



WARUNKI UBEZPIECZENIA CAVITAS DENTAL HAM-1/2023

Obowiązuje od 01.09.2023 r.

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	Artykuł 3 i 6
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające ubezpieczyciela do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich zmniejszenia	Artykuł 8

Spis treści

Artykuł 1.	Cel umowy ubezpieczenia	str. 2
Artykuł 2.	Osoby, których dotyczy umowa ubezpieczenia	str. 2
Artykuł 3.	Definicje niniejszych warunków ubezpieczenia	str. 3
Artykuł 4.	Ogólne warunki umowy ubezpieczenia	str. 4
Artykuł 5.	Prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia	str. 5
Artykuł 6.	Zasady dotyczące odszkodowań	str. 6
Artykuł 7.	Roszczenia	str. 8
Artykuł 8.	Wyłączenia	str. 9
Artykuł 9.	Procedura składania reklamacji	str. 11
Artykuł 10.	Powiadomienia	str. 12
Artykuł 11.	Informacja o prywatności i ochronie danych	str. 12
Artykuł 12.	Załącznik A - Wykaz świadczeń w zależności od planu ubezpieczenia	str. 14
Artykuł 13.	Załącznik B - Formularz wniosku	str. 18

1. CEL UMOWY UBEZPIECZENIA

- Celem niniejszych warunków umowy ubezpieczenia stomatologicznego Cavitax jest opisanie sposobu pokrycia kosztów leczenia stomatologicznego uczestnika umowy ubezpieczenia oraz limitów i ograniczeń, które mają zastosowanie do tych kosztów. Wszystkie istniejące zęby są objęte ubezpieczeniem, niezależnie od wcześniejszej historii leczenia (braki w zakresie uzębienia na dzień objęcia ochroną podlegają wyłączeniu). Obejmuje to już trwające, planowane lub zalecane leczenie, pod warunkiem, że leczenie ma miejsce po dacie rozpoczęcia okresu obowiązywania polisy.
- Ochrona ubezpieczeniowa obowiązuje, jeśli leczenie było konieczne z klinicznego punktu widzenia, i gdy leczenie ma miejsce i zostało zakończone przed końcem roku polisowego.
- W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia stomatologicznego Cavitax mają zastosowanie przepisy prawa polskiego.

2. OSOBY, KTÓRYCH DOTYCZY UMOWA UBEZPIECZENIA

Ubezpieczający to podmiot prawny w Polsce, który w imieniu osoby ubezpieczonej składa wniosek o zawarcie głównej/ramowej umowy ubezpieczenia, i który jest odpowiedzialny za opłacanie składki, i który weryfikuje spełnianie warunków umowy.

Ubezpieczony (ty) jest uczestnikiem głównej/ramowej umowy ubezpieczenia, który ma prawo do ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z warunkami tej umowy.

Współubezpieczony to małżonek, partner lub dziecko osoby ubezpieczonej, która to osoba stale zamieszkuje z ubezpieczonym. Współubezpieczony jest uczestnikiem głównej umowy ubezpieczenia i ma prawo do ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z warunkami wspomnianej umowy.

Ubezpieczyciel (my) to Hamilton Insurance DAC, spółka typu designated activity company, zarejestrowana w Irlandii pod numerem 484148, adres: 2 Shelbourne Buildings, Crampton Avenue, Ballsbridge, Dublin 4, D04W3V6, Irlandia. Hamilton Insurance DAC posiada zezwolenie nr C69793 wydane przez Central Bank of Ireland (Bank Centralny Irlandii) i podlega nadzorowi przez ten bank; spółka ta została również zgłoszona do polskiego organu nadzoru w ramach procedury swobody świadczenia usług.

Dystrybutorem ubezpieczeń (dystrybutor) jest Cavitax dental insurance broker OÜ (nr w rejestrze: 16501780, adres: Veskiposti Street 2-1002 Tallinn, 10138 Estonia), który to podmiot znajduje się na liście pośredników ubezpieczeniowych prowadzonej przez estoński Urząd Nadzoru Finansowego (www.fi.ee) i posiada prawo do świadczenia transgranicznych usług pośrednictwa ubezpieczeniowego na terenie Polski, a także został zgłoszony polskiemu organowi nadzoru w ramach zasady swobody świadczenia usług. Dystrybutor zarządza stroną internetową www.cavitax.pl, na której znajdują się wszystkie informacje i komunikaty związane z ubezpieczeniem. Aplikacja mobilna Cavitax dostępna dla uczestnika zapewnia szybki dostęp do dokumentów polisy, pozwala na łatwe zgłaszanie roszczeń i zawiera inne cenne informacje. Aplikację można ją pobrać bezpłatnie przez Apple Store i Google Play.



Administratorem ds. roszczeń jest Denis Europe OÜ (nr w rejestrze: 14868989, adres: Sakala Street 7-2, Tallinn 10141 Estonia). Obsługą klienta w zakresie roszczeń w Polsce zajmuje się CCN Polska Sp. z o.o., Pl. Górnosłaski 21, 81-509 Gdynia, Polska.

3. DEFINICJE UMOWY UBEZPIECZENIA

Poniższe definicje mają takie same znaczenia w dokumencie warunków oraz w dokumentach umowy ubezpieczenia. Wszelkie inne wyrażenia i zwroty niewymienione poniżej mają swoje zwykłe używane znaczenia.

Główna/ramowa umowa ubezpieczenia jest umową zawartą pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczającym zgodnie z niniejszymi warunkami, na podstawie której ubezpieczający zobowiązuje się do zapłacenia składki w zakresie i trybie określonym w umowie, a ubezpieczyciel zobowiązuje się do wypłacenia uczestnikom odszkodowania za poniesione przez nich klinicznie uzasadnione koszty leczenia określone w art. 12 - załącznik A, w granicach określonych w art. 12 - załącznik A.

Załącznik do polisy jest dokumentem wydawanym ubezpieczonemu, który potwierdza zawarcie głównej/ramowej umowy ubezpieczenia pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczającym.

Ochrona ubezpieczeniowa to zobowiązanie ubezpieczyciela do wypłaty odszkodowania za zabiegi w ramach planu świadczeń ubezpieczeniowych, wymienione w art. 12 - załącznik A, do limitów i maksymalnych sum ubezpieczenia w roku polisowym.

Plan świadczeń ubezpieczeniowych to 3-letni program ubezpieczeniowy, w którym pokrycie ubezpieczeniowe wzrasta w ciągu trzech (3) lat polisowych, zapewniając maksymalne pokrycie w trzecim roku.

Suma ubezpieczenia to maksymalna kwota odszkodowania w zależności od wybranego planu świadczeń ubezpieczeniowych, o którą można się ubiegać w jednym roku polisowym za jednego ubezpieczonego. Każdy rok polisowy ma ogólną maksymalną sumę ubezpieczenia, a także limity grup zabiegowych i limity częstotliwości opisane w art. 12 Załącznika A. Maksymalna suma ubezpieczenia na rok polisowy wzrasta po każdym pełnym, nieprzerwanym roku, w którym uczestnik jest ubezpieczony, aż do maksymalnego poziomu w roku 3.

Składka to kwota uzgodniona w głównej/ramowej umowie ubezpieczenia, którą ubezpieczający ma zapłacić za roczną ochronę ubezpieczeniową za każdego ubezpieczonego w zależności od wybranego planu świadczeń ubezpieczeniowych.

Rok polisowy to okres 1 roku, na podstawie którego obliczana jest składka i w którym obowiązuje ochrona ubezpieczeniowa.

Data początkowa to pierwszy dzień roku polisowego zgodnie z harmonogramem polisy.

Data odnowienia to dzień, w którym upłynęło 12 miesięcy kalendarzowych od daty rozpoczęcia roku polisowego.

Lekarz dentysta to należycie wykwalifikowany i licencjonowany dentysta, lub higienistka stomatologiczna, zarejestrowany w odpowiednim urzędzie/komisji ds. stomatologii. Na formularzu roszczenia należy przedstawić numer prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty wydany przez organ regulacyjny/ komisję stomatologiczną. W przypadku leczenia w innym państwie członkowskim UE/EOG (tylko leczenie regularne) lub na całym świecie (tylko leczenie powypadkowe) lekarz dentysta musi posiadać odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu.

Praktyka stomatologiczna to każda praktyka stomatologiczna w Polsce, w innym kraju UE/EOG (tylko leczenie regularne) lub w pozostałych państwach świata (tylko leczenie powypadkowe), w której uczestnik decyduje się na leczenie podlegające odszkodowaniu.

Leczenie to każda procedura stomatologiczna, która jest wymieniona w art. 12 Załącznika A, która musi być klinicznie niezbędna do utrzymania lub przywrócenia zdrowia jamy ustnej uczestnika pod warunkiem, że wszystkie usługi są świadczone:

- przez Lekarza dentystę, jak zdefiniowano, lub innego specjalistę medycznego w odpowiedniej dziedzinie;
- są zgodne z ogólnie przyjętymi standardami medycznymi;
- w trakcie roku polisowego.

Koszty leczenia to udokumentowane wydatki na leczenie poniesione i opłacone przez uczestnika lub, w przypadku współubezpieczonego dziecka, przez ubezpieczonego i objęte niniejszą polisą.

Zęby mleczne to zęby pojawiające się u dzieci, które zwykle tracimy przed ukończeniem dwunastego roku życia. W przypadku zębów mlecznych ubezpieczeniem objęte są jedynie ekstrakcje i wypełnienia. Polisa nie obejmuje znieczulenia ogólnego i hospitalizacji, które są często wymagane w przypadku leczenia stomatologicznego dzieci.

Wrodzony brak zębów to sytuacja, gdy u osoby dorosłej brakuje niektórych zębów, ponieważ nigdy się nie uformowały. Jest to częste w przypadku zębów mądrości i rzadkie w przypadku innych zębów. Ochrona ubezpieczeniowa na uzupełnienie wrodzonych braków zębów jest wyłączona.

Zęby mądrości to trzecie stałe zęby trzonowe i zazwyczaj muszą być usunięte około osiemnastego roku życia. Koszt usunięcia takich zębów jest pokrywany w ramach świadczenia z tytułu ekstrakcji, ale nie jest pokrywany koszt hospitalizacji i znieczulenia ogólnego często wymaganego przy tym zabiegu.

Leczenie ortodontyczne to leczenie prowadzone przez dentystę w celu zapobiegania lub korygowania nierówności zębów.

Sporty kontaktowe to rugby, hokej na lodzie, hokej na trawie, boks, MMA, sztuki walki, zapasy, lacrosse, raquetball, squash, piłka nożna amerykańska, narciarstwo, skoki narciarskie, snowboard, baseball, siatkówka, piłka ręczna, piłka wodna.

Most w rozumieniu niniejszego ubezpieczenia oznacza element stomatologiczny, który zastępuje niedawno usunięty ząb i który jest przymocowany do korony i podtrzymywany z obu stron przez koronę.

Wypadek to uraz spowodowany bezpośrednim uderzeniem pochodzącym spoza jamy ustnej, który skutkuje złamaniem struktury zęba lub kości i uszkodzeniem dziąseł wokół zębów. Aby zakwalifikować się jako wypadek w rozumieniu niniejszego ubezpieczenia, charakter urazu powinien wymagać leczenia przez dentystę w ciągu jednego tygodnia od zdarzenia. Uszkodzenia protez zębowych noszonych w trakcie wypadku są uwzględnione w zakresie ubezpieczenia. Uszkodzenia spowodowane żuciem są uznawane za obrażenia wewnętrzne i dlatego są wyłączone z kategorii ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków.

4. OGÓLNE WARUNKI UMOWY UBEZPIECZENIA

4.1 Ważność i wejście w życie umowy ubezpieczenia

4.1.1 Umowa ubezpieczenia i ochrona ubezpieczeniowa wejdą w życie w dniu rozpoczęcia określonym w harmonogramie polisy.

4.1.2. Pierwszy rok polisowy będzie trwał od daty rozpoczęcia roku polisowego do daty odnowienia. Ubezpieczenie automatycznie odnawia się na kolejne 12 miesięcy w każdej dacie odnowienia na kolejny rok polisowy, chyba że główna/ramowa umowa ubezpieczenia zostanie rozwiązana przez ubezpieczyciela lub ubezpieczającego poprzez wiążące prawnie wypowiedzeniem. Na każdy rok polisowy dystrybutor wydaje nowy harmonogram polisowy, chyba że w umowie głównej/ramowej ubezpieczenia uzgodniono inaczej.

4.2 Płatność składki

4.2.1 Umowa ubezpieczenia jest zawierana pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczającym, a składka jest płacona przez ubezpieczającego.

4.2.2. Składka jest naliczana na dorosłego uczestnika, parę, rodzinę i rodzinę niepełną.

4.2.3. W przypadku składki dotyczącej pary, rodziny lub rodziny niepełnej, plan świadczeń ubezpieczeniowych musi być taki sam dla wszystkich uczestników.

4.3 Limit wieku

4.3.1 Ochroną ubezpieczeniową objęci są uczestnicy, którzy w dniu rozpoczęcia roku polisowego mają od 19 do 67 lat. Współubezpieczone dzieci muszą być w wieku poniżej 18 lat (do 23 lat w przypadku kontynuowania nauki w pełnym wymiarze godzin) w dniu rozpoczęcia roku polisowego.

4.3.2 Współubezpieczone osoby dorosłe to małżonek lub partner w wieku od 19 do 67 lat lub dorosłe dziecko uczące się w pełnym wymiarze godzin w wieku od 19 do 22 lat.

4.3.3 Współubezpieczone dzieci to dzieci osoby ubezpieczonej w wieku poniżej 19 lat.

4.4 Zakończenie ochrony ubezpieczeniowej

4.4.1 Ochrona ubezpieczeniowa kończy się dla każdego uczestnika w najwcześniejszym z poniższych terminów:

- z dniem ustania stosunku pracy lub uczestnictwa pomiędzy ubezpieczonym a ubezpieczającym;
- w dacie odnowienia po 70. urodzinach dorosłego uczestnika, 23. urodzinach współubezpieczonych dzieci;
- z chwilą śmierci ubezpieczonego lub współubezpieczonych.

4.5 Inne ubezpieczenia

4.5.1 Jeżeli posiadają Państwo podobną ochronę ubezpieczeniową w ramach innej umowy ubezpieczenia, i roszczenia zostały pokryte przez takie inne ubezpieczenie, ubezpieczyciel wypłaci należną kwotę dopiero po potrąceniu kwot wypłaconych z tytułu innych ubezpieczeń.

4.6 Prawa osób trzecich

4.6.1 Zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia, żadne osoby niebędące ubezpieczonym i współubezpieczonym oraz ubezpieczającym, nie mają prawa powoływać się na jakiegokolwiek warunki wynikające z niniejszej polisy.

5. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY UBEZPIECZENIA

5.1 Prawa i obowiązki ubezpieczającego, ubezpieczonego i uczestnika

5.1.1 Uczestnik ma prawo do otrzymania odszkodowania ubezpieczeniowego zgodnie z niniejszymi warunkami.

5.1.2 Ubezpieczający lub ubezpieczony jest zobowiązany do przedstawienia niezbędnych informacji o ubezpieczonym i współubezpieczonym w celu zawarcia głównej/ramowej umowy ubezpieczenia oraz do zapewnienia prawidłowości przedstawionych informacji.

5.1.3 Jeżeli informacje dostarczone przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego okażą się lub staną się niedokładne lub nieodpowiednie, lub jeżeli nastąpią istotne zmiany, ubezpieczający lub ubezpieczony będzie musiał jak najszybciej poinformować o tym fakcie dystrybutora.

5.1.4 Ubezpieczający ma obowiązek płacenia składek zgodnie z ustaleniami zawartymi w głównej / ramowej umowie ubezpieczenia.

5.2 Prawa i obowiązki ubezpieczyciela

5.2.1 W przypadku wystąpienia szkody (roszczenia), ubezpieczyciel będzie zobowiązany do wypłaty uczestnikowi odszkodowania ubezpieczeniowego zgodnie z niniejszymi warunkami.

5.2.2 Ubezpieczyciel będzie miał prawo odmówić wypłaty odszkodowania, jeśli uczestnik:

- wprowadził ubezpieczyciela w błąd, przedstawiając fałszywe informacje, zawyżone lub nadmierne koszty leczenia bądź też zataił informacje;
- współdziałał z lekarzem dentystą w realizacji powyższych czynności;
- świadomie domagał się odszkodowania w celach niedozwolonych w warunkach ubezpieczenia lub świadomie wyraził zgodę, aby lekarz dentysta uczynił to w Państwa imieniu;
- wyraził zgodę na próbę uzyskania przez osobę trzecią nieuzasadnionych korzyści finansowych ze szkodą dla ubezpieczyciela;
- umyślnie lub wyniku rażącego niedbalstwa naruszył warunki ubezpieczenia lub inne zobowiązania umowne w jakikolwiek innym istotnym zakresie;
- popełnił lub usiłował popełnić oszustwo lub świadomie zgodził się, w sposób wyraźny lub dorozumiany, na popełnienie lub usiłowanie popełnienia oszustwa przez lekarza dentystę.

5.2.3 Ubezpieczyciel będzie miał prawo nie przedłużać ochrony ubezpieczeniowej na kolejne okresy. Jeżeli ubezpieczyciel zdecyduje się nie przedłużać uczestnictwa ubezpieczonego i współubezpieczonego, konieczne będzie poinformowanie o tym ubezpieczającego z wyprzedzeniem 30 dni przed datą odnowienia. Stosowne powiadomienie musi zostać wysłane na najbardziej aktualny adres e-mail, który ubezpieczający podał ubezpieczycielowi.

5.2.4. Ubezpieczyciel będzie miał prawo dokonywać zmian w umowie ubezpieczenia z ubezpieczającym z 90-dniowym wyprzedzeniem przed datą odnowienia.

5.2.5 Jeżeli ubezpieczyciel nie zastosuje niektórych zapisów niniejszych warunków w pewnych okolicznościach lub przypadkach, nie oznacza to, że nie będzie mógł zastosować danych zapisów w innych okolicznościach lub przypadkach.

5.2.6 Ubezpieczyciel będzie mógł, na własny koszt podjąć, w Państwa imieniu postępowanie w celu odzyskania swoich strat od jakiejkolwiek osoby trzeciej z tytułu jakiejkolwiek straty lub szkody objętej niniejszym ubezpieczeniem i wypłaconej przez ubezpieczyciela, przy czym każda odzyskana w ten sposób kwota będzie należała do ubezpieczyciela.

6. ZASADY DOTYCZĄCE ODSZKODWAŃ

6.1 Plany świadczeń ubezpieczeniowych

6.1.1 Oferujemy 3 plany świadczeń ubezpieczeniowych – Brązowy, Srebrny i Złoty – które obejmują listę kwalifikujących się zabiegów.

6.1.2 Ubezpieczenie obejmuje listę zabiegów zgodnie z planem świadczeń ubezpieczeniowych zawartym w art. 12 – załącznik A do określonej sumy ubezpieczenia na zabieg, grupę zabiegów lub okres ubezpieczenia.

6.1.3 Limity częstotliwości wymienione w art. 12 – załącznik A mają zastosowanie do niektórych zabiegów.

6.1.4 W przypadku wyboru Planu Brązowego coroczne rutynowe badanie kontrolne podlega opłaceniu przez uczestnika i musi być przeprowadzone i możliwe do udowodnienia przed terminem pierwszej w danym roku polisowym wizyty związanej z leczeniem, pokrywanej przez ubezpieczenie.

6.1.5 Zmiana planu świadczeń ubezpieczeniowych może nastąpić dopiero po upływie 3 lat.

6.2 Leczenie regularne

6.2.1 Świadczenie z tytułu ubezpieczenia stomatologicznego wypłacane jest do wysokości niższej z poniżej określonych kwot: (1) ceny leczenia przez lekarza stomatologa lub (2) odpowiedniej kwoty określonej w art. 12 – Załącznik A, za każde leczenie.

6.2.2 Całkowite świadczenie w każdym roku polisowym to kwota kosztów kwalifikowanych za zabiegi objęte niniejszym ubezpieczeniem, do maksymalnych sum ubezpieczenia dla grupy zabiegów i do rocznej sumy ubezpieczenia na rok polisowy, wszystkie powyżej kwoty określone w artykule 12 – Załącznik A.

6.2.3 Gwarancja na wypełnienie zęba jest ważna przez 3 lata. Wypełnienie tego samego zęba jest ponownie refundowane w 4. roku, jeśli ubezpieczający odnowi główną/ramową umowę ubezpieczenia na kolejne lata polisowe.

6.2.4 Gwarancja na koronę, most lub protezę dla jednego zęba jest ważna przez 5 lat. Odszkodowanie za koronę, most lub protezę dla tego samego zęba jest ponownie refundowane w 6. roku, jeżeli ubezpieczający odnowi główną/ramową umowę ubezpieczenia na kolejne lata polisowe.

6.2.5 Odszkodowanie za implanty zostanie wypłacone jednorazowo za każdą lokalizację zęba. Wymieniany ząb musi zostać usunięty w roku polisowym, a ubezpieczyciel nie będzie ponosił odpowiedzialności za dalsze wydatki, które mogą powstać w wyniku powikłań związanych z implantami, w wyniku odrzucenia, złamania lub infekcja implantu.

6.2.6 Poniższe świadczenia dotyczące przyzębia pokrywane będą jedynie wtedy, gdy przeprowadzono przesiewowe oraz gdy z badań tych wynika, że dana osoba ma problemy z przyzęciem (głębokość kieszonek >4 mm). Na poparcie tego roszczenia należy przedłożyć dokumentację potwierdzającą przeprowadzenie przesiewowych badań periodontologicznych. Badanie powinno zawierać wyniki znanego wskaźnika periodontologicznego, takiego jak CPITN.

Czyszczenie przyzębia (głęboki skaling zamknięty)
Chirurgia przyzębia
Wyglądanie korzeni zębów (otwarte)
Resekcja korzenia zęba
Szynowanie przyzębia / zębów

6.3 Ortodoncja dla dorosłych

6.3.1 Odszkodowanie ubezpieczeniowe za stały aparat ortodontyczny będzie wypłacane raz na całe życie dla osoby dorosłej powyżej 19 roku życia.

6.4 Postępowanie w razie wypadku

6.4.1 Jeżeli wypadek odpowiada definicji zawartej w niniejszych warunkach ubezpieczenia, leczenie doraźne niezbędne do natychmiastowego złagodzenia urazu powypadkowego oraz wszelkie następujące po nim leczenie niezbędne do odbudowy uszkodzonego zęba lub zębów zostanie pokryte w granicach maksymalnej sumy ubezpieczenia określonej dla leczenia powypadkowego w artykule 12 – Załącznik A, niezależnie od tego, czy leczenie zostało przeprowadzone w Polsce czy za granicą.

6.5 Leczenie nowotworu jamy ustnej

6.5.1 Zgodnie z umową ubezpieczenia, wydatki na leczenie nowotworu jamy ustnej zostaną zrekompensowane raz w życiu uczestnika zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia i w granicach maksymalnej sumy ubezpieczenia określonej w art. 12 – Załącznik A.

6.5.2 Odszkodowanie zostanie wypłacone tylko wtedy, gdy nowotwór jamy ustnej został zdiagnozowany i leczony przez lekarza specjalistę lub lekarza dentystę, który posiada odpowiednie kwalifikacje i posiada prawo wykonywania zawodu w Polsce.

6.5.3 Odszkodowanie obejmuje leczenie nowotworu jamy ustnej, takie jak leczenie szpitalne (ambulatoryjne lub stacjonarne), zabiegi chirurgiczne i znieczulenie (ambulatoryjne lub stacjonarne), konsultacje i usługi specjalistyczne w ramach opieki ambulatoryjnej, badania patologiczne i zdjęcia rentgenowskie, wydatki na radiologię i chemioterapię.

7. ROSZCZENIA

7.1 Roszczenia

7.1.1 Wszystkie roszczenia, w przypadku których dochodzi się odszkodowania, muszą dotyczyć leczenia, które jest niezbędne z klinicznego punktu widzenia, a koszty którego zostały poniesione wyłącznie w związku z leczeniem przeprowadzonym po dacie początkowej i zakończonym w ciągu roku polisowego.

7.1.2 Odszkodowanie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone tylko wtedy, gdy leczenie zostało przeprowadzone przez licencjonowanego lekarza dentystę lub lekarza.

7.2 Formularz zgłoszenia roszczenia

Formularz zgłoszenia roszczenia (patrz art. 13 Załącznik B) to ręcznie lub elektronicznie wypełniony dokument potwierdzający przeprowadzone leczenie (leczenia). Uczestnik (a w przypadku współubezpieczonego dziecka - ubezpieczony) lub lekarz dentysta musi zawrzeć w formularzu następujące dane:

- odpowiednie dane uczestnika;
- nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty;
- datę wykonania zabiegu (zabiegów);
- liczbę wykonanych zabiegów;
- numer(-y) leczonego zęba(-ów) na jedno leczenie, w stosownych przypadkach;
- cenę wykonanego leczenia (zabiegów);
- całkowita kwota, której dotyczy wniosek.

7.3 Zgłaszanie roszczeń

7.3.1 Roszczenie wraz z dowodem zapłaty gotówką lub kartą debetową/kredytową należy złożyć albo:

a) poprzez stronę www.cavitas.pl/roszczenia lub poprzez aplikację mobilną Cavitas. Formularz roszczenia będzie można wypełnić ręcznie lub elektronicznie i przesać w formie zeskanowanego lub sfotografowanego dokumentu, lub

b) poprzez przesłanie pocztą na adres: Pl. Górnosławski 21 81-509 Gdynia.

7.3.2 Formularz roszczenia bez dowodu płatności zostanie przyjęty, chociaż przetwarzanie roszczenia zostanie zakończone tylko wtedy, gdy kopia zlecenia płatności zostanie przekazana w uzupełnieniu formularza roszczenia.

7.3.3 Wszystkie roszczenia (w tym, w razie potrzeby, dodatkowe dokumenty) będą musiały zostać złożone w terminie 180 dni od zakończenia leczenia.

7.3.4 Administrator ds. roszczeń może zażądać dokumentacji klinicznej, w tym, między innymi, zdjęć rentgenowskich, w celu uzasadnienia roszczenia, od uczestnika lub, w przypadku współubezpieczonego dziecka, od ubezpieczonego, lekarza dentysty, innego lekarza specjalisty

lub innej osoby trzeciej. Zdjęcie rentgenowskie powinno zawierać datę wykonania i nazwisko pacjenta oraz przedstawiać stan zęba lub zębów przed i, jeśli to możliwe, po przeprowadzeniu leczenia, którego dotyczy roszczenie.

7.4 Zwrot należności

7.4.1 Odszkodowanie ubezpieczeniowe zostanie Państwu wypłacone w terminie 5 dni roboczych od momentu wysłania przez administratora ds. roszczeń na Państwa adres e-mail powiadomienia o wypłacie odszkodowania, potwierdzającego zakończenie sprawy.

7.5 Wstępna autoryzacja określonego leczenia

7.5.1 Wstępna autoryzacja to proces polegający na udzieleniu uczestnikowi informacji przed leczeniem, czy proponowane leczenie kwalifikuje się do objęcia ochroną ubezpieczeniową.

7.5.2 Następujące zabiegi powinny zostać wstępnie zatwierdzone przez administratora ds. roszczeń przed rozpoczęciem leczenia:

- umieszczenie mostu;
- wszczęcie implantu, łączników i korony na implantach oraz wszelkie inne zabiegi związane z implantami;
- umieszczenie protezy.

7.5.3 Abyśmy mogli dokonać wstępnej autoryzacji leczenia, plan leczenia wystawiony przez lekarza dentystę powinien zostać przedłożony administratorowi ds. roszczeń:

- a) za pośrednictwem strony internetowej www.cavitas.pl lub za pośrednictwem aplikacji mobilnej Cavitas dostępnej do pobrania za darmo w Apple Store i Google Play, lub
- b) pocztą na adres Pl. Górnośląski 21 81-509 Gdynia.

7.5.4 Plan leczenia musi zawierać minimum następujące informacje:

- opis zabiegu;
- numer(y) zęba(ów);
- opłata (opłaty) za zabieg (zabiegi) z podziałem na każdy planowany do wykonania zabieg;
- numer prawa wykonywania zawodu

Administrator ds. roszczeń może w niektórych przypadkach poprosić o dodatkowe informacje w celu ukończenia autoryzacji. Po przetworzeniu administrator ds. roszczeń odsyła dokument autoryzacji wstępnej opatrzony w numer autoryzacji wstępnej z wyszczególnieniem tego, co podlega pokryciu ubezpieczeniowemu zgodnie z danym zakresem ubezpieczenia i do jakiej wartości. Wszelkie koszty leczenia niepokryte lub częściowo płacone zostaną wyszczególnione; oznacza to, że będą Państwo odpowiedzialni za te koszty. Zaleca się, aby nie wyrażać zgody na leczenie, dopóki nie otrzymają Państwo numeru autoryzacji wstępnej.

8. WYŁĄCZENIA

8.1 Świadczenia są wyłączone:

8.1.1 w zakresie usług lub dostaw, które nie są opisane w artykule 12 - Załącznik A w ramach programu świadczeń ubezpieczeniowych, lub które są wyłączone w niniejszych warunkach;

8.1.2 w zakresie wszelkich kosztów produktów komercyjnych, takich jak sterylne opatrunki, fluor, szczoteczki do zębów, produkty wspomagające wzrost kości lub tkanek lub produkty ochronne, ubrania i urządzenia dla lekarzy dentystów i innych lekarzy specjalistów;

8.1.3 w zakresie leczenia, które przekracza maksymalną sumę ubezpieczenia na rok polisowy, na grupę leczenia i/lub na leczenie;

8.1.4 w zakresie leczenia mającego na celu uzupełnienie zębów (np. realizacja mostu, protezy lub implantu), których brakowało w dniu lub przed dniem rozpoczęcia pierwszego roku polisowego;

8.1.5 w zakresie leczenia mającego na celu wymianę jakichkolwiek istniejących mostów lub implantów, chyba że leczenie zostało wcześniej zatwierdzone (artykuł 7.2);

8.1.6 w zakresie leczenia kosmetycznego, które nie jest konieczne z klinicznego punktu widzenia, z wyjątkiem wybielania zębów w ramach Planu Złotego, które jest pokrywane w trzecim roku planu;

8.1.7 w zakresie kosztów szpitali, anestezjologów i patologów;

8.1.8 w zakresie chirurgii ortognatycznej (tj. zabiegów chirurgicznych mających na celu zmianę położenia szczęk i zębów);

8.1.9 w zakresie usług lub zaopatrzenia, które mają charakter eksperymentalny lub nie są normalnie świadczone przez praktykę stomatologiczną, lub które nie są niezbędne z klinicznego punktu widzenia;

8.1.10 w zakresie zwrotu kosztów podróży lub rozmów telefonicznych w związku z jakimkolwiek leczeniem lub opłat za wypełnienie formularza roszczenia;

8.1.11 w zakresie wszelkich roszczeń dotyczących wymiany protez zębowych uszkodzonych podczas ich nieużywania;

8.1.12 w zakresie wszelkich zabiegów leczniczych związanych z uszkodzeniami lub urazami spowodowanymi podczas uczestnictwa w sportach kontaktowych, gdy nie była noszona odpowiednia ochrona zębów, ust lub głowy;

8.1.13 w zakresie leczenia urazów poniesionych podczas uczestnictwa w nielegalnych, bezprawnych lub antyspołecznych działaniach;

8.1.14 w zakresie wszelkich opłat za leczenie, które kwalifikują się do zwrotu w ramach państwowej opieki stomatologicznej lub innej formy ubezpieczenia;

8.1.15 w zakresie koron na implantach, jeśli implant, na którym korona jest umieszczona, nie jest objęty niniejszą umową;

8.1.16 Klauzula wyłączenia wojny i masowego terroryzmu:

Bez względu na jakiegokolwiek postanowienia o treści odwrotnej zawarte w ramach niniejszego ubezpieczenia lub jakiegokolwiek jego uzupełnień, uzgadnia się, że niniejsze ubezpieczenie wyłącza skutki takich zdarzeń, jak: wojna, inwazja, działania wrogów obcych, działania wojenne (niezależnie od tego, czy wojna została wypowiedziana, czy nie), wojna domowa, rebelia, rewolucja, powstanie lub władza wojskowa lub uzurpowana bądź akty terrorystyczne, ale tylko jako jedyny skutek użycia broni nuklearnej, chemicznej lub biologicznej masowego rażenia, niezależnie od jej rozmieszczenia lub łączenia.

Dla celów niniejszej klauzuli:

- terroryzm oznacza działanie lub działania dowolnej osoby lub grupy (grup) osób, podejmowane w celach politycznych, religijnych, ideologicznych lub podobnych, z zamiarem wywarcia wpływu na jakikolwiek rząd i/lub wprowadzenia społeczeństwa lub jakiegokolwiek jego części w stan strachu. Terroryzm może obejmować, ale nie ograniczać się do rzeczywistego użycia siły lub przemocy i/lub groźby takiego użycia. Ponadto sprawcy terroryzmu mogą działać samodzielnie, w imieniu lub w powiązaniu z dowolną organizacją (organizacjami) lub rządem (rządami);

- wykorzystanie broni jądrowej masowego rażenia oznacza użycie jakiegokolwiek wybuchowej broni lub urządzenia jądrowego, bądź emisję, wyładowanie, rozproszenie, uwolnienie lub ucieczkę materiału rozszczepialnego emitującego poziom radioaktywności zdolny do spowodowania niezdolności do pracy lub śmierci ludzi lub zwierząt;

- wykorzystanie broni chemicznej masowego rażenia oznacza emisję, zrzut, rozproszenie, uwolnienie lub ulotnienie się jakiegokolwiek stałego, ciekłego lub gazowego związku chemicznego, który po odpowiednim rozproszczeniu jest w stanie spowodować niezdolność do pracy lub śmierć ludzi lub zwierząt;

- wykorzystanie broni biologicznej masowego rażenia oznacza emisję, zrzut, rozproszenie, uwolnienie lub ucieczkę wszelkich patogennych (wywołujących choroby) mikroorganizmów i/lub biologicznie wytworzonych toksyn (w tym organizmów zmodyfikowanych genetycznie i toksyn syntetyzowanych chemicznie), które są zdolne do spowodowania niezdolności do pracy lub śmierci ludzi lub zwierząt;

8.1.17 Zakłada się, że nie udzielamy ochrony ubezpieczeniowej i nie jesteśmy zobowiązani do wypłaty jakiegokolwiek roszczenia ani zapewnienia jakiegokolwiek świadczenia w zakresie, w jakim udzielenie takiej ochrony, wypłata takiego roszczenia lub zapewnienie takiego świadczenia naraziłoby nas na jakiegokolwiek sankcje, zakaz lub ograniczenie wynikające z rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub sankcji handlowych lub gospodarczych, przepisów prawa lub regulacji Europejskiej Unii Gospodarczej, Wielkiej Brytanii lub Stanów Zjednoczonych Ameryki.

9. PROCEDURY ZGŁASZANIA REKLAMACJI

9.1 Zgłoszenie reklamacji

9.1.1 Skargi związane z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia, ubezpieczający lub uczestnik - uprawniony z umowy ubezpieczenia - może zgłaszać do ubezpieczyciela za pośrednictwem dystrybutora lub administratora ds. roszczeń. Skargi rozpatrywane będą bez naruszania praw osoby składającej skargę.

9.1.2 Reklamacje mogą być składane w formie:

- a) pisemnej - pocztą na adres: Pl. Górnośląski 21, 81-509 Gdynia
- b) elektronicznie - na adres e-mail: kontakt@cavitas.pl
- c) poprzez formularz reklamacyjny na stronie internetowej www.cavitas.pl lub w aplikacji mobilnej Cavitas
- d) ustnie za pośrednictwem nr telefonu +48 22 208 3430

9.1.3 Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w terminie 30 dni od daty otrzymania reklamacji. Przesłanie odpowiedzi przed upływem w/w terminu będzie wystarczające do zachowania terminu.

9.1.4 Odpowiedź na reklamację zostanie udzielona:

- a) w formie pisemnej i zostanie dostarczona za pośrednictwem poczty;
- b) w formie elektronicznej (wyłącznie na wniosek osoby składającej reklamację, na podany przez nią adres e-mail).

9.1.5 Jeżeli ze względu na złożoność reklamacji nie będzie możliwe udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, ubezpieczyciel poinformuje za pośrednictwem dystrybutora osoby skarżącej lub administratora ds. roszczeń o przyczynach opóźnienia i wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone w celu rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie będzie mógł przekroczyć 60 dni od daty otrzymania reklamacji.

9.1.6 Korespondencja ubezpieczyciela z osobą składającą reklamację będzie prowadzona za pośrednictwem dystrybutora lub administratora ds. roszczeń.

9.1.7 Ubezpieczający lub uczestnik uprawniony z umowy ubezpieczenia będący osobą fizyczną, może złożyć do Rzecznika Finansowego wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy lub wniosek o pozasądowe rozwiązanie sporu z zakładem ubezpieczeń:

Rzecznik Finansowy, Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa,

Telefon: (0-22) 333 73 26, (0-22) 333 73 27, (0-22) 333 73 28

Fax: (0-22) 333 73 29, E-mail: biuro@rf.gov.pl

10. POWIADOMIENIA

Wszystkie powiadomienia, w tym wydanie polis ubezpieczeniowych i warunków, informacje od ubezpieczyciela o wznowieniach i zmianach w umowie ubezpieczenia przekazywane będą ubezpieczającemu i/lub ubezpieczonemu bezpośrednio przez wyznaczonego dystrybutora lub za pośrednictwem brokera ubezpieczeniowego upoważnionego przez ubezpieczającego. Najnowsze zaktualizowane warunki ubezpieczenia są zawsze w dedykowanej dla uczestnika strefie logowania dostępne na stronie internetowej www.cavitas.pl/członek.

Uczestnicy mogą uzyskać dostęp do dokumentów polisy, zgłosić swoje roszczenia i znaleźć inne cenne informacje związane z ochroną stomatologiczną w aplikacji mobilnej Cavitas, którą można pobrać z App Store lub Google Play:



11. INFORMACJA O PRYWATNOŚCI I OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH

Hamilton Insurance DAC, administrator danych, zobowiązuje się do ochrony i poszanowania Państwa prywatności zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych („Przepisy”). Poniżej przedstawiamy podsumowanie głównych sposobów przetwarzania danych osobowych. Więcej informacji można znaleźć na stronie www.hamiltongroup.com.

JAK UBEZPIECZYCIEL WYKORZYSTUJE PAŃSTWA DANE OSOBOWE I KOMU JE UDOSTĘPNIĄ

Ubezpieczyciel może wykorzystywać przechowywane przez siebie Państwa dane osobowe, w celu zapewnienia ubezpieczenia, obsługi roszczeń i wszelkich innych powiązanych z tym celów (może to obejmować decyzje o ubezpieczeniu podejmowane w sposób zautomatyzowany), a także w związku z ofertą warunków odnowienia, badań lub dla celów statystycznych oraz, jeśli ma na to zgodę, do dostarczania Państwu informacji, produktów lub usług, o które Państwo występują lub które zdaniem ubezpieczyciela mogą Państwa zainteresować. Ubezpieczyciel będzie również wykorzystywać Państwa dane w celu ochrony przed oszustwami i praniem pieniędzy oraz w celu wypełniania swoich ogólnych zobowiązań prawnych lub regulacyjnych.

WRAŻLIWE DANE OSOBOWE

Niektóre dane osobowe, takie jak informacje dotyczące zdrowia lub wyroków skazujących, mogą być wymagane przez ubezpieczyciela do konkretnych celów ubezpieczenia lub w ramach procesu likwidacji szkód. Podanie tych danych jest warunkiem pozwalającym na zaoferowanie danego ubezpieczenia lub dla celów zarządzania roszczeniem. Takie dane będą wykorzystywane wyłącznie do szczególnych celów określonych w jednostronnym powiadomieniu.

UJAWNIANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ubezpieczyciel może ujawnić Państwa dane osobowe stronom trzecim zaangażowanym w dostarczanie mu produktów lub świadczenie usług lub innym usługodawcom, którzy świadczą usługi w ich imieniu. Należą do nich spółki należące do grupy, powiązani partnerzy, brokerzy, agenci, administratorzy zewnętrzni, reasekuratorzy, inni pośrednicy ubezpieczeniowi, biura

informacji ubezpieczeniowej, agencje kredytowe, dostawcy usług medycznych, agencje wykrywania oszustw, likwidatorzy szkód, zewnętrzne kancelarie prawne, zewnętrzni audytorzy i księgowi, organy regulacyjne w oraz w przypadkach wymaganych przepisami prawa.

MIĘDZYNARODOWE PRZEKAZYWANIE DANYCH

Ubezpieczyciel może przekazywać Państwa dane osobowe do miejsc poza Europejskim Obszarem Gospodarczym („EOG”). W przypadku, gdy przekazuje Państwa dane osobowe poza EOG, zobowiązany jest zapewnić, że będą one przetwarzane bezpiecznie i zgodnie z przepisami prawa.

UPRAWNIENIA UBEZPIECZONEGO

Mają Państwo prawo zażądać od Ubezpieczyciela, aby nie przetwarzał Państwa danych w celach marketingowych, a także zapoznać się z kopią własnych danych osobowych, które przechowuje na Państwa temat, z możliwością ich usunięcia (z zastrzeżeniem pewnych wyjątków), tak aby wszelkie niedokładne lub wprowadzające w błąd dane zostały poprawione lub usunięte; są Państwo również uprawnieni do wystąpienia do administratora o przekazanie Państwu kopii Państwa danych oraz do złożenia skargi do miejscowego organu ochrony danych.

PRZECHOWYWANIE DANYCH

Państwa dane nie będą przechowywane dłużej niż jest to konieczne; będą one zarządzane zgodnie z polityką przechowywania danych obowiązujących u ubezpieczyciela. Ze względu na 5-letnie ograniczenia kliniczne dotyczące niektórych zabiegów opisane w art. 6.2, okres przechowywania danych będzie trwał przez okres pięciu (5) lat od wygaśnięcia umowy ubezpieczenia, chyba że ubezpieczyciel będzie zobowiązany do przechowywania danych przez dłuższy okres ze względu na wymogi gospodarcze, prawne lub regulacyjne.

Jeżeli mają Państwo jakiegokolwiek pytania dotyczące wykorzystywania przez Ubezpieczyciela Państwa danych osobowych, prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, Hamilton Insurance DAC – pełne dane adresowe znajdują się na stronie www.hamiltongroup.com.

DENIS EUROPE OÜ

Denis Europe OÜ jest Podmiotem Przetwarzającym Dane, który zobowiązuje się do ochrony i poszanowania Państwa prywatności zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych („Przepisy”). Więcej informacji można znaleźć na stronie www.deniseurope.com.

CAVITAS DENTAL INSURANCE BROKER OÜ

Cavitas dental insurance broker OÜ jest administratorem danych osobowych. Broker przetwarza dane osobowe uczestnika w celu dystrybucji ubezpieczeń, pośredniczenia w zawieraniu umów ubezpieczenia na rzecz ubezpieczających jako broker ubezpieczeniowy, pomocy w wykonaniu umowy ubezpieczenia oraz w celu świadczenia innych usług brokera ubezpieczeniowego.

12. ZAŁĄCZNIK A – ROZLICZENIE ŚWIADCZEŃ W ZALEŻNOŚCI OD PLANU UBEZPIECZENIA (w PLN)

Plan: BRĄZOWY				
Zabiegi podlegające odszkodowaniu	Maksymalna suma ubezpieczenia na rok polisowy, na grupę leczenia i na leczenie	Maksymalna suma ubezpieczenia na rok polisowy, na grupę leczenia i na leczenie	Maksymalna suma ubezpieczenia na rok polisowy, na grupę leczenia i na leczenie	Limity częstotliwości
	ROK 1	ROK 2	ROK 3	
REGULARNE LECZENIE, całkowita roczna suma ubezpieczenia	2543	3128	5558	
Grupa1: DIAGNOSTYKA I PREWENCJA, całkowita roczna suma ubezpieczenia	n/d	n/d	n/d	
Okresowe badanie jamy ustnej	n/d	n/d	n/d	
Skaling i polerowanie	n/d	n/d	n/d	
Badania przesiewowe i wykresy periodontologiczne	n/d	n/d	n/d	
Badania przesiewowe w kierunku nowotworu jamy ustnej	n/d	n/d	n/d	
Konsultacje specjalistyczne	n/d	n/d	n/d	
Wybielanie wewnętrzne pojedynczych zębów	n/d	n/d	n/d	
Wybielanie zębów	n/d	n/d	n/d	
Grupa2: Zdjęcia rentgenowskie, całkowita roczna suma ubezpieczenia	180	180	180	
Prześwietlenie wewnątrzne	23	23	23	Bez ograniczeń
Cyfrowe zdjęcie panoramiczne	45	45	45	Jedno (1) na rok polisowy
Rentgen okluzyjny	n/d	n/d	n/d	
Rentgen 3D	n/d	n/d	n/d	
Grupa3: LECZENIE PODSTAWOWE, całkowita roczna suma ubezpieczenia	1238	1598	2003	
Miejscowe znieczulenie	27	27	27	Dwa (2) na wizytę
Wypełnienia	203	203	203	Trzy (3) na rok polisowy, jedno (1) wypełnienie na ząb
Leczenie kanałowe (endodoncja)	248	248	248	Trzy (3) zęby na rok polisowy
Ekstrakcja zęba	158	158	158	Bez ograniczeń
Grupa4: WIĘKSZE ZABIEGI, całkowita roczna suma ubezpieczenia	1125	1350	3375	
Czyszczenie przyzębia (głęboki skaling zamknięty)	90	90	90	Cztery (4) na rok polisowy
Chirurgia przyzębia	450	450	450	Jeden zabieg (1) na rok polisowy
Wygładzanie korzeni zębów (otwarte)	180	180	180	Cztery (4) na rok polisowy
Korona	n/d	810	810	Dwie (2) na rok polisowy
Proteza całkowita	n/d	n/d	1620	Jedna (1) na szczękę na 24 miesiące
Proteza częściowa	n/d	n/d	900	Jedna (1) na szczękę na 24 miesiące
Implant (w tym części składowe)	n/d	n/d	1350	Jeden (1) na rok polisowy
Resekcja zęba	n/d	n/d	n/d	
Szynowanie przyzębia	n/d	n/d	n/d	

Most (zastępujący brakujący ząb)	n/d	n/d	n/d	
Ortodoncja dla dorosłych	n/d	n/d	n/d	
LECZENIE POWYPADKOWE, łączna roczna suma ubezpieczenia	4275	5625	9000	
Wszystkie opisane powyżej zabiegi wypłacane są z części świadczenia z tytułu leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków w przypadku zaistnienia wypadku możliwego do zweryfikowania w rozumieniu definicji polisy				Jedno leczenie (1) na rok polisowy
LECZENIE NOWOTWORU JAMY USTNEJ, suma ubezpieczenia na całe życie	22 500	45 000	67 500	
Zabiegi i procedury związane z leczeniem nowotworu jamy ustnej (szpital, chirurdzy, anestezjolog, ambulatorium, radioterapia, chemioterapia)				Jedno (1) na całe życie

Plan: SREBRNY

Zabiegi podlegające odszkodowaniu	Maksymalna suma ubezpieczenia na rok polisowy, na grupę leczenia i na leczenie	Maksymalna suma ubezpieczenia na rok polisowy, na grupę leczenia i na leczenie	Maksymalna suma ubezpieczenia na rok polisowy, na grupę leczenia i na leczenie	Limity częstotliwości
	ROK 1	ROK 2	ROK 3	
REGULARNE LECZENIE, całkowita roczna suma ubezpieczenia	3443	4253	6458	
Grupa1: DIAGNOSTYKA I PREWENCJA, całkowita roczna suma ubezpieczenia	900	900	900	
Okresowe badanie jamy ustnej	113	113	113	Dwa (2) na rok polisowy
Skaling i polerowanie	113	113	113	Dwa (2) na rok polisowy
Badania przesiewowe i wykresy periodontologiczne	113	113	113	Jedno (1) na rok polisowy
Badania przesiewowe w kierunku nowotworu jamy ustnej	225	225	225	Jedno (1) na rok polisowy
Konsultacje specjalistyczne	n/d	n/d	n/d	
Wybielanie wewnętrzne pojedynczych zębów	n/d	n/d	n/d	
Wybielanie zębów	n/d	n/d	n/d	
Grupa2: Zdjęcia rentgenowskie, całkowita roczna suma ubezpieczenia	180	180	180	
Prześwietlenie wewnątrzne	23	23	23	Bez ograniczeń
Cyfrowe zdjęcie panoramiczne	45	45	45	Jedno (1) na rok polisowy
Rentgen okluzyjny	n/d	n/d	n/d	
Rentgen 3D	n/d	n/d	n/d	
Grupa3: LECZENIE PODSTAWOWE, całkowita roczna suma ubezpieczenia	1238	1598	2003	
Miejscowe znieczulenie	27	27	27	Dwa (2) na wizytę
Wypełnienia	203	203	203	Trzy (3) na rok polisowy, jedno (1) wypełnienie na ząb
Leczenie kanałowe (endodoncja)	248	248	248	Trzy (3) zęby na rok polisowy
Ekstrakcja zęba	158	158	158	Bez ograniczeń
Grupa4: WIĘKSZE ZABIEGI, całkowita roczna suma ubezpieczenia	1125	1575	3375	
Czyszczenie przyzębia (głęboki skaling zamknięty)	90	90	90	Cztery (4) na rok polisowy
Chirurgia przyzębia	450	450	450	Jeden zabieg (1) na rok polisowy
Wygładzanie korzeni zębów (otwarte)	180	180	180	Cztery (4) na rok polisowy

Korona	n/d	810	810	Dwie (2) na rok polisowy
Proteza całkowita	n/d	n/d	1620	Jedna (1) na szczękę na 24 miesiące
Proteza częściowa	n/d	n/d	900	Jedna (1) na szczękę na 24 miesiące
Implant (w tym części składowe)	n/d	n/d	1350	Jeden (1) na rok polisowy
Resekcja zęba	n/d	n/d	n/d	
Szynowanie przyzębia	n/d	n/d	n/d	
Most (zastępujący brakujący ząb)	n/d	n/d	n/d	
Ortodoncja dla dorosłych	n/d	n/d	n/d	
LECZENIE POWYPADKOWE, łączna roczna suma ubezpieczenia	4275	5625	9000	
Wszystkie opisane powyżej zabiegi wypłacane są z części świadczenia z tytułu leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków w przypadku zaistnienia wypadku możliwego do zweryfikowania w rozumieniu definicji polisy				Jedno leczenie (1) na rok polisowy
LECZENIE NOWOTWORU JAMY USTNEJ, suma ubezpieczenia na całe życie	22 500	45 000	67 500	
Zabiegi i procedury związane z leczeniem nowotworu jamy ustnej (szpital, chirurdzy, anestezjolog, ambulatorium, radioterapia, chemioterapia)				Jedno (1) na całe życie

Plan: ZŁOTY

Zabiegi podlegające odszkodowaniu	Maksymalna suma ubezpieczenia na rok polisowy, na grupę leczenia i na leczenie	Maksymalna suma ubezpieczenia na rok polisowy, na grupę leczenia i na leczenie	Maksymalna suma ubezpieczenia na rok polisowy, na grupę leczenia i na leczenie	Limity częstotliwości
	ROK 1	ROK 2	ROK 3	
REGULARNE LECZENIE, całkowita roczna suma ubezpieczenia	4275	5625	9000	
Grupa1: DIAGNOSTYKA I PREWENCJA, całkowita roczna suma ubezpieczenia	1260	1260	1260	
Okresowe badanie jamy ustnej	135	135	135	Dwa (2) na rok polisowy
Skaling i polerowanie	135	135	135	Dwa (2) na rok polisowy
Badania przesiewowe i wykresy periodontologiczne	135	135	135	Jedno (1) na rok polisowy
Badania przesiewowe w kierunku nowotworu jamy ustnej	360	360	360	Jedno (1) na rok polisowy
Konsultacje specjalistyczne	360	360	360	Jedna (1) na rok polisowy
Wybielanie wewnętrzne pojedynczych zębów	113	113	113	Jedno (1) na rok polisowy
Wybielanie zębów	n/d	n/d	810	Jedno (1) na rok polisowy
Grupa2: Zdjęcia rentgenowskie, całkowita roczna suma ubezpieczenia	225	225	225	
Prześwietlenie wewnątrzne	23	23	23	Bez ograniczeń
Cyfrowe zdjęcie panoramiczne	45	45	45	Jedno (1) na rok polisowy
Rentgen okluzyjny	36	36	36	Dwa (2) na rok polisowy
Rentgen 3D	90	135	180	Jeden (1) na rok polisowy
Grupa3: LECZENIE PODSTAWOWE, całkowita roczna suma ubezpieczenia	1350	1800	2250	
Miejscowe znieczulenie	27	27	27	Dwa (2) na wizytę
Wypełnienia	203	203	203	Trzy (3) na rok polisowy, jedno (1) wypełnienie na ząb
Leczenie kanałowe (endodoncja)	248	248	248	Trzy (3) zęby na rok polisowy

Ekstrakcja zęba	158	158	158	Bez ograniczeń
Grupa4: WIĘKSZE ZABIEGI, całkowita roczna suma ubezpieczenia	1440	2340	5265	
Czyszczenie przyzębia (głęboki skaling zamknięty)	90	90	90	Cztery (4) na rok polisowy
Chirurgia przyzębia	450	450	450	Jeden zabieg (1) na rok polisowy
Wyglądanie korzeni zębów (otwarte)	180	180	180	Cztery (4) na rok polisowy
Resekcja zęba	180	180	180	Jedna (1) na rok polisowy
Szynowanie przyzębia	225	225	225	Jeden zabieg (1) na rok polisowy
Korona	n/d	810	810	Dwie (2) na rok polisowy
Most (zastępujący brakujący ząb)	n/d	990	990	Jeden (1) na rok polisowy
Proteza całkowita	n/d	n/d	1620	Jedna (1) na szczękę na 24 miesiące
Proteza częściowa	n/d	n/d	900	Jedna (1) na szczękę na 24 miesiące
Implant (w tym części składowe)	n/d	n/d	3600	Jeden (1) na rok polisowy
Ortodoncja dla dorosłych	n/d	n/d	3240	Jeden zabieg (1) na całe życie
LECZENIE POWYPADKOWE, łączna roczna suma ubezpieczenia	4275	5625	9000	
Wszystkie opisane powyżej zabiegi wypłacane są z części świadczenia z tytułu leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków w przypadku zaistnienia wypadku możliwego do zweryfikowania w rozumieniu definicji polisy				Jedno leczenie (1) na rok polisowy
LECZENIE NOWOTWORU JAMY USTNEJ, suma ubezpieczenia na całe życie	22 500	45 000	67 500	
Zabiegi i procedury związane z leczeniem nowotworu jamy ustnej (szpital, chirurdzy, anestezjolog, ambulatorium, radioterapia, chemioterapia)				Jedno (1) na całe życie

13. ZAŁĄCZNIK B – FORMULARZ WNIOSKU

Imię **		Nazwisko **		Nr PESEL **	
Imię i nazwisko lekarza dentystry **		Nr prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry **		Autoryzacja wstępna – nr (jeśli jest wymagana)	

Instrukcje dotyczące składania wniosków

1. ** oznacza pole obowiązkowe. Państwa wniosek nie będzie mógł zostać rozpatrzony, jeśli te dane nie będą kompletne. Dane na tym formularzu muszą dotyczyć osoby leczonej.
2. Po zakończonym i opłaconym leczeniu proszę o pomoc w wyborze, które z poniższych zabiegów zostały wykonane.
3. W razie potrzeby należy dodać numer zęba. W przypadku, gdy więcej niż jeden ząb ma takie samo leczenie, należy podać liczbę zębów, a następnie numer każdego zęba.
4. Protezy, mosty i implanty wymagają podania numeru zęba/zębów, które są zastępowane.
5. Kolumna "Cenę leczenia" jest sumą dla wszystkich pozycji w wierszu, w którym jest więcej niż jeden leczony ząb.

6. Należy zsumować całkowitą kwotę, której dotyczy wniosek i wpisać tę kwotę w prawym dolnym polu.
7. W przypadku roszczeń za leczenie powypadkowe należy dodatkowo dodać poniżej opis samego wypadku. Należy opisać w jaki sposób wypadek uszkodził Państwa zęby.
8. W przypadku roszczeń z tytułu nowotworu jamy ustnej prosimy o przedłożenie raportu medycznego zawierającego diagnozę oraz dane dotyczące specjalności medycznej/szpitala.
9. Formularz wniosku jest ważny i zostanie zaakceptowany przez administrację ds. roszczeń tylko wtedy, gdy towarzyszy mu dowód zapłaty gotówką lub kartą debetową/kredytową.

Na stronie www.cavitas.pl można wypełnić formularz roszczenia elektronicznie lub też można przesłać go w formie zeskanowanego lub sfotografowanego dokumentu. Za pośrednictwem aplikacji mobilnej Cavitas można złożyć formularz reklamacyjny w formie zeskanowanego lub sfotografowanego dokumentu.

Kod	Zabieg	Data zabiegu	Ilość	Numery zębów	Cenę leczenia
101	Okresowe badanie jamy ustnej			Nie jest wymagane	
102	Konsultacje specjalistyczne			Nie jest wymagane	
103	Badania przesiewowe i wykresy periodontologiczne			Nie jest wymagane	
104	Badania przesiewowe w kierunku nowotworu jamy ustnej			Nie jest wymagane	
105	Prześwietlenie wewnątrzustne			Nie jest wymagane	
106	Prześwietlenie okluzyjne			Nie jest wymagane	
107	Cyfrowe prześwietlenie panoramiczne			Nie jest wymagane	
108	Prześwietlenie 3D			Nie jest wymagane	
109	Skaling i polerowanie			Nie jest wymagane	
110	Miejscowe znieczulenie stomatologiczne			Nie jest wymagane	
111	Wypełnienia				
112	Ekstrakcja zęba				
113	Leczenie kanałowe (endodoncja)				
114	Czyszczenie przyzębia (głęboki skaling zamknięty)			Nie jest wymagane	
115	Kiretaż korzeni przyzębia (otwarty)			Nie jest wymagane	

116	Chirurgia przyzębia			Nie jest wymagane				
117	Resekcja zęba							
118	Szynowanie przyzębia							
119	Wybielanie wewnętrzne pojedynczych zębó							
120	Wybielanie zębów							
121	Korona							
122	*Most (zastępujący brakujący ząb)							
123	Proteza całkowita							
124	Proteza częściowa							
125	*Implant (łącznie z komponentami)							
126	Ortodoncja dla dorosłych			Nie jest wymagane				
Wartość całkowita roszczenia, PLN **								

*Te zabiegi muszą być wstępnie zatwierdzone przez administratora ds. roszczeń, aby mogły być pokryte przez ubezpieczenie. Proszę wpisać w pole u góry po prawej stronie numer zgody na wstępną autoryzację podany przez administratora ds. roszczeń.

Posiadam inne ubezpieczenie, które częściowo zaspokoilo to roszczenie (zaznaczyć znakiem X) TAK NIE

Kwota, PLN _____

Data i opis wypadku: