

NOWY REGULAMIN ŚWIADCZENIA USŁUG MEDYCZNYCH

§ 1 Postanowienia ogólne

Niniejszy regulamin określa zasady korzystania ze świadczeń zdrowotnych (w znaczeniu zdefiniowanym w § 5 poniżej) świadczonych przez spółkę **LUX MED Sp. z o.o. („Podmiot medyczny”)** z siedzibą w Warszawie, adres: **Warszawa 02-676** przy ul. Postępu 21 C, wpisaną do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000265353, NIP 5272523080, REGON 140723603, wysokość kapitału zakładowego opłaconego w całości: 10.692.000 zł na rzecz Klientów (w znaczeniu zdefiniowanym poniżej) w związku z zawarciem Umowy o wspólne przedsięwzięcie (w znaczeniu zdefiniowanym poniżej) oraz zawarciem Umowy o świadczenia zdrowotne (w znaczeniu zdefiniowanym poniżej).

§ 2 Definicje

Bank - Bank Handlowy w Warszawie Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie, ul. Senatorska 16, 00-923 Warszawa, wpisany do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 000001538; NIP 526-030-02-91; REGON 000013037; wysokość kapitału zakładowego wynosi 522.638.400 PLN (kapitał został w pełni opłacony);

Dyspozycja - Dyspozycja ustanowienia/zmiany upoważnienia do cyklicznego obciążania rachunku bankowego i przekazywania środków z tytułu opłaty za świadczenia zdrowotne oferowane przez LUX MED Sp. z o.o., wyboru wariantu świadczeń zdrowotnych oraz wskazania/zmiany osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń zdrowotnych;

Klient - osoba fizyczna, która zawarła umowę Rachunku bankowego z Bankiem i Umowę o świadczenia zdrowotne, która nie ukończyła 70 roku życia, za wyjątkiem osób po 70 roku życia, które przystąpiły do świadczenia zdrowotnego przed **16 czerwca 2010 r.**

Miesięczna Opłata Ryczałtowa - opłata określona w § 6 ust. 1, § 6 ust. 2, § 6 ust. 3 lub § 6 ust. 4 Regulaminu;

Osoba Uprawniona - osobami uprawnionymi do otrzymywania świadczeń na podstawie niniejszej Umowy o świadczenia zdrowotne mogą być: małżonek Klienta lub osoba pozostająca z Klientem w faktycznym pożyciu, która nie ukończyła 70 roku życia oraz zamieszkujące wspólnie z Klientem i pozostające na jego utrzymaniu własne lub przysposobione dzieci Klienta, które nie ukończyły 25 roku życia, za wyjątkiem osób po 70 roku życia, które przystąpiły do świadczenia zdrowotnego przed **16 czerwca 2010 r.;**

Rachunek bankowy - rachunek prowadzony przez Bank na rzecz Klienta w ramach Konta Osobistego Citibank;

SWU LUX MED Assistance - szczególne warunki ubezpieczenia Assistance stanowiące załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu świadczonego przez **Inter Partner Assistance Oddział w Polsce** (zwany dalej „Ubezpieczycielem”) na podstawie Umowy generalnej ubezpieczenia zawartej pomiędzy Ubezpieczycielem a LUX MED Sp. z o.o.;

Nowy Regulamin - niniejszy regulamin świadczenia usług medycznych;

Umowa o wspólne przedsięwzięcie - umowa o współpracy zawarta w dniu 17-04-2009r. pomiędzy Bankiem a LUX MED;

Umowa o świadczenia zdrowotne - umowa zawarta pomiędzy Podmiotem Medycznym, a Klientem o wykonywanie świadczeń zdrowotnych w związku z zawarciem Umowy o wspólne przedsięwzięcie;

Podmiot Medyczny lub LUX MED - spółka LUX MED Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, adres: Warszawa 02-676 przy ul. Postępu 21 C, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000265353, NIP 5272523080, REGON 140723603, wysokość kapitału zakładowego: 10.692.000 zł.

§ 3 Oświadczenia

Podmiot Medyczny oświadcza, że:

- 1) prowadzi niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej: Centrum Medyczne LUX-MED, Poradnia Medycyny Rodzinnej, Medycyna Rodzinna, Poradnia Medycyny Rodzinnej „Bogucicka”, Prywatne Centrum Medyczne PROMEDIS, Centrum Medyczne LIM, stanowiące integralną część LUX MED, w ramach których LUX MED udziela świadczeń zdrowotnych na najwyższym poziomie,
- 2) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne LUX MED został wpisany do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Mazowieckiego Centrum Zdrowia Publicznego w Warszawie dnia 10 listopada 1993 r., numer księgi rejestrowej: 14-00546;
- 3) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Prywatne Centrum Medyczne PROMEDIS został wpisany do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Publicznego we Wrocławiu dnia 22 stycznia 2003 r. numer księgi rejestrowej: 02- 00996;
- 4) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Prywatne Centrum Medyczne PROMEDIS został wpisany do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie dnia 23 marca 2003 r. numer księgi rejestrowej: 12-01278;
- 5) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Prywatne Centrum Medyczne PROMEDIS został wpisany do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Mazowieckiego Centrum Zdrowia Publicznego w Warszawie dnia 16 października 2000 r. numer księgi rejestrowej: 14-02414;
- 6) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Prywatne Centrum Medyczne PROMEDIS został wpisany do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gdańsku dnia 6 maja 2008 r. numer księgi rejestrowej: 22-01081;
- 7) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDYCINA RODZINNA został wpisany do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie - numer księgi rejestrowej: 12-01277;
- 8) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Medycyny Rodzinnej został wpisany do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gdańsku numer księgi rejestrowej: 22-00897;
- 9) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDYCINA RODZINNA został wpisany do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Łódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi - numer księgi rejestrowej: 10-01326;
- 10) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Medycyny Rodzinnej BOGUCICKA został wpisany do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Śląskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Katowicach numer księgi rejestrowej: 24-00995;
- 11) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Medycyny Rodzinnej został wpisany do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Zachodniopomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Szczecinie numer księgi rejestrowej: 32-00715;
- 12) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDYCINA RODZINNA został wpisany do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Mazowieckiego Centrum Zdrowia Publicznego w Warszawie - numer księgi rejestrowej: 14-01146;

- 13) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne LIM został wpisany do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Mazowieckiego Centrum Zdrowia Publicznego w Warszawie - numer księgi rejestrowej: 14-00546.

§ 4

1. Podmiot Medyczny zobowiązuje się do wykonywania na rzecz Klientów i/lub Osób Uprawnionych świadczeń zdrowotnych wskazanych w § 5 poniżej na zasadach określonych w Nowym Regulaminie.
2. Klient może wskazać nie więcej niż 3 Osoby Uprawnione. Dla każdego Rachunku bankowego ze świadczeń zdrowotnych mogą korzystać nie więcej niż 4 osoby.
3. Klient wskazuje Osoby Uprawnione na Dyspozycji, złożonej w Banku. Klient zobowiązuje się do pisemnego powiadamiania Banku o zmianach danych Osób Uprawnionych i/lub zmianach swoich danych nie później niż w pierwszym dniu miesiąca kalendarzowego, w którym Klient i/lub dana Osoba Uprawniona będzie korzystać ze świadczeń zdrowotnych, następującego po dniu, w którym miała miejsce zmiana ww. danych. Negatywne skutki niedopełnienia tego zobowiązania obciążają Klienta i/lub daną Osobę Uprawnioną. Wykreślenie Osoby Uprawnionej z ww. Dyspozycji przez Klienta wyklucza możliwość ponownego wpisania na Dyspozycję tej osoby.
4. Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych odbywa się po okazaniu dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości odpowiednio przez Klienta lub Osobę Uprawnioną oraz weryfikacji przez Podmiot Medyczny wpisu w systemie informatycznym LUX MED.
5. Umowę o świadczenia zdrowotne uznaje się za zawartą w momencie przekazania przez Bank do LUX MED pobranej z Rachunku bankowego Miesięcznej Opłaty Ryczałtowej, co następuje nie później niż 21 dnia bieżącego miesiąca, jeśli Dyspozycja Klienta, o której mowa w ust. 3 powyżej, złożona była przed 15 dniem tego miesiąca, lub nie później niż 21 dnia następnego miesiąca - jeśli Dyspozycja została złożona po tym terminie.

§ 5

1. WARIANT IA

Na podstawie Umowy o świadczenia zdrowotne zawartej pomiędzy Podmiotem Medycznym a Klientem, w przypadku dokonania przez Klienta w Dyspozycji wyboru Wariantu IA świadczeń zdrowotnych, Podmiot Medyczny będzie świadczył następujące usługi wchodzące w zakres stałej opieki ambulatoryjnej:

Kompleksowe konsultacje specjalistyczne - W ramach abonamentu „WARIANT IA”, Klient i Osoby Uprawnione mają nielimitowany dostęp w godzinach pracy placówek wskazanych przez Podmiot Medyczny do konsultacji lekarzy specjalistów, wymienionych poniżej, w sytuacjach chorobowych, leczenia chorób przewlekłych, pomocy w nagłych zachorowaniach, zaostrzenia chorób przewlekłych. Konsultacje specjalistyczne obejmują: wywiad, poradę specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Podmiot Medyczny gwarantuje odpowiednio Klientom lub Osobom Uprawnionym dostęp do lekarzy niżej wymienionych specjalności bez skierowania:

- choroby wewnętrzne (internista i/lub lekarz medycyny rodzinnej/pediatra w przypadku gdy Osobą Uprawnioną jest osoba, która nie ukończyła 18 roku życia)
- ginekologia
- okulistyka
- dermatologia
- ortopedia

Konsultacje u lekarzy pozostałych specjalności są odpłatne.

Konsultacyjne Zabiegi Ambulatoryjne. Usługi w formie zabiegów, które mogą być wykonywane przez lekarza lub pielęgniarkę podczas właściwej dla zabiegu konsultacji lekarskiej lub po konsultacji lekarskiej w warunkach ambulatoryjnych. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych obejmuje:

- zabiegi ambulatoryjne ogólne:
- pobranie krwi

Kompleksowe badania diagnostyczne. W zakres kompleksowych badań diagnostycznych wchodzi niżej wymienione badania diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej. Liczba wykonywanych badań diagnostycznych nie jest limitowana. Badania diagnostyczne wykonywane są na podstawie skierowań wystawionych przez lekarza Podmiotu Medycznego.

Diagnostyka laboratoryjna:

- badania hematologiczne: morfologia krwi z automatycznym rozmazem; odczyn opadania krwinek czerwonych (OB), płytki krwi, retikulocyty;
- badania serologiczne: HBs antygen, odczyn VDRL/USR/RPR;
- badania układu krzepnięcia: APTT, Czas protrombinowy/PT (INR, Quick), fibrynogen (FIBR);
- badania biochemiczne krwi: aminotransferaza alaninowa (GOT), aminotransferaza asparaginianowa (GTP), amylaza, białko całkowite, bilirubina bezpośrednia, chlorki (Cl), cholesterol całkowity, cholesterol HDL, cholesterol LDL, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), fosfataza alkaliczna (AP), fosfataza kwaśna całkowita, fosfataza sterczowa, glukoza, kreatynina, potas (K), proteinogram, sód (Na), trójglicerydy, wapń całkowity (Ca);
- badania hormonalne: hormon tyreotropowy (TSH);
- badania immunochemiczne krwi: antystreptolizyna O (ASO), odczyn Walera-Rosego;
- badania moczu: badanie ogólne;
- badania kału: badanie kału ogólne.

Diagnostyka obrazowa:

- badania elektrokardiograficzne: EKG spoczynkowe;
- badania rentgenowskie: RTG kości twarzy: okolice czołowej, żuchwy, szczęki, zatok nosa, nosa, oczodołu, okolice nadoczodołowej, spojenia żuchwy, okolice jarzmowo-szczękowej RTG tkanek miękkich klatki piersiowej, RTG kręgosłupa AP i L (całego, lędźwiowo -krzyżowego, piersiowego, szyjnego), RTG miednicy, RTG kości kończyn, RTG barku i ramienia, RTG łokcia i przedramienia, RTG nadgarstka/dłoni, RTG kończyny górnej, kończyny dolnej, miednicy/biodra, uda/kolana/podudzia, kostki/stopy; RTG przeglądowe jamy brzusznej.

W przypadku badań RTG Osoba Uprawniona/Klient otrzymuje: opis badania oraz wynik badania na nośniku ustalonym dla danej placówki medycznej.

- badania ultrasonograficzne: USG ginekologiczno- położnicze, USG miednicy małej, USG piersi, USG przeglądowe jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej.

UWAGA:

Zakres abonamentu nie obejmuje badań ultrasonograficznych wykonywanych w technologii 3D/4D oraz USG genetycznego. Nazwy lub metody oznaczeń poszczególnych badań mogą ulegać zmianie w związku z rozwojem technologii i podwyższeniem standardów obsługi, co nie będzie miało wpływu na zakres usług dostępnych w pakiecie.

Świadczenia Zdrowotne wskazane w Wariancie IA świadczone będą w ogólnodostępnych przychodniach PROMEDIS i MEDYCYNĄ RODZINNA, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.promedis.pl, w godzinach ich pracy.

Wariant IA obejmuje Assistance Medyczne - LUX MED Assistance - Szczegółowy zakres ubezpieczenia określony został w Załączniku nr 1

Klient otrzymuje 10% rabatu na pozostałe usługi wykonane w Placówkach Grupy LUX MED za okazaniem karty debetowej do Konta Osobistego Citibank

2. WARIANT IIA

Na podstawie Umowy o świadczenia zdrowotne zawartej pomiędzy Podmiotem Medycznym a Klientem, w przypadku dokonania przez Klienta w Dyspozycji wyboru Wariantu IIA świadczeń zdrowotnych Podmiot Medyczny będzie świadczył następujące usługi wchodzące w zakres stałej opieki ambulatoryjnej:

Kompleksowe konsultacje specjalistyczne – W ramach abonamentu „WARIANT IIA”, Klient/Osoba Uprawniona ma nielimitowany dostęp w godzinach pracy placówek wskazanych przez Podmiot Medyczny do konsultacji lekarzy specjalistów, wymienionych poniżej, w sytuacjach chorobowych, leczenia chorób przewlekłych, pomocy w nagłych zachorowaniach, zaostrzenia chorób przewlekłych. Konsultacje specjalistyczne obejmują: wywiad, poradę specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Podmiot Medyczny gwarantuje odpowiednio Klientom lub Osobom Uprawnionym dostęp do lekarzy niżej wymienionych specjalności bez skierowania:

- choroby wewnętrzne (internista i/lub lekarz medycyny rodzinnej/pediatra w przypadku gdy Osobą Uprawnioną jest osoba, która nie ukończyła 18 roku życia)
- ginekologia
- okulistyka
- dermatologia
- ortopedia

Konsultacje u lekarzy pozostałych specjalności są odpłatne

Konsultacyjne Zabiegi Ambulatoryjne. Usługi w formie zabiegów, które mogą być wykonywane przez lekarza lub pielęgniarkę podczas właściwej dla zabiegu konsultacji lekarskiej lub po konsultacji lekarskiej w warunkach ambulatoryjnych. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych obejmuje:

zabiegi ambulatoryjne ogólne:

- podanie leku
- pobranie krwi
- pomiar ciśnienia tętniczego
- pomiar wzrostu i wagi ciała
- pobranie cytologii

zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:

- badanie dna oka
- pomiar ciśnienia w oku

Kompleksowe badania diagnostyczne. W zakres kompleksowych badań diagnostycznych wchodzi niżej wymienione badania diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej. Liczba wykonywanych badań diagnostycznych nie jest limitowana. Badania diagnostyczne wykonywane są na podstawie skierowań wystawionych przez lekarza Podmiotu Medycznego.

Diagnostyka laboratoryjna:

- badania hematologiczne: morfologia krwi z automatycznym rozmazem; odczyn opadania krwinek czerwonych (OB), retikulocyty;
- badania serologiczne: HBs antygen, odczyn VDRL/USR/RPR;
- badania układu krzepnięcia: czas częściowej tromboplastyny po aktywacji, Czas protrombinowy/PT (INR, Quick), fibrynogen (FIBR);
- badania biochemiczne krwi: aminotransferaza alaninowa (GOT), aminotransferaza asparaginianowa (GTP), amylaza, białko całkowite, bilirubina bezpośrednia, chlorki (Cl), cholesterol całkowity, cholesterol HDL, cholesterol LDL, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), fosfataza alkaliczna (AP), fosfataza kwaśna całkowita, glukoza, kreatynina, potas (K), proteinogram, sód (Na), trójglicerydy, wapń całkowity (Ca);
- badania hormonalne: hormon tyreotropowy (TSH);
- badania immunochemiczne krwi: antystreptolizyna O (ASO), odczyn Walera-Rosego;
- badania moczu: badania ogólne, osad;
- badania kału: badanie kału ogólne;
- badania cytologiczne: cytologia ginekologiczna.

Diagnostyka obrazowa:

- badania elektrokardiograficzne: EKG spoczynkowe;
- badania rentgenowskie: RTG kości twarzy: okolicy czołowej, żuchwy, szczęki, zatok nosa, nosa, oczodołu, okolicy nadoczodołowej,

spojenia żuchwy, okolicy jarzmowo-szczękowej; RTG kręgosłupa AP i L (całego, szyjnego, piersiowego, lędźwiowo-krzyżowego), RTG miednicy, ramienia, łokcia/przedramienia, uda i podudzia, RTG przeglądowe jamy brzusznej, RTG stawów. W przypadku badań RTG Klient/osoba Uprawniona otrzymuje: opis badania oraz wynik badania na nośniku ustalonym dla danej placówki medycznej.

- badania ultrasonograficzne: USG ginekologiczno- położnicze, USG miednicy małej, USG piersi, USG przeglądowe jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej.

UWAGA:

Zakres abonamentu nie obejmuje badań ultrasonograficznych wykonywanych w technologii 3D/4D oraz USG genetycznego. Nazwy lub metody oznaczeń poszczególnych badań mogą ulegać zmianie w związku z rozwojem technologii i podwyższeniem standardów obsługi, co nie będzie miało wpływu na zakres usług dostępnych w pakiecie.

Świadczenia Zdrowotne wskazane w Wariancie IIA świadczone będą w ogólnodostępnych przychodniach Centrum Medycznego LIM oraz Centrum Medycznego LUX MED, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.luxmed.pl, w godzinach ich pracy.

Wariant IIA obejmuje Assistance Medyczne - LUX MED Assistance - Szczegółowy zakres ubezpieczenia określony został w Załączniku nr 1

Klient otrzymuje 10% rabatu na pozostałe usługi wykonane w Placówkach Grupy LUX MED za okazaniem karty debetowej do Konta Osobistego Citibank.

3. WARIANT IIIA

Na podstawie Umowy o świadczenia zdrowotne zawartej pomiędzy Podmiotem Medycznym a Klientem, w przypadku dokonania przez Klienta w Dyspozycji wyboru Wariantu IIIA świadczeń zdrowotnych, Podmiot Medyczny będzie świadczył następujące usługi wchodzące w zakres stałej opieki ambulatoryjnej:

Kompleksowe konsultacje specjalistyczne - W ramach abonamentu „WARIANT IIIA”, Klient/Osoba Uprawniona ma nielimitowany dostęp w godzinach pracy placówek wskazanych przez Podmiot Medyczny do konsultacji lekarzy specjalistów, wymienionych poniżej, w sytuacjach chorobowych, leczenia chorób przewlekłych, pomocy w nagłych zachorowaniach, zaostrzenia chorób przewlekłych. Konsultacje specjalistyczne obejmują: wywiad, poradę specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Podmiot Medyczny gwarantuje Klientom/Osobom Uprawnionym dostęp do lekarzy niżej wymienionych specjalności bez skierowania:

- choroby wewnętrzne (internista i/lub lekarz medycyny rodzinnej/pediatra w przypadku gdy Osobą Uprawnioną jest osoba, która nie ukończyła 18 roku życia)
- ginekologia
- okulistyka
- dermatologia
- ortopedia
- chirurgia ogólna
- alergologia
- urologia
- kardiologia
- otolaryngologia

Konsultacje u lekarzy pozostałych specjalności są odpłatne

Konsultacyjne Zabiegi Ambulatoryjne. Usługi w formie zabiegów, które mogą być wykonywane przez lekarza lub pielęgniarkę podczas właściwej dla zabiegu konsultacji lekarskiej lub po konsultacji lekarskiej w warunkach ambulatoryjnych. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych obejmuje:

zabiegi ambulatoryjne ogólne:

- pobranie krwi

Kompleksowe badania diagnostyczne. W zakres kompleksowych badań diagnostycznych wchodzi niżej wymienione badania diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej. Liczba wykonywanych badań diagnostycznych nie jest limitowana. Badania diagnostyczne wykonywane są na podstawie skierowań wystawionych przez lekarza Podmiotu Medycznego.

Diagnostyka laboratoryjna

- badania hematologiczne: morfologia krwi z automatycznym rozmazem; odczyn opadania krwinek czerwonych (OB), płytki krwi, retikulocyty;
- badania serologiczne: HBs antygen, odczyn VDRL/USR/RPR, oznaczenie grupy krwi układu A B O, Rh (D) z oceną hemolizyn, przeciwciała przeciw HBs;
- badania układu krzepnięcia: APTT, Czas protrombinowy/PT (INR, Quick), fibrynogen (FIBR);
- badania biochemiczne krwi: albuminy, aminotransferaza alaninowa (GOT), aminotransferaza asparagininowa (GTP), amylaza, białko całkowite, białko C-reaktywne (CRP), bilirubina bezpośrednia, chlorki (Cl), cholesterol całkowity, cholesterol HDL, cholesterol LDL, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), fosfataza alkaliczna (AP), fosfataza kwaśna całkowita, fosfataza sterczowa, gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP), glukoza, test obciążenia glukozą, kineza fosfokreatynowa, kreatynina, kwas moczowy, mocznik, potas (K), proteinogram, sód (Na), stężenie transferazy, trójglicerydy, wapń całkowity (Ca), żelazo-całkowita zdolność wiązania (TIBC), żelazo (Fe);
- badania hormonalne: hormon tyreotropowy (TSH);
- badania immunochemiczne krwi: antystreptolizyna O (ASO), odczyn Walera-Rosego;
- badania moczu: amylaza w moczu, badanie ogólne moczu (profil), białko w moczu, glukoza w moczu, kreatynina w moczu, wapń w moczu;
- badania kału: badanie kału ogólne, badania kału w kierunku pasożytów, na krew utajoną;

- badania bakteriologiczne: posiew moczu z antybiogramem, posiew kału ogólny, posiew kału w kierunku Salmonella-Shigella, posiew z gardła, posiew z rany;
- badania cytologiczne: cytologia ginekologiczna.

Diagnostyka obrazowa:

- badania elektrokardiograficzne: EKG spoczynkowe;
- badania rentgenowskie: RTG kości twarzy: okolicy czołowej, żuchwy, szczęki, zatok nosa, nosa, oczodołu, okolicy nadoczodołowej, spojenia żuchwy, okolicy jarzmowo-szczękowej; RTG tkanek miękkich klatki piersiowej, RTG kręgosłupa AP i L (całego, szyjnego, piersiowego, lędźwiowo-krzyżowego), RTG kości kończyn i miednicy, barku i ramienia, łokcia/przedramienia, nadgarstka/dłoni, kończyny górnej, kończyny dolnej, miednicy/biodra, uda/kolana/podudzia, kostki/stopy, RTG przeglądowe jamy brzusznej. W przypadku badań RTG Klient/Osoba Uprawniona otrzymuje: opis badania oraz wynik badania na nośniku ustalonym dla danej placówki medycznej;
- badania ultrasonograficzne: USG gruczołu krokowego (przez powłoki brzuszne), USG ginekologiczno-położnicze, USG miednicy małej, USG piersi, USG przeglądowe jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej, USG tarczycy;
- inne: spirometria.

UWAGA:

Zakres abonamentu nie obejmuje badań ultrasonograficznych wykonywanych w technologii 3D/4D oraz USG genetycznego. Nazwy lub metody oznaczeń poszczególnych badań mogą ulegać zmianie w związku z rozwojem technologii i podwyższeniem standardów obsługi, co nie będzie miało wpływu na zakres usług dostępnych w pakiecie.

Świadczenia Zdrowotne wskazane w Wariancie IIIA świadczone będą w ogólnodostępnych przychodniach PROMEDIS i MEDYCINA RODZINNA, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.promedis.pl, w godzinach ich pracy.

Wariant IIIA obejmuje Assistance Medyczne - LUX MED Assistance - Szczegółowy zakres ubezpieczenia określony został w Załączniku nr 1

Klient otrzymuje 10% rabatu na pozostałe usługi wykonane w Placówkach Grupy LUX MED za okazaniem karty debetowej do Konta Osobistego Citibank

4. WARIANT IVA

Na podstawie Umowy o świadczenia zdrowotne zawartej pomiędzy Podmiotem Medycznym a Klientem, w przypadku dokonania przez Klienta w Dyspozycji wyboru Wariantu IVA świadczeń zdrowotnych, Podmiot Medyczny będzie świadczył następujące usługi wchodzące w zakres stałej opieki ambulatoryjnej:

Kompleksowe konsultacje specjalistyczne - W ramach abonamentu „WARIANT IVA”, Klient/Osoba Uprawniona ma nielimitowany dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów, wymienionych poniżej, w sytuacjach chorobowych, leczenia chorób przewlekłych, pomoc w nagłych zachorowaniach, zaostrzenia chorób przewlekłych. Konsultacje specjalistyczne obejmują: wywiad, poradę specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Podmiot Medyczny gwarantuje Klientom/Osobom Uprawnionym dostęp do lekarzy niżej wymienionych specjalności bez skierowania:

- choroby wewnętrzne (internista i/lub lekarz medycyny rodzinnej/pediatra w przypadku gdy Osobą Uprawnioną jest osoba, która nie ukończyła 18 roku życia)
- ginekologia, w tym ginekologia położnicza
- okulistyka
- dermatologia
- ortopedia
- chirurgia ogólna
- alergologia
- urologia
- kardiologia
- otolaryngologia
- diabetologia,
- endokrynologia
- gastroenterologia
- hematologia
- neurologia
- reumatologia
- pulmonologia

Konsultacje u lekarzy pozostałych specjalności są odpłatne

Konsultacyjne Zabiegi Ambulatoryjne. Usługi w formie zabiegów, które mogą być wykonywane przez lekarza lub pielęgniarkę podczas właściwej dla zabiegu konsultacji lekarskiej lub po konsultacji lekarskiej w warunkach ambulatoryjnych. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych obejmuje:

zabiegi ambulatoryjne ogólne:

- podanie leku
- pobranie krwi
- pomiar ciśnienia tętniczego
- pomiar wzrostu i wagi ciała
- pobranie cytologii
- założenie opatrunku
- zmiana opatrunku i toaleta rany;
- zdjęcie szwów założonych w Placówce Podmiotu Medycznego
- nacięcie ropnia;

- założenie gipsu (nie dotyczy gipsu lekkiego)
- punkcja stawu
- pobranie wymazu
- wymiana cewnika pęcherza moczowego
- pobranie materiału do badania histopatologicznego
- usunięcie woskowiny usznej

zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:

- badanie dna oka
- pomiar ciśnienia w oku
- komputerowe badanie pola widzenia
- refraktometria

Kompleksowe badania diagnostyczne. W zakres kompleksowych badań diagnostycznych wchodzi poniżej wymienione badania diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej. Liczba wykonywanych badań diagnostycznych nie jest limitowana. Badania diagnostyczne wykonywane są na podstawie skierowań wystawionych przez lekarza Podmiotu Medycznego.

Diagnostyka laboratoryjna

- badania hematologiczne: morfologia krwi z automatycznym rozmazem; odczyn opadania krwinek czerwonych (OB), płytki krwi, retikulocyty;
- badania serologiczne: HBs antygen, odczyn VDRL/USR/RPR, oznaczenie grupy krwi układu A B O, Rh (D) z oceną hemolizyn, przeciwciała przeciw HBs, toksoplazmoza przeciwciała IGG/IGM;
- badania układu krzepnięcia: APTT, Czas protrombinowy/PT (INR, Quick), fibrynogen (FIBR);
- badania biochemiczne krwi: albuminy, aminotransferaza alaninowa (GOT), aminotransferaza asparaginianowa (GTP), amylaza, białko całkowite, białko C-reaktywne (CRP), bilirubina bezpośrednia, chlorki (Cl), cholesterol całkowity, cholesterol HDL, cholesterol LDL, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), fosfataza alkaliczna (AP), fosfataza kwaśna całkowita, fosfataza sterczowa, gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP), glukoza, test obciążenia glukozą, kreatynina, kwas moczowy, mocznik, magnez (Mg), potas (K), proteinogram, sód (Na), troponina, trójglicerydy, wapń całkowity (Ca), żelazo-całkowita zdolność wiązania (TIBC), żelazo (Fe);
- badania w kierunku markerów nowotworowych: PSA, Ca - 125, alfa - feto proteina (AFP);
- badania hormonalne: hormon tyreotropowy (TSH), testosteron, T3 wolne, T4 wolne, prolaktyna, progesteron, kortyzol, FSH, estradiol, beta - HCG;
- badania immunochemiczne krwi: antystreptolizyna O (ASO), odczyn Walera-Rosego;
- badania moczu: amylaza w moczu, badanie ogólne moczu (profil), białko w moczu, glukoza w moczu, kreatynina w moczu, wapń w moczu;
- badania kału: badanie kału ogólne, badania kału w kierunku pasożytów, na krew utajoną;
- badania bakteriologiczne: posiew moczu z antybiogramem, posiew kału ogólny, posiew z rany, posiew z nosa, posiew z ucha, posiew oka, posiew z odbytu, posiew z pochwy, posiew z szyjki macicy;
- badania cytologiczne: cytologia ginekologiczna.

Diagnostyka obrazowa

- badania elektrokardiograficzne: EKG spoczynkowe, EKG wysiłkowe,
- badania rentgenowskie: RTG kości twarzy nosa, skroniowych, zatok, RTG czaszki, RTG tkanek miękkich, RTG kręgosłupa AP i L (całego, szyjnego, piersiowego, lędźwiowo-krzyżowego), RTG klatki piersiowej A-P bez barytu, RTG kości kończyn i miednicy, barku i ramienia, łokcia/przedramienia, uda/kolana/podudzia, RTG stawów, RTG żeber, RTG przeglądowe jamy brzusznej. W przypadku badań RTG Klient/Osoba Uprawniona otrzymuje: opis badania oraz wynik badania na nośniku ustalonym dla danej placówki medycznej.
- badania ultrasonograficzne: USG gruczołu krokowego (przez powłoki brzuszne), USG ginekologiczno-położnicze, USG miednicy małej, USG piersi, USG jamy brzusznej, USG tarczycy, USG transrektalne, USG transwaginalne;
- tomografia komputerowa bez podania kontrastu: głowy (z wyłączeniem dental CT), zatok, oczodołów, kości skroniowych, szyi, krtani, klatki piersiowej (z wyłączeniem naczyń wieńcowych i serca), klatki piersiowej HRCT, jamy brzusznej (z wyłączeniem kolonoskopii wirtualnej), miednicy małej, kręgosłupa: szyjnego, piersiowego, lędźwiowego, stawów: biodrowych, kolanowego, skokowego, nadgarstka, barkowego, łokciowego, stopy, CT tkanek miękkich (udo, podudzie, ramię, przedramię). Badanie nie obejmuje również: opcji angio opcji dynamicznej, perfuzji, artrografii; PET-CT

Inne

- audiometria
- spirometria

Rehabilitacja wykonywana jest na podstawie skierowań wystawionych przez lekarza Podmiotu Medycznego.

Rehabilitacja:

- Elektrostymulacja,
- Jonoforeza,
- Galwanizacja,
- Kinezyterapia,
- Prądy diadynamiczne,
- Prądy interferencyjne,
- Terapia laserowa,
- Terapia indywidualna (nie obejmuje masaży)
- Ultradźwięki

Rehabilitacja nie obejmuje: wad wrodzonych oraz ich następstw, urazów okołoporodowych, terapii po zabiegach operacyjnych, terapii po incydentach wieńcowych, terapii po incydentach neurologicznych i naczyniowo-mózgowych, usług o charakterze fitness i gimnastyki korekcyjnej, przewlekłych chorób tkanki łącznej i ich następstw.

UWAGA:

Zakres abonamentu nie obejmuje badań ultrasonograficznych wykonywanych w technologii 3D/4D oraz USG genetycznego. Nazwy lub metody oznaczeń poszczególnych badań mogą ulegać zmianie w związku z rozwojem technologii i podwyższeniem standardów obsługi, co nie będzie miało wpływu na zakres usług dostępnych w pakiecie.

Świadczenia Zdrowotne wskazane w Wariancie IVA świadczone będą w ogólnodostępnych przychodniach Centrum Medycznego LIM oraz Centrum Medycznego LUX MED, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.luxmed.pl, w godzinach ich pracy.

Wariant IVA obejmuje Assistance Medyczne - LUX MED Assistance - Szczegółowy zakres ubezpieczenia określony został w Załączniku nr 1

Klient otrzymuje 10% rabatu na pozostałe usługi wykonane w Placówkach Grupy LUX MED za okazaniem karty debetowej do Konta Osobistego Citibank

§ 6

1. Miesięczna Opłata Ryczałtowa za usługi określone w § 5 ust.1 powyżej (**Wariant IA**) wynosić będzie 38,00 zł za każdą osobę korzystającą ze świadczeń zdrowotnych; Opłata wyniesie 28,00 zł w przypadku spełnienia przez Klienta jednego z niżej wymienionych warunków w każdym okresie rozliczeniowym (od 16 dnia miesiąca do 15 dnia kolejnego miesiąca kalendarzowego):
 - a) Uznania Rachunku bankowego Klienta kwotą co najmniej 1500 zł z tytułu wynagrodzenia Klienta z umowy o pracę lub stosunku zlecenia,
 - b) Wykonania przez Klienta Kartą CitiCard transakcji bezgotówkowych na sumę minimum 500 zł miesięcznie, przy czym transakcje te muszą zostać zaksięgowane na rachunku bankowym Klienta w danym okresie rozliczeniowym,
 - c) Realizacji przez Bank na zlecenie Klienta co najmniej 2 poleceń zapłaty.
2. Miesięczna Opłata Ryczałtowa za usługi określone w § 5 ust.2 powyżej (**Wariant IIA**) wynosić będzie 62,00 zł za każdą osobę korzystającą ze świadczeń zdrowotnych; Opłata wyniesie 52,00 zł w przypadku spełnienia przez Klienta jednego z niżej wymienionych warunków w każdym okresie rozliczeniowym (od 16 dnia miesiąca do 15 dnia kolejnego miesiąca kalendarzowego):
 - a) Uznania Rachunku bankowego Klienta kwotą co najmniej 1500 zł z tytułu wynagrodzenia Klienta z umowy o pracę lub stosunku zlecenia,
 - b) Wykonania przez Klienta Kartą CitiCard transakcji bezgotówkowych na sumę minimum 500 zł miesięcznie, przy czym transakcje te muszą zostać zaksięgowane na rachunku bankowym Klienta w danym okresie rozliczeniowym,
 - c) Realizacji przez Bank na zlecenie Klienta co najmniej 2 poleceń zapłaty.
3. Miesięczna Opłata Ryczałtowa za usługi określone w § 5 ust.3 powyżej (**Wariant IIIA**) wynosić będzie 55,00 zł za każdą osobę korzystającą ze świadczeń zdrowotnych; Opłata wyniesie 45,00 zł w przypadku spełnienia przez Klienta jednego z niżej wymienionych warunków w każdym okresie rozliczeniowym (od 16 dnia miesiąca do 15 dnia kolejnego miesiąca kalendarzowego):
 - a) Uznania Rachunku bankowego Klienta kwotą co najmniej 1500 zł z tytułu wynagrodzenia Klienta z umowy o pracę lub stosunku zlecenia;
 - b) Wykonania przez Klienta Kartą CitiCard transakcji bezgotówkowych na sumę minimum 500 zł miesięcznie, przy czym transakcje te muszą zostać zaksięgowane na rachunku bankowym Klienta w danym okresie rozliczeniowym,
 - c) Realizacji przez Bank na zlecenie Klienta co najmniej 2 poleceń zapłaty.
4. Miesięczna Opłata Ryczałtowa za usługi określone w § 5 ust.4 powyżej (**Wariant IVA**) wynosić będzie 102,00 zł za każdą osobę korzystającą ze świadczeń zdrowotnych. Opłata wyniesie 92,00 zł w przypadku spełnienia przez Klienta jednego z niżej wymienionych warunków w każdym okresie rozliczeniowym (od 16 dnia miesiąca do 15 dnia kolejnego miesiąca kalendarzowego):
 - a) Uznania Rachunku bankowego Klienta kwotą co najmniej 1500 zł z tytułu wynagrodzenia Klienta z umowy o pracę lub stosunku zlecenia;
 - b) Wykonania przez Klienta Kartą CitiCard transakcji bezgotówkowych na sumę minimum 500 zł miesięcznie, przy czym transakcje te muszą zostać zaksięgowane na rachunku bankowym Klienta w danym okresie rozliczeniowym,
 - c) Realizacji przez Bank na zlecenie Klienta co najmniej 2 poleceń zapłaty.
5. Niezależnie od innych przypadków wskazanych w Nowym Regulaminie, Miesięczna Opłata Ryczałtowa nie obejmuje:
 - innych zabiegów niż wymienione w zakresie tzw. konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych (w tym także laserowych) dla danego wariantu,
 - rehabilitacji (z wyjątkiem Wariantu IVA),
 - biostymulacji laserowej,
 - znieczuleń oraz opłat za leki, środki kontrastowe, preparaty do prób alergicznych i odczulania,
 - szczepień w tym szczepień ochronnych,
 - kosztów opasek z „lekkiego” gipsu,
 - fototerapii,
 - stomatologii,
 - leczenia i diagnostyki bezpłodności.
 - tzw. konsultacji profesorskich czyli usług świadczonych przez lekarzy ze stopniem dr habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również lekarzy będących na stanowisku: profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego (z wyjątkiem Wariantu IVA).
6. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych na podstawie Umowy o świadczenia zdrowotne zostanie rozpoczęte po spełnieniu łącznie następujących warunków:
 - a) Złożeniu przez Klienta prawidłowo wypełnionej Dyspozycji w Banku, wraz z oświadczeniem znajdującym się w treści Dyspozycji potwierdzającym, że Klient zapoznał się z treścią Nowego Regulaminu i SWU LUX MED Assistance,
 - b) Wpływu na rachunek bankowy Podmiotu Medycznego Miesięcznej Opłaty Ryczałtowej we właściwej wysokości, w wyniku realizacji Dyspozycji przez Bank,
 - c) Dokonaniu zgłoszenia Klienta i/lub Osoby Uprawnionej, jako uprawnionego do świadczeń zdrowotnych, w formie listy przekazywanej Podmiotowi Medycznemu przez Bank, począwszy od 1 dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ostatnie ze wskazanych zdarzeń.
7. Wpłaty na rachunek bankowy Podmiotu Medycznego dokonane w innym trybie niż określony w ust. 6 lit. b) powyżej nie będą uprawniały Klienta do korzystania ze świadczeń zdrowotnych na warunkach określonych w Nowym Regulaminie.

8. Klient zobowiązuje się zapewnić na swoim Rachunku bankowym środki pieniężne w kwocie wystarczającej na pokrycie Miesięcznej Opłaty Ryczałtowej, najpóźniej 15 dnia każdego miesiąca kalendarzowego lub ostatniego dnia roboczego przed 15 dniem miesiąca kalendarzowego, jeżeli 15 dzień danego miesiąca jest dniem wolnym od pracy, które przelane zostaną przez Bank na rachunek bankowy Podmiotu Medycznego najpóźniej do 21 dnia kalendarzowego.
9. Za dzień wpłaty Miesięcznej Opłaty Ryczałtowej uznaje się datę wpłynięcia pełnej kwoty należnej Miesięcznej Opłaty Ryczałtowej na rachunek bankowy LUX MED.
10. W przypadku braku wpłaty Miesięcznej Opłaty Ryczałtowej w terminie wymagalności wskazanym w § 6 ust. 8 powyżej automatycznie zostaje wstrzymane przez LUX MED wykonywanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Klienta i/lub Osób Uprawnionych.
11. Klient zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Banku o wszelkich zmianach danych osobowych podanych w związku z realizacją Umowy o świadczenia zdrowotne oraz o zmianach adresu do doręczeń oraz do złożenia nowej Dyspozycji w Banku z uwzględnieniem wszystkich aktualnych danych. Jednocześnie Klient zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Podmiotu Medycznego o zmianach, o których mowa w zdaniu poprzednim. Negatywne skutki niedopełnienia tego zobowiązania obciążają Klienta.
12. Podmiot Medyczny ma prawo do podwyższenia Miesięcznej Opłaty Ryczałtowej po dniu 31-12-2011 r. O takiej zmianie Podmiot Medyczny informuje Bank z trzymiesięcznym wyprzedzeniem oraz wyśle do Klientów w tym terminie list informujący o tej zmianie, z prośbą o zmianę złożonej w Banku Dyspozycji. W przypadku nie złożenia przez Klienta w Banku Dyspozycji uwzględniającej podwyższoną Miesięczną Opłatę Ryczałtową Podmiot Medyczny ma prawo rozwiązać Umowę o świadczenia zdrowotne z Klientem z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
13. Zmiana wysokości opłaty dokonana na podstawie ust. 12 powyżej nie stanowi zmiany Umowy o świadczenia zdrowotne.
14. Z zastrzeżeniem § 6 ust. 13 powyżej, zmiana Nowego Regulaminu dokonana przez Podmiot Medyczny wiąże Klienta, jeżeli zmieniony Nowy Regulamin został doręczony Klientowi, a Klient nie wypowiedział Umowy o świadczenia zdrowotne w najbliższym terminie wypowiedzenia.
15. W przypadku wyboru określonego Wariantu świadczeń zdrowotnych będzie on obowiązywał dla Klienta i wszystkich Osób Uprawnionych. Klient może dokonać zmiany Wariantu świadczeń zdrowotnych:
 1. na droższy - w dowolnym terminie
 2. na tańszy - raz w roku licząc od daty zawarcia Umowy o świadczenia zdrowotne.

§ 7

1. Strony zobowiązują się do zachowania poufności wobec osób trzecich wszelkich informacji, które uzyskają w związku z realizacją Umowy o świadczenia zdrowotne. Strona naruszająca zobowiązanie do zachowania poufności będzie odpowiedzialna w pełnym zakresie za szkodę powstałą w wyniku ujawnienia takich informacji. Strony stwierdzają, iż zastrzeżone do poufności są wszelkie informacje, które do czasu naruszenia zobowiązania do poufności nie zostały opublikowane w jakikolwiek sposób.
2. Obowiązek zachowania poufności nie dotyczy sytuacji, w których informacje określone w ust. 1 powyżej są wymagane przez osoby trzecie na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

§ 8

1. LUX MED nie ponosi odpowiedzialności za niewykonanie lub nienależyte wykonanie Umowy o świadczenia zdrowotne w razie nieotrzymania od Klienta lub Osoby Uprawnionej informacji potrzebnych do wykonania usługi, zatajenia takich informacji, a także w przypadku, gdy podane informacje okażą się nieprawdziwe.
2. LUX MED nie ponosi odpowiedzialności za szkody poniesione przez Klienta lub Osoby Uprawnione w związku z realizacją niniejszej Umowy, o ile do nich dojdzie na skutek działania siły wyższej lub z innych przyczyn niezależnych od LUX MED, jak również na skutek niezastosowania się do zaleceń lekarza LUX MED.
3. LUX MED nie ponosi odpowiedzialności za niewykonanie lub nienależyte wykonanie usług wymienionych w Załączniku nr 1.
4. Pełną odpowiedzialność wobec osób ubezpieczonych w zakresie świadczeń wymienionych w Załączniku nr 1 ponosi Ubezpieczyciel.
5. Bank nie ponosi odpowiedzialności za niewykonanie lub nienależyte wykonanie przez LUX MED Umowy o świadczenia zdrowotne.
6. Bank nie ponosi odpowiedzialności za niewykonanie lub nienależyte wykonanie przez usług wymienionych w Załączniku nr 1.

§ 9

1. Umowa o świadczenia zdrowotne zostaje zawarta na czas nieokreślony.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej, Umowa o świadczenia zdrowotne może zostać rozwiązana za trzymiesięcznym wypowiedzeniem, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
3. Umowa o świadczenia zdrowotne może zostać rozwiązana przez Podmiot Medyczny ze skutkiem natychmiastowym w razie:
 - a) rażącego naruszenia przez Klienta i/lub Osobę Uprawnioną postanowień Umowy o świadczenia zdrowotne,
 - b) w przypadku doręczenia Podmiotowi Medycznemu oświadczenia Klienta o braku jego zgody na dokonanie zmiany Miesięcznej Opłaty Ryczałtowej, o której mowa w § 6 ust.12 powyżej,
 - c) w przypadku niezłożenia nowej Dyspozycji, po tym, jak LUX MED poinformował o zmianie Miesięcznej Opłaty Ryczałtowej zgodnie z § 6 ust. 12 powyżej.
 - d) niedokonania przez Klienta zapłaty Miesięcznej Opłaty Ryczałtowej określonej w § 6 powyżej za okres 3 (trzech) miesiące.
4. Niedokonanie przez Klienta zapłaty Miesięcznej Opłaty Ryczałtowej określonej w § 6 powyżej za okres 3 (trzech) miesiące i rozwiązanie przez Podmiot Medyczny na tej podstawie Umowy o świadczenia zdrowotne wyklucza możliwość ponownego zawarcia Umowy o świadczenia zdrowotne.
5. W terminie 10 dni od daty zawarcia Umowy o świadczenia zdrowotne pomiędzy Klientem a LUX MED, Klient będzie uprawniony do odstąpienia od tej Umowy. Oświadczenie Klienta o odstąpieniu od Umowy o świadczenia zdrowotne powinno zostać złożone LUX MED. Jednocześnie Klient powinien złożyć odwołanie Dyspozycji w Banku.
6. Jeżeli Klient odstępuje od Umowy o świadczenia zdrowotne lub zostaje wykluczony zgodnie z ust. 4 powyżej nie ma możliwości ponownego przystąpienia do Umowy przez okres 12 miesięcy.

§ 10

1. Wszelkie reklamacje dotyczące świadczenia usług zdrowotnych będą rozpatrywane przez Podmiot medyczny. Reklamacje Klientów oraz Osób Uprawnionych będą rozpatrywane w terminie nie dłuższym niż 14 dni, z zastrzeżeniem, iż reklamacje związane bezpośrednio z czynnościami bankowymi wykonywanymi przez Bank będą rozpatrywane przez Bank. W przypadku reklamacji związanych zarówno ze świadczeniem usług zdrowotnych, jak i czynnościami bankowymi wykonywanymi przez Bank, obowiązuje następujący tryb postępowania:

- a) w przypadku wpływu reklamacji do Banku - w zakresie w jakim dotyczy czynności bankowych reklamacja będzie rozpatrzona zgodnie z właściwymi regulacjami wewnętrznymi Banku, a część reklamacji dotycząca świadczenia usług zdrowotnych zostanie przekazana Podmiotowi Medycznemu, najpóźniej następnego dnia roboczego po otrzymaniu reklamacji. W takim przypadku Podmiot Medyczny zobowiązany jest do rozpatrzenia reklamacji w terminie nie dłuższym niż 14 dni roboczych.
 - b) w przypadku wpływu reklamacji do Podmiotu Medycznego w zakresie w jakim dotyczy czynności bankowych reklamacja będzie przekazana do Banku najpóźniej następnego dnia roboczego. Bank rozpatrzy reklamację zgodnie z właściwymi regulacjami wewnętrznymi Banku, a część reklamacji dotycząca świadczenia usług zdrowotnych zostanie rozpatrzona przez Podmiot Medyczny w terminie nie dłuższym niż 14 dni roboczych.
2. Reklamacje dotyczące świadczenia usług zdrowotnych Klient może również przysyłać na adres LUX MED: obsługa.klienta@luxmed.pl lub pod numerem telefonu: +48 22 33 22 888.
 3. Reklamacje i zapytania dotyczące UBEZPIECZENIA LUX MED Assistance Klient powinien przysyłać do Działu Jakości Ubezpieczyciela na adres:

Inter Partner Assistance Polska SA
ul. Chłodna 51
Warszawa

Bądź na adres mailowy quality@ipa.com.pl

§ 11

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Nowym Regulaminem mają zastosowanie przepisy obowiązującego prawa, w tym przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późniejszymi zmianami) oraz przepisy wykonawcze.
2. Spory powstałe przy wykonywaniu Umowy o świadczenia zdrowotne będą rozstrzygane zgodnie z właściwością sądów powszechnych.

Załącznik nr 1

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA LUX MED Assistance

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Na podstawie niniejszych szczególnych warunków ubezpieczenia (zwanymi dalej „SWU”) **Inter Partner Assistance Oddział w Polsce** (zwany dalej „Ubezpieczycielem”) udziela ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonym na podstawie Umowy generalnej ubezpieczenia zawartej pomiędzy Ubezpieczycielem a LUX MED. Sp. z o.o. (zwanego dalej „Ubezpieczającym”).

Definicje

§ 2

Użyte w niniejszych SWU pojęcia oznaczają:

1. **Centrum Alarmowe Assistance** - jednostka organizacyjna, zajmująca się w imieniu Ubezpieczyciela organizacją i świadczeniem Ubezpieczonemu usług assistance w zakresie określonym w SWU.
2. **Choroba przewlekła** - choroba mająca długotrwały przebieg, trwająca zwykle miesiącami lub latami, leczona w sposób stały lub okresowy i zdiagnozowana przed rozpoczęciem świadczenia ochrony ubezpieczeniowej.
3. **Hospitalizacja** - leczenie w Placówce medycznej trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny.
4. **Lekarz Centrum Alarmowego Assistance** - osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez Centrum Alarmowe Assistance i uprawniona do występowania w imieniu Centrum Alarmowego Assistance,.
5. **Lekarz prowadzący** - lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym z ramienia Placówki Medycznej w której Ubezpieczony poddał się leczeniu.
6. **Miejsce zamieszkania** - jedno miejsce stałego pobytu Ubezpieczonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej wskazane poprzez podanie dokładnego adresu.
7. **Nagle zachorowanie** - powstały w sposób nagły, stan chorobowy zagrażający zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający udzielenia pilnej pomocy medycznej jednakże nie zagrażający życiu i nie wymagający świadczeń pogotowia ratunkowego.
8. **Nieszczęśliwy wypadek** - przypadkowe, nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, wymagające pomocy lekarskiej, jednakże nie zagrażające życiu i nie wymagające świadczeń pogotowia ratunkowego.
9. **Placówka medyczna** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład opieki lecznictwa zamkniętego lub otwartego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej lub całodziennej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych. W rozumieniu SWU za placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych tego typu środków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA.
10. **Sporty ekstremalne** - sporty których uprawianie wymaga nadprzeciętnych umiejętności i działania w warunkach dużego ryzyka. W szczególności pod tym pojęciem rozumie się sporty powietrzne, takie jak skoki ze spadochronem, skoki z wysokich obiektów, paralotniarstwo, szybownictwo, pilotowanie jakichkolwiek samolotów, oraz sporty takie jak: spaleologia, kolarstwo górskie, skoki narciarskie, heliskiing.
11. **Sporty wysokiego ryzyka** - jazda konna, myślistwo, nurkowanie z aparatem powietrznym, rafting lub inne sporty wodne, wspinaczka (w tym wysokogórska, skałkowa, skalna) sztuki walki oraz wszystkiego rodzaju sporty obronne.
12. **Ubezpieczający** - LUX MED Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Postępu 21C, 02-676 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000265353, NIP 527-252-30-80 wysokość kapitału zakładowego: 10.692.000,00 zł.
13. **Ubezpieczony** - Osoba, której życie i zdrowie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.
14. **Ubezpieczyciel** - Inter Partner Assistance SA Oddział w Polsce.

15. **Zawodowe i wyczynowe uprawianie sportu** - sporty uprawiane regularnie i intensywnie, tzn. udział w treningach, zawodach, obozach kondycyjnych, w ramach przynależności do klubów sportowych a także czerpania dochodów z danej uprawianej dyscypliny sportu.
16. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** - nieszczęśliwy wypadek lub nagle zachorowanie, w rozumieniu niniejszych SWU, które nastąpiło na terytorium Polski.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia.

§ 3

1. Przedmiot niniejszej Umowy stanowią koszty udzielania świadczeń assistance określonych w niniejszych SWU, świadczonych na rzecz Ubezpieczonego za pośrednictwem Centrum Alarmowego Assistance w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce na terytorium Polski.
3. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie świadczenia assistance wykonywane na terytorium Polski.
4. W przypadku świadczeń wymagających zwolnienia służb medycznych udzielających pomocy medycznej Ubezpieczonemu, w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym, z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz udostępnienia dokumentacji z leczenia Ubezpieczonego, udzielenie świadczenia bezwzględnie wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na powyższe w stosunku do Ubezpieczyciela i podmiotów działających w jego imieniu.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na organizacji lub organizacji i pokryciu przez Ubezpieczyciela kosztów jednego lub kilku z niżej wymienionych świadczeń assistance - stosownie do postanowień SWU:
 - 1) Konsultacja telefoniczna z lekarzem,
 - 2) Medyczna Platforma Informacyjna,
 - 3) Wizyta lekarza pierwszego kontaktu,
 - 4) Wizyta pielęgniarki,
 - 5) Transport do placówki medycznej,
 - 6) Transport z placówki medycznej do miejsca zamieszkania/miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego zlokalizowanego na terytorium RP,
6. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej do wysokości określonej limitami świadczeń wskazanymi w Tabeli Świadczeń i Limitów (§ 14 SWU).
7. Świadczenia assistance medycznego nie są realizowane w stosunku do Ubezpieczonych, co do których istnieje zagrożenie życia i konieczna jest interwencja pogotowia ratunkowego.

Składka ubezpieczeniowa

§ 4

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej oraz sposób i terminy zapłaty regulują postanowienia Umowy generalnej ubezpieczenia.

Początek i koniec odpowiedzialności.

§ 5

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela i okres ubezpieczenia wynosi jeden miesiąc kalendarzowy.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela i okres ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu w którym dokonano opłacenia składki.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się:
 - 1) z upływem okresu ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej;
 - 2) z upływem 30 dni od dnia rozwiązania Umowy generalnej ubezpieczenia;
 - 3) z chwilą wyczerpania limitów świadczeń określonych w SWU,
 - 4) z dniem złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej.

Zakres świadczeń assistance

§ 6

W ramach ubezpieczenia LUX MED Assistance Ubezpieczyciel, w przypadku wystąpienia określonego dla danego świadczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego, zapewnia Ubezpieczonemu niżej wymienione świadczenia assistance z uwzględnieniem warunków dodatkowych wskazanych poniżej oraz limitów świadczeń określonych w Tabeli Świadczeń i Limitów (§ 14 SWU).

Konsultacja telefoniczna z lekarzem

§ 7

1. Ubezpieczyciel zapewnia udzielenie ogólnej informacji medycznej drogą telefoniczną na podstawie danych przekazanych przez Ubezpieczonego nr telefonu **22 575 92 10**.
2. Ogólna informacja, o której mowa powyżej, nie stanowi porady medycznej i Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki zastosowania się Ubezpieczonego do uzyskanych informacji.

Medyczna Platforma Informacyjna

§ 8

1. Zakres świadczenia zapewnia dostęp do infolinii medycznej nr telefonu **22 575 92 10** polegający na telefonicznej rozmowie z wykwalifikowanym personelem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej ogólnej informacji na temat:
 - stanów wymagających natychmiastowej pomocy medycznej i zasadach jej udzielania;
 - jednostek chorobowych w tym chorób rzadkich, typowo stosowanym leczeniu, metodach leczenia dostępnych na terenie Polski;
 - zachowań prozdrowotnych - dietach (np. zalecanych dla diabetyków, przy nadciśnieniu tętniczym), zdrowym odżywianiu;
 - opisów badań;
 - sposobów przygotowania do badań;
 - leków oraz objawów niepożądanych przy ich przyjmowaniu;
 - grup wsparcia, telefonów zaufania na terytorium Polski świadczących pomoc osobom dotkniętym alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na choroby przewlekłe, mających problemy zdrowotne, dla rodziców ciężko chorych dzieci;

- placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy Centrum Alarmowego Assistance;
 - placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, sanatoriach oraz placówkach leczenia zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Uniwersytetów Medycznych) znajdujących się na terenie Polski;
 - aptek znajdujących się na terytorium Polski, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów;
 - działaniach, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży - o szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata - w aspekcie medycznym;
 - placówek opieki społecznej, schorzeniach wieku podeszłego, zasadach zdrowego żywienia - informacje dla osób starszych.
2. Ogólna informacja, o której mowa powyżej, nie stanowi porady medycznej i Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki zastosowania się Ubezpieczonego do uzyskanych informacji.

Wizyta lekarza pierwszego kontaktu **§9**

1. Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego (w tym wypadku jedynie Nieszczęśliwy wypadek) Ubezpieczony wymaga pomocy lekarskiej, Ubezpieczyciel zorganizuje wizytę lekarza w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium tego lekarza.
2. O zasadności organizacji świadczenia decyduje Lekarz Centrum Alarmowego Assistance.

Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego **§10**

1. Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego (w tym wypadku jedynie Nieszczęśliwy wypadek), zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego, Ubezpieczony wymaga opieki pielęgniarskiej w Miejscu zamieszkania, Ubezpieczyciel zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki. Zakres świadczeń obejmuje:
 - czynności związane z utrzymaniem higieny,
 - zabiegi lecznicze takie jak: okłady, opatrunki, rehabilitacja oddechowa, podawanie leków itp. - zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego Ubezpieczonego,
 - czynności diagnostyczne takich jak: pomiar ciśnienia i tętna, ważenie, itp. - zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego Ubezpieczonego,
 - czynności pomagające w odżywianiu się.
2. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów materiałów lub lekarstw używanych przy wykonywaniu czynności, o których mowa w ust. 1. Koszty tych materiałów lub lekarstw pokrywa Ubezpieczony.

Transport do placówki medycznej **§11**

1. Jeśli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego do Placówki medycznej, Ubezpieczyciel zapewni zorganizowanie i pokrycie kosztów takiego transportu.
2. Transport, o którym mowa w niniejszym paragrafie, jest organizowany, o ile według opinii Lekarza Centrum Alarmowego Assistance stan zdrowia pacjenta uniemożliwia lub utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu.
3. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Alarmowego Assistance.
4. Transport odbywa się z Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego do najbliższej wskazanej przez Lekarza Centrum Alarmowego Assistance Placówki medycznej.

Transport z placówki medycznej do miejsca zamieszkania/miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego zlokalizowanego na terytorium RP **§12**

1. Jeśli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony był Hospitalizowany w Placówce medycznej i, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego, Ubezpieczony wymaga transportu z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania/miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego zlokalizowanego na terytorium Polski (w zależności od tego, które z miejsc znajduje się bliżej Placówki medycznej, w której znajduje się Ubezpieczony), Ubezpieczyciel zapewni zorganizowanie i pokrycie kosztów ww. transportu, pod warunkiem, że stan zdrowia Ubezpieczonego uniemożliwia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu.
2. Ostateczną decyzję o zasadności świadczenia oraz wyborze środka transportu podejmuje Lekarz Centrum Alarmowego Assistance.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności **§13**

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolniony z obowiązku zwrotu wszelkich kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie wykonał uprzedniego zgłoszenia żądania spełnienia świadczenia do Centrum Alarmowego Assistance i poniósł ww. koszty bez porozumienia z Centrum Alarmowym Assistance, nawet jeśli mieszczą się one w granicach określonych limitami świadczeń, a zdarzenia których one dotyczą są objęte ochroną ubezpieczeniową.
2. Ubezpieczyciel nie odpowiada za Zdarzenia ubezpieczeniowe i następstwa tych działań powstałe wskutek rażąco niedbałego działania lub zaniechania działania przez Ubezpieczonego,
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe na skutek:
 - a) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu lub zażycia narkotyków lub innych środków odurzających,
 - b) popełnienia lub próby popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - c) samookaleczenia lub próby popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa,
 - d) pogorszenia się stanu zdrowia Ubezpieczonego w wyniku zaostrzenia się lub powikłań chorób które wymagają stałej opieki medycznej lub stałego leczenia (Choroby przewlekłe),
 - e) wszelkich zaburzeń psychicznych.

4. Ochroną nie są objęte także Zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe wskutek:
 - a) epidemii, skażeń chemicznych,
 - b) uczestnictwa w bójkach z wyjątkiem działania w obronie własnej,
 - c) ataku konwulsji, epilepsji,
 - d) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony był pasażerem nie licencjonowanych linii lotniczych.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za następstwa nagłych zachorowań i nieszczęśliwych wypadków związanych z:
 - a) leczeniem nie związanym z pomocą medyczną udzielaną w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku,
 - b) operacjami plastycznymi lub zabiegami kosmetycznymi, zabiegami ze wskazań estetycznych,
 - c) leczeniem chorób wenerycznych i AIDS i zakażenia wirusem HIV, nawet gdy nie były wcześniej leczone,
 - d) zabiegami usuwania ciąży,
 - e) związane ze sztucznym zapłodnieniem i każdym innym leczeniem bezpłodności, a także związanych z zakupem środków antykoncepcyjnych.
6. Ochroną nie są objęte również Zdarzenia ubezpieczeniowe i skutki tych zdarzeń powstałe w związku i na skutek:
 - a) amatorskiego uprawiania sportów letnich i zimowych,
 - b) uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
 - c) zawodowego i wyczynowego uprawiania sporu,
 - d) uprawiania sportów ekstremalnych.
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia i skutki zdarzeń związanych z zagrożeniem życia, wymagające natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego; w przypadku otrzymania przez Centrum Alarmowe Assistance Ubezpieczyciela zgłoszenia zdarzenia związanego z zagrożeniem życia Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel może odmówić realizacji świadczeń, przy czym nie ponosi odpowiedzialności za kwalifikację danego zdarzenia – na podstawie informacji przekazanych przez zgłaszającego – jako zagrażającego życiu i skutki takiej kwalifikacji.
8. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niewykonanie lub opóźnienie w wykonaniu usługi jeśli opóźnienie lub niemożliwość wykonania świadczeń spowodowane są strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, atakami terroru, siłą wyższą, pod pojęciem której rozumie się w szczególności: trzęsienie ziemi, powódź, huragan, pożar lasu, a także z powodu awarii lub braku urządzeń telekomunikacyjnych oraz nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne opóźnienia zaistniałe z przyczyn zewnętrznych niezależnych od Ubezpieczyciela (w tym zjawisk meteorologicznych, ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych), mogących powodować niedyspozycyjność usługodawców realizujących dane świadczenia.

Tabela świadczeń i limitów.
§14

Świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe/ wniosek ubezpieczonego	Limit na zdarzenie
Konsultacja telefoniczna z lekarzem	wniosek Ubezpieczonego	bez limitu
Medyczna Platforma Informacyjna	wniosek Ubezpieczonego	bez limitu
Wizyta lekarza pierwszego kontaktu	Nieszczęśliwy wypadek	1 wizyta
Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego	Nieszczęśliwy wypadek	3 wizyty
Transport do placówki medycznej	Nagle zachorowanie Nieszczęśliwy wypadek	1 transport
Transport z placówki medycznej do miejsca zamieszkania/ miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego zlokalizowanego na terytorium RP	Nagle zachorowanie Nieszczęśliwy wypadek	1 transport

Obowiązki Ubezpieczonego.
§15

1. W razie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu zobowiązany jest:
 - 1) przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie bezwzględnie i niezwłocznie zgłosić telefonicznie prośbę o pomoc do Centrum Alarmowego nr telefonu 22 575 92 10;
 - 2) dokładnie wyjaśnić pracownikowi Centrum Alarmowego Assistance okoliczności, w jakich Ubezpieczony się znajduje, jakiej pomocy potrzebuje oraz podać niezbędne informacje o ubezpieczeniu tj.:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - b) nr telefonu, pod którym Centrum Alarmowe może skontaktować się z Ubezpieczonym bądź jego przedstawicielem, ustawowym opiekunem lub rodzicem,
 - c) numer PESEL Ubezpieczonego.
 - 3) umożliwić lekarzom Centrum Alarmowego dostęp do wszystkich informacji medycznych,
 - 4) stosować się do zaleceń Centrum Alarmowego, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw,
 - 5) umożliwić Centrum Alarmowemu dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania szkody, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień.
2. Kontakt z Centrum Alarmowym i uzyskanie gwarancji pokrycia kosztów świadczeń przewidzianych w SWU jest warunkiem przyjęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

Postępowanie reklamacyjne

§16

1. Przedmiot i zakres - postępowanie odnosi się do wszystkich reklamacji i zapytań dotyczących działalności Ubezpieczyciela (w tym także Centrum Alarmowego) świadczonej w ramach niniejszego SWU, zgłaszanych przez Ubezpieczonych.
2. W każdym przypadku osoba zainteresowana może wnosić skargi i zażalenia oraz odwołania od wydanych decyzji do Ubezpieczyciela.
3. Reklamacje i zapytania powinny zostać przesłane do Działu Jakości Ubezpieczyciela na adres:
Inter Partner Assistance Polska SA
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
4. Przesłane przez Ubezpieczonego reklamacje i zapytania powinny zawierać następujące dane:
 - adres korespondencyjny lub adres e-mail pod który należy skierować odpowiedź,
 - przedmiot oraz okoliczności uzasadniające zgłoszenie,
 - oczekiwane działania.
5. Reklamacje są rozpatrywane niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni od daty ich otrzymania przez Ubezpieczyciela. W przypadku jeżeli rozpatrzenie reklamacji jest niemożliwe we wspomnianym w zdaniu poprzedzającym terminie 30 dni, Ubezpieczyciel niezwłocznie poinformuje o tym wnoszącego reklamację oraz poinformuje go o przyczynach opóźnienia i przewidywanym terminie udzielenia odpowiedzi.
6. Odpowiedź na zgłoszoną reklamację zostanie przesłana na adres korespondencyjny lub adres e-mail wskazany przez Ubezpieczonego.
7. Jeżeli do rozpatrzenia reklamacji lub zapytania konieczne będzie uzyskanie dodatkowych informacji albo dokumentów, Ubezpieczony dostarczy brakujące dane na prośbę Ubezpieczyciela. W takiej sytuacji termin odpowiedzi liczony będzie od momentu uzyskania przez Ubezpieczyciela wszystkich niezbędnych informacji albo dokumentów.

Postanowienia końcowe

§17

Do wysokości poniesionych przez Ubezpieczyciela kosztów świadczeń assistance, o których mowa w paragrafach powyższych, Ubezpieczyciel przejmuje prawa Ubezpieczonego do działań wobec osób odpowiedzialnych za spowodowanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§18

1. Dla umowy ubezpieczenia, do której mają zastosowanie niniejsze SWU, właściwym jest prawo polskie.
2. Roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia mogą być dochodzone na drodze postępowania sądowego.
3. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.