

SZCZEGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2 § 3 § 11
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 9

Postanowienia ogólne**§ 1**

Niniejsze Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego, zwane dalej **SWU**, mają zastosowanie do umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, zwanej dalej Umową, zawartej pomiędzy AGRO Ubezpieczenia - Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, zwanym dalej **Towarzystwem**, a **Ubezpieczającym** na rzecz **Ubezpieczonych**.

Definicje**§ 2**

Przez użyte w niniejszych SWU określenia rozumie się:

- 1) **Pracownik** – osoba fizyczna będąca pracownikiem zatrudnionym na podstawie umowy o pracę lub innej umowy cywilno-prawnej, która złożyła oświadczenie o objęciu ochroną bez względu na wiek;

- 2) **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Pracownika albo jego Partnera Życiowego do ukończenia 26 r.ż.;
- 3) **Partner** – współmałżonek / partner życiowy Pracownika (bez względu na wiek i bez względu na sformalizowanie związku i płeć);
- 4) **Senior** – Rodzic/Teść Pracownika;
- 5) **Pakiet** – dany zestaw Świadczeń, uzgadniany w Umowie, do uzyskania których będzie uprawniony Ubezpieczony;
- 6) **Pakiet Indywidualny** – ochroną objęty może zostać Pracownik;
- 7) **Pakiet Partnerski** – ochroną objęty może zostać Partner lub Dziecko;
- 8) **Pakiet Rodzinny** – ochroną objęty może zostać Partner oraz Dzieci;
- 9) **Deklaracja przystąpienia** – pisemna lub elektroniczna deklaracja zgody Ubezpieczonego na udzielenie ochrony



ubezpieczeniowej w ramach umowy ubezpieczenia, w której Ubezpieczony pracownik wybiera jeden z oferowanych przez Towarzystwo rodzajów pakietu ubezpieczenia;

- 10) **Partner Medyczny (Towarzystwa)** – podmiot uprawniony do organizacji i wykonywania świadczeń zdrowotnych, POLMED Spółka Akcyjna z siedzibą w Starogardzie Gdańskim, Os. Kopernika 21;
- 11) **Świadczenie** – refundacja kosztów Świadczeń zdrowotnych;
- 12) **Świadczenie zdrowotne** – świadczenie zdrowotne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2025 poz. 450 ze zm.) udzielanych Ubezpieczonemu. Zakres refundacji dotyczy świadczeń określonych w Załączniku nr 2a, b, c do Umowy;
- 13) **Ubezpieczony:**
 - a) **Pracownik**, który przystąpił do Umowy, albo
 - b) przystępujący do Umowy **Partner**, albo
 - c) przystępująca do Umowy **Rodzina**, albo
 - d) przystępujący do Umowy **Senior**;
- 14) **Udział własny** – określona kwotowo wysokość opłaty ponoszonej przez Ubezpieczonego przed dokonaniem rezerwacji wizyty u Partnera Medycznego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonych.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje refundację kosztów Świadczeń zdrowotnych, z uwzględnieniem udziału własnego, który został określony dla każdego ze świadczeń w Załącznikach 2a, 2b, 2c, 2d do Umowy.
3. Towarzystwo pokrywa koszty Świadczeń zdrowotnych zrealizowanych przez Ubezpieczonego w okresie udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej we wskazanych placówkach medycznych, w zakresie zgodnym z posiadanym przez Ubezpieczonego rodzajem Pakietu, który został potwierdzony w Deklaracji przystąpienia.

Umowa

§ 4

1. Umowa zawierana jest na okres wskazany w Umowie.
2. Ubezpieczony może żądać, aby Towarzystwo udzieliło mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz SWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.
3. Towarzystwo może uzależnić zawarcie Umowy od przedłożenia przez Ubezpieczającego dodatkowych dokumentów i informacji, w tym dokumentacji koniecznej do oceny ryzyka ubezpieczeniowego w stosunku do osób zgłaszanych do ubezpieczenia.

Przystąpienie do umowy ubezpieczenia

§ 5

1. Do Umowy można przystąpić w: formie indywidualnej, partnerskiej, rodzinnej albo senior.
2. Możliwość przystąpienia Pracowników do umowy ubezpieczenia istnieje:

- a. do 3 miesięcy od startu umowy dla aktualnie zatrudnionych pracowników
- b. do 3 miesięcy od momentu zatrudnienia dla nowo zatrudnianych pracowników.

Przystąpienie do ubezpieczenia po upływie wskazanego terminu może nastąpić za indywidualną zgodą Partnera Medycznego Towarzystwa w pojedynczych przypadkach.

3. Warunkiem objęcia Pracownika ochroną ubezpieczeniową jest:
 - 1) złożenie Ubezpieczającemu prawidłowo wypełnionej i podpisanej deklaracji przystąpienia,
 - 2) posiadanie statusu Pracownika na dzień złożenia deklaracji przystąpienia.
4. Warunkiem objęcia Partnera ochroną ubezpieczeniową jest:
 - 1) złożenie Ubezpieczającemu prawidłowo wypełnionej i podpisanej deklaracji przystąpienia,
 - 2) posiadanie statusu Partnera na dzień złożenia deklaracji przystąpienia.
5. Warunkiem objęcia Dziecka ochroną ubezpieczeniową jest:
 - 1) złożenie Ubezpieczającemu prawidłowo wypełnionej i podpisanej deklaracji przystąpienia,
 - 2) posiadanie statusu Dziecka na dzień złożenia deklaracji przystąpienia.
6. Warunkiem objęcia Seniora ochroną ubezpieczeniową jest:
 - 1) złożenie Ubezpieczającemu prawidłowo wypełnionej i podpisanej deklaracji przystąpienia,
 - 2) posiadanie statusu Seniora na dzień złożenia deklaracji przystąpienia.
7. Deklaracja przystąpienia składana jest na udostępnionym Ubezpieczającemu formularzu.
8. Ubezpieczony Pracownik może wybrać tylko jeden rodzaj ubezpieczenia – Ubezpieczeni (Partner, Rodzina) objęci są tym samym zakresem świadczeń zdrowotnych co Ubezpieczony Pracownik. Dodatkowo Pracownik może zgłosić do ochrony ubezpieczeniowej Seniora, który zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową w odrębnym dedykowanym specjalnie dla Seniora pakiecie.
9. W trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony Pracownik może dokonać zmiany rodzaju ubezpieczenia na wyższy oraz zmiany Pakietu z Indywidualnego na Partnerski lub Rodzinny albo z Partnerskiego na Rodzinny w dowolnym momencie poprzez złożenie deklaracji przystąpienia. Zmiana obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym do Partnera Medycznego wpłynęło zgłoszenie.
10. Zmiana przez Ubezpieczonego Pakietu z Rodzinnego lub Partnerskiego na Indywidualny albo z Rodzinnego na Partnerski może nastąpić w dowolnym momencie. Zmiana obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym do Partnera Medycznego wpłynęło zgłoszenie. Ponowne objęcie ochroną osób wyłączonych może nastąpić wyłącznie w rocznicę Umowy ubezpieczenia, tj. po upływie 12 miesięcy obowiązywania Umowy – w przypadku przedłużenia Umowy.
11. W przypadku śmierci współubezpieczonego, rozwiązania związku małżeńskiego łączącego Ubezpieczonego z Partnerem lub rozwiązania przysposobienia, zmiana Pakietu z Rodzinnego lub Partnerskiego na Indywidualny albo z Rodzinnego na Partnerski może nastąpić, na wniosek Ubezpieczonego, w dowolnym czasie.



Zmiana obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym do Partnera Medycznego wpłynęło zgłoszenie.

Początek i koniec odpowiedzialności

§ 6

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym do Partnera Medycznego wpłynął wykaz ze wskazaniem Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego **Ubezpieczonego Pracownika** wygasa w:
 - 1) dniu rozwiązania Umowy;
 - 2) przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej – z końcem miesiąca, w którym rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej złożona przez Ubezpieczonego pracownika wpłynęła do Partnera Medycznego,
 - 3) dniu śmierci Ubezpieczonego Pracownika;
 - 4) z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony Pracownik utracił status pracownika Ubezpieczającego.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego **Ubezpieczonego – innego niż Ubezpieczony Pracownik** – wygasa odpowiednio:
 - 1) w dniu wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej wobec Ubezpieczonego Pracownika;
 - 2) z końcem miesiąca, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego Pracownika;
 - 3) z końcem miesiąca, w którym ubezpieczone Dziecko ukończyło 26 r.ż.;
 - 4) z końcem miesiąca, w którym nastąpiło rozwiązanie związku małżeńskiego lub partnerskiego łączącego Ubezpieczonego – innego niż Ubezpieczony Pracownik z Ubezpieczonym Pracownikiem;
 - 5) z końcem miesiąca, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego – innego niż Ubezpieczony Pracownik;
4. Ubezpieczony ma prawo w każdej chwili zrezygnować z ubezpieczenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, w którym do Partnera Medycznego wpłynął wykaz ze wskazaniem wystąpienia Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Ponowne objęcie przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego możliwe jest wyłącznie w rocznicę umowy ubezpieczenia tj. po upływie 12 miesięcy obowiązywania Umowy – w przypadku przedłużenia Umowy.

Rozwiązanie Umowy

§ 7

1. Umowa ulega rozwiązaniu:
 - 1) z upływem terminu, na jaki Umowa została zawarta;
 - 2) na skutek odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy – zgodnie z ust. 2;
 - 3) na skutek wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego – zgodnie z ust. 3;
 - 4) na skutek nieopłacenia składki lub jej raty pomimo upływu terminu zapłaty wynikającego z wezwania, o którym mowa w ust. 4.

2. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy w terminie 7 dni od zawarcia umowy ubezpieczenia, poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu.
3. Umowa może być wypowiedziana przez Ubezpieczającego w każdym czasie bez podania przyczyny, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia. Okres wypowiedzenia rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego bezpośrednio po miesiącu, w którym do Towarzystwa wpłynęło oświadczenie Ubezpieczającego o wypowiedzeniu.
4. Jeżeli składka lub jej rata nie zostały zapłacone w terminie określonym w Umowie mimo uprzedniego wezwania do zapłaty w dodatkowym terminie 7 dni od dnia doręczenia wezwania; w wezwaniu powinny być podane do wiadomości Ubezpieczającego skutki niezapłacenia składki, wywołuje to taki skutek jakby Umowa została wypowiedziana.
5. Rozwiązanie Umowy zgodnie z ust. 1 nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Składka ubezpieczeniowa

§ 8

1. Ubezpieczający obowiązany jest opłacać na rzecz Towarzystwa składkę ubezpieczeniową z tytułu objęcia ochroną ubezpieczeniową każdego z Ubezpieczonych w wysokości i terminie ustalonym w Umowie.
2. Składka płatna jest łącznie za całą grupę (wszystkich Ubezpieczonych w ramach Umowy), w terminie wskazanym w Umowie.
3. Wysokość składki obliczana jest na podstawie zakresu ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana poszczególnym Ubezpieczonym, w tym rodzaju oraz liczby poszczególnych Pakietów.
4. Składkę uważa się za przekazaną z dniem jej wpływu – w pełnej wysokości – na właściwy rachunek bankowy Towarzystwa, wskazany w Umowie.
5. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Towarzystwu wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu. Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność Towarzystwa może ono podnieść również przeciwko Ubezpieczonemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa dotyczące dostępu do świadczeń zdrowotnych

§ 9

1. Wyłączeniu odpowiedzialności Towarzystwa podlegają następujące koszty i świadczenia:
 - a) wykonania znieczulenia ogólnego,
 - b) świadczenia, związane z zabiegami aborcji, z diagnozowaniem i leczeniem niepłodności, wszelkich form sztucznego zapłodnienia, prowadzenia diagnostyki i badań związanych z przygotowaniem do technik wspomaganego rozrodu (ART.) i prowadzenia ciąży razem z badaniami, prowadzenia ciąży zagrożonej,
 - c) zabiegów chirurgii plastycznej, operacji kosmetycznych,
 - d) leczenia AIDS i chorób związanych z AIDS,
 - e) leczenia specjalistycznego związanego z chorobami onkologicznymi,



- f) leczenia urazów i chorób powstałych w związku ze służbą wojskową,
 - g) świadczenia związane z transplantacjami i dializami,
 - h) świadczenia, polegające na zapewnieniu leków i środków medycznych niepowiązanych z usługą medyczną,
 - i) finansowaniem okularów optycznych, opravek lub soczewek,
 - j) leczenia bezpośrednich skutków używania narkotyków, nadużywania alkoholu, leków i innych środków odurzających, bezpośrednich skutków prób samobójczych,
 - k) leczenia wad wrodzonych i schorzeń z nimi związanych,
 - l) świadczenia, które pacjent uzyskał u osób trzecich, a które nie były wcześniej zlecone przez Partnera Medycznego, choćby nawet były objęte Pakietem i uzasadnione stanem zdrowia pacjenta; w takiej sytuacji pacjent nie będzie uprawniony do domagania się zwrotu kosztów jakie poniósł w związku z wykonaniem świadczenia u osoby trzeciej.
2. Towarzystwo nie odpowiada za skutki realizacji świadczeń zdrowotnych, które wynikły z błędów medycznych.

Obowiązki Ubezpieczającego

§ 10

Ubezpieczający obowiązany jest do:

- 1) terminowego przekazywania składek oraz ich rozliczenia wraz z aktualnym wykazem (listą) Ubezpieczonych;
- 2) doręczenia warunków ubezpieczenia oraz zakresu świadczeń zdrowotnych osobom zamierzającym przystąpić do Umowy przed odebraniem od nich deklaracji przystąpienia;
- 3) informowania Towarzystwa o zmianie własnych danych, w tym teled adresowych, oraz Partnera Medycznego o zmianie danych osobowych i teled adresowych Ubezpieczonych;
- 4) przekazania Towarzystwu wszelkich niezbędnych dla wykonania Umowy dokumentów i informacji.

Realizacja świadczeń zdrowotnych

§ 11

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie na rzecz Ubezpieczonych, którzy zostali objęci ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo.
2. Świadczenia zdrowotne dostępne są w placówkach medycznych wskazanych przez Towarzystwo w godzinach ich funkcjonowania.
3. Lista placówek medycznych, o których mowa powyżej, w ramach których realizowane będą świadczenia zdrowotne, dostępna jest na stronie internetowej Partnera Medycznego Towarzystwa.
4. Ubezpieczony nie może dokonać przelewu swych praw wynikających z Umowy na osobę trzecią.
5. W celu weryfikacji uprawnienia do otrzymania świadczeń zdrowotnych Ubezpieczony zobowiązany jest, przed przystąpieniem do realizacji świadczenia zdrowotnego, okazać w placówce medycznej dokument tożsamości.
6. Świadczenia zdrowotne w ramach Umowy powinny być uzgodnione co do terminu i miejsca ich wykonania z placówką medyczną – osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem

innych kanałów komunikacji udostępnionych przez Partnera Medycznego Towarzystwa.

7. Świadczenia zdrowotne wykonywane są w ramach Umowy na podstawie wskazań medycznych wynikających z diagnostyki lub terapii prowadzonej przez lekarza Partnera Medycznego Towarzystwa na podstawie Umowy.
8. Ubezpieczony obowiązany jest do stawiennictwa na wizytę z co najmniej 10-minutowym wyprzedzeniem przed uzgodnionym terminem wykonania świadczenia zdrowotnego.
9. W przypadku stawienia się Ubezpieczonego z opóźnieniem większym niż 10 minut Partner Medyczny Towarzystwa może odmówić wykonania świadczenia zdrowotnego w danym terminie.
10. Ubezpieczony ma obowiązek odwołania zarezerwowanej wizyty, jeżeli nie będzie mógł z niej skorzystać. Odwołanie powinno nastąpić nie później niż 6 godzin przed ustalonym terminem wizyty.
11. W przypadku, gdy Ubezpieczony umówi termin wykonania Świadczenia przez Telefoniczne Centrum Obsługi Pacjenta lub w inny sposób, następnie nie zgłosi się do wskazanej przychodni w umówionym terminie w celu skorzystania ze Świadczenia oraz nie odwoła umówionego terminu wykonania Świadczenia z co najmniej 6-godzinny wyprzedzeniem, Partner Medyczny Towarzystwa będzie uprawniony do zachowania bezzwrotnie uiszczanego przez Ubezpieczonego udziału własnego.
12. Jeżeli Ubezpieczony nie ukończył 18 roku życia, na udzielenie Świadczeń zdrowotnych wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy nie ma on przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – zezwolenie sądu opiekuńczego.

Reklamacje i spory

§ 12

1. Reklamacja zawierająca zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, w szczególności w przedmiocie ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa, zasadności zgłoszonych roszczeń lub wysokości świadczenia, może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
2. Reklamacja może być złożona:
 - a. na piśmie – osobiście, w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów Towarzystwa, albo wysłana przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe, albo wysłana na adres do doręczeń elektronicznych AE:PL-79934-62424-JEFWF-31, wpisany do bazy adresów elektronicznych w rozumieniu ustawy o doręczeniach elektronicznych;
 - b. ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów;
 - c. w postaci elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej:
 - i. na adres pocza@agroubezpieczenia.pl,
 - ii. poprzez stronę internetową: www.agroubezpieczenia.pl.
3. Rozpatrywaniem reklamacji zajmują się jednostki organizacyjne wyznaczone przez Zarząd Towarzystwa.



4. Towarzystwo udziela odpowiedzi na reklamację na piśmie, z tym że odpowiedź na reklamację złożoną przez osobę fizyczną może zostać dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek składającego reklamację.
5. Towarzystwo rozpatruje reklamację i udziela na nią odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 5 powyżej, Towarzystwo w informacji przekazywanej składającemu reklamację:
 - 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.
7. Składającemu reklamację będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego, w szczególności w przypadku: nieuwzględnienia roszczeń osoby zgłaszającej reklamację w trybie rozpatrywania reklamacji lub niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą osoby zgłaszającej reklamację w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
8. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla Towarzystwa do pozasądowego rozwiązywania sporów, jest Rzecznik Finansowy (adres strony internetowej Rzecznika Finansowego: www.rf.gov.pl).
9. 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. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Postanowienia końcowe

§ 13

1. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Umowa zawarta na podstawie niniejszych SWU podlega prawu polskiemu. W zakresie nieuregulowanym w niniejszych SWU zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne właściwe przepisy prawa.
3. Niniejsze SWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 88/2025 Zarządu AGRO Ubezpieczeń - Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych z dnia 23 lipca 2025 roku.