

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Vitalité

INDEKS GVIT/06/10/16



Pewnie Przez Życie

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Vitalité mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a Ubezpieczającym, jako umowy dodatkowe do umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na warunkach odmiennych od określonych w niniejszych Ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, uzgodnionych przez strony umowy.
3. Towarzystwo przedstawi na piśmie różnice pomiędzy postanowieniami ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego a umową dodatkową, chyba że umowa dodatkowa zostanie zawarta w drodze rokowań.

Definicje

§ 2

1. Użyte w niniejszych Ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, wniosku, polisie oraz innych dokumentach stanowiących integralną część umowy dodatkowej określenia, oznaczają:
 - 1) **data rozpoczęcia ochrony** – określony w świadectwie uczestnictwa dzień, od którego Ubezpieczony ma prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych;
 - 2) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego Głównego lub współmałżonka, objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach formy rodzinnej;
 - 3) **forma indywidualna** – forma ubezpieczenia, w której ochroną ubezpieczeniową objęty jest wyłącznie Ubezpieczony Główny;
 - 4) **forma rodzinna** – forma ubezpieczenia, w której ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony Główny, jego współmałżonek lub dzieci;
 - 5) **karta identyfikacyjna** – dokument służący do wstępnej weryfikacji Ubezpieczonego przez placówki medyczne; karta identyfikacyjna jest ważna tylko z zaopatrzonym w zdjęcie dokumentem tożsamości;
 - 6) **OWUD** – niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego;
 - 7) **placówki medyczne** – zakłady opieki zdrowotnej działające na zlecenie Świadczeniodawcy w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz Ubezpieczonych; informacja o aktualnej liście placówek medycznych dostępna jest na stronie internetowej Towarzystwa oraz pod numerem infolinii wskazanym na karcie identyfikacyjnej;
 - 8) **składka dodatkowa** – kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej za wszystkich Ubezpieczonych;
 - 9) **składka dodatkowa indywidualna** – kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej danemu Ubezpieczonemu Głównemu (w przypadku formy indywidualnej) lub danym Ubezpieczonym (w przypadku formy rodzinnej);
 - 10) **składka ochronna** – kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej wszystkim Ubezpieczonym na podstawie umowy podstawowej oraz wszystkich umów dodatkowych;
 - 11) **składka ochronna indywidualna** – kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej danemu Ubezpie-

czonemu na podstawie umowy podstawowej oraz wszystkich umów dodatkowych;

- 12) **świadczenie zdrowotne** – usługi medyczne określone w Katalogu świadczeń zdrowotnych, stanowiącym załącznik do niniejszych OWUD, do realizacji których ma prawo Ubezpieczony zgodnie z wybranym wariantem ubezpieczenia, określonym w świadectwie uczestnictwa;
 - 13) **Świadczeniodawca** – placówka medyczna współpracująca z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz Ubezpieczonych;
 - 14) **Ubezpieczony** – Ubezpieczony Główny lub jego współmałżonek lub dzieci;
 - 15) **Ubezpieczony Główny** – Ubezpieczony, na rzecz którego została zawarta umowa podstawowa, uprawniony do wskazania osób ubezpieczonych w przypadku zawarcia umowy dodatkowej w formie rodzinnej;
 - 16) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
 - 17) **umowa podstawowa** – grupowa umowa ubezpieczenia na życie zawarta przez Ubezpieczającego z Towarzystwem;
 - 18) **wariant ubezpieczenia** – zakres świadczeń zdrowotnych zdefiniowany w Katalogu świadczeń zdrowotnych;
 - 19) **współmałżonek** – osoba płci odmiennej pozostająca w dniu zawarcia umowy dodatkowej z Ubezpieczonym Głównym w związku małżeńskim, objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach formy rodzinnej.
2. Określenia zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia, na podstawie których zawarta jest umowa podstawowa, używane są w OWUD i mają takie samo znaczenie, chyba że tym samym określeniom nadano inne znaczenie w OWUD.

Treść umowy dodatkowej

§ 3

Treść umowy dodatkowej zawarta jest we wniosku ubezpieczeniowym, OWUD, polisie, świadectwie uczestnictwa, deklaracji uczestnictwa oraz każdym innym dokumencie złożonym Towarzystwu przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego Głównego, który został zaakceptowany przez Towarzystwo jako część umowy dodatkowej, w tym w szczególności wszystkie oświadczenia dotyczące stanu zdrowia składane przez Ubezpieczonego w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia w zakresie wynikającym z niniejszych OWUD, w tym również oświadczenia składane Świadczeniodawcy.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 4

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych oferowanych Ubezpieczonemu w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez placówki medyczne w zakresie określonym w polisie.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej w stosunku do każdego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, od którego Ubezpieczony ma prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych, pod warunkiem opłacenia składki łącznej w terminie wskazanym w polisie, uwzględniającej pierwszą składkę łączną indywidualną za danego Ubezpieczonego.

2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych wygasa:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
 - 1) z dniem wygaśnięcia lub zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej,
 - 2) z dniem śmierci Ubezpieczonego Głównego, a w stosunku do pozostałych Ubezpieczonych objętych ochroną w formie rodzinnej – w ostatnim dniu okresu, za który została opłacona składka dodatkowa indywidualna,
 - 3) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczony Główny lub współmałżonek ukończył 65. rok życia, a dziecko ukończyło 25. rok życia.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych ulega zawieszeniu następnego dnia po upływie 30-dniowego terminu od dnia wymagalności składki ochronnej, jeżeli nie została ona opłacona w tym terminie. W okresie zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo nie udziela ochrony ubezpieczeniowej.
5. Jeżeli umowa podstawowa nie uległa rozwiązaniu, ochrona ubezpieczeniowa może zostać wznowiona w okresie 90 dni od dnia wymagalności ostatniej nieopłaconej składki ochronnej, pod warunkiem opłacenia wszystkich zaległych składek dodatkowych za okres, w którym Ubezpieczeni mieli prawo do świadczeń zdrowotnych. Datę wznowienia ochrony ubezpieczeniowej określa Towarzystwo, informując o tym Ubezpieczającego.

- 10) leczenia zakażenia wirusem HIV lub zespołu AIDS u Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczonemu nie przysługuje dostęp do świadczeń zdrowotnych i zwrot kosztów za świadczenia zdrowotne, jeżeli w okresie 24 miesięcy, poprzedzających bezpośrednio datę podpisania deklaracji uczestnictwa przez Ubezpieczonego Głównego, rozpoznano u Ubezpieczonego lub był leczony z powodu chorób, takich jak:
 - 1) zawał serca,
 - 2) niewydolność krążenia,
 - 3) udar lub wylew (wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy),
 - 4) nowotwór złośliwy,
 - 5) cukrzyca typu I,
 - 6) marskość wątroby,
 - 7) nosicielstwo wirusa HIV lub zespół AIDS,
 - 8) stwardnienie rozsiane,
 - 9) choroba Alzheimera.
3. Towarzystwo nie odpowiada za:
 - 1) błędy w sztuce lekarskiej,
 - 2) błędy wynikające z nienależycie prowadzonej przez placówki medyczne dokumentacji medycznej,
 - 3) utrudnienia wynikające z uczestnictwa personelu medycznego – zatrudnionego w placówkach medycznych – w strajkach i akcjach protestacyjnych, polegające na nieudzielaniu świadczeń zdrowotnych lub opóźnieniu w realizacji świadczeń zdrowotnych.

Ograniczenia odpowiedzialności

§ 6

1. Towarzystwo nie pokrywa kosztów udostępnionych Ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych, jeżeli potrzeba ich wykonania wynika bezpośrednio lub pośrednio z:
 - 1) niestosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich;
 - 2) obrażeń lub skutków chorobowych związanych z usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub świadomego spowodowania rozstroju zdrowia przez Ubezpieczonego;
 - 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie Ubezpieczonego wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³; użycia narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii lub innych substancji uznanych za nielegalne oraz środków odurzających; zażycia środków farmakologicznych niezapisanych przez lekarza lub niezgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 4) leczenia uzależnień Ubezpieczonego;
 - 5) leczenia niepłodności Ubezpieczonego;
 - 6) działań wojennych, udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach lub katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie promieniami jonizującymi lub skażenie chemiczne lub biologiczne;
 - 7) popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu kodeksu karnego;
 - 8) leczenia wad wrodzonych lub wrodzonych chorób metabolicznych Ubezpieczonego oraz ich następstw;
 - 9) sytuacji wymagających w stosunku do Ubezpieczonego działań w trybie nagłym, w szczególności wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowia ratunkowe (karetki reanimacyjne, karetki wypadkowe);

Definicja świadczenia ubezpieczeniowego

§ 7

Towarzystwo w ramach umowy dodatkowej zapewnia Ubezpieczonemu świadczenia zdrowotne wymienione w Katalogu świadczeń zdrowotnych, wykonywane przez placówki medyczne, zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego i wskazanym w świadectwie uczestnictwa wariantem ubezpieczenia.

Sposób zawierania umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy zawarta jest umowa podstawowa.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Za zgodą Towarzystwa umowa dodatkowa może być zawarta w innym terminie niż wskazany w ust. 2.
4. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.
5. W rocznicę polisy Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany warunków umowy dodatkowej.
6. W przypadku zaproponowania przez Towarzystwo zmiany warunków umowy dodatkowej w rocznicę polisy Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o tych zmianach na piśmie najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy, wyznaczając mu 14-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu. W przypadku zgłoszenia sprzeciwu umowa dodatkowa nie ulega przedłużeniu.

Okres ubezpieczenia

§ 9

1. Umowa dodatkowa zostaje zawarta na okres jednego roku, z zastrzeżeniem że jeżeli umowa dodatkowa zawierana jest w innym ter-

minie niż data zawarcia umowy podstawowej lub rocznica polisy umowy podstawowej, umowa dodatkowa zawierana jest do dnia najbliższej rocznicy polisy.

- Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na kolejny okres jednoroczny, pod warunkiem że żadna ze stron, najpóźniej na 2 miesiące przed rocznicą polisy, nie złoży drugiej stronie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa może być przedłużana na kolejny okres jednoroczny wielokrotnie.

Przystąpienie do umowy dodatkowej

§ 10

- Ubezpieczony Główny, przystępując do umowy dodatkowej, może wybrać jedną z form ubezpieczenia: indywidualną lub rodzinną.
- Ubezpieczony Główny może wskazać do objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach formy rodzinnej:
 - współmałżonka – jeżeli nie ukończył 64. roku życia,
 - dziecko – jeżeli nie ukończyło 18. roku życia.

§ 11

- W ramach każdej formy ubezpieczenia oferowanych jest 5 wariantów ubezpieczenia.
- Ubezpieczony Główny może być ubezpieczony w jednym z poniższych wariantów ubezpieczenia:
 - A,
 - A + MP,
 - B,
 - B + MP,
 - MP.
- W przypadku formy rodzinnej dla wszystkich Ubezpieczonych określony jest taki sam wariant ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że w przypadku wariantów A + MP, B + MP i MP, współmałżonkowi i dziecku nie przysługuje dostęp do świadczeń zdrowotnych związanych z medycyną pracy.

Zmiana formy lub wariantu ubezpieczenia

§ 12

- Zmiana formy lub wariantu ubezpieczenia możliwa jest w każdej rocznicę polisy, z zastrzeżeniem ust. 4.
- Towarzystwo dokonuje zmiany:
 - wariantu ubezpieczenia – na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego,
 - formy ubezpieczenia – na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczonego Głównego złożonego Towarzystwu za pośrednictwem Ubezpieczającego, na formularzu Towarzystwa.
- Warunkiem zmiany formy lub wariantu ubezpieczenia jest dostarczenie przez Ubezpieczającego dokumentów, o których mowa w ust. 2, najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy oraz opłacenie przez Ubezpieczającego składki ochronnej w wymaganej wysokości.
- Za zgodą Towarzystwa zmiana formy indywidualnej na rodzinną możliwa jest także w innym terminie niż rocznica polisy, pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczonego Głównego Towarzystwu, za pośrednictwem Ubezpieczającego, odpowiedniego wniosku na formularzu dostarczonym przez Towarzystwo wraz z wypełnioną ankietą medyczną przez wszystkie osoby wskazane przez Ubezpieczonego Głównego do objęcia ochroną ubezpieczeniową. Datę, od której forma ubezpieczenia zostanie zmieniona, określa Towarzystwo, informując o tym Ubezpieczonego Głównego za pośrednictwem Ubezpieczającego.

§ 13

- Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy dodatkowej w innych pismach. Jeżeli Towarzystwo zawarło umowę dodatkową mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
- Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podał niezgodnie z prawdą do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, w szczególności dotyczące stanu zdrowia lub przebiegu leczenia Ubezpieczonego, Towarzystwo wolne jest od odpowiedzialności, chyba że okoliczności te nie mają wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa zdarzenia objętego umową dodatkową.

Podstawowe obowiązki i prawa Towarzystwa, Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

§ 14

Towarzystwo zobowiązane jest do wystawienia polisy, potwierdzającej zawarcie umowy dodatkowej i przekazania jej Ubezpieczającemu wraz z kartami identyfikacyjnymi dla każdego Ubezpieczonego.

§ 15

Towarzystwo ma prawo dokonywania zmiany placówek medycznych. Zmiana ta nie powoduje zmiany umowy dodatkowej.

§ 16

- Ubezpieczający zobowiązany jest do:
 - przekazania Ubezpieczonemu Głównemu karty identyfikacyjnej, a w przypadku formy rodzinnej również kart identyfikacyjnych dla współmałżonka i dziecka oraz przekazania mu informacji o dacie, od której Ubezpieczony ma prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych;
 - przekazywania Towarzystwu informacji o Ubezpieczonych, którzy nabędą prawo do świadczeń zdrowotnych w kolejnym miesiącu kalendarzowym, wraz z poprawnie wypełnionymi deklaracjami uczestnictwa:
 - do 20. dnia miesiąca kalendarzowego – jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczęła się pierwszego dnia miesiąca,
 - do 5. dnia miesiąca kalendarzowego – jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczęła się 15. dnia miesiąca;
 - przekazywania Towarzystwu informacji o Ubezpieczonych, którzy utracą prawo do świadczeń zdrowotnych w kolejnym miesiącu kalendarzowym:
 - do 20. dnia miesiąca kalendarzowego – jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczęła się pierwszego dnia miesiąca,
 - do 5. dnia miesiąca kalendarzowego – jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczęła się 15. dnia miesiąca,
 - z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia – jeżeli w roku polisy Ubezpieczony osiągnął maksymalny wiek uprawniający do korzystania ze świadczeń zdrowotnych,

pod rygorem zapłaty składki dodatkowej za okres, w którym Towarzystwo udzielało Ubezpieczonym ochrony ubezpieczeniowej.

§ 17

Ubezpieczony jest zobowiązany do:

- ścisłego przestrzegania zaleceń lekarskich;

- 2) przestrzegania zasad organizacji pracy w placówkach medycznych w części dotyczącej pacjentów w trakcie realizowania świadczeń zdrowotnych;
- 3) informowania Towarzystwa o wszelkich zmianach osobowych i adresowych; w przypadku kiedy Ubezpieczony nie jest pełnoletni obowiązek ten spoczywa na Ubezpieczonym Głównym.

§ 18

Obowiązki określone w § 14–17 nie wyczerpują obowiązków stron umowy dodatkowej, które zostały określone w pozostałych postanowieniach OWUD oraz w umowie podstawowej.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 19

Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:

- 1) z upływem okresu na jaki została zawarta lub przedłużona, jeżeli jedna ze stron umowy dodatkowej złożyła oświadczenie o nieprzedłużeniu umowy dodatkowej zgodnie z § 9 lub Ubezpieczający nie wyrazi zgody na zaproponowaną przez Towarzystwo nową wysokość składki dodatkowej indywidualnej, zgodnie z trybem opisanym w § 23;
- 2) z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy podstawowej;
- 3) z dniem upływu okresu wypowiedzenia umowy dodatkowej;
- 4) z dniem przekształcenia umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe;
- 5) następnego dnia po upływie 90 dni od dnia wymagalności ostatniej należnej, a nieopłaconej składki ochronnej.

Odstąpienie od umowy dodatkowej

§ 20

Ubezpieczający może odstąpić od umowy dodatkowej w terminie 30 dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia, a jeżeli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia, co nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki dodatkowej za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy dodatkowej wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 21

Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w trybie i na zasadach przewidzianych dla umowy podstawowej.

Sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej

§ 22

1. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej ustala się na podstawie taryfy składek, obowiązującej w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej lub w dniu jej przedłużenia, w oparciu w szczególności o wariant i formę ubezpieczenia.
2. Składka dodatkowa jest opłacana w tych samych terminach co składka za umowę podstawową i stanowi element składki ochronnej.
3. Wysokość składki dodatkowej jest określana w polisie lub w dokumencie umowy ubezpieczenia.

§ 23

1. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej jest ustalana przez Towarzystwo na każdy rok obowiązywania umowy dodatkowej. W przypadku zmiany wysokości składki dodatkowej indywidualnej Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o nowej wysokości składki na kolejny rok polisy, nie później niż na 30 dni przed rocznicą polisy.
2. Jeżeli Ubezpieczający, po otrzymaniu od Towarzystwa informacji o wysokości składki dodatkowej indywidualnej w następnym roku polisy, doręczy Towarzystwu najpóźniej na 14 dni przed rocznicą polisy pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na zaproponowaną przez Towarzystwo wysokość składki, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o nieprzedłużeniu umowy dodatkowej.
3. Niedoręczenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki dodatkowej indywidualnej w terminie określonym w ust. 2, będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie umowy dodatkowej na kolejny rok polisy z nową wysokością składki dodatkowej indywidualnej zaproponowaną przez Towarzystwo.

Realizacja świadczenia ubezpieczeniowego

§ 24

Konsultacje lekarskie będą udzielane przez lekarzy zatrudnionych w placówkach medycznych, bez konieczności posiadania skierowania lekarskiego, najpóźniej:

- 1) w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia takiej potrzeby przez Ubezpieczonego w godzinach pracy placówki medycznej – w przypadku konsultacji lekarskich z zakresu podstawowej opieki lekarskiej i pediatrii;
- 2) w ciągu 72 godzin od momentu zgłoszenia takiej potrzeby przez Ubezpieczonego w godzinach pracy placówki medycznej – w przypadku pozostałych konsultacji lekarskich niewymienionych w pkt. 1).

§ 25

W celu uzyskania świadczenia zdrowotnego Ubezpieczony powinien:

- 1) skontaktować się z infolinią medyczną lub bezpośrednio telefonicznie z wybraną placówką medyczną;
- 2) uzgodnić termin wykonania świadczenia zdrowotnego i przybyć do placówki medycznej;
- 3) przedstawić w placówce medycznej kartę identyfikacyjną wraz z innym dokumentem określającym tożsamość Ubezpieczonego;
- 4) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od placówki medycznej;
- 5) przestrzegać terminów wykonania świadczeń zdrowotnych.

§ 26

Wszystkie świadczenia zdrowotne wymienione w Katalogu świadczeń zdrowotnych będą dostępne, pod warunkiem że:

- 1) mogą być zrealizowane z uwzględnieniem wskazań lekarskich w warunkach ambulatoryjnych;
- 2) istnieje możliwość ich wykonania w danej placówce medycznej;
- 3) wykonywane są w kierującej na badania medyczne placówce medycznej lub u wskazanego przez tę placówkę medyczną podwykonawcę.

§ 27

1. W razie braku możliwości realizacji wybranego świadczenia zdrowotnego w sieci placówek medycznych współpracujących z Towarzystwem, Ubezpieczony ma prawo do realizacji tego świadczenia

- w innej wybranej przez siebie placówce medycznej, pod warunkiem uzyskania akceptacji Świadczeniodawcy za pośrednictwem infolinii.
2. W sytuacji opisanej w ust. 1 Ubezpieczony jest zobowiązany do pobrania faktury za świadczenie zdrowotne. Faktura powinna być wystawiona na Świadczeniodawcę i przesłana na adres Świadczeniodawcy, zgodnie ze wskazaniami udzielonymi za pośrednictwem infolinii.
 3. Ubezpieczony, po dostarczeniu oryginału faktury Świadczeniodawcy, otrzyma zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych w terminie 30 dni od daty otrzymania faktury przez Świadczeniodawcę, w wysokości nieprzekraczającej ceny danego świadczenia zdrowotnego w cenniku Świadczeniodawcy udostępnionym Klientom.

Postanowienia końcowe

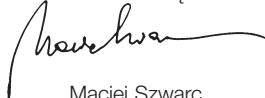
§ 28

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD mają zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których zawarta jest umowa podstawowa.
2. W sprawach nieuregulowanych w OWUD i ogólnych warunkach ubezpieczenia, na podstawie których zawarta jest umowa podstawowa, do umowy dodatkowej stosuje się przepisy prawa polskiego, w tym w szczególności kodeksu cywilnego oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

§ 29

1. Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Vitalité zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu nr 1/28/09/2006 z dnia 28.09.2006 r.
2. Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Vitalité zostają wprowadzone do obrotu z dniem 16.10.2006 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu



Maciej Szwarc

Członek Zarządu



Janusz Arczewski



Katalog świadczeń zdrowotnych w ubezpieczeniu grupowym

Załącznik do Ogólnych warunków

dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Vitalité

DOSTĘP DO LEKARZY

Konsultacje lekarskie będą udzielane przez lekarzy zatrudnionych w placówkach medycznych, bez konieczności posiadania skierowania lekarskiego, najpóźniej:

- 1) w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia takiej potrzeby przez Ubezpieczonego w godzinach pracy placówki medycznej – w przypadku konsultacji lekarskich z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i pediatrii;
- 2) w ciągu 72 godzin od momentu zgłoszenia takiej potrzeby przez Ubezpieczonego w godzinach pracy placówki medycznej – w przypadku pozostałych konsultacji lekarskich, niewymienionych w pkt. 1).

Wizyta Ubezpieczonego w placówce medycznej wymaga okazania posiadanej karty identyfikacyjnej Vitalité i dokumentu tożsamości.

WARIANTY UBEZPIECZENIA

Wariant MP

1. Badania lekarskie

- 1) konsultacje lekarza medycyny pracy i wydanie orzeczenia o zdolności do pracy na stanowisku
- 2) konsultacje specjalistów niezbędne przy ocenie o zdolności do pracy na stanowisku
- 3) badania laboratoryjne i diagnostyczne niezbędne do orzeczenia o zdolności do pracy na stanowisku

2. Profilaktyka medyczna

- 1) czynne poradnictwo w stosunku do chorych na choroby zawodowe lub inne choroby związane z wykonywaną pracą
- 2) prowadzenie analiz stanu zdrowia pracowników
- 3) wizytacja stanowisk pracy
- 4) w przypadkach obowiązkowych – delegacja lekarza do zakładowych komisji bezpieczeństwa i higieny pracy
- 5) organizacja i udzielanie pierwszej pomocy medycznej w nagłych zachorowaniach i wypadkach na terenie zakładu pracy – przyjazd karetki pogotowia wraz z zespołem i wyposażeniem medycznym

3. Pozostałe świadczenia zdrowotne

- 1) nielimitowany dostęp do porad lekarza internisty
- 2) nielimitowany dostęp do porad lekarza pediatrii

4. Na pozostałe usługi medyczne świadczone w placówkach Centrum Medycznego LIM udzielane jest 10% rabatu.

Wariant A

1. Porady lekarskie

W razie potrzeby Ubezpieczony może skorzystać – bez konieczności skierowania – z porady lekarskiej wraz z podstawowymi czynnościami niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Porady lekarskie nie są limitowane.

Porada lekarska obejmuje (w zależności od wskazań):

- 1) zebranie wywiadu chorobowego
- 2) badanie przedmiotowe pacjenta (w tym niezbędne pomiary: masy ciała, wzrostu, ciśnienia tętniczego krwi)
- 3) postawienie diagnozy

- 4) edukację i promocję zdrowotną
- 5) poinformowanie o wynikach badania i zalecenia medyczne
- 6) zlecenie i ocenę badań diagnostycznych
- 7) zlecenie konsultacji specjalistycznych
- 8) konsultację przed szczepieniem lub pobraniem krwi (HIV)
- 9) wystawienie zaświadczeń o stanie zdrowia, niezdolności do pracy
- 10) wystawienie recept na leki lub materiały medyczne

2. Konsultacje specjalistyczne

Konsultacja specjalistyczna obejmuje poradę lekarza specjalisty wraz czynnościami niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Konsultacje specjalistyczne są dostępne bez skierowania i nie są limitowane.

Do dyspozycji Ubezpieczonego pozostają specjaliści w następujących dziedzinach:

- 1) chirurgii ogólnej
 - 2) chirurgii dziecięcej
 - 3) chorób wewnętrznych
 - 4) dermatologii i wenerologii
 - 5) kardiologii
 - 6) medycyny rodzinnej
 - 7) okulistyki
 - 8) otorynolaryngologii
 - 9) pediatrii
 - 10) położnictwa i ginekologii*
- * z wyłączeniem leczenia niepłodności

3. Coroczny bilans monitorujący rozwój dziecka

4. Zabiegowa opieka pielęgniarska

- 1) iniekcje (domięśniowe, dożylnie, podskórne, podanie anatoksyny przeciwżółciowej)
- 2) założenie lub zmiana prostego opatrunku, usunięcie szwów
- 3) badanie EKG
- 4) pomiar ciśnienia krwi
- 5) badanie moczu metodą paskową
- 6) próba uczuleniowa na lek
- 7) cholesterol + cukier metodą paskową

5. Badania laboratoryjne

- 1) Hematologiczne
 - a) morfologia krwi z rozmazem
 - b) odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)
 - c) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (czas K-K, APTT)
 - d) czas protrombinowy Quicka (PT)
- 2) Biochemiczne
 - a) amylaza
 - b) białko całkowite
 - c) bilirubina całkowita
 - d) transaminazy
 - e) cholesterol całkowity
- 3) Enzymatyczne
 - a) fosfataza alkaliczna
 - b) fosfataza kwaśna
 - c) fosfataza sterczowa

- d) glukoza
- e) kreatynina
- f) kwas moczowy
- g) mocznik
- h) elektrolity (K), (Na), (Cl)
- i) magnez (Mg)
- j) wapń (Ca)
- k) żelazo (Fe)
- 4) Badanie moczu
 - a) ogólne badanie moczu
- 5) Badanie kału
 - a) ogólne badanie kału
- 6) Badania hormonalne i metaboliczne
 - a) hormon tyreotropowy (TSH)
 - b) antygen swoisty dla stercza (PSA)

6. Pozostałe badania

- 1) Badania czynnościowe
 - a) badania pozwalające na dynamiczną ocenę sprawności narządów lub układów
- 2) Układu krążenia
 - a) EKG
- 3) Układu oddechowego
 - a) spirometria

7. Na pozostałe usługi medyczne świadczone w placówkach Centrum Medycznego LIM udzielane jest 10% rabatu.

Wariant A + MP

Wariant A + MP obejmuje **wszystkie** świadczenia zdrowotne wymienione w wariantcie A oraz świadczenia zdrowotne wymienione w pkt. 1 i 2 w wariantcie MP.

Wariant B

Wariant B obejmuje **wszystkie** świadczenia zdrowotne wymienione w wariantcie A oraz **dodatkowo**:

1. Konsultacje lekarzy specjalistów w dziedzinie:

- 1) alergologii
- 2) anestezjologii i intensywnej terapii
- 3) chorób płuc
- 4) diabetologii
- 5) endokrynologii
- 6) gastroenterologii
- 7) medycyny pracy
- 8) nefrologii
- 9) neurologii
- 10) onkologii klinicznej
- 11) ortopedii i traumatologii narządu ruchu
- 12) psychiatrii*
- 13) radiologii i diagnostyki obrazowej
- 14) reumatologii
- 15) urologii

* w zakresie 3 porad lekarskich w roku, nieobejmujących zajęć terapeutycznych

2. Konsultacje profesorskie

- 1) w pełnym zakresie, w każdym przypadku gdy do konsultacji kieruje prowadzący specjalista

3. Opieka lekarska nad przebiegiem ciąży

- 1) opiekę wybranego lekarza specjalisty
- 2) konieczne konsultacje
- 3) niezbędne badania diagnostyczne
- 4) czynne poradnictwo zdrowotne z zakresu fizjologii przebiegu ciąży i porodu

4. Zabiegi medyczne

- 1) blokada dostawowa
- 2) elektrokoagulacje i zabiegi kriochirurgiczne w dermatologii
- 3) odczulanie
- 4) założenie i zdjęcie opatrunku gipsowego (gips tradycyjny)

5. Opieka stomatologiczna

- 1) profilaktyczny przegląd stomatologiczny – dwa razy w roku
- 2) indywidualne zalecenia profilaktyki stomatologicznej – dwa razy w roku
- 3) zdjęcie RTG zęba – bezpłatnie

6. Domowa opieka pielęgniarska

- 1) wykonanie iniekcji*
- 2) oznaczenie poziomu glukozy*
 - * raz w roku, do 10 dni wykonywane jeden raz dziennie lub do 5 dni wykonywane dwa razy dziennie

7. Badania laboratoryjne

- 1) Hematologiczne
 - a) układu krzepnięcia
- 2) Biochemiczne
 - a) albumina
 - b) aminotransferaza alaninowa (ALT)
 - c) aminotransferaza asparaginianowa (AST)
 - d) białko-proteinogram
 - e) białko C-reaktywne (CRP)
 - f) chlorki (Cl)
 - g) cholesterol całkowity
 - h) cholesterol HDL
- 3) Enzymatyczne
 - a) fosfataza alkaliczna
 - b) fosfataza kwaśna
 - c) glukoza
 - d) kinaza fosfokreatynowa izoenzym CK-MB (CKMB)
 - e) kreatynina
 - f) kwas moczowy
 - g) mocznik
 - h) potas (K)
 - i) sód (Na)
 - j) trójglicerydy
 - k) wapń (Ca)
 - l) żelazo – całkowita zdolność wiązania żelaza (TIBC)
 - m) żelazo (Fe)

- 4) Badanie moczu
 - a) dobowy zbiórka moczu (kreatynina, kwas moczowy, diastaza, wapń)
 - b) skład chemiczny kamieni nerkowych
- 5) Badanie kału
 - a) pasożyty/jaja pasożytów w kale
- 6) Inne
 - a) antygen HBs
 - b) test lateksowy

8. Badania specjalistyczne

- 1) Serologiczne
 - a) oznaczanie grupy krwi układu A, B, O, D, przeciwciała Rh
 - b) HIV I / II
- 2) Immunologiczne
 - a) immunoglobuliny A (IgA)
 - b) immunoglobuliny E całkowite (IgE)
 - c) immunoglobuliny G (IgG)
 - d) immunoglobuliny M (IgM)
 - e) przeciwciała anty – HAV (total)
 - f) przeciwciała anty – HBV (HBs, HBc)
 - g) przeciwciała anty – HCV
 - h) przeciwciała p. bakteriom H. pylori
 - i) przeciwciała p. bakteriom Borelia
 - j) przeciwciała p. bakteriom Chlamydia
 - k) przeciwciała p. cytomegalii (IgG, IgM)
 - l) przeciwciała p. różyczce (IgG, IgM)
 - m) przeciwciała p. toksoplazmozie
- 3) Hormonalne i metaboliczne
 - a) estradiol
 - b) F (wolne) alfa HCG
 - c) gonadotropina kosmówkowa (beta-HCG)
 - d) gonadotropina kosmówkowa (alfa-HCG)
 - e) hormon folikulotropowy (FSH)
 - f) hormon luteinizujący (LH)
 - g) hormon tyreotropowy (TSH)
 - h) insulina
 - i) kortyzol
 - j) progesteron
 - k) prolaktyna
 - l) T3 całkowite
 - m) fT3
 - n) T4 całkowite
 - o) FT4
 - p) testosteron
 - r) Tg (tyreoglobulina)
- 4) Inne
 - a) HBS-Ag
 - b) antygen swoisty dla steroca (PSA)
 - c) aFP (alfafetoproteiny)
 - d) CA – 125
 - e) CA – 15-3
 - f) CA – 19-9
 - g) CEA (antygen karcynoembrionalny)

9. Badania mikrobiologiczne i cytologiczne

- 1) Badania mikrobiologiczne
 - a) posiew ogólny moczu w kierunku tlenowej flory bakteryjnej
 - b) wymazy z odbytu i posiewy kału w kierunku tlenowej flory bakteryjnej oraz szczepów Salmonella i Shigella
 - c) badanie kału na nosicielstwo szczepów Salmonella i Shigella
 - d) wymazy i posiewy ginekologiczne w kierunku tlenowej flory bakteryjnej
 - e) badania mykologiczne skóry i paznokci
- 2) Badania cytologiczne
 - a) cytologia ginekologiczna

10. Zabiegi diagnostyczne

- 1) Biopsja cienkoigłowa
 - a) tarczycy pod kontrolą USG
 - b) piersi pod kontrolą USG
 - c) gruczołu krokowego pod kontrolą USG
- 2) Testy alergiczne
 - a) testy skórne metodą nakłuć
 - b) panel wziewny 28 punktów (alergenów) i/lub panel pokarmowy 28 punktów (alergenów)

11. Badania radiologiczne

- 1) RTG klasyczne
 - a) czaszki, zatok i zębów
 - b) ślinianek podżuchwowych
 - c) klatki piersiowej (a-p, boczne i z kontrastem)
 - d) klatki piersiowej warstwowe (tomogram)
 - e) jamy brzusznej – przeglądowe
 - f) przełyku, żołądka i dwunastnicy
 - g) miednicy
 - h) kręgosłupa (szyjnego, piersiowego i lędźwiowego)
 - i) stawów i/lub kości długich
- 2) Wlew doodbytniczy
 - a) badanie z kontrastem
- 3) Urografia
 - a) badanie z kontrastem
 - b) mammografia
- 4) CT – tomografia komputerowa z kontrastem*
 - a) głowy (mózgoczaszki, twarzoczaszki, przysadki, ucha środkowego i wewnętrznego)
 - b) szyi i klatki piersiowej
 - c) jamy brzusznej (do rozwidlenia aorty, trzustki nadnerczy) i miednicy
 - d) kości długich, kręgosłupa i stawów

* z wyłączeniem badań w opcji naczyniowej i badań tomografii spiralnej
- 5) NMR – rezonans magnetyczny (zakres jak CT)
 - a) badania metodą nuklearnego rezonansu magnetycznego, również z wykorzystaniem kontrastu

12. Badania USG

- 1) Ultrasonografia klasyczna
 - a) narządów jamy brzusznej
 - b) ginekologiczno-położniczej
 - c) narządu ruchu (stawów)
 - d) innych narządów (jąder, tarczycy, ślinianek, piersi)

- 2) Sondy transkorporalne
 - a) narządów rodnych (transwaginalnie)
 - b) gruczołu krokowego (transrektalnie)
- 3) UKG – echokardiografia
 - a) badanie USG serca metodą kolorowego Dopplera
- 4) Ultrasonografia metodą Dopplera
 - a) badanie dopplerowskie tętnic nerkowych
 - b) badanie dopplerowskie tętnic kończyn
 - c) badanie dopplerowskie żył kończyn
 - d) badanie dopplerowskie tętnic domózgowych

13. Badania endoskopowe

- a) endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego (gastroskopia)
- b) endoskopia dolnego odcinka przewodu pokarmowego:
 - rektoskopia
 - sigmoidoskopia

14. Badania czynnościowe

- 1) Układu krążenia
 - a) 24-godzinna rejestracja EKG (badanie metodą Holtera)
 - b) 24-godzinne ambulatoryjne monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi (Holter RR)
- 2) Układu ruchu
 - a) densytometria
- 3) Układu nerwowego
 - a) elektroencefalografia (EEG)
- 4) Okulistyczne
 - a) komputerowe badanie pola widzenia
- 5) Narządu słuchu
 - a) audiometria

15. Rehabilitacja narządów ruchu

- 1) w 10-dniowym cyklu leczniczym z intensywnością do 2 zabiegów dziennie, w okresie rocznym

16. Kinezyterapia

- 1) ćwiczenia instruktażowe (indywidualne)
- 2) ćwiczenia ogólnousprawniające (grupowe)
- 3) ćwiczenia indywidualne czynno-bierne i wspomagane
- 4) ćwiczenia indywidualne czynne
- 5) ćwiczenia indywidualne w odciążeniu (Therapy Master)
- 6) ćwiczenia specjalne na przyrządach (Therapy Master)
- 7) wyciąg trakcyjny

17. Fizykoterapia

- 1) Elektroterapia
 - a) galwanizacja
 - b) jonoforeza
 - c) fonoforeza
 - d) elektrostymulacja
 - e) prądy diadynamiczne
 - f) prądy wysokiej częstotliwości (Curapuls)
 - g) prądy niskiej częstotliwości (interferencyjne)
 - h) prądy Tensa
 - i) prądy Traebeta

- 2) Magnetoterapia
 - a) impulsy m.cz. Magnetus
- 3) Terapia ultradźwiękowa
 - a) ultraterapia miejscowa i fonoforeza
- 4) Krioterapia miejscowa
- 5) Laseroterapia

18. Szczepienia

- 1) szczepienia przeciwko grypie, 1 raz do roku

19. Na pozostałe usługi medyczne świadczone w placówkach Centrum Medycznego LIM udzielane jest 10% rabatu.

Wariant B + MP

Wariant B + MP obejmuje **wszystkie** świadczenia zdrowotne wymienione w wariantcie B oraz świadczenia zdrowotne wymienione w pkt. 1 i 2 w wariantcie MP.

1. Niniejszy Katalog świadczeń zdrowotnych został zatwierdzony Uchwałą Zarządu nr 1/28/09/2006 z dnia 28.09.2006 r.
2. Niniejszy Katalog świadczeń zdrowotnych zostaje wprowadzony do obrotu z dniem 16.10.2006 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu



Maciej Szwarz

Członek Zarządu



Janusz Arczewski

AXA to bezpieczeństwo finansowe

Zapewniamy kompleksowe rozwiązania finansowe
Tobie i Twojej rodzinie przez całe życie.

AXA jest jedną z największych grup ubezpieczeniowych świata, której zaufało ponad 51 milionów klientów w 36 krajach.

Spółki AXA w Polsce oferują indywidualne i grupowe ubezpieczenia na życie, ubezpieczenia na życie z funduszami kapitałowymi, fundusz emerytalny oraz ubezpieczenia zdrowotne, turystyczne i komunikacyjne.

Milionom klientów na świecie nasza marka kojarzy się z bezpieczeństwem, profesjonalizmem oraz doskonałym dopasowaniem produktów do ich potrzeb.



**BEZPIECZEŃSTWO
FINANSOWE**

AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie
tel. 022 555 00 00, fax 022 555 05 00, www.axa.pl
Nr KRS 41216, NIP 521-10-36-859, Kapitał zakładowy: 54 000 000 zł – wpłacony w całości

Pewnie Przez Życie