



POLISA ŚWIAT ZDROWIA

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Grupowego

OWU/06/2025

Spis treści

Ogólne Warunki Ubezpieczenia POLISA ŚWIAT ZDROWIA.....	3
§ 1. Postanowienia ogólne.....	4
§ 2. Definicje.....	4
§ 3. Przedmiot ubezpieczenia.....	5
§ 4. Zakres ubezpieczenia.....	5
§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności.....	5
§ 6. Świadczenia	5
§ 7. Zawarcie umowy ubezpieczenia	6
§ 8. Czas trwania ochrony ubezpieczeniowej	6
§ 9. Odstąpienie, wypowiedzenie i rozwiązanie umowy ubezpieczenia	6
§ 10. Suma ubezpieczenia	7
§ 11. Składka.....	7
§ 12. Prawa i obowiązki stron	7
§ 13. Informacje o wynagrodzeniu osób dystrybujących ubezpieczenia.....	8
§ 14. Reklamacje, skargi i odwołania	8
§ 15. Postanowienia końcowe	10

Ogólne Warunki Ubezpieczenia POLISA ŚWIAT ZDROWIA

Poniżej znajdziesz numery paragrafów Ogólnych Warunków Ubezpieczenia POLISA ŚWIAT ZDROWIA, które odnoszą się do kwestii wymienionych w nazwach sekcji. Informujemy o tym zgodnie z art. 17 ustawy z 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. poz. 1844).

l.p.	sekcja	postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1.	Przesłanki, które zobowiązują nas do wypłaty świadczeń	§ 2 pkt 5, 16, 20, 21, 22 § 4 § 6 § 8 ust. 1
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia naszej odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 pkt 2, 4, 15 § 5 § 6 ust. 2 § 8 ust. 1 § 12

O czym jest ten dokument?

§ 1. Postanowienia ogólne

1. Te Ogólne Warunki Ubezpieczenia (dalej: OWU), określają zasady, na podstawie których Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. (dalej: TU ZDROWIE) z siedzibą w Gdyni zawiera umowy ubezpieczenia zdrowotnego z osobami kupującymi ubezpieczenie (Ubezpieczającymi). Warunki te są częścią każdej umowy ubezpieczenia, chyba że potwierdzająca jej zawarcie polisa określa inne zasady.
2. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć na rachunek osoby trzeciej, czyli na rzecz innej osoby. Osoba taka będzie wówczas Ubezpieczonym i to jej będą przysługiwały świadczenia ubezpieczeniowe. Takich osób może być więcej niż jedna w przypadku jednej umowy ubezpieczenia.
3. Przy zawieraniu umowy na rzecz innej osoby, Ubezpieczający ma obowiązek przekazać Ubezpieczonemu OWU, Katalog Świadczeń i wszystkie inne ważne informacje o ubezpieczeniu, w tym również o zmianach warunków umowy oraz rozwiązaniu umowy z TU ZDROWIE. Należy to zrobić zanim ta osoba przystąpi do ubezpieczenia, zgodzi się na ochronę lub na finansowanie składki – w zależności od tego, co nastąpi pierwsze.
4. W umowie ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek zasady dotyczące Ubezpieczającego obowiązują odpowiednio także Ubezpieczonemu.
5. Jeśli strony się zgodzą, mogą dodać do umowy ubezpieczenia inne postanowienia niż wymienione w OWU. Takie dodatkowe postanowienia będą ważniejsze niż postanowienia OWU i muszą być ustalone na piśmie.
6. W sprawach, których nie opisują te OWU, stosujemy przepisy prawa obowiązujące w Polsce.

Co oznaczają określenia użyte w tym dokumencie?

§ 2. Definicje

W tych OWU następujące słowa lub określenia oznaczają:

- 1) **dziecko** - własne lub przysposobione dziecko Głównego Ubezpiezonego lub jego Partnera, które nie ukończyło 26 lat
- 2) **górną granicą odpowiedzialności (GGO)** - maksymalna kwota świadczenia pieniężnego, którą wypłacimy za daną usługę medyczną zgodnie z Katalogiem Świadczeń;
- 3) **infolinia medyczna** - infolinia (czynna 24h, 7 dni w tygodniu), przez którą można umówić, potwierdzić lub odwołać termin usługi medycznej. Jej aktualny numer jest na stronie internetowej TU ZDROWIE;
- 4) **karencja** - okres, w którym nie można korzystać z wybranych świadczeń z ubezpieczenia. Karencję liczy się od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Czas karencji dla każdej usługi określony jest w Katalogu Świadczeń. Karencja nie obowiązuje, jeśli umowa kontynuowana jest na kolejny okres w tym samym lub węższym zakresie;
- 5) **Katalog Świadczeń** - usługi medyczne, które otrzymasz w ramach ubezpieczenia;
- 6) **Klient** - osoba fizyczna, która jest Ubezpieczającym, Ubezpieczonym albo inną osobą uprawnioną do

świadczeń ubezpieczeniowych na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej z TU ZDROWIE;

- 7) **opcja partnerska** – wersja ubezpieczenia, w ramach której można zawrzeć umowę ubezpieczenia dla Głównego Ubezpiezonego i Partnera albo Głównego Ubezpiezonego i dziecka, w tym samym wariantcie ubezpieczenia;
- 8) **opcja rodzinna** - wersja ubezpieczenia, w ramach której można zawrzeć umowę ubezpieczenia dla Głównego Ubezpiezonego i Ubezpieczonych (Partner, dziecko) bez względu na liczbę dzieci, w tym samym wariantcie ubezpieczenia;
- 9) **Partner** - osoba niespokrewniona z Głównym Ubezpieczonym, która prowadzi z nim wspólne gospodarstwo domowe i ma co najmniej 18 lat. Dla Głównego Ubezpiezonego i Partnera można zawrzeć umowę ubezpieczenia w opcji partnerskiej;
- 10) **placówka medyczna** - podmiot medyczny, który prowadzi działalność leczniczą zgodnie z prawem i świadczy usługi medyczne w Polsce;
- 11) **polisa** - dokument, który potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia między Ubezpieczającym a TU ZDROWIE;
- 12) **reklamacja** - zgłoszenie przez Klienta zastrzeżeń dotyczących usług świadczonych przez TU ZDROWIE;
- 13) **rocznica polisy** - każda kolejna rocznica wskazanego w polisie dnia, w którym rozpoczęła się ochrona ubezpieczeniowa;
- 14) **rok ubezpieczeniowy** - 12 kolejnych miesięcy trwania ochrony ubezpieczeniowej, liczonych od daty jej rozpoczęcia lub od rocznicy polisy;
- 15) **senior** - ojciec, matka, macocha lub ojczym Ubezpiezonego. W przypadku posiadania zarówno biologicznej matki i macochy albo biologicznego ojca i ojczyma, Ubezpieczony może wskazać do ochrony tylko jedną z tych osób;
- 16) **suma ubezpieczenia** - maksymalna kwota, jaką TU ZDROWIE wypłaci w ramach świadczeń pieniężnych;
- 17) **świadczenie ubezpieczeniowe** - zorganizowanie i pokrycie kosztów usługi medycznej (świadczenie rzeczowe) albo zwrot kosztów usługi medycznej do wysokości określonej dla refundacji cennikowej lub procentowej (świadczenie pieniężne);
- 18) **Ubezpieczający** - osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna, która zawiera umowę ubezpieczenia i płaci składkę ubezpieczeniową;
- 19) **Ubezpieczony** - osoba fizyczna, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczony sam zawiera umowę ubezpieczenia, to jest wówczas jednocześnie Ubezpieczonym i Ubezpieczającym.
- 20) **Główny Ubezpieczony** – Ubezpieczony, który decyduje, kogo obejmie ochrona ubezpieczeniowa w ramach opcji partnerskiej lub rodzinnej;
- 21) **usługa medyczna** - świadczenie zdrowotne, które placówka medyczna wykonuje dla Ubezpiezonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Obejmuje to: porady lekarskie, badania, operacje, zabiegi ambulatoryjne i rehabilitacyjne, a także inne działania, które mają zdrowie przywrócić, poprawić, zachować lub

zapobiec pogorszeniu stanu zdrowia, albo służyć profilaktyce. Za usługę medyczną uznajemy też świadczenie z zakresu medycyny pracy, wymagane przez przepisy dotyczące danego stanowiska. Świadczenia z zakresu medycyny pracy mogą dotyczyć Ubezpieczonego, pracowników Ubezpieczającego oraz kandydatów do pracy u Ubezpieczającego;

22) **wariant ubezpieczenia** - zakres usług medycznych, z których można korzystać w ramach ubezpieczenia wybranego przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, wskazany w Katalogu Świadczeń i potwierdzony polisą;

23) **zdarzenie ubezpieczeniowe** - choroba lub inny problem zdrowotny, powstałe w okresie ochrony ubezpieczeniowej. Jeśli taka choroba lub inny problem zdrowotny wymagają z medycznego punktu widzenia wykonania usług medycznych opisanych Katalogu Świadczeń mieszczących się w zakresie ubezpieczenia, z którego korzysta Ubezpieczony, Ubezpieczony może skorzystać z przewidzianych w ramach tej ochrony świadczeń ubezpieczeniowych.

24) **refundacja cennikowa** – świadczenie pieniężne, w ramach którego można uzyskać zwrot kosztów za usługi medyczne na podstawie cennika refundacji, do wysokości GGO i Sumy ubezpieczenia;

25) **refundacja procentowa** - świadczenie pieniężne, w ramach którego można uzyskać zwrot kosztów za usługi medyczne na podstawie przysługującego procentu zwrotu, do wysokości limitu refundacji i sumy ubezpieczenia;

26) **limit refundacji** – maksymalna kwota zwrotu kosztów za usługi medyczne przypadająca na okres refundacji, którą wypłacimy za usługę medyczną zgodnie z Katalogiem Świadczeń. Limit refundacji, który nie został wykorzystany w danym okresie refundacji, nie przechodzi na następny Okres Refundacji.

27) **okres refundacji** - określony okres, wskazany w Katalogu Świadczeń, w którym obowiązuje Limit Refundacji.

Co obejmuje ubezpieczenie?

§ 3. Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4. Zakres ubezpieczenia

1. Jeśli w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej wystąpi zdarzenie ubezpieczeniowe, Ubezpieczony ma prawo do świadczeń ubezpieczeniowych określonych w umowie, o ile są one uzasadnione medycznie.
2. Zakres ubezpieczenia można znaleźć w polisie, umowie ubezpieczenia, OWU i w Katalogu Świadczeń.

Kiedy nie mogę skorzystać ze świadczeń?

§ 5. Ograniczenia odpowiedzialności

1. TU ZDROWIE nie odpowiada za zdarzenia ubezpieczeniowe, które powstały w wyniku:

- 1) wprowadzenia lub trwania stanu wyjątkowego, stanu wojennego, stanu klęski żywiołowej, wojny lub działań wojennych,
 - 2) udziału Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, strajkach, zamieszkach, rozruchach, nielegalnych zgromadzeniach,
 - 3) popełnienia lub próby popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa, przestępstwa skarbowego, wykroczenia lub wykroczenia skarbowego
 - 4) celowego spowodowania naruszenia czynności narządu ciała, rozstroju zdrowia lub zagrożenia życia przez Ubezpieczonego,
 - 5) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających, psychoaktywnych nieprzepisanych przez lekarza lub uzależniających,
 - 6) wad fizycznych lub psychicznych ujawnionych przed ukończeniem 1 roku życia, jeśli są spowodowane chorobami genetycznymi, wcześniactwem lub uszkodzeniem okołoporodowym,
 - 7) stanu zdrowia, którego objawy wystąpiły lub były leczone przed zawarciem umowy, a nie zostały zgłoszone lub zostały zgłoszone niezgodnie z prawdą do TU ZDROWIE przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jeśli TU ZDROWIE o nie wyraźnie pytało i mogły mieć wpływ na decyzję o zawarciu umowy ubezpieczenia lub jej warunki.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:
- 1) usług medycznych związanych z diagnozowaniem lub leczeniem niepłodności lub zaburzeń płodności,
 - 2) usług medycznych związanych ze zmianą płci,
 - 3) usług medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej lub kosmetyki,
 - 4) usług medycznych, które nie były uzasadnione medycznie, w tym odnośnie do częstotliwości ich świadczenia,
 - 5) usług medycznych, które nie zostały wymienione w Katalogu Świadczeń.

3. TU ZDROWIE nie odpowiada za usługi medyczne, które zostały wykonane w okresie karencji, jeśli taki okres jest wskazany w Katalogu Świadczeń.
4. TU ZDROWIE może odmówić pokrycia kosztu usługi medycznej, jeśli została ona wykonana bez wymaganej zgody lub skierowania.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie zapłaci w terminie pełnej raty składki za wszystkich Ubezpieczonych, prawa do korzystania ze świadczeń rzeczowych mogą zostać zawieszone do czasu całkowitego uregulowania zaległości. Następnego dnia po uregulowaniu zaległości uprawnienia zostaną przywrócone.

Jak mogę skorzystać ze świadczenia?

§ 6. Świadczenia

1. Ubezpieczony może otrzymać świadczenie rzeczowe, w następujących przypadkach:
 - 1) jeśli samodzielnie umówi wykonanie usługi medycznej online przez narzędzie wskazane przez TU ZDROWIE lub

- 2) jeśli umówi wykonanie usługi medycznej przez infolinię medyczną i zrealizuje ją w placówce medycznej wskazanej przez opiekuna
lub
 - 3) jeśli samodzielnie umówi termin i miejsce wykonania usługi medycznej w placówce medycznej, która udostępnia taką możliwość, a następnie przed wykonaniem usługi zgłosi ten fakt infolinii, która potwierdziła jej realizację
lub
 - 4) jeśli uzyska w placówce medycznej potwierdzenie możliwości realizacji świadczenia od osoby rejestrującej, która zweryfikuje ważność ochrony ubezpieczeniowej za pośrednictwem Panelu Placówki na stronie www.tuzdrowie.pl, jeżeli placówka korzysta z tego panelu.
2. Ubezpieczony może uzyskać świadczenie pieniężne na warunkach i do wysokości określonej w Katalogu Świadczeń i potwierdzonych polisą. Aby je otrzymać, musi przesłać za pośrednictwem wniosku elektronicznego przez narzędzie wskazane przez TU ZDROWIE lub pocztą poniższe dokumenty:
 - 1) oryginał lub czytelną kopię imiennej faktury lub rachunku za zrealizowaną usługę medyczną, z nazwą usługi, jej ceną i danymi osoby, która skorzystała z usługi,
 - 2) prawidłowo wypełniony „Wniosek o wypłatę świadczenia”,
 - 3) kopię skierowania na usługę medyczną (jeśli jest wymagane w Katalogu Świadczeń),
 - 4) kopię bankowego potwierdzenia płatności, jeśli opłaty za usługę dokonano przelewem lub płatnością elektroniczną.
 3. TU ZDROWIE może poprosić Ubezpieczonego o dodatkowe informacje lub dokumenty, w tym dokumenty medyczne, aby ustalić prawo do świadczenia lub jego wysokość.
 4. Przed skorzystaniem z usługi medycznej w placówce medycznej, Ubezpieczony musi okazać dokument ze zdjęciem potwierdzający tożsamość.
 5. W celu realizacji usługi medycznej TU ZDROWIE może poprosić Ubezpieczonego:
 - 1) przed umówieniem wykonania usługi - o przesłanie skierowania – jego nieprzesłanie może skutkować brakiem możliwości skorzystania ze świadczenia ubezpieczeniowego,
 - 2) o przesłanie dodatkowych informacji lub dokumentów dotyczących leczenia lub skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badanie lekarskie do wskazanego przez TU ZDROWIE specjalisty w celu ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości; koszty takiego badania pokrywa TU ZDROWIE.
 6. Decyzja TU ZDROWIE o odmowie wypłaty świadczenia pieniężnego lub zmniejszeniu jego wysokości, wraz z uzasadnieniem, zostanie przesłana Ubezpieczonemu na piśmie lub zostanie udostępniona w aplikacji, jeżeli Ubezpieczony wybrał formę komunikacji za pośrednictwem aplikacji. Przyznane świadczenie będzie wypłacone przelewem na rachunek bankowy wskazany we „Wniosku o wypłatę świadczenia” w ciągu 30 dni od otrzymania dokumentów określonych w ust. 2.
 7. Szczegółowe informacje dotyczące realizacji świadczeń znajdują się w Katalogu Świadczeń.

Kiedy i jak można się ubezpieczyć?

§ 7. Zawarcie umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta na rzecz osoby, która nie ukończyła 70 lat. Ograniczenie wieku nie dotyczy Głównego Ubezpieczonego i seniora.
2. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć także w opcji rodzinnej lub partnerskiej.
3. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku Ubezpieczającego, złożonego na formularzu TU ZDROWIE, wypełnionego poprawnie i kompletnie.
4. TU ZDROWIE może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji dotyczących ryzyka ubezpieczeniowego, takich jak: wiek i zawód Głównych Ubezpieczonych, ich stan zdrowia, styl życia, narażenia zdrowotne związane z pracą oraz koszty realizacji świadczeń.
5. W przypadku propozycji zmiany warunków umowy ubezpieczenia w rocznicę polisy, TU ZDROWIE może wykorzystać dane o kosztach realizacji świadczeń do ustalenia nowej wysokości składki.
6. Jeśli TU ZDROWIE po ocenie ryzyka uzna, że jest ono podwyższone, może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia lub zaproponować inne warunki niż te wskazane we wniosku.
7. Potwierdzeniem zawarcia umowy ubezpieczenia jest polisa, którą TU ZDROWIE przekazuje Ubezpieczającemu w taki sposób, aby umożliwić jemu zapoznanie się z jej treścią. Umowa zostaje zawarta z dniem wystawienia polisy. Od tego dnia Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacania składki w sposób wskazany w polisie lub w umowie.

Kiedy mogę zacząć korzystać ze świadczeń?

§ 8. Czas trwania ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa, z uwzględnieniem karencji, zaczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, ale nie wcześniej niż od następnego dnia po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty w pełnej wysokości.
2. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na jeden rok ubezpieczeniowy, z zastrzeżeniem ustępu 3.
3. Okres obowiązywania umowy ubezpieczenia zostaje automatycznie przedłużony o kolejny rok ubezpieczeniowy, jeżeli Ubezpieczający nie wypowie umowy na piśmie zgodnie z § 9 OWU lub jeżeli TU ZDROWIE nie złoży propozycji nowych warunków ubezpieczenia na kolejny rok ubezpieczeniowy co najmniej 30 dni przed rocznicą polisy.

Kiedy kończy się ubezpieczenie?

§ 9. Odstąpienie, wypowiedzenie i rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia. Jeśli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, termin ten wynosi 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia. Odstąpienie od umowy nie zwalnia z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym TU ZDROWIE udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym momencie. Obowiązuje miesięczny okres wypowiedzenia, liczony od ostatniego dnia miesiąca, w którym TU ZDROWIE otrzymało oświadczenie o wypowiedzeniu. Wypowiedzenie nie zwalnia z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym TU ZDROWIE udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
 3. Po wypowiedzeniu umowy przez Ubezpieczającego, nową umowę można zawrzeć po upływie 6 miesięcy od zakończenia ochrony, chyba że TU ZDROWIE wyrazi zgodę na wcześniejsze zawarcie umowy.
 4. Jeśli składka lub jej rata nie zostanie opłacona w terminie albo zostanie opłacona w niepełnej wysokości, TU ZDROWIE wezwie Ubezpieczającego do zapłaty i wyznaczy dodatkowy 7-dniowy termin natę zapłatę. Brak zapłaty w wyznaczonym terminie uprawnia TU ZDROWIE do wypowiedzenia umowy ze skutkiem na koniec miesiąca, w którym upłynął dodatkowy termin. Nie zwalnia to Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres w którym TU ZDROWIE udzielało ochrony ubezpieczeniowej..
 5. TU ZDROWIE może wypowiedzieć umowę z następujących ważnych powodów:
 - 1) podjęta zostanie uchwała lub wydane prawomocne orzeczenie o likwidacji Ubezpieczającego, jeśli jest on osobą prawną lub jednostką organizacyjną,
 - 2) zmieniają się przepisy prawa, co uniemożliwi lub istotnie utrudni wykonywanie umowy ubezpieczenia,
 - 3) zmieniają się przepisy prawa lub ich interpretacja, co istotnie wpłynie na prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 4) w okresie obowiązywania umowy ujawnione zostaną okoliczności istotnie zmieniające prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym z tego powodu, że wystąpią zmiany dotyczące danych podanych przez Ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia, które to dane były podstawą ustalenia wysokości składki.
 6. W przypadkach wskazanych w ust. 5 pkt 1) i 2), wypowiedzenie ma skutek natychmiastowy.
 7. W przypadkach wskazanych w ust. 5 pkt 3) i 4) TU ZDROWIE najpierw musi zaproponować nową wysokość składki.
 8. Brak odpowiedzi Ubezpieczającego w ciągu 14 dni od otrzymania propozycji nowej składki oznacza zgodę na jej zmianę i nie wymaga podpisania aneksu do umowy.
 9. Brak zgody Ubezpieczającego upoważnia TU ZDROWIE do wypowiedzenia umowy w terminie 14 dni od otrzymania odmowy; takie wypowiedzenie ma skutek natychmiastowy.
 10. W przypadku, o którym mowa w ust. 7, nowa wysokość składki obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca po wyrażeniu zgody na zmianę składki.
- ochrony ubezpieczeniowej. Ocena ryzyka dotyczy oceny prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego i jest dokonywana przez TU ZDROWIE.
2. Składka może być wyższa, jeśli ryzyko jest większe, na przykład ze względu na stan zdrowia, styl życia, wykonywany zawód lub zagrożenia związane z wykonywaną pracą.
 3. Składkę można zapłacić jednorazowo albo w ratach miesięcznych, kwartalnych lub półrocznych.
 4. Obowiązek zapłaty składki jest obowiązkiem Ubezpieczającego.
 5. Składkę lub pierwszą ratę składki należy wpłacić co najmniej na 5 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
 6. Terminy i wysokość kolejnych rat są podane w polisie lub w umowie ubezpieczenia. Wysokość składki lub raty składki może się zmieniać w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej na skutek zmiany liczby Ubezpieczonych lub wariantów lub opcji ubezpieczenia.
 7. Składkę lub ratę składki wpłaca się na rachunek bankowy TU ZDROWIE wskazany w polisie lub umowie ubezpieczenia.
 8. W przypadku nadpłaty raty składki, TU ZDROWIE zaliczy nadpłatę na kolejną ratę, chyba że Ubezpieczający w ciągu 7 dni od dnia powstania nadpłaty poprosi o jej zwrot.
 9. Jeśli na koniec okresu ubezpieczenia powstanie nadpłata, TU ZDROWIE zwróci ją w ciągu 30 dni od końca okresu ubezpieczenia na rachunek wskazany przez Ubezpieczającego.

Do czego ma prawo TU ZDROWIE, a do czego Ubezpieczony?

§ 12. Prawa i obowiązki stron

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony muszą przekazać TU ZDROWIE prawdziwe informacje, o które TU ZDROWIE pytało przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Jeśli TU ZDROWIE zawarło umowę mimo braku odpowiedzi na niektóre pytania, kwestie te uznaje się za nieistotne.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony muszą przekazać TU ZDROWIE wszystkie informacje potrzebne do ustalenia prawa do świadczenia.
3. Jeśli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podał nieprawdziwe informacje lub naruszył swoje obowiązki z ust. 1-2, TU ZDROWIE nie musi realizować świadczenia.
4. Ubezpieczony ma obowiązek odwołać umówioną usługę medyczną, jeśli nie może z niej skorzystać. Może to zrobić przez infolinię medyczną lub SMS.
5. W celu wykonywania umowy ubezpieczenia Ubezpieczony zobowiązany jest wyrazić zgodę na przetwarzanie jego danych o stanie zdrowia, w formie wskazanej przez TU ZDROWIE
6. Ubezpieczający jest zobowiązany przed uzyskaniem zgody Ubezpieczonego zapoznać go z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych, przekazaną przez TU ZDROWIE oraz dostępną na stronie internetowej <https://tuzdrowie.pl/klauzula-informacyjna-dla-ubezpieczonych/>.
7. Ubezpieczony zobowiązany jest wyrazić zgodę na pozyskiwanie przez TU ZDROWIE - od podmiotów

§ 10. Suma ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia jest wskazana w polisie.

Jak oblicza się składkę za ubezpieczenie?

§ 11. Składka

1. Składkę ustala się po ocenie ryzyka, zgodnie z taryfą obowiązującą w dniu zawarcia umowy lub przedłużenia

- wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych - informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych danych o stanie zdrowia Ubezpieczonego, jak również ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia w tym informacji o stanie zdrowia Ubezpieczonego oraz dokumentacji medycznej dotyczącej Ubezpieczonego – z wyłączeniem wyników badań genetycznych.
8. Odpowiedzialność za brak uzyskania zgód Ubezpieczonych wskazanych w ust. 5 i 7, ponosi Ubezpieczający.
 9. Ubezpieczający musi przekazać TU ZDROWIE zgody, o których mowa w ust. 5 i 7, przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej dla każdego Ubezpieczonego.
 10. Ubezpieczający i Ubezpieczony mają prawo wglądu do dokumentacji TU ZDROWIE dotyczącej umowy i świadczeń oraz mogą na swój koszt wykonywać odpisy lub kopie z tej dokumentacji. Ubezpieczający nie może bez zgody Ubezpieczonego przeglądać jego danych osobowych oraz danych o jego stanie zdrowia, w tym dokumentacji medycznej.
 11. TU ZDROWIE ma obowiązek:
 - 1) przekazać Ubezpieczającemu tekst OWU i Katalog Świadczeń, Klauzulę informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych,
 - 2) wydać Ubezpieczającemu polisę i inne wymagane prawem dokumenty,
 - 3) udostępnić Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu (w terminie 7 dni od dnia złożenia wniosku) informacje i dokumenty dotyczące ochrony ubezpieczeniowej (z zastrzeżeniem ust. 10),
 - 4) przedstawić Ubezpieczającemu na piśmie przed zawarciem umowy różnice między umową ubezpieczenia a OWU (nie dotyczy to umów zawartych w drodze negocjacji).
 12. Ubezpieczający musi przekazać TU ZDROWIE, nie później niż na 5 dni roboczych przed rozpoczęciem kolejnego miesiąca ochrony ubezpieczeniowej, dane lub zmiany danych osób objętych ubezpieczeniem według wzoru TU ZDROWIE.
 13. Jeśli Ubezpieczający nie dotrzyma terminu z ust. 12, świadczenia rzeczowe i pieniężne przysługują Ubezpieczonemu od trzeciego dnia roboczego po przekazaniu danych.
 14. Ubezpieczający na wniosek Ubezpieczonego może zgłosić chęć zmiany wariantu lub opcji ubezpieczenia:
 - 1) w ciągu dwóch miesięcy od rozpoczęcia ochrony lub nabycia prawa do ubezpieczenia,
 - 2) oraz nie później niż 14 dni przed każdą rocznicą polisy, jeśli ochrona w danym wariantcie trwała dłużej niż 6 miesięcy.
 15. Zmiana wariantu lub opcji, o której mowa w ust. 14, wymaga zgody TU ZDROWIE; jeśli zgłoszenie nie nastąpiło w terminach określonych w ust. 14.
 16. W przypadku śmierci Partnera lub Dziecka, rozwodu, ustania związku lub przysposobienia, można zmienić opcję rodzinną lub partnerską na indywidualną lub partnerską w dowolnym czasie. Wystarczy zgłoszenie Ubezpieczającego.
 17. Po zawarciu małżeństwa, urodzeniu dziecka lub przysposobieniu, Ubezpieczający może zgłosić zmianę opcji ubezpieczenia na partnerską lub rodzinną w ciągu dwóch miesięcy od takiego zdarzenia. TU ZDROWIE może odmówić zmiany, jeśli zgłoszenie nastąpiło po tym terminie.
 18. Zmiana Partnera zgłoszonego w opcji partnerskiej jest możliwa jeden raz w trakcie trwania roku ubezpieczeniowego.
 19. Zmiana wariantu lub opcji ubezpieczenia obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca po miesiącu, w którym Ubezpieczający zgłosił zmianę do TU ZDROWIE. Wyjątkiem jest zmiana opisana w ust. 14 pkt 2. Ta zmiana obowiązuje od rocznicy polisy.
 20. TU ZDROWIE ma prawo zażądać dokumentów potwierdzających zdarzenia, które uprawniają do zmiany wariantu lub opcji ubezpieczenia. Jeżeli wymagane dokumenty nie zostaną przedstawione lub zdarzenie nie zostanie potwierdzone, TU ZDROWIE może odmówić dokonania zmiany wariantu lub opcji ubezpieczenia.
 21. Jeśli Ubezpieczony zrezygnuje z ochrony ubezpieczeniowej, ponowne objęcie ochroną jest możliwe po upływie 12 miesięcy od dnia zakończenia poprzedniej ochrony. Wyjątkiem jest sytuacja, gdy TU ZDROWIE wyrazi zgodę na wcześniejsze objęcie ochroną ubezpieczeniową.

§ 13. Informacje o wynagrodzeniu osób dystrybujących ubezpieczenia

1. Dystrybutorzy ubezpieczeń współpracujący z TU ZDROWIE otrzymują wynagrodzenie w formie prowizji, wynagrodzenia stałego, premii lub nagród przyznawanych w konkursach. Brokerzy mogą być opłacani przez TU ZDROWIE lub bezpośrednio przez Ubezpieczającego.
2. Wynagrodzenie nie wpływa na obowiązek działania zgodnie z interesem Klienta.

Gdzie, jak i kiedy mogę zgłosić niezadowolony z usług TU ZDROWIE?

§ 14. Reklamacje, skargi i odwołania

1. Składanie reklamacji:
 - 1) Klient, który ma zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez TU ZDROWIE, ma prawo do złożenia reklamacji do TU ZDROWIE.
 - 2) Reklamacja może być złożona:
 - a. na piśmie:
 - osobiście w jednostce TU ZDROWIE obsługującej klientów: w Gdyni przy ul. Śląskiej 17 lub w Warszawie przy ul. Cybernetyki 10a,
 - przesyłką pocztową na adres: TU ZDROWIE S.A., ul. Śląska 17, 81-319 Gdynia, z dopiskiem „Reklamacja”,
 - wysłaną na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-92466-77956-IGEJC-22,
 - b. ustnie – telefonicznie lub osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce TU ZDROWIE (adresy podane są powyżej),
 - c. w postaci elektronicznej:
 - na adres e-mail: reklamacje@tuzdrowie.pl,
 - poprzez formularz reklamacyjny dostępny na stronie internetowej TU ZDROWIE www.tuzdrowie.pl lub przez narzędzie wskazane przez TU ZDROWIE.

- 3) Reklamacja powinna zawierać:
 - a. oznaczenie „Reklamacja”,
 - b. imię i nazwisko Klienta,
 - c. adres Klienta do korespondencji,
 - d. adres e-mail Klienta,
 - e. numer PESEL Klienta,
 - f. datę i numer polisy,
 - g. opis nieprawidłowości, których dotyczy reklamacja,
 - h. wskazanie żądania Klienta,
 - i. informację, czy Klient chce otrzymać odpowiedź na reklamację drogą elektroniczną,
 - j. podpis Klienta.
- 4) Reklamacje, które nie zawierają danych, o których mowa w pkt. 3), będą rozpatrywane przez TU ZDROWIE w takim zakresie, w jakim będzie to możliwe. Brak wskazania przez Klienta danych kontaktowych może uniemożliwić dostarczenie odpowiedzi na reklamację.
2. Tryb rozpatrywania reklamacji:
 - 1) TU ZDROWIE rozpatruje reklamację i odpowiada na piśmie. Na wniosek Klienta odpowiedź może być wysłana pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail.
 - 2) Odpowiedź na reklamację powinna być udzielona jak najszybciej, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
 - 3) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w pkt. 2), TU ZDROWIE w informacji przekazywanej Klientowi, który wystąpił z reklamacją:
 - a. wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
 - b. wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - c. określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
 - 4) W przypadku niedotrzymania terminu określonego w ust. 2 pkt. 2), a w określonych przypadkach terminu określonego w pkt. 3), reklamację uważa się za rozpatrzoną zgodnie z wolą Klienta.
 - 5) W odpowiedzi na reklamację TU Zdrowie przekaże:
 - a. uzasadnienie faktyczne i prawne, chyba że reklamacja została rozpatrzona zgodnie z wolą Klienta,
 - b. dokładną informację na temat stanowiska TU ZDROWIE w sprawie skierowanych zastrzeżeń, w tym wskazanie odpowiednich fragmentów OWU lub umowy,
 - c. imię i nazwisko osoby udzielającej odpowiedzi wraz z jej stanowiskiem służbowym,
 - określenie terminu, w którym roszczenie zgłoszone w reklamacji, rozpatrzonej zgodnie z wolą Klienta, zostanie zrealizowane. Termin ten nie może być dłuższy niż 30 dni od dnia przygotowania odpowiedzi.
- 6) Jeśli roszczenia wynikające z reklamacji Klienta zostaną odrzucone, odpowiedź na reklamację będzie zawierać również informację:
 - a. O możliwości odwołania się od stanowiska zawartego w odpowiedzi oraz o sposobie wniesienia tego odwołania,
 - b. O możliwości złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego,
 - c. O możliwości wystąpienia z powództwem do sądu powszechnego, ze wskazaniem podmiotu, który powinien być pozwany oraz sądu miejscowo właściwego do rozpoznania sprawy.
3. Klient ma prawo do odwołania się od odpowiedzi na reklamację w trybie określonym poniżej:
 - 1) Odwołanie wnosi się do TU ZDROWIE w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez Klienta odpowiedzi na reklamację. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odwołania przed jego upływem.
 - 2) Odwołanie może być złożone:
 - a. na piśmie j – przesyłką pocztową na adres: TU ZDROWIE S.A. – Biuro Zarządu, ul. Śląska 17, 81-319 Gdynia, z dodatkowym oznaczeniem na kopercie: „Odwołanie”,
 - b. w postaci elektronicznej – na adres e-mail: reklamacje@tuzdrowie.pl.
 - 3) Odwołanie powinno wskazywać zaskarżoną odpowiedź na reklamację oraz przyczyny, dla których Klient kwestionuje odpowiedź na reklamację.
 - 4) TU ZDROWIE rozpatruje odwołanie i odpowiada na nie na piśmie lub drogą elektroniczną, na adres e-mail Klienta.
 - 5) Odpowiedź na odwołanie powinna być udzielona jak najszybciej, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania odwołania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
 - 6) Jeżeli nie można rozpatrzyć odwołania w powyższym terminie, TU ZDROWIE wysła Klientowi przed upływem tego terminu informację o przyczynach opóźnienia oraz przewidywanym terminie rozpatrzenia odwołania.
 - 7) W wyniku rozpatrzenia odwołania TU ZDROWIE uwzględni odwołanie lub odmawia jego uwzględnienia. Jeśli TU ZDROWIE uwzględni odwołanie, zmieni odpowiedź na reklamację, w stosunku do której Klient się odwołał.
4. Jeśli TU ZDROWIE nie uwzględni roszczeń zgłoszonych w reklamacji, to niezależnie od możliwości wniesienia odwołania Klient może wystąpić:
 - 1) z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego;
 - 2) z powództwem do sądu powszechnego. W takim przypadku pozwanym jest Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A., wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000362027, NIP 5862257567, REGON 221064894. Sądem miejscowo właściwym do rozpoznania sprawy będzie:
 - a) Sąd Rejonowy w Gdyni (Plac Konstytucji 5, 81-354 Gdynia), jeśli wartość przedmiotu sporu nie przekracza 100 000 zł,

- b) Sąd Okręgowy w Gdańsku (Nowe Ogrody 30/34, 80-803 Gdańsk), jeśli wartość przedmiotu sporu przekracza 100 000 zł.
5. W przypadkach innych niż wskazane w § 14 ust. 1 oraz ust. 3, Klient oraz Ubezpieczający mogą wnieść skargę w sprawie nieprawidłowości w działalności TU ZDROWIE lub podmiotów współpracujących z TU ZDROWIE. Skarga nie musi dotyczyć zawarcia lub wykonania konkretnej umowy ubezpieczenia. Skarga rozpatrywana jest według następujących zasad:
- 1) Skarga może być złożona do TU ZDROWIE:
 - a. na piśmie – przesyłką pocztową na adres: TU ZDROWIE S.A., ul. Śląska 17, 81-319 Gdynia, z dodatkowym oznaczeniem na kopercie: „Skarga”,
 - b. ustnie – telefonicznie,
 - c. w postaci elektronicznej – na adres e-mail: reklamacje@tuzdrowie.pl.
 - 2) TU ZDROWIE rozpatruje skargę i odpowiada na nią w postaci pisemnej lub na adres e-mail Klienta podany w treści skargi.
 - 3) TU ZDROWIE odpowiada na skargę jak najszybciej, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.

- 4) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym w pkt 3, TU ZDROWIE może przedłużyć termin rozpatrywania skargi do 60 dni.
- 5) Klient nie może odwołać się od odpowiedzi na skargę.

§ 15. Postanowienia końcowe

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane do TU ZDROWIE, jeżeli inaczej nie wskazano w OWU lub umowie ubezpieczenia, powinny być składane w formie pisemnej (za pokwitowaniem) lub przesłane listem poleconym na adres siedziby lub e-mail TU ZDROWIE: **biuro@tuzdrowie.pl**.
2. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczeni zmienili adres korespondencyjny lub adres e-mail, powinni jak najszybciej zawiadomić TU ZDROWIE i podać aktualny adres korespondencyjny lub e-mail. Do momentu powyższego zawiadomienia, korespondencja wysyłana na dotychczasowy adres będzie uznawana za skutecznie doręczaną niezależnie od tego, czy została faktycznie odebrana.

Te OWU (kod OWU/06/2025) zostały przyjęte uchwałą Zarządu (UZ/49/2025) z 15.09.2025 r. i są stosowane do umów ubezpieczenia zawartych od 01.10.2025 r.

Członek Zarządu
Paulina Bębenek-Wróblewska

*Paulina
Bębenek-Wróblewska*

Członek Zarządu
Agnieszka Karbowski

A. Karbowski



TU ZDROWIE Spółka Akcyjna

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

Siedziba: ul. Śląska 17, 81-319 Gdynia, tel. 58 888 2 999
Biura Handlowe: ul. Cybernetyki 7A, 02-677 Warszawa, tel. 58 888 2 999
ul. Bocheńskiego 38A lok. 225, 40-859 Katowice, tel. 58 888 2 999