



Ogólne Warunki
Ubezpieczenia Zdrowotnego
„Opieka Medyczna 24h”
dla Klientów mBanku S.A.

Spis treści

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE	2
§ 2. DEFINICJE	2
§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	4
§ 4. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	4
§ 5. PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY UBEZPIECZENIA	4
§ 6. ZMIANA WARIANTU LUB OPCJI UBEZPIECZENIA	5
§ 7. CZAS TRWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	6
§ 8. REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	7
§ 9. SKŁADKA	7
§ 10. ŚWIADCZENIA	8
§ 11. SKARGI I ZAŻALENIA	9
§ 12. POSTANOWIENIA KOŃCOWE	9

§ I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (zwanych dalej OWU) Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. (zwane dalej „TU ZDROWIE”) zawarła grupową umowę ubezpieczenia zdrowotnego z mBank S.A. (zwaną dalej umową ubezpieczenia) i zapewnia Ubezpieczonym ochronę ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia.
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy obowiązującego prawa polskiego, a w szczególności Kodeksu Cywilnego (Dz.U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.) i ustawy o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 2003 r. Nr 124, poz. 1151 z późn. zm.).

Co oznaczają pojęcia użyte w tym dokumencie?

§ 2. DEFINICJE

1. Przez użyte w niniejszych OWU pojęcia rozumie się:
 - 1) **Certyfikat ubezpieczenia** – dokument potwierdzający objęcie ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego;
 - 2) **Choroba** – stan zdrowia Ubezpieczonego wymagający zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej udzielenia świadczenia medycznego;
 - 3) **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia nie ukończyło 25 lat, a także dziecko umieszczone w rodzinie zastępczej, które w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia nie ukończyło 25 lat;
 - 4) **Główny Ubezpieczony** – Posiadacz rachunku wskazujący Ubezpieczającemu osoby do objęcia ochroną ubezpieczeniową w opcji rodzinnej ubezpieczenia, reprezentujący je w okresie ochrony ubezpieczeniowej wobec Ubezpieczającego oraz TU ZDROWIE, będący również Ubezpieczonym;
 - 5) **24h Infolinia Medyczna** – działająca 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, pod ogólnopolskim numerem telefonu +48 801 600 999 lub +48 58 662 08 00 usługa, dzięki której Ubezpieczony może umówić termin wizyt lekarskich, badań diagnostycznych, zabiegów leczniczych i uzyskać inne potrzebne informacje związane z ubezpieczeniem zdrowotnym;
 - 6) **Karta ubezpieczenia** – dokument służący Placówkom Medycznym wskazywanym przez Konsultanta 24 h Infolinii Medycznej do wstępnej weryfikacji Ubezpieczonego. Karta ubezpieczenia jest ważna z zaopatrzonym w zdjęcie dokumentem określającym tożsamość Ubezpieczonego (w szczególności dowód osobisty, paszport, prawo jazdy, legitymacja szkolna) lub w przypadku dziecka z dokumentem tożsamości

rodzica lub opiekuna prawnego. Przedstawienie Karty ubezpieczenia w Placówce Medycznej wskazywanej przez Konsultanta 24 h Infolinii Medycznej nie jest niezbędne do skorzystania ze świadczenia medycznego;

- 7) **Katalog Usług Medycznych** – lista świadczeń medycznych, z których może korzystać Ubezpieczony w ramach wybranego wariantu ubezpieczenia, stanowiący Załącznik nr I do niniejszych OWU;
- 8) **Lekarz** – lekarz wykonujący świadczenia medyczne wskazany przez Konsultanta 24h Infolinii Medycznej;
- 9) **Okres ubezpieczenia** - miesięczny okres liczony od 1. lub 15. dnia każdego miesiąca równy miesięcznym okresom ochrony ubezpieczeniowej dla poszczególnych Ubezpieczonych;
- 10) **Partner** – osoba, z którą Główny Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim bądź partnerskim, która po objęciu ochroną ubezpieczeniową staje się Ubezpieczonym;
- 11) **Placówka Medyczna wskazywana przez Konsultanta 24 h Infolinii Medycznej** – działający zgodnie z prawem podmiot udzielający świadczeń medycznych, wymieniony na Liście Placówek. Aktualna Lista Placówek wskazywana przez Konsultanta 24 h Infolinii Medycznej jest dostępna na stronie www.tuzdrowie.pl . W wyjątkowych przypadkach po skierowaniu przez konsultanta 24h Infolinii Medycznej można na tych samych warunkach uzyskać świadczenie medyczne w placówce nie wymienionej na Liście Placówek wskazywanej przez Konsultanta 24 h Infolinii Medycznej ;
- 12) **Posiadacz rachunku** – osoba fizyczna, z którą Ubezpieczający zawarł Umowę o prowadzenie bankowego rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowego, w przypadku rachunku wspólnego – każdy ze Współposiadaczy;
- 13) **Rodzina** – to dwie osoby dorosłe pozostające w związku małżeńskim lub partnerskim, lub dwie osoby dorosłe pozostające w związku małżeńskim lub partnerskim oraz dzieci zdefiniowane w pkt. 3), lub jedna osoba dorosła z dziećmi zdefiniowanymi w pkt 3). Za rodzinę przyjmuje się również rodzinę zastępczą spokrewnioną lub niespokrewnioną, za wyjątkiem rodzin zastępczych niespokrewnionych zawodowych;
- 14) **Ubezpieczający** – mBank S.A.;
- 15) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rachunek której zawarto umowę ubezpieczenia, objęta ubezpieczeniem w zakresie świadczeń medycznych wymienionych w Katalogu Usług Medycznych. W przypadku przystąpienia do umowy ubezpieczenia w opcji indywidualnej Ubezpieczonym jest Posiadacz rachunku, natomiast w przypadku przystąpienia do umowy ubezpieczenia w opcji rodzinnej Ubezpieczonym jest Główny Ubezpieczony i wskazane przez niego osoby zgodnie z definicją rodziny w pkt. 13);
- 16) **Świadczenie medyczne** - porada lekarska, wykonanie badań diagnostycznych, zabiegu operacyjnego i inne działania służące zachowaniu i poprawie zdrowia;

Co mi daje ubezpieczenie?

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje udostępnienie Ubezpieczonym świadczeń medycznych wymienionych w Katalogu Usług Medycznych właściwych dla wybranego wariantu ubezpieczenia i przeprowadzonych w Placówkach Medycznych wskazywanych przez Konsultanta 24 h Infolinii Medycznej lub innych wskazanych przez konsultanta 24h Infolinii Medycznej oraz zwrot kosztów świadczeń medycznych poniesionych przez Ubezpieczonego w związku z chorobą, opisanych w Katalogu Usług Medycznych właściwych dla wybranego wariantu ubezpieczenia.

Kiedy nie mogę skorzystać ze świadczeń medycznych?

§ 4. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

TU ZDROWIE nie ponosi odpowiedzialności za świadczenia medyczne wykonane z powodu:

- 1) stanu zdrowia spowodowanego wprowadzeniem i występowaniem stanu wyjątkowego, stanu wojennego, wojny lub działań wojennych;
- 2) stanu zdrowia spowodowanego spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub uzależniających.

Kiedy i jak można się ubezpieczyć?

§ 5. PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Do umowy ubezpieczenia można przystąpić w opcji indywidualnej bądź opcji rodzinnej ubezpieczenia.
2. Ubezpieczeniem w opcji indywidualnej może zostać objęty Posiadacz rachunku Banku, który w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia ma ukończony 18. rok życia i nie ma ukończonego 70. roku życia.
3. Ubezpieczeniem w opcji rodzinnej może zostać objęty Posiadacz rachunku i jego partner, o ile spełniają kryteria wiekowe określone w ust. 2 powyżej oraz ich dzieci zgodnie z definicją §2 ust. 1 pkt. 3), które w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia nie ukończyły 25. roku życia.
4. Warunkiem przystąpienia do umowy ubezpieczenia jest złożenie przez Posiadacza rachunku oświadczenia woli o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia w wersji elektronicznej za pomocą internetowego serwisu transakcyjnego Ubezpieczającego lub w formie ustnej przez telefon, lub w formie pisemnej w placówce Ubezpieczającego wraz z wybraniem opcji i wariantu ubezpieczenia.

- Przystąpienie do umowy ubezpieczenia jest potwierdzane poprzez wystawienie Certyfikatu ubezpieczenia przesyłanego na wskazany adres e-mail Ubezpieczonego w opcji indywidualnej lub Głównego Ubezpieczonego w opcji rodzinnej. Dodatkowo każdy Ubezpieczony otrzymuje Kartę ubezpieczenia, która jest dostarczana na podany adres korespondencyjny Ubezpieczonego w opcji indywidualnej lub Głównego Ubezpieczonego w opcji rodzinnej. W przypadku zagubienia karty ubezpieczenia Ubezpieczony ma obowiązek poinformowania TU ZDROWIE o braku karty ubezpieczenia.
- Przed przystąpieniem do ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępnienia osobom przystępującym do umowy ubezpieczenia treści niniejszych OWU oraz Katalogu Usług Medycznych.

Kiedy mogę zmienić wariant lub opcję ubezpieczenia?

§ 6. ZMIANA WARIANTU LUB OPCJI UBEZPIECZENIA

- Ubezpieczony w opcji indywidualnej lub Główny Ubezpieczony w opcji rodzinnej mogą zmienić opcję lub wariant ubezpieczenia albo opcję i wariant ubezpieczenia w każdym momencie trwania ochrony ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej, przy czym kolejna zmiana opcji lub wariantu ubezpieczenia albo opcji i wariantu ubezpieczenia jest możliwa po upływie 6 miesięcy od ostatniej zmiany.
- Zmiana opcji lub wariantu ubezpieczenia albo opcji i wariantu ubezpieczenia nie jest możliwa po złożeniu wniosku o rezygnację z automatycznego przedłużania ochrony ubezpieczeniowej na kolejne miesiące.
- Zmiana wariantu lub opcji ubezpieczenia albo opcji i wariantu ubezpieczenia powinna zostać zgłoszona Ubezpieczającemu za pośrednictwem internetowego serwisu transakcyjnego Ubezpieczającego lub w formie ustnej przez telefon, lub w formie pisemnej w placówce Ubezpieczającego.
- W przypadku Ubezpieczonych, którym ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od 1. dnia miesiąca zmiana wariantu lub opcji ubezpieczenia albo opcji i wariantu ubezpieczenia będzie obowiązywać:
 - od 1. dnia miesiąca następującego po miesiącu zgłoszenia takiej zmiany Ubezpieczającemu, pod warunkiem, że zmiana została zgłoszona w okresie od 1. do 15. dnia miesiąca kalendarzowego;
 - od 1. dnia drugiego miesiąca następującego po miesiącu zgłoszenia takiej zmiany Ubezpieczającemu w przypadku, gdy zmiana została zgłoszona w okresie od 16. do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.
- W przypadku Ubezpieczonych, którym ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od 15. dnia miesiąca zmiana wariantu lub opcji ubezpieczenia albo opcji i wariantu ubezpieczenia będzie obowiązywać od 15. dnia miesiąca następującego po miesiącu zgłoszenia takiej zmiany Ubezpieczającemu.

Jak długo trwa ubezpieczenie?

§ 7. CZAS TRWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez okres jednego miesiąca kalendarzowego i automatycznie zostaje przedłużona na kolejne miesiące kalendarzowe, pod warunkiem, iż zostaną spełnione łącznie poniższe warunki:
 - 1) Ubezpieczający zgłosi TU ZDROWIE Ubezpieczonego/nych do umowy ubezpieczenia;
 - 2) Ubezpieczający opłaci składkę ubezpieczeniową za następny miesięczny okres ochrony ubezpieczeniowej w ustalonym terminie;
 - 3) Ubezpieczony w opcji indywidualnej lub Główny Ubezpieczony w opcji rodzinnej nie złoży rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej.
2. Osoby przystępujące do umowy ubezpieczenia do 15. dnia miesiąca kalendarzowego zostaną objęte ochroną ubezpieczeniową od 1. dnia miesiąca następującego po miesiącu złożenia oświadczenia woli o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia, pod warunkiem zgłoszenia tych osób do ubezpieczenia i opłacenia składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.
3. Osoby przystępujące do umowy ubezpieczenia od 16. dnia miesiąca kalendarzowego zostaną objęte ochroną ubezpieczeniową od 15. dnia miesiąca następującego po miesiącu złożenia oświadczenia woli o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia, pod warunkiem zgłoszenia tych osób do ubezpieczenia i opłacenia składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych wygasa:
 - 1) z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia, w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy o prowadzenie bankowego rachunku oszczędnościowo–rozliczeniowego zawartej pomiędzy Ubezpieczającym i Ubezpieczonym w opcji indywidualnej lub Głównym Ubezpieczonym w opcji rodzinnej;
 - 2) z ostatnim dniem 3-go miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony w opcji indywidualnej lub Główny Ubezpieczony w opcji rodzinnej złożył Ubezpieczającemu rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) z dniem śmierci Ubezpieczonego w przypadku opcji indywidualnej lub Głównego Ubezpieczonego w przypadku opcji rodzinnej;
 - 4) z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia, w którym dziecko objęte ochroną ubezpieczeniową w opcji rodzinnej ukończyło 26. rok życia.
5. Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Głównego Ubezpieczonego dotyczy również członków jego rodziny zgłoszonych do umowy ubezpieczenia w opcji rodzinnej.

Kiedy mogę zrezygnować z ubezpieczenia?

§ 8. REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ubezpieczony w przypadku opcji indywidualnej lub Główny Ubezpieczony w przypadku opcji rodzinnej mają prawo zrezygnować z automatycznego przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej na kolejny miesięczny okres ubezpieczenia w każdym momencie trwania ochrony ubezpieczeniowej ze skutkiem na koniec okresu ubezpieczenia przy zachowaniu 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia. Jeżeli oświadczenie o rezygnacji złoży Główny Ubezpieczony, skutkuje ono rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej świadczonej również na rzecz Ubezpieczonych objętych nią w ramach opcji rodzinnej. Ubezpieczony składa w tym celu Ubezpieczającemu oświadczenie woli o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej w wersji elektronicznej za pomocą internetowego serwisu transakcyjnego Ubezpieczającego lub w wersji pisemnej w placówce Ubezpieczającego, a także ustnie przez telefon, o ile Ubezpieczający udostępni taką funkcjonalność.
2. Kolejne objęcie ochroną ubezpieczeniową jest możliwe po 6 miesiącach liczonych od ostatniego dnia okresu, w którym była udzielana ochrona ubezpieczeniowa.

Kto płaci składkę?

§ 9. SKŁADKA

1. Składka jest opłacana przez Ubezpieczającego miesięcznie za wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w danym okresie ubezpieczenia, w wysokości i terminie ustalonym w grupowej umowie ubezpieczenia.
2. Składkę ustala się biorąc pod uwagę:
 - 1) okres odpowiedzialności TU ZDROWIE ,
 - 2) liczbę bankowych rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych,
 - 3) zakres ubezpieczenia oraz opcje ubezpieczenia;
 - 4) inne czynniki wpływające na prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. TU ZDROWIE ponosi odpowiedzialność z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego wyłącznie w odniesieniu do tych Ubezpieczonych, za których została opłacona składka ubezpieczeniowa.

Jaki mam dostęp do świadczeń medycznych?

§ 10. ŚWIADCZENIA

1. Ubezpieczonemu przysługują świadczenia uzasadnione z medycznego punktu widzenia w ramach wybranego wariantu ubezpieczenia w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Świadczenia medyczne realizowane są bezgotówkowo jedynie po wcześniejszej rejestracji telefonicznej. Rejestracja świadczeń medycznych odbywa się za pośrednictwem 24h Infolinii Medycznej pod numerem +48 801 600 999 lub + 48 58 662 08 00. Konsultant 24h Infolinii Medycznej ustala termin wizyty/wykonania świadczenia medycznego w Placówce Medycznej wskazywanej przez Konsultanta 24 h Infolinii Medycznej z uwzględnieniem preferencji Ubezpieczonego.
3. Każdorazowo przed rozpoczęciem wizyty w Placówce Medycznej wskazywanej przez Konsultanta 24 h Infolinii Medycznej Ubezpieczony powinien okazać ważny dokument potwierdzający tożsamość ze zdjęciem.
4. W przypadku konieczności skorzystania ze świadczeń medycznych takich jak tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, rehabilitacja, TU ZDROWIE może wymagać przesłania skierowania na dane badanie w celu umówienia w odpowiedniej Placówce Medycznej dysponującej sprzętem medycznym o odpowiednich parametrach technicznych.
5. Świadczenia medyczne są realizowane jedynie w Placówkach Medycznych wskazywanych przez Konsultanta 24 h Infolinii Medycznej lub innych placówkach medycznych wskazanych przez konsultanta 24h Infolinii Medycznej.
6. Konsultacje lekarzy podstawowej opieki medycznej są udzielane w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia konsultantowi Infolinii Medycznej potrzeby ich uzyskania, najpóźniej do końca następnego dnia roboczego, w godzinach pracy placówek medycznych. Konsultacje lekarskie z zakresu opieki specjalistycznej są udzielane w ciągu 72 godzin od momentu zgłoszenia konsultantowi Infolinii Medycznej potrzeby ich uzyskania, w godzinach pracy placówek medycznych. Gwarancja dostępności, o której mowa powyżej, jest udzielona pod warunkiem realizacji usługi przez dowolnego lekarza danej specjalizacji i dowolną placówkę medyczną wskazaną przez konsultanta 24h Infolinii Medycznej.
7. TU ZDROWIE zobowiązuje się do zagwarantowania standardów obsługi dotyczących dotrzymania terminów umówionych konsultacji i badań lekarskich, z wyłączeniem działania siły wyższej, w tym m.in. awarii sprzętu diagnostycznego, wystąpienia nagłego przypadku wymagającego natychmiastowego udzielenia pomocy medycznej uniemożliwiającego wykonanie świadczenia medycznego dla Ubezpieczonego. Opóźnienie o nie więcej niż 15 minut umówionej konsultacji lub/i badania lekarskiego nie stanowi naruszenia warunków umowy ubezpieczenia.
8. TU ZDROWIE zobowiązuje się do zagwarantowania 4 godzin jako maksymalnego czasu oczekiwania na wizytę domową od daty zgłoszenia, z wyłączeniem działania siły wyższej, w tym m.in. awarii samochodu, wystąpienia nagłego przypadku wymagającego natychmiastowego udzielenia pomocy medycznej uniemożliwiającego wykonanie świadczenia medycznego dla Ubezpieczonego, Opóźnienie o nie więcej niż 30 minut umówionej wizyty domowej nie stanowi naruszenia warunków umowy ubezpieczenia.

9. Aktualna Lista Placówek Medycznych wskazywanych przez Konsultanta 24 h Infolinii Medycznej jest publikowana na stronach internetowych Ubezpieczającego i Towarzystwa Ubezpieczeń ZDROWIE jako placówki, w których skorzystanie z usług wymaga kontaktu z 24 h Infolinią. (www.tuzdrowie.pl). Ponadto wszystkich informacji o Placówkach Medycznych wskazywanych przez Konsultanta 24 h Infolinii Medycznej udzielają konsultanci 24h Infolinii Medycznej.
10. TU ZDROWIE może w trakcie trwania umowy ubezpieczenia zwiększać liczbę placówek medycznych lub usuwać z niej placówki. Usunięcie placówki z Listy Placówek Medycznych jest możliwe jedynie w przypadku ustanowienia w ciągu 30 dni odpowiedniego zastępstwa.

Jak mogę złożyć skargę lub zażalenie?

§ 11. SKARGI I ZAŻALENIA

1. Od odmowy przyznania świadczenia lub przyznania w wysokości innej niż wnioskowana, lub niewłaściwej realizacji świadczenia medycznego Ubezpieczonemu przysługuje prawo wniesienia odwołania do Zarządu TU ZDROWIE.
2. Odwołania są rozpatrywane w terminie 5 dni roboczych o dnia ich otrzymania.
3. Nadto Ubezpieczony, w innych sprawach niż opisane w ust I, może zgłaszać do TU ZDROWIE skargi i zażalenia listownie lub na adres e-mailowy TU ZDROWIE– mbank@tuzdrowie.pl.
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 albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.

§ 12. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem, przesłane listem poleconym lub na adres e-mail TU ZDROWIE chyba, że OWU dopuszczają możliwość złożenia ustnej.
2. Jeżeli Ubezpieczony zmienił adres korespondencyjny lub adres e-mail powinien niezwłocznie zawiadomić Ubezpieczającego lub TU ZDROWIE podając aktualny adres korespondencyjny lub e-mail.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego „Opieka Medyczna 24h” dla Klientów mBanku S.A. obowiązują od 01.05.2014

- Niniejsze OWU o kodzie OWU/03/2013 zostały przyjęte na mocy uchwały Zarządu TU ZDROWIE nr UZ/24/2013 z dnia 14.10.2013 r.



Xenia Kruszevska
Prezes Zarządu



Piotr Błażejczyk
Członek Zarządu

Załącznik do OWU:

- Katalog Usług Medycznych Ubezpieczenia Zdrowotnego „Opieka Medyczna 24h dla Klientów mBanku S.A.” z opcją refundacji kosztów poza Placówkami Medycznymi