

§ 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego „Pakiet Medyczny Premium” na rzecz Klientów Alior Bank S.A. zwane dalej „OWU”, mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia Grupowego Klientów Alior Bank S.A., zwanej dalej „Umową ubezpieczenia”, zawartej pomiędzy Alior Bank S.A. zwanym dalej „Ubezpieczającym”, a Cardiff Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, zwanym dalej „Ubezpieczycielem”. Na mocy niniejszych OWU Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapewnienia Ubezpieczonemu dostępu do Świadczeń Zdrowotnych za co Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacania składek ubezpieczeniowej.

§ 2 DEFINICJE

Terminom użytym w OWU oraz wszelkich innych dokumentach składających się na treść Umowy ubezpieczenia nadano następujące znaczenia:

- 1) Choroba** - reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych lub zmian organicznych w tkankach, narządach lub całym ustroju Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 2) Dziecko** - dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego przysposobione, które w dniu przystąpienia do ubezpieczenia ukończyło 31 dzień życia i nie ukończyło 18 roku życia, w przypadku uczęszczania do szkoły w rozumieniu art. 2 pkt 2) Ustawy z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty (Dz.U.2004.256.2572), oraz do szkoły wyższej w rozumieniu Ustawy z dnia 27 lipca 2005 roku Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U.2005.164.1365), w wieku do 25 lat, zgłoszone przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia w ramach Pakietu Partnerskiego lub Rodzinnego;
- 3) Karta Klienta** - karta wydana przez Ubezpieczyciela, uprawniająca do korzystania ze świadczeń w placówkach Świadczeniodawcy, ważna tylko wraz z dokumentem ze zdjęciem potwierdzającym tożsamość Ubezpieczonego;
- 4) Współmałżonek** - osoba zgłoszona przez Ubezpieczonego do objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach Pakietu Partnerskiego lub Rodzinnego, która na dzień zgłoszenia do ubezpieczenia ukończyła 18 rok życia i nie ukończyła 65 roku życia oraz pozostaje z Ubezpieczonym-Posiadaczem ROR w związku małżeńskim, z zastrzeżeniem, iż na potrzeby niniejszych OWU w każdym miejscu, gdzie jest mowa o Współmałżonku należy rozumieć także Partnera zgodnie z definicją w pkt 10);
- 5) Nieszczęśliwy Wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 6) Pakiet Medyczny Premium (Pakiet)** - ubezpieczenie zdrowotne dostępne w jednym z następujących wariantów: Pakiet Indywidualny Premium, Pakiet Partnerski Premium, Pakiet Rodziny Premium;
- 7) Pakiet Indywidualny Premium** - pakiet ubezpieczenia, w ramach którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony;
- 8) Pakiet Partnerski Premium** - pakiet ubezpieczenia, w ramach którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony oraz Współmałżonek albo jedno Dziecko;
- 9) Pakiet Rodziny Premium** - pakiet ubezpieczenia, w ramach którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony, Współmałżonek oraz Dzieci;
- 10) Partner** - osoba prowadząca z Ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, niezłączona pokrewieństwem ani stosunkiem prawnym, takim jak przysposobienie lub powinowactwo; Partner zostaje zgłoszony do objęcia ochroną ubezpieczeniową zgodnie z postanowieniami pkt 4), a jego zmiana możliwa jest raz w roku w trybie określonym w § 4 ust. 13;
- 11) Placówka medyczna** - szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 12) Świadczeniodawca** - zakład opieki zdrowotnej zarejestrowany przez organ uprawniony do rejestracji zakładów opieki zdrowotnej, wskazany przez Ubezpieczyciela, zapewniający wykonanie Świadczeń Zdrowotnych określonych w § 5;
- 13) Świadczenia Zdrowotne** - procedury medyczne i diagnostyczne, o których mowa w § 5 niniejszych OWU, świadczone przez wykwalifikowany personel medyczny Świadczeniodawcy podczas leczenia lub podczas działań profilaktycznych;
- 14) Ubezpieczony** - Posiadacz ROR, który ukończył 18 rok życia i nie ukończył 65 roku życia, którego zdrowie podlega ochronie ubezpieczeniowej. W przypadku Pakietów Partnerskiego Premium i Rodzinnego Premium, o ile OWU nie stanowią inaczej, zapisy

dotyczące Ubezpieczonego, stosuje się również do jego Współmałżonka lub Dzieci;

- 15) Zdarzenie Ubezpieczeniowe** - zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową, polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego:
 - a) choroby zdefiniowanej w pkt 1),
 - b) obrażeń ciała będących następstwem Nieszczęśliwego Wypadku zdefiniowanego w pkt 5),
 - c) stanu ciąży.
- 16) Posiadacz ROR** - osoba, która zawarła z Alior Bank S.A. umowę o prowadzenie ROR;
- 17) Rachunek Oszczędnościowy - Rozliczeniowy (zwany dalej: „ROR”)** - w rozumieniu przepisów Prawa Bankowego, przeznaczony do przechowywania środków pieniężnych w złotych oraz przeprowadzania rozliczeń pieniężnych, z wyłączeniem rozliczeń związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej, prowadzony na rzecz Posiadacza ROR na podstawie odpowiedniej Umowy między Alior Bank SA i Posiadaczem ROR.

§ 3 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy Ubezpieczenia polega na zapewnieniu Ubezpieczonemu dostępu do Świadczeń Zdrowotnych, określonych w Załączniku nr 1 do OWU, na zasadach określonych w § 5 OWU, w razie zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 2 pkt 15).
3. W ramach Pakietu Partnerskiego Premium lub Rodzinnego Premium, na wniosek Ubezpieczonego, odpowiedzialność Ubezpieczyciela zostanie rozszerzona na Współmałżonka i/lub Dzieci Ubezpieczonego.

§ 4 OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

1. Z zastrzeżeniem postanowienia § 3 ust. 3 OWU, ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba fizyczna, mająca miejsce zamieszkania w Polsce, która spełnia łącznie poniższe warunki:
 - 1) zawarła z Ubezpieczającym Umowę o prowadzenie ROR,
 - 2) złożyła wymagane oświadczenia, w szczególności o woli przystąpienia do ubezpieczenia w ramach Umowy ubezpieczenia,
 - 3) w dniu obejmowania ochroną ubezpieczeniową ukończyła 31 dzień życia i nie ukończyła 65 roku życia,
 - 4) podała do wiadomości Ubezpieczyciela numer PESEL;
2. Wymogów z § 4 ust. 1 pkt 1) oraz pkt 2) nie stosuje się do objęcia ochroną Współmałżonka lub Dzieci Ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, w którym została naliczona składka, pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego składki za okres świadczonej przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest na okres miesiąca i ulega przedłużeniu na następny miesięczny okres ubezpieczenia pod warunkiem, że Ubezpieczony nie złoży rezygnacji (w tym ze skutkiem odstąpienia) z ochrony ubezpieczeniowej.
5. Ochrona ubezpieczeniowa wznawia się na kolejne okresy ubezpieczenia przy zachowaniu niezmiennych warunków, chyba że Ubezpieczyciel poinformuje wcześniej Ubezpieczonego o ich zmianie, zgodnie z ust. 6.
6. Ubezpieczyciel zachowuje prawo do zmiany warunków ubezpieczenia przy wznawianiu ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia, pod warunkiem poinformowania Ubezpieczonego o tych zmianach w terminie co najmniej 30 dni przed datą ich wejścia w życie oraz przed rozpoczęciem kolejnego okresu ubezpieczenia. Informacja o zmianie warunków będzie przekazywana Ubezpieczonemu w formie elektronicznej lub pisemnej za pośrednictwem Ubezpieczającego na adres wskazany przez Ubezpieczonego-Posiadacza ROR.
7. W przypadku, gdy po wystąpieniu do Ubezpieczonego-Posiadacza ROR informacji o zmianie warunków ubezpieczenia, Ubezpieczony-Posiadacz ROR nie złoży rezygnacji zgodnie z ust. 8 zd.1 poniżej, zmiany warunków wchodzi w życie.
8. Ubezpieczony-Posiadacz ROR może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie przekazując Ubezpieczycielowi najpóźniej do końca miesiąca kalendarzowego oświadczenie o rezygnacji, ze skutkiem na pierwszy dzień drugiego miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczycielowi skutecznie doręczono oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia z zastrzeżeniem postanowień ust. 9. Ubezpieczony-Posiadacz ROR może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej przesyłając Ubezpieczycielowi oświadczenie w formie pisemnej na adres Ubezpieczyciela podany w § 8 ust. 1 lub telefonicznie, dzwoniąc pod wyznaczony przez Ubezpieczyciela numer telefonu 22 529 17 61.

9. W przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przed upływem miesiąca kalendarzowego od dnia przystąpienia do ubezpieczenia podczas rozmowy telefonicznej oraz pod warunkiem nieskorzystania przez Ubezpieczonego ze Świadczeń Zdrowotnych, Ubezpieczony traktowany jest tak, jakby nigdy nie został objęty ochroną (rezygnacja ze skutkiem odstąpienia). Skorzystanie przez Ubezpieczonego ze Świadczeń Zdrowotnych w tym okresie jest traktowane jako rozpoczęcie jej świadczenia na żądanie Ubezpieczonego i łączy się z koniecznością poniesienia kosztów ubezpieczenia.
10. Rezygnacja Ubezpieczonego-Posiadacza ROR z ochrony ubezpieczeniowej powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej Współmałżonka lub Dzieci.
11. Rezygnacja przez Ubezpieczonego-Posiadacza ROR z ochrony ubezpieczeniowej Współmałżonka lub Dzieci nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej względem Ubezpieczonego-Posiadacza ROR.
12. Skuteczne odstąpienie przez Ubezpieczonego-Posiadacza ROR od Umowy o prowadzenie ROR lub jej rozwiązanie jest jednoznaczne z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej.
13. Ubezpieczony-Posiadacz ROR raz na dwa miesiące ma możliwość zmiany Pakietu. Zmiana jest skuteczna na pierwszy dzień drugiego miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczyciel dowiedział się o zmianie Pakietu, z zastrzeżeniem, iż w przypadku zmian w sytuacji rodzinnej Ubezpieczonego takich jak: rozwód, śmierć Współmałżonka lub Dziecka zmiana Pakietu może nastąpić częściej niż raz na dwa miesiące pod warunkiem poinformowania o tym fakcie Ubezpieczyciela.

§ 5 ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

1. Ubezpieczyciel ponosi koszty Świadczeń Zdrowotnych, które dokonywane są na rzecz Ubezpieczonego w zakresie wskazanym w Załączniku nr 1 do OWU.
2. Koszty Świadczeń Zdrowotnych pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na konto Świadczeniodawcy.
3. Przed skorzystaniem ze Świadczeń Zdrowotnych Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) skontaktować się telefonicznie ze Świadczeniodawcą pod numerem **22 332 28 85** w celu umówienia wizyty lub skierowania do właściwej poradni Świadczeniodawcy,
 - 2) podać aktualne dane z ważnego dowodu tożsamości umożliwiające identyfikację Ubezpieczonego oraz numer PESEL.
4. Przy korzystaniu ze Świadczeń Zdrowotnych w placówkach Świadczeniodawcy, Ubezpieczony zobowiązany jest do każdorazowego okazywania Karty Klienta wraz z dowodem tożsamości.
5. Świadczeniodawca przypomina Ubezpieczonemu o planowanym terminie wizyty wysyłając wiadomość tekstową na numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego.
6. Ubezpieczony zobowiązany jest przestrzegać terminów Świadczeń Zdrowotnych.
7. Ubezpieczony jest zobowiązany poinformować Świadczeniodawcę o niemożności skorzystania z zaplanowanej wizyty najpóźniej 24 godziny przed terminem wizyty.
8. Czynności wymienionych w § 5 ust. 3 oraz ust. 4 i 7 w imieniu Dziecka Ubezpieczonego, które nie ukończyło 18 roku życia, dokonuje Ubezpieczony-Posiadacz ROR.
9. Dostęp do Świadczeń Zdrowotnych przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
10. Ubezpieczyciel nie ponosi kosztów leków, środków medycznych i sprzętu medycznego, w tym przepisanych lub zleconych przez lekarzy Świadczeniodawcy.

§ 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony jest zobowiązany podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.
2. Jeżeli Ubezpieczony podał do wiadomości Ubezpieczyciela niezgodne z prawdą okoliczności, o których mowa w ust. 1, Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, chyba, że okoliczności te nie mają wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku objętego Umową ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do terminowego opłacania składek ubezpieczeniowej określonej w Umowie ubezpieczenia.
4. Ubezpieczony zobowiązany jest do informowania Ubezpieczyciela o wszelkich zmianach mających wpływ na prawidłowe wykonanie zobowiązań wynikających z Umowy ubezpieczenia.

§ 7

WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa na skutek zajścia jednego ze zdarzeń:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego-Posiadacza ROR,
 - 2) w ostatnim dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym naliczono ostatnią Składkę w związku z wypowiedzeniem Umowy o prowadzenie ROR,
 - 3) rozwiązania Umowy o prowadzenie ROR,
 - 4) rezygnacji ze skutkiem odstąpienia Ubezpieczonego-Posiadacza ROR od ochrony ubezpieczeniowej (§ 4 ust. 9),
 - 5) rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej, zgodnie z § 4 ust. 8,
 - 6) ukończenia przez Ubezpieczonego-Posiadacza ROR 65 roku życia, z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony-Posiadacz ROR ukończył 65 lat,
 - 7) ukończenia przez Współmałżonka 65 roku życia, z ostatnim dniem miesiąca, w którym Współmałżonek ukończył 65 lat,
 - 8) ukończenia przez Dziecko Ubezpieczonego 25 roku życia, z ostatnim dniem miesiąca, w którym Dziecko ukończyło 25 lat,
 - 9) nieopłacenia przez Ubezpieczającego miesięcznej składki ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego, z ostatnim dniem miesiąca, w którym składka była wymagana,
 - 10) rozwiązania Umowy ubezpieczenia.

2. Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej wobec Ubezpieczonego-Posiadacza ROR powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej wobec Współmałżonka i Dzieci.
3. Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej Współmałżonka lub Dzieci nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej względem Ubezpieczonego-Posiadacza ROR.

§ 8

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelkie informacje, oświadczenia i wnioski adresowane do Ubezpieczyciela powinny być przekazywane w formie pisemnej na adres:

Cardif ARD S.A.
Skrytka pocztowa 105
85-950 Bydgoszcz 1.

2. Reklamacje, skargi lub zażalenia mogą być składane Ubezpieczycielowi osobiście lub w innej wybranej formie. Korespondencja prowadzona jest w języku polskim.
3. Ubezpieczyciel udziela pisemnej odpowiedzi na reklamację, skargę lub zażalenie w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia.
4. Ubezpieczyciel ma prawo zażądać pisemnego potwierdzenia skarg lub zażeń złożonych w formie telefonicznej lub pocztą elektroniczną.

5. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, osoba zainteresowana może wnieść skargę lub zażalenie do Dyrekcji Ubezpieczyciela.
6. Od ostatecznego rozstrzygnięcia złożonej skargi lub zażalenia, o której mowa w ust. 5 niniejszego paragrafu, Ubezpieczonemu przysługuje odwołanie do Rzecznika Ubezpieczonych.
7. Sprawy sporne, wynikające ze stosunku ubezpieczenia można wytoczyć albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
8. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy prawa polskiego, a w szczególności Kodeksu Cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
9. Niniejsze OWU zatwierdzone przez Dyrekcję Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce w dniu 27 października 2011 roku, wchodzi w życie z dniem 27 października 2011 roku.

Dyrektor Oddziału Zastępca Dyrektora Oddziału

Jan Emeryk Rościszewski *Leszek Skop*

Jan Emeryk Rościszewski Leszek Skop



Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego na rzecz Klientów Alior Bank S.A.

Zakres Świadczeń Zdrowotnych

DOSTĘP DO LEKARZY SPECJALISTÓW:

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Internisty ■ Pediatri ■ Ginekologa ■ Ginekologa dziecięcego* ■ Okulisty ■ Okulisty dziecięcego* ■ Dermatologa | <ul style="list-style-type: none"> ■ Dermatologa dziecięcego* ■ Ortopedy ■ Ortopedy dziecięcego* ■ Chirurga ■ Chirurga dziecięcego* ■ Alergologa ■ Urologa | <ul style="list-style-type: none"> ■ Kardiologa ■ Kardiologa dziecięcego* ■ Laryngologa ■ Laryngologa dziecięcego* ■ Gastrologa |
|---|---|--|
- * wizyta na podstawie skierowania od pediatry

DOSTĘP DO TESTÓW DIAGNOSTYCZNYCH wykonywanych na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza Świadczeniodawcy:

1. **badania hematologiczne:** morfologia krwi z pełnym zróżnicowaniem granulocytów; odczyn opadania krwinek czerwonych (OB), płytki krwi, retikulocyty;
2. **badania serologiczne:** HBs antygen, odczyn VDRL/USR/RPR, oznaczenie grupy krwi układu A, B, O, Rh(D) z oceną hemolizy, przeciwciała przeciw HBs;
3. **badania układu krzepnięcia:** czas częściowej tromboplastyny po aktywacji/czas kaolinowo-kefalinowy (APTT), czas protrombinowy (PT), fibrynogen (FIBR);
4. **badania biochemiczne krwi:** albuminy, aminotransferaza alaninowa (ALT), aminotransferaza asparaginianowa (AST), amylaza, białko całkowite, białko C-reaktywne (CRP), bilirubina bezpośrednia, chlorki (Cl), cholesterol całkowity, cholesterol HDL, cholesterol LDL, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), fosfataza alkaliczna (AP), fosfataza kwaśna całkowita, fosfataza sterczowa, gamma-glutamylotranspeptydaza (GGTP), glukoza, test obciążenia glukozą, kineza fosfokreatynowa, kreatynina, kwas moczowy, mocznik, potas (K), proteinogram, sód (Na), stężenie transferazy, trójglicerydy, wapń całkowity (Ca), żelazo - całkowita zdolność wiązania (TIBC), żelazo (Fe);
5. **badania moczu:** badanie ogólne moczu (profil);
6. **badania kału:** badanie ogólne kału, krew utajona w kale;
7. **badania czynnościowe:** EKG spoczynkowe, spirometria;
8. **badania z zakresu diagnostyki RTG:** RTG kości twarzy: okolicy czołowej, zuchwy, szczęki, zatok nosa, nosa, oczodołu, okolicy nadoczodołowej, spojenia zuchwy, okolicy jarzmo-wo-szczękowej; RTG tkanek miękkich klatki piersiowej; RTG kręgosłupa AP i L (całego, szyjnego, piersiowego, lędźwiowo-krzyżowego); RTG kości kończyn i miednicy: barku i ramienia, łokcia/ przedramienia, nadgarstka/dłoni, kończyny górnej, kończyny dolnej, miednicy/biodra, uda/kolana/podudzia, kostki/stopy; RTG przeglądowe jamy brzusznej;
9. **badania z zakresu diagnostyki USG:** USG gruczołu krokowego (przez powłoki brzuszne), USG macicy nieciążarnej i przydatków, USG macicy ciężarnej, USG macicy małej, USG piersi, USG przeglądowe jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej, USG tarczycy;
10. **posiewy i bakteriologia:** posiew moczu z antybiogramem, posiew kału ogólny, posiew z gardła, posiew z rany;
11. **badania hormonalne:** hormon tyreotropowy (TSH);
12. **inne:** badanie cytologiczne ginekologiczne.

AMBULATORYJNA OPIEKA PIELĘGNIARSKA

Usługa realizowana/koordynowana wyłącznie po skierowaniu lekarza prowadzącego lub specjalisty, wynikającego ze wskazań medycznych, obejmuje: dożylny wlew kroplowy, iniekcje: domięśniowe, dożylnie, podskórne; pomiar ciśnienia tętniczego.