



**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY
UBEZPIECZONEGO – USŁUGI MEDYCZNE**



DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY UBEZPIECZONEGO – USŁUGI MEDYCZNE

Kod warunków: CUGP55

Wersja z dnia: 20.11.2021 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego – usługi medyczne, kod warunków: CUGP55 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU. Użyte w OWU definicje mogą mieć znaczenie odbiegające od powszechnie przyjętego pojęcia, dlatego zwróć na nie szczególną uwagę. Zawarcie umowy jest dobrowolne.

INFORMACJA O PRODUKCIE

- jest materiałem informacyjnym,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna być wyłączną podstawą do tego, aby podjąć decyzję o zawarciu ubezpieczenia.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA – CO UBEZPIECZAMY?

Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie w okresie ochrony ciężkiej choroby, zgodnej z naszą definicją wskazaną w załączniku nr 1 do OWU.

W przypadku wystąpienia ciężkiej choroby, będziesz mógł korzystać z usług medycznych. Z usług medycznych możesz korzystać do wyczerpania się ich limitu (który znajdziesz w załączniku nr 2 do tych OWU) i nie dłużej niż przez okres 24 miesięcy licząc od dnia wydania decyzji potwierdzającej prawo do korzystania z usług medycznych.

Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego – Grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus albo w trakcie jego trwania, pod warunkiem jednoczesnego zawarcia albo obowiązywania umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ, KOGO UBEZPIECZAMY?

Ubezpieczenie dodatkowe zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.

JAK DŁUGO TRWA UMOWA?

Ubezpieczający może zawrzeć z nami ubezpieczenie dodatkowe na czas określony. Czas trwania ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie. Jeśli ubezpieczenie dodatkowe zawierane jest pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona trwa do najbliższej rocznicy polisy.

GDZIE OBOWIĄZUJE UBEZPIECZENIE?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę. Usługi medyczne realizowane są we wskazanych placówkach medycznych na terenie Polski.

JAK I KIEDY PŁACI SIĘ SKŁADKĘ?

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA?

Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym i dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.

Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego,
- z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

GŁÓWNE WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA OCHRONY - CZEGO NIE OBEJMUJE UBEZPIECZENIE?

Nie zrealizujemy świadczenia w przypadku:

- jeśli przed początkiem ochrony wystąpiła ciężka choroba lub z jej powodu rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze,
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia o ile nie jesteśmy w stanie ustalić swojej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia na podstawie innych dowodów.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki oraz w innych przypadkach wskazanych w OWU).

JAK ROZWIĄZAĆ UMOWĘ?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Ubezpieczający może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego poprzez złożenie nam pisemnego oświadczenia o jego nieprzedłużeniu najpóźniej 30 dni przed jego zakończeniem.

WYNAGRODZENIE DYSTRYBUTORA UBEZPIECZENIA

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA

1. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.
2. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć:
 - 1) na piśmie – osobiście albo wysłane pocztą w rozumieniu ustawy „Prawo pocztowe”, na przykład pisząc na adres: PZU Życie SA ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres tylko do korespondencji);
 - 2) na piśmie – wysłane na adres do doręczeń elektronicznych PZU Życie SA w rozumieniu ustawy o doręczeniach elektronicznych, począwszy od dnia wpisania tego adresu do bazy adresów elektronicznych;
 - 3) w formie ustnej – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście, co potwierdzamy protokołem podczas wizyty w naszej jednostce;
 - 4) w postaci elektronicznej – wysyłając e-mail na reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.
3. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy najszybciej, jak to możliwe, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia, kiedy ją otrzymaliśmy. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć w ciągu 30 dni, poinformujemy:
 - 1) dlaczego odpowiedź się opóźnia;
 - 2) jakie okoliczności musimy jeszcze ustalić, aby rozpatryć sprawę;
 - 3) jaki jest nowy termin naszej odpowiedzi – termin ten nie może być dłuższy niż 60 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy reklamację, skargę lub zażalenie.

4. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy osobie, która je złożyła:
 - 1) w przypadku, gdy klientem jest osoba fizyczna – na piśmie, z tym że odpowiedź dostarczymy elektronicznie wyłącznie na wniosek klienta;
 - 2) w przypadku, gdy klientem jest inny podmiot niż wskazany w ppkt 1 – na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji.
5. Jeśli po rozpatrzeniu reklamacji:
 - 1) nie uwzględniliśmy zgłoszonych roszczeń albo
 - 2) uwzględniliśmy roszczenia, ale w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację nie wykonaliśmy czynności, do których się zobowiązaliśmy– osoba fizyczna, która złożyła reklamację, może napisać wniosek w tej sprawie do Rzecznika Finansowego.
6. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
7. Więcej o reklamacjach można dowiedzieć się z „Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i Rzeczniku Finansowym” oraz z „Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń”.
8. Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
9. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu „Ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich”, właściwym dla PZU Życie do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy. Adres jego strony internetowej to: rf.gov.pl.
10. Jeśli ubezpieczony albo ubezpieczający, uposażony i uprawniony są konsumentami, mogą zwrócić się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
11. Językiem stosowanym przez nas w relacjach z konsumentem jest język polski.
12. W PZU Życie podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

W poniższej tabeli przedstawiamy postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego – usługi medyczne, kod warunków CUGP55 (OWU), które regulują zasady wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

Poniższe postanowienia są częścią OWU, a ich wskazanie wynika z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1-2 pkt 4-7 pkt 38 pkt 39-46 pkt 47
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 7 pkt 8-14 pkt 15-16 pkt 35-36 pkt 37 pkt 47

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



pod numerem infolinii 801 102 102
(opłata zgodna z taryfą operatora)

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY UBEZPIECZONEGO – USŁUGI MEDYCZNE



Kod OWU: CUGP55

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego – usługi medyczne uchwałą nr UZ/202/2021 z dnia 9 listopada 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2022 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **ciężka choroba** – tylko taka choroba, uraz lub operacja chirurgiczna, które są objęte naszą ochroną. Definicje ciężkich chorób, które obejmujemy ochroną, znajdziesz w załączniku nr 1 do tych OWU;
- 2) **dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego** – wskazane przez PZU Życie SA w umowie ubezpieczenie dodatkowe na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego;
- 3) **okres ochrony** – czas, w którym trwa наша odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
- 4) **placówka medyczna** – przychodnia, gabinet lekarski lub laboratorium świadczące usługi medyczne, których wykaz publikujemy na stronie pzu.pl oraz udostępniamy pod numerem infolinii medycznej (wskazanym w decyzji o przyznaniu prawa do korzystania z usług medycznych) i w każdym naszym oddziale;
- 5) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – takie postępowanie medyczne, na które składają się: wywiad chorobowy, fizykalne badanie pacjenta oraz badania dodatkowe, służące ustaleniu rozpoznania lub postępowanie medyczne mające na celu leczenie;
- 6) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 7) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
- 8) **usługi medyczne** – świadczenia, których listę znajdziesz w załączniku nr 2 do tych OWU.

2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

– czyli za jakie zdarzenie otrzymasz usługi medyczne i jak możesz z nich korzystać

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje wystąpienie w okresie ochrony ciężkiej choroby, zgodnej z naszą definicją wskazaną w załączniku nr 1 do tych OWU.
5. W razie wystąpienia u Ciebie ciężkiej choroby, będziesz mógł korzystać z usług medycznych.
6. Usługi medyczne przysługują po wystąpieniu każdej z ciężkich chorób wskazanych w załączniku nr 1 do tych OWU.
7. Z usług medycznych możesz korzystać do wyczerpania się ich limitu (który znajdziesz w załączniku nr 2 do tych OWU) i nie dłużej niż przez okres 24 miesięcy licząc od dnia wydania decyzji potwierdzającej prawo do korzystania z usług medycznych.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz świadczenia

8. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminu **wyczynowe uprawianie sportu** – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
 - a) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub

- b) osoby, które uprawiają sporty indywidualne i biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - c) osoby, które otrzymują wynagrodzenie, a także stypendium lub zwrot kosztów związanych z uprawianiem sportu indywidualnego lub gier zespołowych (diety, zasiłki) – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.
- 9. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje ciężkiej choroby, jeśli:**
- 1) wystąpienie ciężkiej choroby jest następstwem nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił:
 - a) w wyniku działań wojennych,
 - b) gdy ubezpieczony czynnie uczestniczył w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
 - c) gdy ubezpieczony usiłował popełnić lub popełnił czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - d) gdy ubezpieczony uczestniczył w wypadku komunikacyjnym, w którym kierował pojazdem:
 - nie mając uprawnień do prowadzenia pojazdu, które są określone w przepisach prawa lub
 - będąc w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości - w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub po użyciu: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - o ile którakolwiek z tych okoliczności miała wpływ na zajście wypadku komunikacyjnego,
 - e) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub po użyciu: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile którakolwiek z tych okoliczności miała wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) wystąpienie ciężkiej choroby jest następstwem:
 - a) samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - b) bezpośredniego zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - c) użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego,
 - d) uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
 - e) wycynowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego.
- 10. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje także:**
- 1) ciężkich chorób, będących skutkiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się przed początkiem okresu ochrony;
 - 2) chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano tętniaka aorty brzusznej lub rozwarstwienie aorty brzusznej;
 - 3) chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano tętniaka aorty piersiowej lub rozwarstwienie aorty piersiowej;
 - 4) chirurgicznego leczenia choroby niedokrwiennej serca metodą by-pass, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę niedokrwinną serca lub zawał serca;
 - 5) udaru mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, miażdżycę naczyń mózgowych;
 - 6) zawału serca, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę niedokrwinną serca lub wystąpił zawał serca.
- 11. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje ciężkich chorób, wskazanych w załączniku nr 1 do tych OWU, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto u ubezpieczonego postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed początkiem okresu ochrony.**
- 12. Wyłączenie z pkt 11 nie dotyczy:**
- 1) sytuacji, w których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się i zakończyło przed ukończeniem przez ubezpieczonego 18 lat;
 - 2) ciężkich chorób, w przypadku których nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiej samej ciężkiej choroby.
- 13. W przypadku nowotworu złośliwego należyne jest tylko jedno świadczenie niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów.**
- 14. Po wystąpieniu danej ciężkiej choroby nasza ochrona wygasa w zakresie tej choroby.**

KARENCCJA

– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego nie ponosimy odpowiedzialności lub ponosimy ją w ograniczonym zakresie

- 15. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 90 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.
- 16. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli ciężka choroba była wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu pierwszych 90 dni liczonych od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia dodatkowego.

SKŁADKA

– od czego zależy i kiedy ją opłacać

- 17. Wysokość składki za ubezpieczonego:
 - 1) uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu dodatkowym;

- 2) jest stała, ale może ulec zmianie za porozumieniem stron;
3) zależy od liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.
18. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
19. Ubezpieczający przekazują nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO

– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

20. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania, pod warunkiem jednoczesnego zawarcia albo obowiązywania u ubezpieczającego umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.
21. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

22. Ubezpieczający może zawrzeć z nami ubezpieczenie dodatkowe na czas określony. Czas trwania ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie. Jeśli ubezpieczenie dodatkowe zawierane jest pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona trwa do najbliższej rocznicy polisy.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

23. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
24. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

25. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
26. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
27. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.
28. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
29. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

30. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
31. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
32. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.
33. Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
34. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

35. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
36. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym i dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

37. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

- 1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego;
- 2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
- 3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
- 4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
- 5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
- 6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
- 7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

– czyli komu należą się usługi medyczne

38. Prawo do świadczenia – usług medycznych przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA

– czyli jak zacząć korzystać z usług medycznych

39. Jeśli wystąpi u Ciebie ciężka choroba, dostarcz nam:

- 1) taką dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie ciężkiej choroby;
- 2) taką dokumentację, która potwierdza okoliczności wypadku – w przypadku ciężkiej choroby w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
- 3) kartę informacyjną leczenia szpitalnego – jeśli przebywałeś w szpitalu.

40. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że usługi medyczne Ci się należą, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.

41. Możemy dodatkowo:

- 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
- 2) zlecić badania medyczne

– jeśli będzie to konieczne dla ustalenia naszej odpowiedzialności.

42. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.

43. Jeśli dokumenty, o które prosiiliśmy, są w innym języku niż polski, musisz dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.

44. O przyznaniu Ci prawa do korzystania z usług medycznych decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji.

45. Po otrzymaniu decyzji o przyznaniu Ci prawa do korzystania z usług medycznych - będziesz mógł rozpocząć korzystanie z tych usług.

46. Aby korzystać z usług medycznych – za naszym pośrednictwem – umawiasz termin usługi medycznej. Możesz to zrobić za pośrednictwem dostępnych kanałów określonych w załączniku nr 2 do tych OWU.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

47. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY UBEZPIECZONEGO – USŁUGI MEDYCZNE

Za ciężkie choroby objęte naszą odpowiedzialnością uznaje się wyłącznie:

- 1) **chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej**, które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty brzusznej protezą naczyniową. Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowatego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty brzusznej. Nasza ochrona w tym ubezpieczeniu nie obejmuje operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty brzusznej;
- 2) **chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej**, które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty piersiowej protezą naczyniową. Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowatego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej. Nasza ochrona w tym ubezpieczeniu nie obejmuje operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty piersiowej;
- 3) **chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)**, które jest metodą polegającą na wszczepieniu pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej;
- 4) **chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca**, które jest metodą polegającą na leczeniu uszkodzonej własnej zastawki serca. Odpowiadamy wyłącznie za takie chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca, które polega na wymianie naturalnej, chorobowo zmienionej zastawki serca na zastawkę sztuczną lub zastawkę biologiczną. Nasza ochrona w tym ubezpieczeniu nie obejmuje zabiegów rekonstrukcji ani plastyki nieprawidłowo pracujących elementów zastawek naturalnych;
- 5) **chorobę neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)**, która jest neurodegeneracyjną chorobą obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną wybiórczym uszkodzeniem nerwowych komórek ruchowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę neuronu ruchowego, która została rozpoznana przez lekarza neurologa w oparciu o badanie elektromiografii (EMG) i która spowodowała osłabienie lub zanik mięśni oraz ograniczenie ruchów czynnych;
- 6) **chorobę Parkinsona**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną zanikiem komórek nerwowych, mających znaczenie dla funkcji ruchowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Parkinsona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała wystąpienie co najmniej dwóch z poniższych objawów neurologicznych:
 - a) drżenie spoczynkowe,
 - b) spowolnienie ruchowe,
 - c) zwiększone napięcie mięśni.Nasza ochrona w tym ubezpieczeniu nie obejmuje parkinsonizmu objawowego;
- 7) **niezłośliwego guza mózgu**, który jest łagodnym wewnątrzczaszkowym guzem mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaskowych. Odpowiadamy wyłącznie za taki niezłośliwy guz mózgu, który został usunięty lub jeśli usunięcie guza nie było możliwe, spowodował on wystąpienie ubytków neurologicznych. Rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu. Nasza ochrona w tym ubezpieczeniu nie obejmuje torbli, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, krwakiów mózgu, guzów przysadki mózgowej;
- 8) **nowotwór złośliwy**, który jest niekontrolowanym rozrostem komórek nowotworowych, cechujących się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów. Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy, którego inwazyjny charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym. Odpowiadamy także za nowotwór złośliwy ze zmianami przerzutowymi, gdy nie pobrano materiału do badania histopatologicznego, ale obraz kliniczny i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do złośliwości procesu nowotworowego. Nasza ochrona w tym ubezpieczeniu nie obejmuje:
 - a) nowotworów ocenionych w badaniu histopatologicznym jako łagodne, o granicznej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjne lub przedinwazyjne (tzw. in situ),
 - b) zmian o cechach dysplazji,
 - c) ziarnicy złośliwej w pierwszym stadium,
 - d) czerniaka złośliwego skóry opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 oraz wszystkich nowotworów skóry w tym chłoniaka skóry,
 - e) brodawkowatego raka tarczycy opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0,
 - f) nowotworu złośliwego gruczołu krokowego (prostaty, stercza) opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 lub T1bN0M0,
 - g) dysplazji szyjki macicy i nowotworu złośliwego szyjki macicy opisanego wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3,
 - h) wszystkich nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV;
- 9) **stwardnienie rozsiane**, które jest chorobą ośrodkowego układu nerwowego z obecnością ubytkowych objawów neurologicznych, powstałych na podłożu rozsianych zmian demielinizacyjnych. Odpowiadamy wyłącznie za takie stwardnienie rozsiane, które zostało ostatecznie rozpoznane przez lekarza neurologa, na podstawie objawów neurologicznych i badania rezonansu magnetycznego, potwierdzających czasowe i lokalizacyjne rozsianie zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym;
- 10) **udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym**, który jest nagłym, ogniskowym lub uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu spowodowanym wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany, które spowodowało trwałe ubytki neurologiczne. Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym, w którym:
 - a) badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub udar mózgu był leczony trombolitycznie oraz
 - b) badanie neurologiczne, przeprowadzone 3 miesiące po wystąpieniu udaru mózgu, potwierdziło utrzymywanie się w związku z tym udarem ubytku neurologicznego.

Nasza ochrona w tym ubezpieczeniu nie obejmuje przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA) oraz takiego udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu;

11) **zawał serca**, który jest uszkodzeniem części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia.

Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:

- a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,
- b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,
- c) nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
- d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.

Odpowiadamy również za zawał serca związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych, o ile w badaniach obrazowych stwierdzono nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego o umiejscowieniu odpowiadającym etiologii niedokrwiennej lub w koronarografii stwierdzono powikłania zabiegu ograniczające przepływ krwi oraz w którym stwierdzono wzrost stężenia troponiny sercowej we krwi do wartości:

- a) 5-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z przeskórną interwencją wieńcową lub
- b) 10-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z pomostowaniem tętnic wieńcowych.

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY UBEZPIECZONEGO – USŁUGI MEDYCZNE

ZAKRES USŁUG MEDYCZNYCH, KTÓRE MOŻE OTRZYMAĆ UBEZPIECZONY

JAK UMÓWIĆ SIĘ NA USŁUGĘ MEDYCZNĄ?

Na usługi medyczne umawiamy za pośrednictwem:

- całodobowej infolinii pod nr 801 405 905 lub 22 505 15 48 (opłata zgodna z taryfą operatora).

SERWIS SMS

Potwierdzenie terminu i miejsca realizacji usługi medycznej za pośrednictwem SMS.

Choroby układu krążenia (tj. chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass), chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca, chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej, chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej, zawał serca)

USŁUGA MEDYCZNA		LIMIT	OPIS
Konsultacje ambulatoryjne z zakresu	chorób wewnętrznych (interny)	4 konsultacje – łączny limit na wszystkie konsultacje	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsultacje ambulatoryjne odbywają się w placówce medycznej i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: fizykalne badanie pacjenta, zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia, wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. 2. Z konsultacji ambulatoryjnych możesz korzystać bez skierowania, we wskazanej przez nas placówce medycznej. 3. Konsultacje telemedyczne odbywają się telefonicznie, przez czat lub video czat i mogą obejmować: zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. 4. Z konsultacji telemedycznej możesz korzystać bez skierowania za pośrednictwem łączą telekomunikacyjnych. 5. W celu wykonania konsultacji telemedycznej utworzymy dla Ciebie indywidualne konto w serwisie internetowym. Podamy Ci dane niezbędne do rejestracji na koncie. 6. W ramach konsultacji ambulatoryjnych i telemedycznych nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.
	kardiologii		
	kardiologii		
	neurologii		
	psychologii		
	rehabilitacji medycznej		
Konsultacje telemedyczne z zakresu	chorób wewnętrznych (interny)	4 konsultacje – łączny limit na wszystkie konsultacje	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsultacje ambulatoryjne odbywają się w placówce medycznej i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: fizykalne badanie pacjenta, zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia, wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. 2. Z konsultacji ambulatoryjnych możesz korzystać bez skierowania, we wskazanej przez nas placówce medycznej. 3. Konsultacje telemedyczne odbywają się telefonicznie, przez czat lub video czat i mogą obejmować: zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. 4. Z konsultacji telemedycznej możesz korzystać bez skierowania za pośrednictwem łączą telekomunikacyjnych. 5. W celu wykonania konsultacji telemedycznej utworzymy dla Ciebie indywidualne konto w serwisie internetowym. Podamy Ci dane niezbędne do rejestracji na koncie. 6. W ramach konsultacji ambulatoryjnych i telemedycznych nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.
	kardiologii		
	neurologii		
	psychologii		
Badania kardiologiczne	EKG próba wysiłkowa	2 badania – łączny limit na wszystkie badania	Z badań możesz korzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
Rehabilitacja ambulatoryjna	ćwiczenia czynne z oporem	80 zabiegów – łączny limit na wszystkie wymienione zabiegi rehabilitacji ambulatoryjnej	Z rehabilitacji ambulatoryjnej możesz skorzystać na podstawie skierowania od lekarza lub fizjoterapeuty we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	ćwiczenia ogólnousprawniające		
	treningi wytrzymałościowe interwałowe na ergometrze rowerowym		

USŁUGA MEDYCZNA		LIMIT	OPIS
Konsultacje ambulatoryjne z zakresu	chorób wewnętrznych (interny)	4 konsultacje – łączny limit na wszystkie konsultacje	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsultacje ambulatoryjne odbywają się w placówce medycznej i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: fizykalne badanie pacjenta, zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia, wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-lecznym. 2. Z konsultacji ambulatoryjnych możesz korzystać bez skierowania, we wskazanej przez nas placówce medycznej. 3. Konsultacje teledywidualne odbywają się telefonicznie, przez czat lub video czat i mogą obejmować: zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-lecznym. 4. Z konsultacji teledywidualnej możesz korzystać bez skierowania za pośrednictwem łączy telekomunikacyjnych. 5. W celu wykonania konsultacji teledywidualnej utworzymy dla Ciebie indywidualne konto w serwisie internetowym. Podamy Ci dane niezbędne do rejestracji na koncie. 6. W ramach konsultacji ambulatoryjnych i teledywidualnych nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.
	kardiologii		
	neurochirurgii		
	neurologii		
	psychologii		
	rehabilitacji medycznej		
Konsultacje teledywidualne z zakresu	chorób wewnętrznych (interny)	4 konsultacje – łączny limit na wszystkie konsultacje	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsultacje ambulatoryjne odbywają się w placówce medycznej i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: fizykalne badanie pacjenta, zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia, wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-lecznym. 2. Z konsultacji ambulatoryjnych możesz korzystać bez skierowania, we wskazanej przez nas placówce medycznej. 3. Konsultacje teledywidualne odbywają się telefonicznie, przez czat lub video czat i mogą obejmować: zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-lecznym. 4. Z konsultacji teledywidualnej możesz korzystać bez skierowania za pośrednictwem łączy telekomunikacyjnych. 5. W celu wykonania konsultacji teledywidualnej utworzymy dla Ciebie indywidualne konto w serwisie internetowym. Podamy Ci dane niezbędne do rejestracji na koncie. 6. W ramach konsultacji ambulatoryjnych i teledywidualnych nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.
	kardiologii		
	neurologii		
	psychologii		
	rehabilitacji medycznej		
Rehabilitacja ambulatoryjna	ćwiczenia bierne	100 zabiegów – łączny limit na wszystkie wymienione zabiegi rehabilitacji ambulatoryjnej	Z rehabilitacji ambulatoryjnej możesz skorzystać na podstawie skierowania od lekarza lub fizjoterapeuty we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	ćwiczenia czynne w odciążeniu		
	ćwiczenia czynne wolne		
	ćwiczenia czynne z oporem		
	ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane		
	ćwiczenia izometryczne		
	ćwiczenia ogólnousprawniające		
	ćwiczenia specjalne		
	elektrostymulacja		
	kąpiel peretkowa/wirowa częściowa		
	kąpiel peretkowa/wirowa kończyn		
	magnetoterapia		

USŁUGA MEDYCZNA		LIMIT	OPIS
	masaż podwodny		
	masaż suchy całkowity		
	masaż suchy częściowy		
	metody reedukacji nerwowo-mięśniowej		
	mobilizacje i manipulacje, neuromobilizacje		
	prądy TENS		
	prądy Traberta		

Nowotwór złośliwy lub niezłośliwy guz mózgu

USŁUGA MEDYCZNA		LIMIT	OPIS
Konsultacje ambulatoryjne z zakresu	anestezjologii	4 konsultacje – łączny limit na wszystkie konsultacje	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsultacje ambulatoryjne odbywają się w placówce medycznej i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: fizykalne badanie pacjenta, zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia, wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-lecznicznym. 2. Z konsultacji ambulatoryjnych możesz korzystać bez skierowania, we wskazanej przez nas placówce medycznej. 3. Konsultacje telemedyczne odbywają się telefonicznie, przez czat lub video czat i mogą obejmować: zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-lecznicznym. 4. Z konsultacji telemedycznej możesz korzystać bez skierowania za pośrednictwem łączny telekomunikacyjnych. 5. W celu wykonania konsultacji telemedycznej utworzymy dla Ciebie indywidualne konto w serwisie internetowym. Podamy Ci dane niezbędne do rejestracji na koncie. 6. W ramach konsultacji ambulatoryjnych i telemedycznych nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.
	chorób wewnętrznych (interna)		
	chirurgii onkologicznej		
	dermatologii		
	endokrynologii		
	gastroenterologii		
	ginekologii i położnictwa		
	hematologii		
	neurologii		
	onkologii		
	ortopedii i traumatologii narządu ruchu		
	otolaryngologii		
	psychologii		
	pulmonologii		
rehabilitacji medycznej			
urologii			
Konsultacje telemedyczne z zakresu	chorób wewnętrznych (interna)		
	dermatologii		
	endokrynologii		
	ginekologii i położnictwa		
	neurologii		
	onkologii		
	ortopedii i traumatologii narządu ruchu		
	psychologii		
	pulmonologii		
	urologii		

USŁUGA MEDYCZNA		LIMIT	OPIS
Markery nowotworowe	alfa-fetoproteina (AFP)	10 badań – łączny limit na wszystkie badania	Z badań możesz skorzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	antygen CA 125		
	antygen CA 15-3 (CA 15-3)		
	antygen CA 19-9 – antygen raka przewododu pokarmowego		
	antygen CEA – carcinoembrionalny		
Tomografia komputerowa (CT) (nie obejmuje angio-CT, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, CT – kolonoskopii wirtualnej, HRCT, HRT, OCT, SL-OCT, CT serca)	tomografia komputerowa całego kręgosłupa	2 badania – limit na wszystkie wymienione badania	Z tomografii komputerowej (CT), rezonansu magnetycznego (MRI) lub kontrastu możesz skorzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej. Ubezpieczony wybiera czy chce skorzystać z badań tomografii komputerowej (CT), rezonansu magnetycznego (MRI), kontrastu albo z badań endoskopowych.
	tomografia komputerowa głowy		
	tomografia komputerowa jamy brzusznej		
	tomografia komputerowa klatki piersiowej		
	tomografia komputerowa kości miednicy		
	tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego		
	tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego		
	tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego		
	tomografia komputerowa krtani		
	tomografia komputerowa miednicy małej		
	tomografia komputerowa nadgarstka		
	tomografia komputerowa oczodołów		
	tomografia komputerowa podudzia		
	tomografia komputerowa przedramienia		
	tomografia komputerowa przysadki mózgowej		
	tomografia komputerowa ramienia		
	tomografia komputerowa ręki		
	tomografia komputerowa stawu biodrowego		
	tomografia komputerowa stawu kolanowego		
	tomografia komputerowa stawu łokciowego		
tomografia komputerowa stawu ramiennego (bark)			
tomografia komputerowa stawu skokowego			

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT	OPIS

**Rezonans magnetyczny (MRI)
(nie obejmuje angio-MRI,
enterografii-MRI, MRI serca)**

USŁUGA MEDYCZNA		LIMIT	OPIS
	rezonans magnetyczny stopy		
	rezonans magnetyczny uda		
	rezonans magnetyczny piramid kości skroniowych		
	rezonans magnetyczny zatok obocznych nosa		
Kontrasty	kontrast do CT 50 ml	2 kontrasty – łączny limit na wszystkie wymienione kontrasty	
	kontrast do CT 100 ml		
	kontrast do CT 150 ml		
	kontrast do CT doustny		
	kontrast do MRI 5 ml		
	kontrast do MRI 10 ml		
	kontrast do MRI 15 ml		
	kontrast do MRI 20 ml		
Badania endoskopowe (nie obejmują kosztu nagrania badania na płycie CD)	bronchoskopia	2 badania – łączny limit na wszystkie wymienione badania	Z badań endoskopowych możesz skorzystać na podstawie skierowania od lekarza we wskazanej przez nas placówce medycznej. Możliwość wykonania badania z oceną histopatologiczną. Ubezpieczony wybiera czy chce skorzystać z badań tomografii komputerowej (CT), rezonansu magnetycznego (MRI), kontrastu albo z badań endoskopowych.
	cystoskopia		
	gastroskopia (z możliwością wykonania testu ureazowego)		
	kolonoskopia		
	rektoskopia		
	sigmoidoskopia		
Rehabilitacja ambulatoryjna	ćwiczenia czynne w odciążeniu	50 zabiegów – łączny limit na wszystkie wymienione zabiegi	Z rehabilitacji ambulatoryjnej możesz skorzystać na podstawie skierowania od lekarza lub fizjoterapeuty we wskazanej przez nas placówce medycznej.
	ćwiczenia czynne wolne		
	ćwiczenia czynne z oporem		
	ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane		
	ćwiczenia izometryczne		
	ćwiczenia ogólnousprawniające		
	ćwiczenia specjalne		
	drenaż limfatyczny		
	masaż hydropowietrzny całkowity		
	masaż hydropowietrzny miejscowy		
	masaż pneumatyczny		
	masaż podwodny		
	metody redukcji nerwowo-mięśniowej		
	masaż suchy całkowity		
masaż suchy częściowy			