wniosku ubezpieczeniowego,
  - 5) wariant ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji związanych z umową.
4. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych określonych w ust. 2, albo został sporządzony wadliwie lub niezgodnie z niniejszymi warunkami, Ubezpieczający powinien na wezwanie Ubezpieczyciela odpowiednio go uzupełnić lub sporządzić nowy wniosek w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma Ubezpieczyciela.

#### SUMA UBEZPIECZENIA

#### § 10

1. Suma ubezpieczenia dla dziennego świadczenia szpitalnego wynosi 2.000 zł.
2. Suma ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1 stanowi górny limit odpowiedzialności za jeden oraz wszystkie pobyty w szpitalu zaistniałe w okresie ubezpieczenia.

#### SPOSÓB USTALANIA I OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

#### § 11

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

#### OKRES UBEZPIECZENIA I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

#### § 12

1. Początek i koniec okresu ubezpieczenia oznacza się w umowie ubezpieczenia, potwierdzonej polisą ubezpieczeniową.
2. Okres ubezpieczenia trwa jeden rok.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie jako początek okresu ubezpieczenia, pod warunkiem że składka lub jej pierwsza rata zostanie zapłacona w dniu zawarcia umowy, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4-10.
4. Jeżeli zapłata składki lub jej pierwszej raty została odroczone w stosunku do początku okresu ubezpieczenia, a Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, niezapłacenie składki lub jej pierwszej raty w terminie wyznaczonym przez Ubezpieczyciela będzie traktowane jako odstąpienie od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela z upływem dnia wyznaczonego w umowie jako termin płatności składki lub pierwszej raty składki (o godzinie 0:00 dnia następującego po tym terminie), bez konieczności składania odrębnego oświadczenia woli w tym zakresie. Postanowienie zdania poprzedzającego stanowi zawiadomienie Ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy.
5. W odniesieniu do skutków prawnych niezapłacenia kolejnej raty składki w terminie wyznaczonym przez Ubezpieczyciela odpowiednie zastosowanie mają postanowienia ust. 4.
6. W przypadkach wskazanych w ust. 4 i 5, Ubezpieczyciel może cofnąć oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia zawiadamiając o tym niezwłocznie Ubezpieczającego na piśmie.
7. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie pozbawia Ubezpieczyciela prawa żądania zapłaty składki proporcjonalnej do okresu ubezpieczenia, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
8. W razie wyznaczenia terminu zapłaty składki lub jej pierwszej raty przed początkiem okresu ubezpieczenia, do skutków opóźnienia w zapłacie mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ust. 4-7.

9. Jeżeli zapłata dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za dzień zapłaty uważa się dzień uznania rachunku Ubezpieczyciela odpowiednią kwotą.

10. Za zapłatę składki lub kolejnej raty składki nie uważa się zapłaty kwoty niższej niż wynikającej z umowy ubezpieczenia.

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

#### OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO PRZED ZAWARCIEM UMOWY UBEZPIECZENIA

##### § 13

Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są udzielić Ubezpieczycielowi odpowiedzi na pytania zamieszczone w formularzu wniosku lub skierowane do niego w innej formie pisemnej oraz podać Ubezpieczycielowi wszystkie znane mu okoliczności istotne dla oceny ryzyka i ustalenia składki. Jeżeli Ubezpieczyciel zawarł umowę ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

#### OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO W TRAKCIE TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

##### § 14

1. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są niezwłocznie zgłaszać Ubezpieczycielowi wszelkie zmiany okoliczności, które mogą mieć wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, o które Ubezpieczyciel zapytywał we wniosku ubezpieczeniowym albo przed zawarciem umowy w innych pismach.

2. Jeżeli Ubezpieczający działał przez pełnomocnika, to obowiązek określony w ust. 1 ciąży również na pełnomocniku i obejmuje także okoliczności znane pełnomocnikowi.

3. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są informować Ubezpieczyciela o zmianie adresu miejsca zamieszkania lub siedziby firmy.

##### § 15

Jeżeli Ubezpieczający lub jego pełnomocnik bądź Ubezpieczony podali do wiadomości Ubezpieczyciela niezgodne z prawdą informacje lub okoliczności, o których mowa w § 13 lub nie dopełnili obowiązku, o którym mowa w § 14 ust. 1, Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, chyba że okoliczności te nie mają wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.

#### OBOWIĄZKI I PRAWA UBEZPIECZYCIELA

##### § 16

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty dziennego świadczenia szpitalnego oraz do spełnienia świadczeń medycznych na rzecz Ubezpieczonego, w zakresie określonym w umowie ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

2. Świadczenia medyczne realizowane będą na zlecenie Ubezpieczyciela przez świadczeniodawcę wskazanego w umowie ubezpieczenia.

3. Ubezpieczyciel przekaze dokument potwierdzający odpowiedzialność Ubezpieczyciela, który będzie uprawniał

Ubezpieczonego do korzystania ze świadczeń medycznych u świadczeniodawcy, w wybranym wariantcie ubezpieczenia.

##### § 17

1. Ubezpieczycielowi przysługuje prawo dokonania zmiany świadczeniodawcy realizującego świadczenia medyczne na zlecenie Ubezpieczyciela, w każdym czasie. Powyższa zmiana nie wpłynie na wysokość składki ubezpieczeniowej ani na zakres ochrony ubezpieczeniowej.

2. Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego o zmianie świadczeniodawcy na piśmie, bezzwłocznie po dokonaniu takiej zmiany.

#### REALIZACJA ŚWIADCZENIA

##### § 18

1. Ubezpieczyciel realizuje świadczenie z tytułu wypłaty dziennego świadczenia szpitalnego na podstawie uznania roszczenia w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego związanego z zaistnieniem szkody oraz zasadności roszczeń, w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

2. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w terminie wskazanym w ust. 1 okazało się niemożliwe, świadczenie powinno zostać zrealizowane w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

3. Jeżeliienne świadczenie szpitalne nie przysługuje lub przysługuje w innym zakresie, niż określonym w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę realizacji świadczenia wraz z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

##### § 19

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

#### WYGAŚNIĘCIE STOSUNKU UBEZPIECZENIOWEGO

##### § 20

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy; odstąpienie od umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

2. W razie odstąpienia od umowy ubezpieczenia zwrot składki za nie wykorzystany okres ubezpieczenia następuje po potrąceniu kosztów manipulacyjnych w wysokości 20% zwracanej składki, tylko wtedy gdy niezrealizowano świadczenia.

3. Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.

## POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### § 21

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane do Ubezpieczyciela powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.

2. Jeżeli Ubezpieczający zmienił siedzibę lub miejsce zamieszkania i nie zawiadomił o tym Ubezpieczyciela, pismo Ubezpieczyciela skierowane do ostatniej znanej siedziby lub miejsca zamieszkania Ubezpieczającego wywiera skutki prawne od chwili, w której byłoby doręczone, gdyby Ubezpieczający nie zmienił siedziby lub miejsca zamieszkania.

### § 22

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

2. Po rozpatrzeniu skargi lub zażalenia, o których mowa w ust. 1, stanowisko Ubezpieczyciela przesyłane jest pisemnie listem poleconym na adres wskazany w treści skargi lub zażalenia.

### § 23

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

### § 24

1. Spory wynikające z niniejszej umowy ubezpieczenia mogą być rozstrzygane przez sądy według właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego bądź Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

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

### § 25

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie 1 lutego 2005 roku.

Prezes Zarządu

Wiceprezes Zarządu

Piotr Maria Śliwicki

Grzegorz Szatkowski

### Załącznik nr 1

do Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia Medica, zatwierdzonych Uchwałą Nr 41/2004 Zarządu Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń Ergo Hestia SA z dnia 27.09.2004 r.

### Medica Standard

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

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

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

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

a. laboratoryjne:

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

• cytologia,

b. diagnostyka obrazowa:

- badania elektrokardiograficzne: EKG spoczynkowe,
- zdjęcia rentgenowskie: zdjęcie klatki piersiowej w projekcji PA i bocznej – również z barytem, zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej, zdjęcie zatok, zdjęcia kostne – czaszki w projekcji PA i bocznej, kręgosłupa (szyjnego, piersiowego, lędźwiowego, krzyżowo-biodrowego)

w projekcji AP i bocznej, kości kończyn w projekcji AP i bocznej, miednicy w projekcji AP i bocznej, stawów w projekcji AP i bocznej,

- badania ultrasonograficzne: USG jamy brzusznej, USG tarczycy, USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne, USG płodu przez powłoki brzuszne, USG piersi, USG gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne.

4. Szczepienie przeciwko grypie.

5. Przegląd stanu jamy ustnej.

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

7. Dienne świadczenie szpitalne.

#### **Załącznik nr 2**

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

#### **Medica Plus**

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

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

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

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

a. laboratoryjne:

- hematologiczne i koagulologiczne: OB, morfologia krwi obwodowej z rozmazem, liczba płytek, retikulocyty, wskaźnik protrombinowy, APTT, fibrynogen,
- biochemiczne (surowicy krwi) i hormonalne: sód, potas, wapń, chlorki, glukoza, krzywa obciążenia glukozą, mocznik, kreatynina, białko całkowite, proteinogram, cholesterol całkowity, cholesterol HDL, cholesterol LDL, trójglicerydy, amylaza, aminotransferaza asparaginianowa, aminotransferaza alaninowa, kinaza kreatynowa całkowita, dehydrogenaza mleczanowa, fosfataza zasadowa, kwas moczowy, bilirubina całkowita, bilirubina bezpośrednia,

TSH, poziom żelaza w surowicy, GGTP – gamma – glutamylotranspeptydaza, albuminy,

- serologiczne i diagnostyka infekcji: odczyn VDRL, ASO, RF – odczyn lateksowy, odczyn Waalera – Rosego, Białko C – reaktywne, WZW typu B – Antygen Hbs (HBs-Ag),

- testowe moczu: ciężar właściwy, pH, białko całkowite, glukoza, urobilinogen, bilirubina, azotyny, ciała ketonowe, erytrocyty, leukocyty, diastaza w moczu,

- bakteriologiczne: posiewy i wymazy w kierunku bakterii tlenowych – posiew moczu, posiew kału ogólny, wymaz z gardła, w zależności od wskazań dodatkowo antybiogram,

- kału: badanie kału ogólne, kał na krew utajoną, badanie kału w kierunku pasożytów,

- cytologia.

b. diagnostyka obrazowa:

- badania elektrokardiograficzne: EKG spoczynkowe,

- zdjęcia rentgenowskie: zdjęcie klatki piersiowej w projekcji PA i bocznej – również z barytem, zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej, zdjęcie zatok, zdjęcia kostne – czaszki w projekcji PA i bocznej, kręgosłupa (szyjnego, piersiowego, lędźwiowego, krzyżowo-biodrowego) w projekcji AP i bocznej, kości kończyn w projekcji AP i bocznej, miednicy w projekcji AP i bocznej, stawów w projekcji AP i bocznej,

- badania ultrasonograficzne: USG jamy brzusznej, USG tarczycy, USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne, USG płodu przez powłoki brzuszne, USG piersi, USG gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne,

4. Kompleksowe testy diagnostyczne (wykonanie testów diagnostycznych na zlecenie lekarza świadczeniodawcy):

a. laboratoryjne:

- biochemiczne (surowicy krwi) i hormonalne oraz markery nowotworowe: ferrytyna, całkowita zdolność wiązania żelaza (TIBC), Lipoproteina (a), wit. B12, FT3, FT4, estradiol, hormon luteinizujący (LH), hormon folikulotropowy (FSH), progesteron, prolaktyna, testosteron, beta-HCG, AFP, PSA, CEA ceruloplazmina, digoksyna, miedź, ółów, krzywa wchłaniania żelaza, kwas foliowy, Ca 125, Ca19-9, Ca 15-3, kortyzol, katecholaminy,

- serologiczne i diagnostyka infekcji: grupa krwi, immunoglobuliny IgA, immunoglobuliny IgE, immunoglobuliny IgM, immunoglobuliny IgG, HIV1/HIV2, przeciwciała anty-Hbs, przeciwciała anty-HCV, cytomegalia (IgM), cytomegalia (IgG), różyczka (IgM), różyczka (IgG), toksoplazmoza (IgM), toksoplazmoza (IgG), mononukleozą, przeciwciała p/tyreoglobulinowe AT, przeciwciała p/peroksydazie tarczycowej ATPO, przeciwciała p/helicobacter pylori, S.IGE – panel alergenów wziewnych, S.IGE – panel alergenów pokarmowych,

- testowe moczu: badanie osadu moczu, ALA, ółów, metoksykatecholaminy w moczu, dobowy zbiórka: glukozy, elektrolitów, kreatyniny, kwasu moczowego, mocznika,

- bakteriologiczne: wymaz z ucha, oka, nosa, pochwy, rany, posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella i Shigella, mikologiczne z posiewem, posiewy w kierunku bakterii beztlenowych, badanie w kierunku chlamydii trachomatis,

- kału: kał na Lamblie met. ELISA,

- cytologia: badanie czystości pochwy, cytologia złuszczeniowa nosa,

b. diagnostyka obrazowa:

- badania elektrokardiograficzne: EKG wysiłkowe, 24 godzinne badanie EKG (metodą Holtera), 24 godzinne badanie ciśnienia tętniczego krwi (metodą Holtera),

- zdjęcia rentgenowskie: urografia, pantomogram,

- mammografia,
- tomografia komputerowa,
- rezonans magnetyczny,
- badania ultrasonograficzne: ECHO serca, USG transwaginalne, USG gruczołu krokowego transrektalne, USG ślinianek, USG jąder, Doppler USG tętnic szyjnych, Doppler USG żył szyjnych, Doppler USG tętnic kończyny, Doppler USG żył kończyny, USG stawu biodrowego, USG stawu kolanowego, Doppler USG naczyń jamy brzusznej, USG stawu barkowego, USG stawu łokciowego, USG stawu skokowego, USG nadgarstka, USG palca stawu, USG ścięgna,
- badania endoskopowe: gastroskopia, rektoskopia, kolonoskopia – w przypadku wskazań medycznych pobranie wycinków z oceną histopatologiczną,
- c. diagnostyka czynnościowa:
  - spirometria,
  - densytometria,
  - skórne testy alergiczne metodą nakłuć,
  - biopsja tarczycy – w przypadku wskazań medycznych z oceną histopatologiczną pobranego materiału,
  - cienkoigłowa biopsja sutka – w przypadku wskazań medycznych z oceną histopatologiczną pobranego materiału,
  - audiometria,
  - EEG.

#### 5. Pozakonsultacyjne zabiegi ambulatoryjne.

Usługi w formie zabiegów, które nie są integralną częścią konsultacji lekarskiej i nie wymagają hospitalizacji oraz reżimu sali operacyjnej – mogą być wykonywane w znieczuleniu miejscowym lub krótkotrwałym ogólnym (Ubezpieczony ponosi jedynie koszt związany z wykorzystanymi materiałami:

- zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne:
  - założenie opatrunku na ranę wymagającą opracowania chirurgicznego,
  - zmiana opatrunku rany wymagającej opracowania chirurgicznego,
  - opracowanie ran – założenie szwów powyżej 3 cm,
  - opracowanie ran – usunięcie szwów powyżej 3 cm,
  - nacięcie i drenaż ropnia powłok skórnych powyżej 3 cm,
  - nacięcie i drenaż zanokcic i zastrzałów skórnych,
  - usuwanie hemoroidów metodą gumowania (1 żyłak),
  - obliteracja żyłaków,
  - usunięcie kaszaka, brodawki, naczyniaka lub tłuszczaka,
  - zabiegi przy użyciu lasera operacyjnego: znamiona, włókniaki, wrastające paznokcie, kaszaki,
  - usunięcie ciała obcego z powłok skórnych,
  - usunięcie całej płytki paznokciowej,
  - operacja wrastającego paznokcia jednostronnie,
  - wszycie Esperalu,
  - wycięcie guza sutka,
  - wycięcie kłykcin kończystych,
  - biopsja chirurgiczna wraz z oceną histopatologiczną,
- zabiegi ambulatoryjne ortopedyczne:
  - blokada DEPO,
  - blokada DIPROPHOS,
  - punkcja stawu,
  - założenie buta ortopedycznego,
  - założenie buta gipsowego,
  - unieruchomienie typu Dessault,
  - założenie „lekkiego” gipsu przedramiennego,
  - założenie „lekkiego” gipsu ramiennego,
  - założenie „lekkiego” gipsu typu rękawiczka,

- założenie „lekkiego” gipsu udowego,
- założenie „lekkiego” gipsu typu gorset,
- założenie longety na palec ręki,
- założenie longety na przedramię,
- założenie opaski przedramiennej typu „łokieć tenisisty”,
- założenie pasa lędźwiowego,
- założenie poduszki ortopedycznej,
- założenie szyny Stocka,
- założenie tutoru kolanowego,
- założenie tutoru udowego,
- założenie kołnierza ortopedycznego,
- założenie na palec opaski usztywniającej,
- założenie ortezy na nadgarstek,
- założenie prostotrzymacza,
- założenie stabilizatora dłoni,
- założenie stabilizatora obojczyka,
- założenie stabilizatora nadgarstka i kciuka,
- założenie stabilizatora stawu kolanowego,
- założenie stabilizatora stawu łokciowego,
- założenie stabilizatora stawu skokowego,
- założenie temblaka,
- c. zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:
  - krioterapia laryngologiczna,
  - punkcja zatok,
- d. zabiegi ambulatoryjne dermatologiczne:
  - elektrokoagulacja dermatologiczna (1 punkt),
  - krioterapia dermatologiczna (1 punkt),
  - wycięcie znamienia (jedno znamię),
- e. zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:
  - usunięcie gradówki,
- f. zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne i urologiczne:
  - założenie wkładki domaciczej,
  - usunięcie wkładki,
  - krioterapia ginekologiczna,
  - elektrokoagulacja ginekologiczna,
  - założenie cewnika do pęcherza moczowego.

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

#### 7. Szczepienie przeciwko grypie.

#### 8. Usługi stomatologiczne.

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

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

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

#### 10. Dienne świadczenie szpitalne.