

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA



dla klientów indywidualnych

Spis treści

§ 1. Definicje ogólne.....	2
§ 2. Definicje szczegółowe świadczeń	3
§ 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia.....	4
§ 4. Ograniczenia odpowiedzialności	4
§ 5. Zawarcie umowy ubezpieczenia.....	5
§ 6. Czas trwania umowy ubezpieczenia	5
§ 7. Odstąpienie i wypowiedzenie umowy ubezpieczenia	6
§ 8. Świadczenia	6
§ 9. Suma ubezpieczenia	8
§ 10. Składka.....	8
§ 11. Prawa i obowiązki stron	8
§ 12. Skargi i zażalenia	9
§ 13. Postanowienia końcowe	10

§ I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (zwanymi dalej OWU), Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. z siedzibą w Gdyni, nr KRS 0000362027 (zwane dalej Towarzystwo Ubezpieczeń) zawiera umowy ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na cudzy rachunek Ubezpieczonych, określonych w umowie ubezpieczenia lub w polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia, którzy nie muszą być imiennie wskazani w umowie.
3. W umowie zawartej na cudzy rachunek postanowienia dotyczące Ubezpieczającego stosuje się odpowiednio do Ubezpieczonego.
4. Za zgodą stron do umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone dodatkowe postanowienia odbiegające od niniejszych OWU, które mają pierwszeństwo przed zapisami OWU. Dodatkowe postanowienia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
5. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.

Co oznaczają określenia użyte w tym dokumencie?

§ I. DEFINICJE OGÓLNE

Przez użyte w niniejszych OWU pojęcia rozumie się:

- 1) **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego w wieku do 18 lat, lub do 26 lat, jeżeli pozostaje z Ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym;
- 2) **Górna granica odpowiedzialności – GGO** - wskazany dla każdej usługi medycznej limit świadczenia, stanowiący określony w Katalogu Świadczeń % sumy ubezpieczenia, wypłacany Ubezpieczonemu, osobie lub podmiotowi przez niego wskazanemu. Świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu jedynie za zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w wybranym przez Ubezpieczającego wariantcie ubezpieczenia;
- 3) **24 h Infolinia Medyczna** – usługa działająca 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, dzięki której Ubezpieczony może umówić lub potwierdzić termin wizyt lekarskich, badań diagnostycznych i zabiegów leczniczych, tj. zrealizować świadczenie medyczne;
- 4) **Karta ubezpieczenia** – dokument potwierdzający uprawnienia Ubezpieczonego do bezgotówkowego korzystania z usług medycznych na zasadach opisanych w niniejszych OWU. Karta Ubezpieczenia jest ważna z zaopatrzonym w zdjęcie dokumentem określającym tożsamość Ubezpieczonego (w szczególności dowód osobisty, paszport, prawo jazdy, legitymacja szkolna);

- 5) **Katalog Świadczeń** – lista świadczeń przysługujących Ubezpieczonemu w ramach wybranego wariantu ubezpieczenia, stanowiący Zał. nr I do niniejszych OWU;
- 6) **Partner** – niespokrewniona osoba dorosła pozostająca we wspólnym gospodarstwie domowym z Ubezpieczonym.
- 7) **Placówka Medyczna** – każdy działający zgodnie z prawem podmiot leczniczy, udzielający usług medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 8) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem Ubezpieczeń;
- 9) **Rodzina** – to dwie osoby dorosłe pozostające w związku małżeńskim lub partnerskim, lub dwie osoby dorosłe pozostające w związku małżeńskim lub partnerskim oraz dzieci własne lub przysposobione, lub jedna osoba dorosła z dziećmi własnymi lub przysposobionymi. Za rodzinę przyjmuje się również rodzinę zastępczą spokrewnioną lub niespokrewnioną, za wyjątkiem rodzin zastępczych niespokrewnionych zawodowych.
- 10) **Suma ubezpieczenia** – określony dla danego wariantu ubezpieczenia limit odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń z tytułu wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych, zrealizowanych bez pośrednictwa 24 h Infolinii Medycznej. Kwota sumy ubezpieczenia jest wskazana w polisie;
- 11) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacenia składki;
- 12) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia;
- 13) **Usługa medyczna** – porada lekarska, wykonanie badań diagnostycznych, zabiegu operacyjnego, pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i inne działania, w tym zakup produktów i materiałów służących zachowaniu, utrzymaniu i poprawie zdrowia opisane w Katalogu Świadczeń;
- 14) **Wariant ubezpieczenia** – wybrany przez Ubezpieczającego zakres świadczeń przysługujący Ubezpieczonemu w ramach posiadanej ochrony ubezpieczeniowej;
- 15) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – choroba Ubezpieczonego wymagająca wykonania przez placówkę medyczną usługi służącej przywróceniu, zachowaniu, poprawie zdrowia lub zapobieżeniu pogorszeniu stanu zdrowia.

§ 2. DEFINICJE SZCZEGÓŁOWE ŚWIADCZEŃ

1. **Świadczenie medyczne** – udzielenie Ubezpieczonemu usługi medycznej określonej w Katalogu Świadczeń dla wybranego wariantu ubezpieczenia, której termin i miejsce wykonania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazuje konsultant 24 h Infolinii Medycznej, lub której wykonanie jest potwierdzane telefonicznie Ubezpieczonemu lub bezpośrednio pracownikowi placówki medycznej przez konsultanta 24 h Infolinii Medycznej.
2. **Świadczenie pieniężne** – świadczenie w wysokości ograniczonej przez GGO, wypłacane w PLN Ubezpieczonemu, osobie lub podmiotowi przez niego wskazanemu z tytułu wystąpienia w życiu

Ubezpiezonego zdarzenia ubezpieczeniowego, określonego w Katalogu Świadczeń dla wybranego wariantu ubezpieczenia;

Co mi daje ubezpieczenie?

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpiezonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje następujące świadczenia, których udzielenie jest uzasadnione stanem zdrowia Ubezpiezonego:
 - 1) **medyczne** tj. udostępnienie Ubezpieczonym bezgotówkowej realizacji usług medycznych, określonych w Katalogu Świadczeń dla wybranego przez Ubezpieczającego wariantu ubezpieczenia, w Placówkach Medycznych wskazanych przez Konsultanta 24 h Infolinii Medycznej;
 - 2) **pieniężne** tj. wypłata świadczenia w PLN z tytułu wystąpienia w życiu Ubezpiezonego określonego w wybranym wariantcie zdarzenia ubezpieczeniowego.

Kiedy nie mogę skorzystać z usług medycznych?

§ 4. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe spowodowane:
 - 1) wprowadzeniem i występowaniem stanu wyjątkowego, stanu wojennego, wojny lub działań wojennych;
 - 2) wadą fizyczną lub psychiczną ujawnioną przed I rokiem życia spowodowaną m.in. chorobami genetycznymi, wcześniactwem lub uszkodzeniem okołoporodowym;
 - 3) spożyciem przez Ubezpiezonego alkoholu, środków odurzających lub uzależniających,
 - 4) stanem zdrowia, którego objawy wystąpiły, lub były leczone przed zawarciem umowy ubezpieczenia i nie zostały zgłoszone, lub zostały zgłoszone niezgodnie z prawdą do Towarzystwa Ubezpieczeń przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jeżeli Towarzystwo Ubezpieczeń o nie wyraźnie pytało i mogłyby one wpłynąć na decyzję o zawarciu umowy ubezpieczenia, lub na decyzję o warunkach zawartej umowy.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły w czasie trwania karencji.
3. Karencja jest to okres, w którym Ubezpieczonemu nie przysługuje świadczenie określone w wybranym wariantcie ubezpieczenia, rozpoczynający się wybraną datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpiezonego,
4. Karencja dla poszczególnych świadczeń jest opisana w Katalogu Świadczeń.
5. Karencja nie obowiązuje w przypadku kontynuacji umowy ubezpieczenia w kolejnym roku w takim samym, lub mniejszym zakresie.

Kiedy i jak można się ubezpieczyć?

§ 5. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz osoby, która nie ukończyła 65 roku życia.
2. W przypadku dzieci, które nie ukończyły 7 roku życia istnieje możliwość zawarcia umowy ubezpieczenia wyłącznie wówczas, gdy przynajmniej jedno z rodziców lub opiekunów prawnych jest objęte ochroną ubezpieczeniową.
3. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na podstawie wniosku Ubezpieczającego przekazanego Towarzystwu Ubezpieczeń.
4. Wniosek zawiera następujące dane:
 - 1) imię, nazwisko lub nazwę i adres Ubezpieczającego, nr PESEL - jeżeli Ubezpieczający jest osobą fizyczną, nr KRS - jeżeli Ubezpieczający jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego, nr NIP;
 - 2) imię i nazwisko, adres Ubezpieczonych, daty urodzenia, nr PESEL lub nr paszportu, nr telefonu i adres e-mail, stopień powinowactwa/pokrewieństwa Ubezpieczonych w przypadku ochrony ubezpieczeniowej w opcji partnerskiej i rodzinnej;
 - 3) wariant ubezpieczenia;
 - 4) okres ubezpieczenia;
5. Towarzystwo Ubezpieczeń może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia i stylu życia osoby, która ma być Ubezpieczona.
6. Zawarcie umowy ubezpieczenia jest potwierdzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń przekazaniem polisy Ubezpieczającemu w uzgodniony z Ubezpieczającym sposób, umożliwiający zapoznanie się z jej treścią i akceptację jej zapisów.
7. Informacja o wybranym wariantcie i opcji ubezpieczenia jest umieszczona w polisie ubezpieczeniowej.

Kiedy można rozpocząć korzystanie ze świadczeń?

§ 6. CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Za początek okresu ubezpieczenia uważa się datę uzgodnioną przez strony w umowie ubezpieczenia i podaną w polisie.
2. Ochrona ubezpieczeniowa dla określonych świadczeń rozpoczyna się w momencie wskazanym w polisie ubezpieczeniowej, jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż po upływie okresów karencji dla określonych świadczeń oraz nie wcześniej niż dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.
3. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na okres jednego roku (12 miesięcy), z zastrzeżeniem ust.4.

4. Okres obowiązywania umowy zostaje automatycznie przedłużony o kolejny rok ubezpieczeniowy (12 miesięcy), jeżeli umowa nie zostanie pisemnie wypowiedziana przez Ubezpieczającego lub przez Towarzystwo Ubezpieczeń, na co najmniej 30 dni przed upływem terminu jej obowiązywania.

Kiedy kończy się ubezpieczenie?

§ 7. ODSTĄPIENIE I WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo Ubezpieczeń udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
2. Niezapłacenie składki lub kolejnej raty składki mimo uprzedniego wezwania Ubezpieczającego do jej zapłaty w terminie nie krótszym niż 7 dni, uprawnia Towarzystwo Ubezpieczeń do wypowiedzenia umowy, z zachowaniem 7 dniowego terminu wypowiedzenia, przy czym nie zwalnia to Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo Ubezpieczeń udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania z zachowaniem 7 dniowego terminu wypowiedzenia i ze skutkiem na ostatni dzień okresu, za który opłacona została składka lub rata składki.

Kiedy mogę iść się leczyć? Jak uzyskać świadczenie pieniężne?

§ 8. ŚWIADCZENIA

1. Ubezpieczonemu przysługują następujące świadczenia, uzasadnione z medycznego punktu widzenia, objęte wybranym wariantem ubezpieczenia opisane w Katalogu Świadczeń:
 - a. w formie udostępnienia bezgotówkowej realizacji usług medycznych, świadczenie medyczne realizowane za pośrednictwem 24 h Infolinii Medycznej;
 - b. wypłaty świadczenia w wysokości ograniczonej przez GGO tj świadczenia pieniężnego;
2. Jeżeli Ubezpieczony umówił wykonanie usługi medycznej za pośrednictwem 24 h Infolinii Medycznej i zrealizował ją w Placówce Medycznej wskazanej przez jej konsultanta, lub zgłosił termin i miejsce wykonania 24 h Infolinii Medycznej po samodzielnym umówieniu, nie ponosi żadnych dodatkowych kosztów tej usługi, świadczenie jest realizowane bezgotówkowo, chyba, że zapisy Katalogu Świadczeń stanowią inaczej i dana usługa nie jest objęta wybranym wariantem ubezpieczenia.
3. Jeżeli Ubezpieczony zrezygnuje z bezgotówkowej realizacji usług medycznych, może uzyskać świadczenie w wysokości ograniczonej przez GGO. W takim przypadku, w celu potwierdzenia zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony ma obowiązek przesłać do Towarzystwa Ubezpieczeń oryginał lub czytelną kopię faktury/rachunku wystawionych w związku wykonaniem usługi medycznej, wraz z wypełnionym

dokumentem „Wniosek o wypłatę świadczenia” sporządzonym na formularzu Towarzystwa Ubezpieczeń dostępnym na stronie www.tuzdrowie.pl.

4. W celu uzyskania świadczenia pieniężnego w trybie on – line w podmiocie posiadającym dostęp do systemu przyznawania świadczeń on-line, konieczne jest podpisanie i zaakceptowanie przez Ubezpieczonego dokumentu „Druk otrzymania świadczenia” sporządzonego na formularzu Towarzystwa Ubezpieczeń.
5. W celu uzyskania świadczenia pieniężnego w trybie on – line lub świadczenia medycznego w Placówce Medycznej wskazanej przez 24h Infolinię Medyczną, konieczne jest przedstawienie przez Ubezpieczonego wystawionej na niego Karty Ubezpieczenia oraz opatrzonego zdjęciem dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
6. W przypadku konieczności skorzystania z usług medycznych opisanych w Katalogu Świadczeń, jako usługi wymagające zgody Konsultanta Medycznego na ich wykonanie bezgotówkowe w ramach ochrony ubezpieczeniowej, w celu uzyskania tej zgody Ubezpieczony ma obowiązek przesłania do Towarzystwa Ubezpieczeń skierowania na dane badanie diagnostyczne, zabieg lub inną usługę na adres e-mail: ubezpieczenia@tuzdrowie.pl lub jako MMS na numer 723 444 999 .
7. W przypadku opisanym w ust. 1a i ust. 6 w ciągu 1 dnia roboczego Towarzystwo Ubezpieczeń może wystąpić do Ubezpieczonego z prośbą o przesłanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów medycznych, potwierdzających uzasadnioną medycznie konieczność i bezpieczeństwo przeprowadzenia takich usług lub o poddanie się badaniu lekarskiemu, wykonanemu przez wskazanego przez Towarzystwo Ubezpieczeń specjalistę w danej dziedzinie medycznej. Koszty takiego badania lekarskiego ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.
8. W przypadku, o którym mowa w ust. 7 Towarzystwo Ubezpieczeń jest zobowiązane do wydania decyzji w ciągu 2 dni roboczych od dnia uzyskania dodatkowych dokumentów lub przeprowadzenia badania lekarskiego.
9. W przypadku opisanym w ~~ust. 1b~~ i ust. 3 Towarzystwo Ubezpieczeń może wystąpić do Ubezpieczonego o przekazanie dodatkowych informacji lub dokumentacji medycznej koniecznej do ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia. Ubezpieczony zostanie poinformowany o tych wymogach w ciągu 4 dni roboczych od momentu otrzymania korespondencji na podany we wniosku numer telefonu lub/i adres e-mail.
10. W przypadku, o którym mowa w ust. 9 Towarzystwo Ubezpieczeń jest zobowiązane do wydania decyzji w ciągu 2 dni roboczych od dnia uzyskania dodatkowych informacji lub uzyskania innej koniecznej dokumentacji.
11. Przyznane świadczenie pieniężne w wysokości ograniczonej przez GGO zostanie przesłane na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego i podany w dokumencie „Wniosek o wypłatę świadczenia” lub „Druk otrzymania świadczenia”.
12. Szczegółowe informacje dotyczące procedur uzyskiwania świadczeń ubezpieczeniowych są opisane w Katalogu Świadczeń dla każdego zakresu świadczeń.
13. Decyzja Towarzystwa Ubezpieczeń o odmowie lub zmniejszeniu wysokości świadczenia wraz z uzasadnieniem zostanie doręczona Ubezpieczonemu lub przekazana na piśmie listem poleconym, na adres korespondencyjny

Ubezpieczonego lub na podany we wniosku adres e-mail w ciągu 4 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia lub wydania decyzji opisanej w ust. 8 lub 10.

§ 9. SUMA UBEZPIECZENIA

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

Jak oblicza się składkę za ubezpieczenie?

§ 10. SKŁADKA

1. Składkę ubezpieczeniową oblicza się po dokonaniu oceny ryzyka na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, lub w dniu przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej na kolejny okres.
2. Składka może być wyższa od składki wykazanej w taryfie ze względu na czynniki zwiększające ryzyko medyczne Ubezpieczonego takie, jak stan zdrowia, styl życia, wykonywany zawód.
3. Składka płatna jest we wnioskowanej przez Ubezpieczającego częstotliwości rat: miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie.
4. Obowiązek zapłaty składki obciąża Ubezpieczającego.
5. Składkę lub pierwszą ratę składki należy zapłacić na min. 5 dni przed wybraną datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
6. Terminy płatności kolejnych rat składki i ich wysokość określone są w polisie. Składkę lub ratę składki należy uiszczać na wskazany w polisie rachunek bankowy Towarzystwa Ubezpieczeń.
7. Jeżeli zapłata składki dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za datę zapłaty uważa się dzień złożenia polecenia zapłaty w banku lub urzędzie pocztowym na właściwy rachunek bankowy Towarzystwa Ubezpieczeń.

Do czego ma prawo Towarzystwo Ubezpieczeń, a do czego Ubezpieczony

§ 11. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa Ubezpieczeń wszystkie znane sobie okoliczności, o które pytano we wniosku, albo o które zapytania były skierowane do niego w innej formie. Jeżeli Towarzystwo Ubezpieczeń zawarło umowę ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego na poszczególne pytania; pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać Towarzystwu Ubezpieczeń wszelkie informacje, które są wymagane w celu stwierdzenia uprawnienia do przyznania świadczenia.

3. Towarzystwo Ubezpieczeń jest zwolnione z obowiązku przyznania świadczenia w przypadku, gdy Ubezpieczający lub Ubezpieczony z naruszeniem obowiązków podanych w ust. 1 – 2, podali okoliczności lub informacje nieprawdziwe.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ma prawa odmówić przyznania świadczenia, jeżeli zawarło umowę ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na pytanie zadane we wniosku lub innych dokumentach, a zdarzenie ubezpieczeniowe związane jest z pytaniami, na które nie udzielono odpowiedzi
5. Ubezpieczający lub Ubezpieczony mają prawo wglądu do dokumentacji Towarzystwa Ubezpieczeń dotyczącej zawarcia umowy ubezpieczenia i ustalenia prawa do świadczeń oraz sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii z tej dokumentacji.
6. Towarzystwo Ubezpieczeń jest obowiązane:
 - 1) doręczyć Ubezpieczającemu tekst OWU, Katalog Świadczeń,
 - 2) wydać Ubezpieczającemu polisę oraz Kartę Ubezpieczenia,
 - 3) udostępnić Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności i zakresu świadczenia,
 - 4) przedstawić Ubezpieczającemu, w formie pisemnej pod rygorem nieważności, różnice między postanowieniami umowy ubezpieczenia, a OWU. Zapis nie ma zastosowania w przypadku umów zawieranych w drodze negocjacji, potwierdzonych umową ubezpieczenia lub/i polisą podpisaną przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Ubezpieczającego.

§ 12. SKARGI I ZAŻALENIA

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

§ 13. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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

Niniejsze OWU o kodzie OWU/07/2013 zostały przyjęte na mocy uchwały Zarządu UZ/35/2013 dnia 18.11.2013 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia obowiązujących po tym dniu.



Przewodnicząca Zarządu
Xenia Kruszevska



Członek Zarządu
Piotr Błażejczyk