

Witamy Państwa w Grupie LUX MED i zapraszamy do zapoznania się z najważniejszymi informacjami związanymi z obsługą administracyjną Państwa umowy.

OPIEKUN ADMINISTRACYJNY

Zawierając umowę otrzymują Państwo niezbędne dane pracownika **Działu Obsługi Posprzedażowej Klienta**, który dedykowany jest do kontaktu ze wskazanymi przez Państwa osobami. To on będzie obsługiwać Państwa umowę od strony administracyjnej. Wraz z imieniem i nazwiskiem Opiekuna administracyjnego przekazujemy Państwu jego dokładne dane kontaktowe, takie jak: imienny adres e-mail, numer telefonu.

Opiekun administracyjny odpowiedzialny jest za terminowe i poprawne wprowadzenie Listy Ubezpieczonych do systemów LUX MED Ubezpieczenia oraz naliczenie Składki. Do Opiekuna administracyjnego mogą również Państwo kierować zapytania i uwagi, jakie nasuną się Państwu w czasie trwania umowy. Opiekun zadba o to, by trafiły one do osób odpowiedzialnych za dany obszar w LUX MED Ubezpieczenia.

W przypadku zmiany **Opiekuna administracyjnego** w trakcie trwania umowy, dane nowego Opiekuna przesyłamy na wskazany wcześniej przez Państwa adres e-mail.

PODSTAWOWE DEFINICJE

UBEZPIECZONY – Główny Ubezpieczony lub Współubezpieczony. Jeżeli w OWU występuje termin Ubezpieczony, oznacza to, że dotyczy on zarówno Głównego Ubezpiezonego, jak i Współubezpiezonego.

GŁÓWNY UBEZPIECZONY – osoba fizyczna, na rachunek której zawarto Umowę, zamieszkała na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, która w dniu rozpoczęcia ochrony miała ukończone 18 i nie miała ukończonych 70 lat.

WSPÓŁUBEZPIECZONY – osoba fizyczna, wskazana przez Ubezpieczającego we Wniosku Ubezpieceniowym, której zdrowie obejmujemy ochroną w ramach Umowy.

Współubezpieczonym może być:

- Partner – współmałżonek lub osoba prowadząca z Głównym Ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe, niezłączona pokrewieństwem, przysposobieniem lub powinowactwem, która w dniu rozpoczęcia ochrony miała ukończone 18 i nie miała ukończonych 70 lat.
- Dziecko – Dziecko Pełnoletnie i Dziecko Niepełnoletnie
 - Dziecko Niepełnoletnie – dziecko własne lub przysposobione Głównego Ubezpiezonego lub Partnera, które nie ukończyło 18 lat. Osobą uprawnioną do składania oświadczeń w imieniu Dziecka Niepełnoletniego jest opiekun prawny.
 - Dziecko Pełnoletnie – dziecko własne lub przysposobione Głównego Ubezpiezonego.

WARIANTY UBEZPIECZENIA

WARIANT INDYWIDUALNY – ochroną ubezpieczeniową objęty jest Główny Ubezpieczony.

WARIANT PARTNERSKI – ochroną ubezpieczeniową objęty jest Główny Ubezpieczony i jeden Współubezpieczony.

WARIANT RODZINNY – ochroną ubezpieczeniową objęty jest Główny Ubezpieczony, Partner lub/oraz Dzieci.

AKTUALIZACJA LISTY UBEZPIECZONYCH

Warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową jest przekazanie przez Ubezpieczającego następujących dokumentów:

- **Listy Ubezpieczonych** – wykazu osób, które przystępują do ubezpieczenia, na zasadach określonych przez Ubezpieczyciela;
- kompletnych, poprawnie wypełnionych **Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED – Pełna Opieka dla klientów korporacyjnych**;
- kompletnych, poprawnie wypełnionych **Kwestionariuszy medycznych**;
- oraz **opłata należnej Składki**.

ZAKRES DANYCH NA LIŚCIE UBEZPIECZONYCH

Aby objąć opieką nowego Ubezpieczonego, niezbędne jest przekazanie Ubezpieczycielowi następujących danych:

- **imienia i nazwiska Ubezpieczonego**;
- **PESEL-u**, a w przypadku obcokrajowców bez nadanego im numeru PESEL – daty urodzenia wraz ze wskazaniem płci;
- **numeru telefonu** – który niezbędny jest do poinformowania Pacjenta o terminach wizyt za pomocą SMS;
- **adresu e-mail** – w celu przeprowadzenia Ankiety Satysfakcji Pacjent-Lekarz.

Numer telefonu komórkowego oraz adres e-mail osób uprawnionych są również niezbędne do założenia konta na **Portalu Pacjenta**.

SPOSÓB PRZEKAZYWANIA AKTUALIZACJI

Aktualizacji Listy Ubezpieczonych mogą Państwo dokonywać mailowo na adres e-mail Opiekuna administracyjnego, w formie pliku Excel wg wzoru wskazanego przez Ubezpieczyciela.

Przekazywanie aktualizacji Listy Ubezpieczonych powinno odbywać się z zachowaniem zasad bezpieczeństwa wynikających z przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj.: Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych. Rekomendujemy przekazywanie danych w plikach zabezpieczonych hasłem. Hasło powinno być przekazywane w oddzielnej korespondencji lub innej formie ustalonej z opiekunem administracyjnym.

TERMINY PRZEKAZYWANIA I WPROWADZANIA AKTUALIZACJI

Aktualizacja Listy Ubezpieczonych powinna nastąpić przynajmniej na **10 dni przed** rozpoczęciem kolejnego Miesiąca Polisy, od którego mają nastąpić zmiany (w szczególności jeśli dotyczą one Ubezpieczonych przystępujących i Ubezpieczonych występujących z Umowy ubezpieczenia).

Nieprzekazanie aktualizacji Listy Ubezpieczonych w ustalonym terminie oznacza utrzymanie stanu dotychczasowego. Uruchomienie uprawnień dokonywane jest we wskazanym przez Państwa terminie, niemniej jednak już od chwili wprowadzenia danych do systemu Państwa pracownicy mogą umawiać się na wizyty i badania w okresie, gdy będą już posiadali ochronę ubezpieczeniową. Dlatego zachęcamy, aby przekazywać informacje o aktualizacjach jak najwcześniej. W celu przyspieszenia procesu aktualizacji i zapewnienia jego największej efektywności, **prosimy o przekazywanie aktualizacji Listy Ubezpieczonych w ustalonych formatach**, które umożliwiają zastosowanie wysoce wydajnych narzędzi importowych.

W przypadku przekazania danych w innym formacie niż rekomendowany przez LUX MED Ubezpieczenia, nie możemy zagwarantować szybkiego wprowadzenia danych. Jeżeli format lub zakres danych nie pozwoli na ich wprowadzenie, taka informacja zostanie przekazana do Klienta z prośbą o skorygowanie formatu pliku lub zakresu danych.

WYSTĄPIENIE UBEZPIECZONYCH Z UMOWY

Ubezpieczający zgłasza wystąpienie Ubezpieczonych:

- z **upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia** (z końcem dnia poprzedzającego Rocznicę Polisy);
- z **upływem ostatniego dnia Miesiąca Polisy**.

Warunkiem zarejestrowania wystąpienia jest przekazanie przez Ubezpieczającego wykazu osób występujących z ubezpieczenia, w formacie i trybie określonym przez Ubezpieczyciela (Lista Ubezpieczonych – zakładka wystąpienia). Wystąpienie z Umowy Głównego Ubezpieczonego jest równoznaczne z wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej dla osób zgłoszonych przez Ubezpieczonego tj. Współubezpieczonych. Wystąpienie z Umowy przez Ubezpieczonego powoduje brak możliwości ponownego przystąpienia tego Ubezpieczonego do Umowy przez okres kolejnych 12 miesięcy, począwszy od dnia zakończenia okresu Ochrony ubezpieczeniowej.

WYGAŚNIĘCIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

W stosunku do danego Ubezpieczonego odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa z:

- dniem jego śmierci;
- upływem ostatniego dnia Miesiąca Polisy, w którym złożony został wniosek przez Ubezpieczającego o wyłączenie Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej;
- upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończył 71 lat, w przypadku Współubezpieczonego będącego Dzieckiem odpowiednio 18 lub 71 lat.

ZMIANY OSOBOWE

Zmiany osobowe Ubezpieczonych (nazwisko, adres, itp.) zgłaszane są poprzez aktualizację Listy Ubezpieczonych. Aktualizacja danych osobowych możliwa jest w każdym momencie trwania umowy.

CERTYFIKATY

Osobom, które wypełniły deklarację przystąpienia (oraz pozostałe wymagane dokumenty) zostaną wystawione certyfikaty potwierdzające aktywność Ubezpieczenia. Certyfikaty zostaną wysłane do Państwa mailem.

SKŁADKA

Wysokość należnej Składki, częstotliwość i terminy jej płatności oraz numer rachunku bankowego, na który należy dokonać opłaty Składki, wskazane są w Polisie do Umowy Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED - Pełna Opieka dla klientów korporacyjnych przekazywanej Państwu jako potwierdzenie zawarcia umowy ubezpieczenia.

Składka należna za dany okres rozliczeniowy jest ustalana na podstawie Listy Ubezpieczonych zaktualizowanej na pierwszy dzień Miesiąca Polisy, z uwzględnieniem:

- liczby Ubezpieczonych;
- wysokości składek jednostkowych za ubezpieczenie.

REALIZACJA ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU UMOWY

Aby skorzystać ze Świadczeń, Ubezpieczony powinien powiadomić Koordynatora Opieki Szpitalnej o zdarzeniu objętym Umową. Dane kontaktowe do KOS są przekazywane Ubezpieczającemu mailowo niezwłocznie po zawarciu Umowy.

Do podjęcia decyzji o realizacji Świadczenia Zdrowotnego lub Szpitalnego Przeglądu Zdrowia potrzebujemy następujących dokumentów:

- a. kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o realizację Świadczenia;
- b. kopii skierowania do szpitala oraz kopii posiadanej dokumentacji medycznej w przypadku Hospitalizacji Planowej;
- c. kopii posiadanej dokumentacji medycznej dotyczącej ciąży, jeśli wniosek dotyczy ciąży.

REKLAMACJE

Reklamacje związane z zawarciem lub realizacją świadczeń mogą być kierowane przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego do Ubezpieczyciela e-mailem na adres **reklamacje.ubezpieczenia@luxmed.pl**.

ODNOWIENIE POLISY

W okresie 2 miesięcy przed Rocznicą Polisy Ubezpieczyciel prześle Ubezpieczonemu propozycję odnowienia warunków ubezpieczenia. Zmiana warunków ubezpieczenia będzie potwierdzona wystawieniem nowego dokumentu – **Polisy/Aneksu do Polisy**.