

PZU Ochrona i Zdrowie

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA



W tabeli znajdziesz postanowienia Szczególnych Warunków Ubezpieczenia PZU Ochrona i Zdrowie (SWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią SWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej”).

L.P.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	<p>pkt 1 pkt 76–78 pkt 80–136 pkt 138 pkt 139 pkt 141–148 pkt 152 pkt 154–176 pkt 177–178 pkt 180 pkt 181–190 pkt 191–193 pkt 197–200 pkt 201–207 pkt 210 pkt 212–213 pkt 215 pkt 217–219 pkt 229 pkt 231–232 pkt 233-240 pkt 241 pkt 242–250 pkt 253</p>
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	<p>pkt 1 pkt 7–17 pkt 46–48 pkt 49–51 pkt 76–78 pkt 80–136 pkt 137–152 pkt 153 pkt 168–176 pkt 193 pkt 210 pkt 212–213 pkt 217–219 pkt 220–228 pkt 230 pkt 237–240 pkt 241 pkt 246 pkt 253</p>

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA PZU OCHRONA I ZDROWIE

PZU Ochrona i Zdrowie jest ubezpieczeniem grupowym. Składa się ono z 3 pakietów:

1. **Moje Zdrowie**, który gwarantuje m.in.:
 - prywatną opiekę medyczną – łatwy i szybki dostęp do lekarzy,
 - wsparcie finansowe dla Ciebie w razie ciężkiej choroby lub nieszczęśliwego wypadku,
2. **Moja Rodzina**, który gwarantuje m.in.:
 - pomoc finansową dla rodziny w razie Twojej śmierci,
 - wsparcie finansowe dla Ciebie w razie śmierci członka rodziny,
3. **Mój Wybór**, który gwarantuje m.in.:
 - pomoc finansową w razie wypadków, do których często dochodzi w życiu codziennym,
 - dofinansowanie leków kupowanych na receptę.

Informacja dla:



WŁAŚCIELA POLISY – czyli ubezpieczającego (podmiotu, który zawiera umowę)

Zanim zawrzesz umowę, przeczytaj dokładnie SWU.



UBEZPIECZONEGO – czyli osoby, która przystępuje do umowy

Zanim przystąpisz do umowy, przeczytaj dokładnie SWU.

W SWU znajdziesz informacje o:

- tym, co obejmuje i czego nie obejmuje nasze ubezpieczenie,
- usługach, które oferujemy,
- zasadach wypłaty po zdarzeniach,
- zasadach korzystania z badań, konsultacji lekarskich, zabiegów,
- Twoich i naszych prawach i obowiązkach,
- czasie trwania ubezpieczenia.

Dokument ten razem z polisą jest umową.

Stroną umowy jest **właściciel polisy** i **my** – PZU Życie SA.

W umowie występują jeszcze **ubezpieczeni**, czyli osoby, które przystępują do ubezpieczenia. To ich życie i zdrowie ubezpieczamy. Mogą to być pracownicy oraz ich małżonkowie, partnerzy życiowi i pełnoletnie dzieci.

W umowie w ramach Opieki Lekarskiej mogą wystąpić także współubezpieczeni.

Koniecznie **przekaż SWU każdemu, kto przystępuje do umowy.**

Stroną umowy jest **właściciel polisy** (np. Twój pracodawca lub pracodawca Twojego małżonka) i **my** – PZU Życie SA.

Do umowy przystępujesz jako **ubezpieczony**. Ubezpieczamy: Twoje życie i zdrowie oraz zdarzenia w Twoim życiu, którymi są: śmierć małżonka albo partnera życiowego, śmierć członka rodziny, śmierć dziecka.

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

www na pzu.pl/pzu-ochrona-i-zdrowie



pod numerem 801 102 102

SPIS TREŚCI

Słowniczek	5
Zawieranie umowy	6
Przystąpienie do umowy	6
Czas trwania umowy	7
Przedłużenie umowy	7
Odstąpienie od umowy.	7
Wypowiedzenie i rozwiązanie umowy	8
Prawa i obowiązki Twoje lub współubezpieczonego	8
Prawa i obowiązki właściciela polisy	8
Nasze obowiązki i prawa	9
Zmiany w umowie	9
Składka	10
Początek naszej ochrony	10
Zawieszenie i wznowienie naszej ochrony	10
Koniec naszej ochrony	10
Reklamacje, skargi i zażalenia, skierowanie sprawy do sądu	11
Postanowienia końcowe	12
Moje Zdrowie	13
Słowniczek	13
Przedmiot ubezpieczenia	18
Zakres ubezpieczenia i wysokość wypłaty	18
Wyłączenia ochrony	29
Ograniczenia ochrony	35
Karencja	35
Wypłata pieniędzy po zdarzeniach	36
Realizacja wypłaty z ubezpieczenia	37
Uprawnieni do usług, usług medycznych	37
Realizacja usługi	38
Realizacja usług medycznych z tytułu ciężkiej choroby i urazu ortopedycznego	38
Bezgotówkowa realizacja usług medycznych z tytułu Opieki Lekarskiej	39
Pieniężne rozliczenie usług medycznych w Opiece Lekarskiej	39
Odmowa realizacji świadczenia w Opiece Lekarskiej	39
Postanowienia końcowe	39
Moja Rodzina	40
Słowniczek	40
Przedmiot ubezpieczenia	40
Zakres ubezpieczenia i wysokość wypłaty	41
Wyłączenia ochrony	42
Karencja	43
Wypłata pieniędzy po Twojej śmierci	44
Wypłata pieniędzy po śmierci Twojego małżonka albo partnera życiowego, członka Twojej rodziny, Twojego dziecka	45
Wypłata pieniędzy po urodzeniu się dziecka	45
Realizacja wypłaty z ubezpieczenia	46
Postanowienia końcowe	46
Mój Wybór	46
Załączniki	47

CZĘŚĆ I POSTANOWIENIA OGÓLNE

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W SWU używamy terminów:

- 1) **deklaracja** – dokument, jaki podpisuje osoba, która chce przystąpić do umowy,
- 2) **karencja** – okres, w którym nie działa nasza ochrona,
- 3) **my/PZU Życie** – Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna,
- 4) **niepełnoletnie dziecko** – dziecko, które nie ukończyło 18 lat. Może nim być:
 - a) własne dziecko ubezpieczonego podstawowego – zob. pkt 1. 14) a),
 - b) dziecko, które przysposobił ubezpieczony podstawowy,
 - c) dziecko partnera życiowego ubezpieczonego podstawowego.W imieniu niepełnoletniego dziecka oświadczenia składa jego przedstawiciel ustawowy.
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie, które:
 - a) jest gwałtowne i niespodziewane oraz
 - b) jest wywołane czynnikami zewnętrznymi, oraz
 - c) jest wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia, które obejmuje ubezpieczenie, oraz
 - d) nie zależy od woli i stanu zdrowia osób, których życie lub zdrowie ubezpieczamy,
- 6) **okres ochrony** – czas, w którym trwa odpowiedzialność PZU Życie wobec ubezpieczonego lub współubezpieczonego,
- 7) **partner życiowy** – osoba, która pozostaje z ubezpieczonym we wspólnym pożyciu oraz:
 - a) ubezpieczony wskazał ją w deklaracji – wskazanie obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca, który następuje po miesiącu, gdy ubezpieczony wskazał partnera życiowego,
 - b) nie jest krewnym ubezpieczonego,
 - c) nie jest w związku małżeńskim.Ubezpieczony może wskazać partnera życiowego tylko:
 - a) gdy sam nie jest w związku małżeńskim,
 - b) raz w każdym okresie, który kończy się w rocznicę polisy – zob. pkt 1. 10),



PRZYKŁAD

Rocznica polisy przypada 1 marca. Ubezpieczony wskazuje partnera życiowego w deklaracji, którą podpisał 15 maja 2017 roku. To oznacza, że:

- wskazanie tego partnera życiowego obowiązuje od 1 czerwca 2017,
- kolejnego partnera życiowego można wskazać najwcześniej 1 marca 2018.

- 8) **pełnoletnie dziecko** – dziecko, które ukończyło 18 lat. Może nim być:
 - a) własne dziecko ubezpieczonego podstawowego,
 - b) dziecko, które przysposobił ubezpieczony podstawowy,
 - c) pasierb ubezpieczonego podstawowego (jeśli nie żyje drugi rodzic pasierba),
- 9) **polisa** – dokument, który potwierdza zawarcie umowy i jej warunki,
- 10) **rocznica polisy** – każda rocznica dnia, w którym zawarta była umowa,
- 11) **statek** – pasażerski albo towarowy statek morski, albo statek śródlądowy, który ma napęd silnikowy lub żaglowy – statkiem nie są okręty wojenne,
- 12) **stosunek prawny** – umowa o pracę, umowa-zlecenie, umowa o dzieło, umowa agencyjna, kontrakt, powołanie, członkostwo lub inny stosunek prawny, który zaakceptujemy,
- 13) **suma ubezpieczenia** – jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłaty. Określamy ją we wniosku o zawarcie umowy i w polisie. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy,
- 14) **Ty/ubezpieczony** – osoba fizyczna, która przystąpiła do umowy. Wyróżniamy:
 - a) ubezpieczonego podstawowego, czyli osobę, którą łączy stosunek prawny z właścicielem polisy,
 - b) ubezpieczonego bliskiego, czyli małżonka albo partnera życiowego i pełnoletnie dziecko ubezpieczonego podstawowego,
- 15) **umowa** – umowa ubezpieczenia, którą zawiera PZU Życie i właściciel polisy na podstawie tych SWU,
- 16) **uposażony** – osoba fizyczna lub podmiot, który jest uprawniony do tego, żeby otrzymać wypłatę za śmierć ubezpieczonego,
- 17) **uprawniony** – osoba, która może ubiegać się o wypłatę, czyli: uposażeni, spadkobiercy ubezpieczonego, osoby wymienione w SWU, spadkobiercy tych osób,

- 18) **usługi** – świadczenia niebędące świadczeniami pieniężnymi, które oferujemy w tym ubezpieczeniu w ramach zagranicznej konsultacji medycznej lub Medycznego Eksperta Domowego,
- 19) **usługi medyczne** – świadczenia niebędące świadczeniami pieniężnymi, które oferujemy w tym ubezpieczeniu. Ich zakres znajdziesz w załącznikach do SWU. Wybrane przez Ciebie usługi medyczne zapewnimy Ci na terenie Polski,
- 20) **właściciel polisy** – ubezpieczający, czyli podmiot, który zawarł umowę z PZU Życie,
- 21) **współubezpieczony** – niepełnoletnie dziecko, które może przystąpić wyłącznie do Opieki Lekarskiej (z wyjątkiem zakresu Profilaktyka),
- 22) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek wywołany:
- a) ruchem pojazdu na drodze – jeśli ubezpieczony brał w nim udział jako uczestnik ruchu (zgodnie z ustawą Prawo o ruchu drogowym). Pojazdem jest również tramwaj,
 - b) ruchem pojazdu kolejowego, którego porusza pojazd trakcyjny (pojazd z własnym napędem) oraz metra – jeśli ubezpieczony był pasażerem albo członkiem załogi tego pojazdu.
- Wypadkiem komunikacyjnym nie jest wypadek, który dotyczy kolejowego transportu wewnątrzzakładowego oraz transportu linowego i linowo-terenowego,
- c) ruchem samolotu (pasażerskiego koncesjonowanych linii lotniczych) – jeśli ubezpieczony był członkiem załogi lub pasażerem, gdy samolot:
 - został uszkodzony lub zniszczony albo
 - zaginął lub znajduje się w miejscu, do którego nie ma dostępu,
 - d) ruchem statku – jeśli ubezpieczony był członkiem załogi lub pasażerem, gdy statek:
 - zatonął albo został uszkodzony, albo
 - zaginął lub znajduje się w miejscu, do którego nie ma dostępu,
- 23) **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który wystąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego:
- a) zwykłych czynności lub
 - b) poleceń przełożonych
- w ramach stosunku prawnego, za który opłacane są składki na ubezpieczenie wypadkowe w systemie ubezpieczeń społecznych,
- 24) **wypłata** – świadczenie pieniężne, które wypłacamy ubezpieczonemu lub uprawnionemu, gdy dojdzie do zdarzenia objętego ubezpieczeniem. Wysokość wypłaty określona jest we wniosku o zawarcie umowy i w polisie jako:
- a) kwota w złotych albo
 - b) procent sumy ubezpieczenia.

ZAWIERANIE UMOWY

– co będzie do tego potrzebne

2. Właściciel polisy, zanim zawrze z nami umowę, otrzyma od nas SWU oraz potrzebne formularze.
3. Aby zawrzeć z nami umowę, właściciel polisy składa:
 - 1) wniosek o zawarcie umowy,
 - 2) deklaracje podpisane przez osoby, które chcą przystąpić do ubezpieczenia,
 - 3) wykaz osób, które podpisały deklaracje.
4. Możemy odmówić zawarcia umowy.
5. Zawarcie umowy potwierdzamy polisą.
6. Na wniosek właściciela polisy może być zawarta więcej niż jedna umowa, jeśli wyrazimy na to zgodę. Natomiast Ciebie ochroną może objąć tylko jedna umowa.

PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY

– czyli kogo i w jaki sposób ubezpieczamy

7. Do umowy możesz przystąpić, jeśli w dniu, w którym podpisujesz deklarację:
 - 1) łączy Cię z właścicielem polisy stosunek prawny, masz ukończone 16 lat i nie masz ukończonych 69 lat,
 - 2) jesteś małżonkiem albo partnerem życiowym ubezpieczonego podstawowego, masz ukończone 16 lat i nie masz ukończonych 69 lat,
 - 3) jesteś pełnoletnim dzieckiem ubezpieczonego podstawowego i nie masz ukończonych 69 lat,
 - 4) nie przebywasz na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych, na świadczeniu rehabilitacyjnym lub nie jesteś osobą uznaną za niezdolną do pracy lub niezdolną do służby na podstawie orzeczenia właściwego organu wg przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym– z uwzględnieniem pkt 8., 9. i 10.

8. Możesz przystąpić do umowy, jeśli w dniu, w którym podpisujesz deklarację jesteś osobą uznaną za niezdolną do pracy lub niezdolną do służby na podstawie orzeczenia właściwego organu wg przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym oraz:
 - 1) łączy Cię z właścicielem polisy stosunek prawny i jesteś dopuszczony do pracy przez lekarza medycyny pracy, bądź
 - 2) jesteś osobą fizyczną, która prowadzi działalność gospodarczą.
9. Jako ubezpieczony bliski w dniu podpisania deklaracji składasz oświadczenie dotyczące zdrowia, jeśli bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy:
 - 1) nie byłeś objęty innym naszym grupowym ubezpieczeniem na życie,
 - 2) byłeś objęty innymi naszymi grupowymi ubezpieczeniami na życie krócej niż 12 miesięcy.



PRZYKŁAD

Ubezpieczony bliski nie musi nam składać oświadczenia, jeśli przystępuje do umowy np. 1 kwietnia 2017 roku, a do 31 marca 2017 roku był objęty naszą ochroną co najmniej 12 miesięcy.

10. Możemy zwolnić ubezpieczonego bliskiego ze składania oświadczenia dotyczącego zdrowia.
11. Jeśli jesteś ubezpieczonym bliskim – wybierasz ten sam wariant ubezpieczenia, co ubezpieczony podstawowy.
12. Przekazujesz właścicielowi polisy podpisaną deklarację, kiedy przystępujesz do umowy.
13. Jeśli jesteś ubezpieczonym podstawowym możesz zgłosić do ubezpieczenia w ramach Opieki Lekarskiej współubezpieczonego, pod warunkiem że osoba ta:
 - 1) jest Twoim niepełnoletnim dzieckiem w rozumieniu SWU (zob. pkt 1. 4),
 - 2) podpisze deklarację, a w niej:
 - a) złoży stosowne oświadczenia – w tym, że chce być objęta naszą ochroną na warunkach określonych w umowie i zgodzi się na objęcie naszą ochroną,
 - b) zaakceptuje warunki umowy,
 - c) potwierdzi, że warunki ubezpieczenia otrzymała wcześniej.
14. Możemy zgodzić się na przystępowanie do umowy osób powyżej 69 lat.
15. Możemy odmówić Ci przystąpienia do umowy – bez względu na przyczynę. Odmowę przekazujemy Ci przez właściciela polisy.
16. Jeśli otrzymamy składkę za osobę, która nie spełniła warunków przystąpienia do umowy – wskazanych w pkt 7. 1) – 3), zwracamy ją właścicielowi polisy jako nienależną.
17. Możemy odmówić wypłaty, usługi, usługi medycznej, jeśli w oświadczeniu, o którym mowa w pkt 7. 4) i 9. podasz nieprawdziwe informacje. Mamy do tego prawo przez pierwsze 3 lata naszej ochrony wobec Ciebie lub współubezpieczonego.
Jeśli umyślnie podasz nieprawdziwe informacje, w razie wątpliwości uznajemy, że zdarzenia wskazane w umowie i ich następstwa są skutkiem tych nieprawdziwych okoliczności.

CZAS TRWANIA UMOWY

– czyli jak długo trwa umowa

18. Właściciel polisy może zawrzeć z nami umowę na czas określony. Czas trwania umowy określamy w polisie.

PRZEDŁUŻENIE UMOWY

– czyli jak umowa się przedłuża

19. Jeśli żadna ze stron, czyli właściciel polisy lub my, nie postanowi inaczej, umowa przedłuża się na rok automatycznie – na tych samych warunkach.
20. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia umowy, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem umowy.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

– czyli do kiedy właściciel polisy może się wycofać

21. Właściciel polisy może odstąpić od umowy, gdy oświadczy nam to na piśmie:

- 1) w ciągu 7 dni od jej zawarcia – jeśli jest przedsiębiorcą,
 - 2) w ciągu 30 dni od jej zawarcia – jeśli nie jest przedsiębiorcą.
22. Jeśli właściciel polisy odstąpi od umowy, zwrócimy mu składkę zmniejszoną o kwotę za okres naszej ochrony.

WYPOWIEDZENIE I ROZWIĄZANIE UMOWY

– czyli jak właściciel polisy może zrezygnować z umowy

23. Właściciel polisy może wypowiedzieć umowę:
- 1) w każdym czasie oraz
 - 2) bez podania przyczyny, oraz
 - 3) na piśmie, oraz
 - 4) z 3-miesięcznym okresem wypowiedzenia.
24. Okres wypowiedzenia zaczyna się pierwszego dnia miesiąca, który następuje po miesiącu, kiedy otrzymaliśmy wypowiedzenie.



PRZYKŁAD

Jeśli właściciel polisy prześle wypowiedzenie np. 25 kwietnia, okres wypowiedzenia liczy się od 1 maja i trwa do końca lipca. Umowa rozwiąże się z końcem lipca.

25. Umowę uważamy za wypowiedzianą przez właściciela polisy, jeśli nie przekaże on całości lub części składki. Umowa rozwiąże się po upływie trzeciego miesiąca zaległości – chyba że wcześniej umowa już się zakończyła. Nasze postępowanie w razie zaległości opisujemy w pkt 44. i 45.

PRAWA I OBOWIĄZKI TWOJE LUB WSPÓŁUBEZPIECZONEGO

– czyli co ubezpieczony lub współubezpieczony może, a co musi

26. Możesz zmienić wariant ubezpieczenia w rocznicę polisy.
27. Możesz w każdej chwili zrezygnować z umowy, jeśli złożysz właścicielowi polisy pisemną rezygnację.
28. Współubezpieczony także może zrezygnować z umowy – składając pisemną rezygnację.
29. Ty lub współubezpieczony możecie uzyskać od nas informacje o:
- 1) postanowieniach umowy i o SWU – w części, która dotyczy praw i obowiązków Twoich lub współubezpieczonego, w tym sposobie obliczania i opłacania składki ubezpieczeniowej oraz o innych zasadach finansowania ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) zakresie ubezpieczenia (tzw. rodzajach ryzyka objętych umową),
 - 3) warunkach ochrony ubezpieczeniowej i jej wyłączeniach,
 - 4) powodach, dla których możemy odmówić usług, usług medycznych lub wypłaty pieniędzy uprawnionym,
 - 5) postanowieniach umownych między nami a podmiotem, który uczestniczy w procesie dystrybucji (np. agentem ubezpieczeniowym) – w zakresie praw i obowiązków tego podmiotu.
30. Ty lub współubezpieczony możecie wymagać, żebyśmy prawidłowo i terminowo wypełniali obowiązki, które wynikają:
- 1) z umowy (zob. pkt 35.) oraz
 - 2) z przepisów prawa – przede wszystkim z Kodeksu cywilnego i „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej”.
31. Masz obowiązek zgłaszać właścicielowi polisy lub nam zmiany danych osobowych i teleadresowych – swoich oraz współubezpieczonych i uposażonych, które podałeś w deklaracji.
32. Masz obowiązek odwołać przez infolinię umówioną usługę medyczną, jeżeli nie możesz z niej skorzystać.

PRAWA I OBOWIĄZKI WŁAŚCICIELA POLISY

– czyli co może, a co musi

33. Właściciel polisy musi:
- 1) doręczyć warunki umowy osobom, które przystępują do umowy. Powinien to zrobić, zanim osoby te podpiszą deklarację,
 - 2) zebrać i przekazać nam podpisane deklaracje,
 - 3) informować nas o zmianie danych osobowych i teleadresowych: właściciela polisy, a także ubezpieczonych, współubezpieczonych, uposażonych – jeśli wcześniej ubezpieczony nie zgłosił nam tych zmian,
 - 4) przekazywać nam składki za okres ochrony w terminie,

- 5) dostarczać nam rozliczenie składek i wykaz ubezpieczonych w terminie,
 - 6) przekazywać rezygnacje ubezpieczonych i współubezpieczonych z umowy – w sposób uzgodniony z nami,
 - 7) przekazywać ubezpieczonym i współubezpieczonym informacje o zmianie warunków umowy lub zmianie prawa właściwego dla umowy i o wpływie tych zmian na wartość wypłaty. Informacje te przekazuje w formie, którą określa „Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej”. Właściciel polisy musi przekazać ubezpieczonym i współubezpieczonym te informacje, zanim wyrazi zgodę na takie zmiany,
 - 8) na naszą prośbę przekazywać inne dokumenty, które są niezbędne do właściwej realizacji umowy,
 - 9) wyznaczyć osobę, która będzie odpowiadała za wykonywanie przez niego umowy oraz informować ubezpieczonych i nas o tym, że wyznaczył taką osobę.
- 34.** Właściciel polisy może przenieść na inny podmiot prawa i obowiązki, które wynikają z umowy. Przeniesienie to musimy zaakceptować pisemnie – pod rygorem nieważności.

NASZE OBOWIĄZKI I PRAWA

– czyli co musimy, a co możemy

35. Musimy:

- 1) wywiązywać się prawidłowo i terminowo z naszych zobowiązań, które wynikają z umowy,
 - 2) przekazywać właścicielowi polisy informacje o zmianie warunków umowy lub zmianie prawa właściwego dla umowy i o wpływie tych zmian na wartość wypłaty. Informacje te przekazujemy w formie, którą określa „Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej”. Zanim razem z właścicielem polisy wyrazimy zgodę na wprowadzenie takich zmian, właściciel polisy musi przekazać ubezpieczonym i współubezpieczonym te informacje,
 - 3) przekazywać Tobie lub współubezpieczonemu – na Wasz wniosek – informacje, o których mowa w pkt 35. 2),
 - 4) informować właściciela polisy, Ciebie i współubezpieczonego o tym, że wystąpiły zdarzenia objęte naszą ochroną, jeśli te zdarzenia zgłosiła do nas inna osoba,
 - 5) jeśli to konieczne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę, wniosku o usługę, usługę medyczną – informować osobę, która o nią występuje, jakich dokumentów potrzebujemy, aby ustalić prawo do wypłaty, prawo do usług, usług medycznych. Możemy to zrobić pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę,
 - 6) informować pisemnie osobę, która występuje o wypłatę, realizację usługi, usługi medycznej oraz Ciebie i współubezpieczonego, jeśli nie jesteś tą osobą, o tym:
 - a) dlaczego nie możemy wypłacić pieniędzy, zrealizować usługi, usługi medycznej w całości lub części w przewidzianym terminie. Wtedy wypłacimy tylko tę część pieniędzy, która jest bezsporna oraz zrealizujemy te usługi, usługi medyczne, które nie budzą wątpliwości,
 - b) że wypłata nie jest należna w całości lub części lub realizacja usługi, usługi medycznej nie przysługuje w całości lub części. Wtedy wskazujemy przyczyny i podstawę prawną, które uzasadniają naszą decyzję, oraz informujemy o tym, że można dochodzić roszczeń na drodze sądowej,
 - 7) udostępniać informacje i dokumenty, które wpłynęły na naszą decyzję o ustaleniu prawa do wypłaty, jej wysokości lub prawa do usług, usług medycznych:
 - a) Tobie,
 - b) współubezpieczonemu,
 - c) właścicielowi polisy,
 - d) uprawnionemu,
 - e) innej osobie, która wnioskuje o wypłatę, realizację usługi, usługi medycznej.
 Na żądanie tych osób informacje i dokumenty udostępniamy w formie elektronicznej,
 - 8) udzielać – na Twój lub współubezpieczonego wniosek – informacji o Twoich lub współubezpieczonego prawach i obowiązkach, które wynikają z umowy,
 - 9) udostępniać na wniosek – właściciela polisy, Twój lub współubezpieczonego:
 - a) informacje o oświadczeniach, które złożył właściciel polisy, kiedy zawierał umowę,
 - b) informacje o oświadczeniach, które złożyłeś, kiedy przystępowałeś do umowy,
 - c) kopie dokumentów, które wtedy powstały.
- 36.** Mamy prawo kontrolować, czy właściciel polisy wykonuje obowiązki, które wynikają z umowy. Możemy udzielać właścicielowi polisy wskazówek w tym zakresie.

ZMIANY W UMOWIE

– jak można je wprowadzić

- 37.** Strony mogą zmienić umowę – po negocjacjach, w trybie ofertowym lub w inny sposób, na który pozwala prawo. Zmiany te strony potwierdzają pisemnie.

38. Potrzebujemy Twojej zgody lub zgody współubezpieczonego, zanim wprowadzimy zmiany na niekorzyść Twoją, współubezpieczonego lub uprawnionego, który może otrzymać wypłatę w razie Twojej śmierci.

SKŁADKA

– od czego zależy i kiedy ją opłacać

39. Składkę uważamy za przekazaną, gdy wpłynie na rachunek bankowy, który wskazaliśmy.
40. Składkę może finansować:
- 1) właściciel polisy – w całości,
 - 2) ubezpieczony – w całości,
 - 3) właściciel polisy i ubezpieczony – w ustalonych częściach.
41. Wysokość składki za ubezpieczonego i współubezpieczonego:
- a) określamy we wniosku i polisie,
 - b) jest stała – nie podlega indeksacji,
 - c) zależy od:
 - zakresu ubezpieczenia,
 - zakresu i pakietu usług medycznych,
 - wysokości wypłaty,
 - częstotliwości jej przekazywania,
 - liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do umowy, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy,
 - liczby przystępujących do ubezpieczenia w stosunku do liczby zatrudnionych.
42. Właściciel polisy przekazuje nam składki za wszystkich ubezpieczonych i współubezpieczonych.
43. Częstotliwość oraz termin przekazania składki określamy w polisie.
44. Jeśli właściciel polisy nie przekaże nam na czas składek w ustalonej kwocie za wszystkich ubezpieczonych i współubezpieczonych, wyznaczamy mu co najmniej 15-dniowy dodatkowy termin płatności. Wtedy informujemy właściciela polisy o skutkach nieprzekazania składki. Skutki te określamy w pkt 47., 49. 9), 50. 10) oraz w pkt 25.
45. W razie zaległości – każdą wpłatę przeznaczymy w pierwszej kolejności na ich pokrycie.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy Cię ubezpieczymy

46. Nasza ochrona zaczyna się pierwszego dnia miesiąca, jeśli:
- 1) umowa jest już zawarta,
 - 2) przed tym miesiącem otrzymaliśmy podpisaną przez Ciebie lub współubezpieczonego deklarację – w której akceptujesz warunki umowy (w tym wysokość sumy ubezpieczenia) i zgadzasz się na to, żebyśmy objęli Cię naszą ochroną,
 - 3) przed tym miesiącem Ty lub współubezpieczony jesteście już w wykazie osób, które podpisały deklaracje,
 - 4) otrzymaliśmy pierwszą składkę w terminie, który określiliśmy w polisie.

ZAWIESZENIE I WZNOWIENIE NASZEJ OCHRONY

– czyli w jakiej sytuacji możemy zawiesić i wznowić Twoje ubezpieczenie i ubezpieczenie współubezpieczonego

47. Naszą ochronę wobec wszystkich ubezpieczonych i współubezpieczonych zawieszamy w ostatnim dniu tego miesiąca, za który nie otrzymaliśmy wszystkich składek.
48. Wznovimy naszą ochronę i zachowamy jej ciągłość, jeśli właściciel polisy przekaże zaległe składki przed upływem trzeciego miesiąca zaległości.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się Twoje ubezpieczenie i ubezpieczenie współubezpieczonego

49. Jeśli jesteś ubezpieczonym podstawowym, nasza ochrona kończy się:
- 1) w dniu, w którym otrzymamy oświadczenie właściciela polisy o odstąpieniu od umowy,
 - 2) w dniu Twojej śmierci,
 - 3) z końcem miesiąca, w którym ustał stosunek prawny, jaki łączył Cię z właścicielem polisy (np. zakończyła się Twoja umowa o pracę) – jeśli otrzymaliśmy składkę za ten miesiąc. Jeśli otrzymamy składkę za kolejny miesiąc, przedłużymy naszą ochronę do końca tego miesiąca,

- 4) w rocznicę polisy przypadającą w roku, w którym kończysz 70 lat albo 76 lat – jeśli objęliśmy Cię ochroną po ukończeniu przez Ciebie 69 lat,
- 5) z końcem miesiąca, w którym zrezygnujesz z umowy i za który otrzymaliśmy składkę,
- 6) w dniu rozpoczęcia naszej ochrony z innej umowy, którą zawarł ten sam właściciel polisy na podstawie tych SWU,
- 7) w dniu, w którym umowa się rozwiąże,
- 8) w dniu, w którym upłynie okres wypowiedzenia umowy,
- 9) z końcem miesiąca, za który nie otrzymaliśmy wszystkich składek – jeśli właściciel polisy nie przekaże zaległości w terminie, który wskazaliśmy w pkt 48.

50. Jeśli jesteś ubezpieczonym bliskim, nasza ochrona kończy się:

- 1) w dniu, w którym otrzymamy oświadczenie właściciela polisy o odstąpieniu od umowy,
- 2) w dniu Twojej śmierci,
- 3) w dniu śmierci ubezpieczonego podstawowego, którego jesteś małżonkiem albo partnerem życiowym lub pełnoletnim dzieckiem,
- 4) z końcem miesiąca, w którym ustał stosunek prawny, jaki łączył ubezpieczonego podstawowego (którego jesteś małżonkiem albo partnerem życiowym lub pełnoletnim dzieckiem) z właścicielem polisy – jeśli otrzymaliśmy składkę za ten miesiąc. Jeśli otrzymamy składkę za kolejny miesiąc, przedłużymy naszą ochronę do końca tego miesiąca,
- 5) w rocznicę polisy przypadającą w roku, w którym kończysz 70 lat albo 76 lat – jeśli objęliśmy Cię ochroną po ukończeniu przez Ciebie 69 lat,
- 6) z końcem miesiąca, w którym zrezygnujesz z umowy i za który otrzymaliśmy składkę,
- 7) w dniu rozpoczęcia naszej ochrony z innej umowy, którą zawarł ten sam właściciel polisy na podstawie tych SWU,
- 8) w dniu, w którym umowa się rozwiąże,
- 9) w dniu, w którym upłynie okres wypowiedzenia umowy,
- 10) z końcem miesiąca, za który nie otrzymaliśmy wszystkich składek – jeśli właściciel polisy nie przekaże zaległości w terminie, który wskazujemy w pkt 48.

51. Nasza ochrona wobec współubezpieczonego kończy się w dniu:

- 1) zakończenia naszej ochrony wobec ubezpieczonego podstawowego,
- 2) śmierci współubezpieczonego,
- 3) rocznicy polisy w roku, w którym niepełnoletnie dziecko kończy 18 lat,
- 4) upływu okresu, za jaki opłacono składkę – jeśli współubezpieczony zrezygnuje z ubezpieczenia – nie wcześniej jednak niż ostatniego dnia miesiąca, w którym otrzymaliśmy oświadczenie o rezygnacji,
- 5) upływu okresu, za jaki opłacono składkę, jeśli po zmianie pakietu ubezpieczenia nie będzie on już obejmował danego współubezpieczonego – nie wcześniej niż ostatniego dnia miesiąca, w którym otrzymaliśmy oświadczenie o zmianie pakietu,
- 6) upływu okresu, za jaki opłacono składkę, jeśli przestanie być przysposobionym – nie wcześniej jednak niż ostatniego dnia miesiąca, w którym otrzymaliśmy oświadczenie o tym fakcie.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA, SKIEROWANIE SPRAWY DO SĄDU

– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

52. Reklamacją – według „Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym” – jest zgłoszenie do nas zastrzeżenia do naszych usług.

53. Reklamację może zgłosić tylko osoba fizyczna. Może nią być: uposażony, uprawniony, właściciel polisy lub Ty.

54. Reklamację można złożyć:

- 1) pisemnie – osobiście lub przesyłką pocztową (w rozumieniu ustawy „Prawo pocztowe”) do każdej naszej jednostki, w której obsługujemy klientów, na przykład pisząc na adres: PZU SA ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres do korespondencji),
- 2) ustnie – przez telefon, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102 albo osobiście, co potwierdzamy protokołem, w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów,
- 3) elektronicznie – na adres reklamacje@pzu.pl lub za pomocą formularza na pzu.pl.

55. Reklamację rozpatrzemy bezzwłocznie, nie później niż w 30 dni od dnia, kiedy ją otrzymaliśmy, z wyjątkiem pkt 56.

56. Jeśli – w szczególnie złożonych przypadkach – nie będziemy mogli odpowiedzieć na reklamację w terminie 30 dni, poinformujemy:

- a) dlaczego odpowiedź się opóźnia,
- b) jakie okoliczności musimy jeszcze poznać, aby rozpatrzyć sprawę,
- c) jaki jest nowy termin naszej odpowiedzi, termin ten nie może być dłuższy niż 60 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy reklamację.

57. Na reklamację odpowiadamy na piśmie. Na wniosek osoby, która złożyła reklamację, możemy przekazać odpowiedź pocztą elektroniczną lub na trwałym nośniku informacji.

58. Jeśli po rozpatrzeniu reklamacji:

- 1) nie uwzględniliśmy zgłoszonych roszczeń,

- 2) uwzględniliśmy roszczenia, ale w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację nie wykonaliśmy czynności, do których się zobowiązaliśmy
- osoba, która złożyła reklamację, może napisać wniosek w tej sprawie do Rzecznika Finansowego.
- 59.** Skargę lub zażalenie, które nie są reklamacją, można złożyć w formie określonej w pkt 54. Muszą być one złożone tak, abyśmy mogli zidentyfikować osobę, która wnosi skargę lub zażalenie oraz przedmiot skargi lub zażalenia.
- 60.** Skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach zgodnie z zakresem, w jakim działają.
- 61.** Skargi i zażalenia rozpatrzymy bezzwłocznie, nie później niż w 30 dni od dnia, w którym je otrzymaliśmy. Odpowiedzi udzielamy na piśmie.
- 62.** Jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć na skargę lub zażalenie w terminie 30 dni, poinformujemy na piśmie, dlaczego odpowiedź się opóźnia i jaki jest nowy termin odpowiedzi.
- 63.** Pozew w sprawach, które wynikają z umowy, można złożyć do sądu:
- 1) według właściwości ogólnej – zgodnie z Kodeksem postępowania cywilnego albo
 - 2) właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby: Twojej, właściciela polisy, uposażonego lub uprawnionego, albo
 - 3) właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy: Twojego, uposażonego lub uprawnionego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

- 64.** Jeśli zgodnie z prawem będziemy musieli potrącić z wypłaty jakiegokolwiek kwoty, zwłaszcza podatek dochodowy, wypłatę zmniejszymy o te kwoty.
- 65.** Prawo polskie jest prawem właściwym dla tej umowy.
- 66.** W sprawach, których nie reguluje ta umowa, stosuje się: przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.
- 67.** Rzecznik Finansowy zajmuje się pozasądowym rozpatrywaniem sporów konsumenckich – w rozumieniu „Ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich” (rf.gov.pl).
- 68.** Wszystkie nasze powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą tej umowy, będziemy składać pisemnie lub w innej formie, którą uzgodniliśmy z właścicielem polisy. Mają one skutek prawny z dniem, w którym je doręczymy.
- 69.** Wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą tej umowy – oprócz reklamacji, skarg i zażaleń – muszą być złożone pisemnie lub w innej formie, którą właściciel polisy uzgodnił z nami. Mają one skutek prawny z dniem, w którym je doręczyliśmy.
- 70.** Informować o każdej zmianie adresu musisz Ty, właściciel polisy oraz my.
- 71.** Jeśli Ty albo właściciel polisy, uposażony i uprawniony jesteście konsumentami, możecie zwrócić się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
- 72.** W umowie nie stosujemy stopy technicznej.
- 73.** Nadzoruje nas Komisja Nadzoru Finansowego.
- 74.** Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej publikujemy na pzu.pl w części o relacjach inwestorskich.

CZĘŚĆ II POSTANOWIENIA SZCZEGÓLNE – PAKIET MOJE ZDROWIE

MOJE ZDROWIE

– czyli co oferujemy w ramach tego pakietu

75. Moje Zdrowie składa się z:

1. Opieka Lekarska
2. Wsparcie Poszpitalne
3. Walka o Zdrowie, w którym do wyboru są 4 zakresy:
 - 1) Onkolog
 - 2) Onkolog, Kardiolog
 - 3) Onkolog, Kardiolog, Neurolog
 - 4) Specjaliści
4. Wsparcie Powypadkowe.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

76. W SWU w pakiecie Moje Zdrowie używamy terminów:

- 1) **ablacja** – zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej, aby leczyć zaburzenia rytmu serca,
- 2) **apteka** – apteka lub punkt apteczny zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne,
- 3) **Centrum Medyczne** – centrum, które zorganizował świadczeniodawca i które świadczy Ci usługi w ramach zagranicznej konsultacji medycznej oraz w ramach pakietów: Prywatnej Opieki Domowej, Pomocy w Planowaniu Leczenia oraz Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego,
- 4) **chemioterapia** – metoda systemowego leczenia choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L według klasyfikacji ATC podanego drogą pozajelitową,
- 5) **choroba** – stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego,
- 6) **ciężka choroba** – jest to tylko taka choroba, która jest objęta naszą ochroną, i którą wymieniliśmy w pkt 77.,
- 7) **dom** – miejsce w Polsce, w którym aktualnie przebywasz,
- 8) **dzień zdarzenia (dotyczy trwałej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji)** – pierwszy dzień okresu nieświadczenia pracy, który:
 - a) trwa nieprzerwanie,
 - b) jest wywołany chorobą bądź nieszczęśliwym wypadkiem – które są bezpośrednią przyczyną niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji,
 - c) jest zakończony wydaniem orzeczenia,
- 9) **infolinia – 801 405 905; 22 566 56 66** – pod tymi numerami przez całą dobę umówisz się na konsultację lekarską lub na badania (opłata zgodna z taryfą operatora),
- 10) **kardiowerter/defibrylator** – urządzenie elektroniczne z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną wszczepiane chorym, którzy mają poważne zaburzenia rytmu pochodzenia komorowego lub epizody nagłego zatrzymania krążenia,
- 11) **karta apteczna** – karta, która uprawnia do odbioru produktów aptecznych. Zasady jej funkcjonowania opisaliśmy w „Regulaminie karty aptecznej” (zob. załącznik nr 1 do SWU),
- 12) **konsultant** – zagraniczna placówka medyczna, którą świadczeniodawca wyznaczył do konsultacji medycznych,
- 13) **leczenie szpitalne** – stacjonarne leczenie:
 - a) stanów nagłych, w których opóźnienie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo życia lub
 - b) stanów, w których nie można uzyskać celu leczniczego podczas leczenia ambulatoryjnego,
- 14) **lekarz Centrum Medycznego** – osoba, która zgodnie z polskim prawem może wykonywać zawód lekarza i która podpisała ze świadczeniodawcą umowę,
- 15) **nieświadczenie pracy** – okres, w którym nie pracujesz, potwierdzony przez lekarza w odpowiednim druku ZUS,
- 16) **niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji** – trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej oraz niezdolność do samodzielnej egzystencji, która powstała wskutek:
 - a) nieszczęśliwego wypadku lub
 - b) choroby– w czasie naszej ochrony.
Trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji oznacza, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, nie jest możliwe odzyskanie zdolności do pracy ani też zdolności do samodzielnej egzystencji,

- 17) **OIT** – Oddział Intensywnej Terapii wyodrębniony organizacyjnie jako osobny oddział w strukturach szpitala, wyposażony w sprzęt umożliwiający stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych oraz podjęcie czynności zastępczych w przypadku niewydolności narządów lub układów ustroju.
Za pobyt na OIT nie uważa się pobytu na oddziale kardiologicznym, neurologicznym i diabetologicznym – nawet jeśli Twoje podstawowe czynności życiowe były stale monitorowane lub jeśli podjęto czynności zastępcze w razie niewydolności narządów lub układów ustroju,
- 18) **operacja** – operacja chirurgiczna, którą wykonał lekarz medycyny w placówce medycznej w Polsce w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym,
- 19) **operacja podczas pobytu w szpitalu** – operacja chirurgiczna wykonana podczas pobytu w szpitalu, który trwa nieprzerwanie dłużej niż 14 dni,
- 20) **operacja w znieczuleniu ogólnym** – operacja chirurgiczna wykonana w znieczuleniu ogólnym rozumianym jako rodzaj znieczulenia, w którym wpływowi anestetyku zostają poddane wszystkie narządy i tkanki, z odwracalnym całkowitym zniesieniem świadomości;
- 21) **operacja związana z ciężką chorobą** – operacja chirurgiczna przeprowadzona w związku z ciężką chorobą – w ciągu 6 miesięcy od daty jej wystąpienia,
- 22) **opieka nad dziećmi** – opieka nad dziećmi do 15 lat lub osobami niesamodzielnymi, która polega na zapewnieniu im należytej egzystencji w zakresie podstawowych potrzeb bytowych i ochrony przed niebezpieczeństwami,
- 23) **orzeczenie** – dokument, który potwierdza trwałą i całkowitą niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji. Wydaje go uprawniony do tego lekarz,
- 24) **osoba niesamodzielna** – osoba, z którą mieszkasz, która nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb oraz wymaga stałej opieki z powodu podeszłego wieku, złego stanu zdrowia lub wad wrodzonych,
- 25) **pakiet ubezpieczeniowy** – wybierana przez właściciela polisy forma ubezpieczenia:
 - a) pakiet indywidualny – ubezpieczamy w nim jedną osobę (ubezpieczonego) oraz – opcjonalnie – współubezpieczonego. W tym pakiecie składka określana jest za każdą ubezpieczaną osobę,
 - b) pakiet rodzinny – ubezpieczamy w nim ubezpieczonego i współubezpieczonych – bez względu na ich liczbę,
- 26) **pielęgniarka** – osoba, która zgodnie z polskim prawem może wykonywać zawód pielęgniarki i która podpisała ze świadczeniodawcą umowę,
- 27) **pierwsza opinia** – orzeczenie o Twoim stanie zdrowia, które wydał Twój lekarz prowadzący, czyli lekarz, pod którego opieką pozostajesz (w Unii Europejskiej),
- 28) **placówka medyczna** – placówka, która należy do naszej sieci placówek (przychodnia, gabinet lekarski lub laboratorium). Ich wykaz publikujemy na stronie pzu.pl oraz jest dostępny pod numerem infolinii i w każdym naszym oddziale,
- 29) **placówki medyczne (dotyczy Medycznego Eksperta Domowego)** – placówki w ramach lecznictwa otwartego lub zamkniętego, w zakresie publicznej lub prywatnej opieki zdrowotnej, które świadczą w Polsce usługi medyczne i które podpisały ze świadczeniodawcą umowę,
- 30) **pobyt na OIT** – pobyt na OIT, który trwa nieprzerwanie co najmniej 48 godzin,
- 31) **pobyt w szpitalu** – całonocny pobyt w szpitalu w Polsce, który trwa nieprzerwanie dłużej niż 3 dni i ma na celu leczenie szpitalne,
- 32) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – takie postępowanie, które ma na celu rozpoznanie choroby i jej terapię,
- 33) **produkty apteczne/produkty** – produkty oferowane i dostępne w aptece,
- 34) **radioterapia** – leczenie choroby nowotworowej promieniowaniem jonizującym,
- 35) **rekonwalescencja** – maksymalnie 30-dniowy nieprzerwany pobyt na zwolnieniu lekarskim bezpośrednio po pobycie w szpitalu. Zwolnienie lekarskie musi wydać oddział szpitalny, w którym odbywało się leczenie,
- 36) **rozrusznik serca** – (stymulator serca, kardiostymulator) urządzenie elektroniczne służące do pobudzania rytmu serca, wszczepiane do ciała chorego,
- 37) **szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 38) **świadczeniodawca**
 - podmiot, który zawarł z nami umowę o współpracy w zakresie kart aptecznych. Współpraca ta polega na organizacji odbioru produktów w aptece za pomocą tych kart albo
 - podmiot, który zawarł z nami umowę na organizowanie usług w zakresie zagranicznej konsultacji medycznej lub Medycznego Eksperta Domowego,
- 39) **terapia interferonowa** – metoda leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C przez podawanie interferonu drogą pozajelitową,
- 40) **transport medyczny** – transport, który zapewnia Ci Centrum Medyczne,
- 41) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – to trwałe uszkodzenie organu, narządu lub układu. Oznacza to, że dany organ, narząd lub układ zostały utracone lub nie mogą już pełnić swoich funkcji – i stan ten nie ulegnie poprawie,
- 42) **uraz ortopedyczny** – wymienione w załączniku nr 2 do SWU uszkodzenie organu lub narządu spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem polegające na:
 - a) złamaniu kości z wyłączeniem złamań: patologicznych, w przebiegu osteoporozy, zmiążdżeniowych,

- b) urazie kręgosłupa,
 - c) zwichnięciu, skręceniu i naderwaniu stawów i więzadeł,
 - 43) **usunięcie** – całkowite usunięcie narządu, struktury ciała lub zmiany patologicznej,
 - 44) **wycięcie** – częściowe lub całkowite wycięcie tkanki, narządu, struktury ciała lub zmiany patologicznej,
 - 45) **wystąpienie ciężkiej choroby** – zaistnienie jednej z następujących okoliczności, która musi wystąpić w czasie naszej ochrony:
 - a) zdiagnozowanie – w przypadku: bakteryjnego zapalenia wsierdza, choroby Creutzfeldta-Jakoba, choroby Huntingtona, choroby neuronu ruchowego, choroby Parkinsona, nowotworu złośliwego, przewlekłego zapalenia wątroby, sepsy, stwardnienia rozsianego, udaru, utraty słuchu lub utraty wzroku nie spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, zawału serca,
 - b) zajście nieszczęśliwego wypadku – w przypadku: oparzeń oraz utraty słuchu, utraty wzroku, tężca, wścieklizny i zgorzeli gazowej spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem,
 - c) hospitalizacja – w przypadku: bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, boreliozy, odkleszczowego wirusowego zapalenia mózgu oraz tężca, wścieklizny i zgorzeli gazowej nie spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem,
 - d) specjalistyczne leczenie – w przypadku: anemii aplastycznej – regularnego przyjmowania leków immunosupresyjnych lub przeszczepu szpiku kostnego, gruźlicy – leczenia przeciwprątkowego, niewydolności nerek – stałej dializoterapii lub przeszczepu nerki,
 - e) przeprowadzenie operacji – w przypadku: bąblowca mózgu, chirurgicznego leczenia choroby naczyń wieńcowych – by-pass, choroby aorty brzusznej, choroby aorty piersiowej, masywnego zatoru tętnicy płucnej leczonego operacyjnie, oponiaka, ropnia mózgu, transplantacji organów, utraty kończyny wskutek choroby, wady serca, zakażonej martwicy trzustki,
 - f) zakażenie – w przypadku: zakażenia wirusem HIV,
 - 46) **zagraniczna konsultacja medyczna** – ponowna analiza dokumentacji medycznej – tym razem wykonuje ją zagraniczny konsultant. Konsultacja nie jest wizytą – w ramach tej konsultacji otrzymasz na piśmie drugą opinię medyczną,
 - 47) **zdarzenie medyczne (dotyczy Medycznego Eksperta Domowego)** – ciężkie choroby w okresie naszej ochrony, które wymieniamy w pkt 77,
 - 48) **złamanie kości** – całkowite przerwanie ciągłości tkanki kostnej, które spowodował nieszczęśliwy wypadek. Ochrona nie obejmuje pęknięcia kości, nadłamania kości ani odprysku kości,
 - 49) **zmiana** – patologiczny rozrost komórek danej tkanki, narządu lub układu.
77. W SWU używamy następujących definicji ciężkich chorób:
- 1) **anemia aplastyczna** – odpowiadamy wyłącznie za taką anemię, która oznacza przewlekłą i nieodwracalną niewydolność szpiku, powodującą łączne wystąpienie spadku liczby krwinek czerwonych, krwinek białych i płytek krwi oraz powodującą konieczność regularnego przyjmowania leków immunosupresyjnych lub przeszczepu szpiku kostnego. Rozpoznanie musi być oparte na wynikach biopsji szpiku kostnego,
 - 2) **bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych** – odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, które oznacza rozpoznaną na podstawie badania ogólnego płynu mózgowo-rdzeniowego i dodatniego posiewu płynu mózgowo-rdzeniowego, leczoną w warunkach szpitalnych, ostrą chorobę zakaźną,
 - 3) **bakteryjne zapalenie wsierdza** – odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie wsierdza, które oznacza pozaszpitalne infekcyjne zapalenie wsierdza (IZW) u osoby z własnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym, rozpoznane w oparciu o obowiązujące kryteria medyczne przez specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych lub kardiologii.
Z odpowiedzialności wyłączone są przypadki tej choroby zdiagnozowane u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca,
 - 4) **bąblowiec mózgu** – odpowiadamy wyłącznie za takiego bąblowca mózgu, który oznacza usuniętą chirurgicznie zmianę w mózgu, składającą się z pojedynczych lub mnogich larw typu echinococcus (pęcherz bąblowcowy), potwierdzoną w rozpoznaniu histopatologicznym,
 - 5) **borelioza** – odpowiadamy tylko za taką boreliozę, która oznacza krętkowicę przenoszoną przez kleszcze przebiegającą z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze zmianami skórными objawiającymi się rumieniem, zapaleniem stawów, zapaleniem mięśnia sercowego oraz różnorodnymi objawami neurologicznymi i skutkującą koniecznością leczenia szpitalnego. Zdiagnozowanie choroby skutkujące hospitalizacją powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego,
 - 6) **chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – by-pass** – odpowiadamy tylko za takie chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – by-pass, które oznacza przeprowadzenie u osoby z objawami niewydolności

naczyń wieńcowych operacji w celu korekty zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej poprzez wytworzenie przepływów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych,

- 7) **choroba aorty brzusznej** – odpowiadamy tylko za taką chorobę aorty brzusznej, która oznacza tętniakowate poszerzenie lub rozwarstwienie aorty brzusznej – z wyłączeniem odgałęzień na poziomie aorty, które wymagało przeprowadzenia operacji chirurgicznej polegającej na wymianie chorobowo zmienionego odcinka aorty z zastosowaniem protezy naczyniowej; rozpoznanie musi być oparte na dokumentacji potwierdzającej przebyty w trakcie odpowiedzialności operację wszczęcia protezy naczyniowej,
- 8) **choroba aorty piersiowej** – odpowiadamy tylko za taką chorobę aorty piersiowej, która oznacza tętniakowate poszerzenie lub rozwarstwienie aorty piersiowej – z wyłączeniem odgałęzień na poziomie aorty, które wymagało przeprowadzenia operacji chirurgicznej polegającej na wymianie chorobowo zmienionego odcinka aorty z zastosowaniem protezy naczyniowej; rozpoznanie musi być oparte na dokumentacji potwierdzającej przebyty w trakcie odpowiedzialności operację wszczęcia protezy naczyniowej,
- 9) **choroba Creutzfeldta-Jakoba** – odpowiadamy tylko za taką chorobę Creutzfeldta-Jakoba, która oznacza klinicznie rozpoznaną za życia ubezpieczonego, przez specjalistę neurologa, chorobę powodującą niemożność wykonywania przez osobę ubezpieczoną minimum trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:
 - a) poruszania się w domu – poruszania się pomiędzy pomieszczeniami w domu – bez konieczności pomocy osoby drugiej,
 - b) kontrolowania czynności fizjologicznych – samokontroli w zakresie oddawania kału i moczu oraz utrzymywanie higieny osobistej,
 - c) ubierania się – samodzielnego ubierania i rozbierania się – bez konieczności pomocy osoby drugiej,
 - d) mycia i toalety – samodzielnego wykonywania czynności związanych z myciem i higieną osobistą – bez konieczności pomocy osoby drugiej,
 - e) jedzenia – wszystkich czynności związanych z samodzielnym jedzeniem gotowych posiłków,
- 10) **choroba Huntingtona** – odpowiadamy tylko za taką chorobę Huntingtona, która oznacza postępującą chorobę ośrodkowego układu nerwowego, rozpoznaną przez specjalistę w zakresie neurologii, w oparciu o dostępne w tym zakresie metody diagnostyczne,
- 11) **choroba neuronu ruchowego** – odpowiadamy tylko za taką chorobę neuronu ruchowego, która oznacza postępującą chorobę zwyrodnieniową układu nerwowego spowodowaną wybiórczym uszkodzeniem neuronów ruchowych – obwodowego i ośrodkowego. Podstawą rozpoznania postawionego przez specjalistę w zakresie neurologii jest obraz kliniczny i wynik badania elektromiografii (EMG),
- 12) **choroba Parkinsona** – odpowiadamy tylko za taką chorobę Parkinsona, która oznacza przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, spowodowane pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę, którego następstwem jest wystąpienie co najmniej dwóch z trzech klasycznych objawów osiowych choroby, tj. drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, plastycznego wzmożenia napięcia mięśniowego (sztywności mięśniowej), zmniejszających się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny, zwłaszcza lewodopy. Konieczne jest wykluczenie parkinsonizmu objawowego,
- 13) **gruźlica** – odpowiadamy tylko za taką gruźlicę, która oznacza chorobę zakaźną spowodowaną prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) z zajęciem mięszu płucnego lub drzewa tchawiczno-oskrzelowego bądź też opłucnej, węzłów chłonnych klatki piersiowej, układu moczowo-płciowego, kości i stawów, opon mózgowych. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego bądź histologicznego i decyzją o wdrożeniu leczenia przeciwprątkowego,
- 14) **masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie** – odpowiadamy tylko za taki masywny zator tętnicy płucnej, który oznacza usunięcie świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej poprzez jego nacięcie (tzw. embolektomia chirurgiczna) w trakcie zabiegu operacyjnego wykonanego w trybie pilnym z powodu ostrego zatoru tętnicy płucnej,
- 15) **niewydolność nerek** – odpowiadamy tylko za taką niewydolność nerek, która oznacza końcowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obydwu nerek, w następstwie czego doszło do konieczności regularnego, stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia operacji przeszczepienia nerki,
- 16) **nowotwór złośliwy** – odpowiadamy tylko za taki nowotwór złośliwy, który oznacza chorobę objawiającą się obecnością złośliwego guza (tzn. takiego, który nie jest otoczony torebką i charakteryzuje się zdolnością do naciekania tkanek i do tworzenia odległych przerzutów). Pod pojęciem nowotworu złośliwego określa się również białaczkę oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina) i chłoniaki niezziarnicze. Rozpoznanie nowotworu złośliwego musi być zweryfikowane badaniem histopatologicznym. Z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:
 - a) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym,
 - b) wszystkie guzy, gdzie po badaniu histopatologicznym stwierdzono stan przednowotworowy lub przedinwazyjny,
 - c) nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ,
 - d) choroba Hodgkina w pierwszym stadium,
 - e) nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.

Za wystąpienie pierwszego nowotworu złośliwego uważa się pierwsze w życiu ubezpieczonego zdiagnozowanie nowotworu złośliwego.

Za wystąpienie kolejnego nowotworu złośliwego uważa się zdiagnozowanie u ubezpieczonego drugiego i każdego następnego nowotworu złośliwego,

- 17) **odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu** – odpowiadamy tylko za takie odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, które oznacza chorobę przenoszoną przez kleszcze przebiegającą z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością hospitalizacji, potwierdzoną badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozpoznanie choroby powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 84) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego,
- 18) **oparzenia** – odpowiadamy tylko za takie oparzenia, które wymagają hospitalizacji i obejmują:
 - a) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie lub
 - b) ponad 15% powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia.Konieczne jest przedstawienie karty informacyjnej leczenia szpitalnego ze szczegółowym określeniem stopnia oparzenia i procentu oparzonej powierzchni ciała,
- 19) **oponiak** – to nowotwór ośrodkowego układu nerwowego, wywodzący się z opon mózgowo-rdzeniowych, potwierdzony w badaniu histopatologicznym. Odpowiadamy wyłącznie za takiego oponiaka, który został usunięty chirurgicznie z otwarciem czaszki i potwierdzony badaniem histopatologicznym lub badaniem obrazowym mózgu. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek innych zmian w ośrodkowym układzie nerwowym, tj. torbieli, ziarniniaków, malformacji naczyń, guzów przysadki i rdzenia kręgowego,
- 20) **przewlekłe zapalenie wątroby** – odpowiadamy tylko za takie przewlekłe zapalenie wątroby, które oznacza potwierdzone badaniem biopsyjnym zapalenie wątroby w następstwie zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B lub C, w którym wyznaczniki procesu zapalnego utrzymują się ponad 6 miesięcy,
- 21) **ropień mózgu** – odpowiadamy tylko za taki ropień mózgu, który oznacza usuniętą chirurgicznie zmianę w mózgu opisaną w rozpoznaniu histopatologicznym jako ropień mózgu,
- 22) **sepsa** – odpowiadamy tylko za taką sepsę, która oznacza uogólnioną reakcję zapalną, powstającą w przebiegu zakażenia meningokokowego lub pneumokokowego, powikłaną niewydolnością wielonarządową; przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę,
- 23) **stwardnienie rozsiane** – to choroba 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,
- 24) **tężec** – odpowiadamy tylko za taki tężec, który oznacza zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i którą wywołała neurotoksyna produkowana przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*),
- 25) **transplantacja organów** – odpowiadamy tylko za taką transplantację organów, która oznacza przebycie jako biorca operacji przeszczepienia serca, serca i płuc, wątroby lub jej części, lub allogenicznego przeszczepu szpiku kostnego,
- 26) **udar** – odpowiadamy tylko za taki udar, który oznacza nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi. Konieczne jest przedstawienie dowodów na utrwalone ubytki neurologiczne,
- 27) **utrata kończyny wskutek choroby** – odpowiadamy tylko za taką utratę kończyny wskutek choroby, która oznacza amputację co najmniej jednej kończyny wskutek choroby:
 - a) powyżej nadgarstka – w zakresie kończyn górnych,
 - b) powyżej stawu skokowego – w zakresie kończyn dolnych,
- 28) **utrata słuchu** – odpowiadamy tylko za taką utratę słuchu, która oznacza całkowitą obuustronną utratę zdolności słyszenia i rozróżniania dźwięków. Rozpoznanie musi być potwierdzone obuusznym ubytkiem słuchu powyżej 90 dB. W celu potwierdzenia utraty słuchu konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania audiometrycznego lub słuchowych potencjałów wywołanych,
- 29) **utrata wzroku** – odpowiadamy tylko za utratę wzroku, która oznacza obuoczną, nie poddającą się korekcy utratę ostrości wzroku poniżej 5/50 lub obuoczne ograniczenie pola widzenia poniżej 20. W celu potwierdzenia utraty wzroku konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania okulistycznego oraz statycznego badania pola widzenia,
- 30) **wada serca** – odpowiadamy tylko za taką wadę serca, która oznacza zastawkową wadę serca wymagającą wymiany chorobowo zmienionej naturalnej zastawki bądź zastawek serca z wszczepieniem protezy zastawkowej; rozpoznanie musi być oparte na dokumentacji potwierdzającej przebycie w trakcie odpowiedzialności operację wszczepienia jednej lub więcej protez zastawkowych; odpowiedzialność PZU Życie SA nie obejmuje zabiegów rekonstrukcji nieprawidłowo pracujących elementów zastawek naturalnych,

- 31) **wścieklizna** – odpowiadamy tylko za taką wściekliznę, która oznacza zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez wirusa wścieklizny (Rabies virus),
- 32) **zakażenie wirusem HIV** – odpowiadamy tylko za takie zakażenie wirusem HIV, będące następstwem bezpośredniego wykonania obowiązków zawodowych lub pełnoobjawowe AIDS będące następstwem zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych, które zostanie potwierdzone złożonymi dowodami,
- 33) **zakażenie wirusem HIV** – odpowiadamy tylko za takie zakażenie wirusem HIV, będące powikłaniem transfuzji krwi wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej u osoby nie chorującej na hemofilię, które zostanie potwierdzone złożonymi dowodami,
- 34) **zakażona martwica trzustki** – odpowiadamy tylko za taką zakażoną martwicę trzustki, która oznacza pierwszorazowe wykonanie operacji chirurgicznej, polegającej na laparotomii i nekrektomii, czyli otwarciu jamy brzusznej i usunięciu martwiczych tkanek okołotrzustkowych lub trzustki u osoby, u której rozpoznano zakażenie tych tkanek w przebiegu ostrego zapalenia trzustki,
- 35) **zawał serca** – odpowiadamy tylko za taki zawał serca, który powoduje:
- a) wzrost lub spadek podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność co najmniej dwóch z następujących wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - objawy kliniczne niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej),
 - zmiany w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowe dla nowo powstałego niedokrwienia,
 - nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowychlub
 - b) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych do wartości przekraczającej trzykrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w przypadku zabiegu przeszłokornej interwencji wieńcowej (PCI),
lub
 - c) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych – w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (CABG) – do wartości przekraczającej pięciokrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym oraz pojawienie się jednego z następujących objawów:
 - nowych patologicznych załamków Q lub nowego bloku lewej odnogi pęczka Hisa,
 - udokumentowanej angiograficznie niedrożności pomostu wieńcowego lub nowej niedrożności natywnej tętnicy wieńcowej,
 - udokumentowanej badaniem obrazowym nowej martwicy mięśnia sercowego;
- 36) **zgorzel gazowa** – odpowiadamy tylko za taką zgorzel gazową, która oznacza zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych, z powodu rozpoznanego w dokumentacji medycznej ciężkiego zakażenia przyrannego, przebiegającego z rozległym obrzękiem, martwicą mięśni, wytwarzaniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowanego przez bakterie: *Clostridium perfringens*, *Clostridium Novyi* (*oedematiens*) lub *Clostridium septicum*.
78. Pozostałe terminy, które stosujemy w tej części, zdefiniowaliśmy w części Postanowienia ogólne i używamy ich w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

79. Ubezpieczamy Twoje zdrowie lub zdrowie Twoje i współubezpieczonych.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY

– czyli co obejmuje ubezpieczenie, za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

OPIEKA LEKARSKA

80. Ubezpieczenie obejmuje wystąpienie choroby lub uszkodzenie ciała ubezpieczonego lub współubezpieczonego w okresie naszej ochrony – jeśli powodują one konieczność skorzystania z usług medycznych, organizujemy je i ponosimy ich koszty.
81. Przed podpisaniem umowy właściciel polisy wybiera zakresy usług medycznych i pakiety ubezpieczenia, które udostępni Tobie. Zakresy usług medycznych stanowią załącznik do SWU.
82. Przystępując do umowy, wybierasz dla siebie jeden z dostępnych pakietów oraz zakresów usług medycznych.
83. Współubezpieczeni mają zawsze ten sam zakres usług medycznych, co ubezpieczony podstawowy.

WSPARCIE POSZPITALNE

84. Ubezpieczenie obejmuje poniższe zdarzenia, jeśli wystąpią one w okresie ochrony.

ZDARZENIE	ILE WYPŁACIMY?
1) Twoje leczenie szpitalne: a) pobyt w szpitalu z powodu choroby, b) rekonwalescencja – jeśli pobyt w szpitalu trwał co najmniej 14 dni – o ile wypłaciliśmy pieniądze za pobyt w szpitalu z powodu choroby lub nieszczęśliwego wypadku, c) pobyt na OIT – o ile wypłaciliśmy pieniądze za pobyt w szpitalu z powodu choroby lub nieszczęśliwego wypadku	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie za dzień pobytu w szpitalu. Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie za dzień rekonwalescencji. Jednorazowo – kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
Pobyt w szpitalu oraz pobyt na OIT w krajach Unii Europejskiej lub Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanu.	
2) Twoja operacja, jeśli: a) znajduje się w Wykazie operacji chirurgicznych, który jest załącznikiem do SWU, b) wykonano ją, aby wyleczyć lub zmniejszyć objawy choroby albo zmniejszyć skutki nieszczęśliwego wypadku – i była konieczna ze wskazań medycznych	<ul style="list-style-type: none"> • 100% kwoty wskazanej we wniosku o zawarcie umowy i w polisie w razie operacji I klasy • 50% tej kwoty w razie operacji II klasy • 30% tej kwoty w razie operacji III klasy • 10% tej kwoty w razie operacji IV klasy • 5% tej kwoty w razie operacji V klasy.
3) Twoja operacja, jeśli: a) znajduje się w Wykazie operacji chirurgicznych, który jest załącznikiem do SWU, b) wykonano ją, aby wyleczyć lub zmniejszyć objawy choroby albo zmniejszyć skutki nieszczęśliwego wypadku – i była konieczna ze wskazań medycznych, c) przeprowadzono ją: <ul style="list-style-type: none"> • w znieczuleniu ogólnym lub • podczas pobytu w szpitalu, który trwał dłużej niż 14 dni 	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
Ww. operacje, jeśli były wykonane w placówce medycznej w krajach Unii Europejskiej lub Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanu.	
4) Twój pobyt w szpitalu wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku w okresie naszej ochrony	W razie Twojego pobytu w szpitalu wydajemy Ci kartę apteczną, która umożliwi odbiór produktów w aptecce o wartości wskazanej we wniosku o zawarcie umowy i w polisie. W każdym okresie kolejnych 12 miesięcy, które trwają między rocznicami polisy, możesz odebrać produkty w aptecce – maksymalnie za trzy rozpoczęte w tym czasie pobytu w szpitalu, które są objęte naszą ochroną.

WALKA O ZDROWIE

85. Ubezpieczenie obejmuje poniższe zdarzenia, jeśli wystąpią one w okresie ochrony.

- zakres **ONKOLOG** – obejmuje zdarzenia związane z wystąpieniem u Ciebie ciężkiej choroby, tj. nowotworu złośliwego, który spełnia naszą definicję (zob. pkt 77.)

ZDARZENIE	ILE WYPŁACIMY?
1) wystąpienie u Ciebie nowotworu złośliwego	100% kwoty wskazanej we wniosku o zawarcie umowy i w polisie za wystąpienie pierwszego nowotworu złośliwego. 50% tej kwoty za wystąpienie kolejnego nowotworu złośliwego. Jeśli nowotwór złośliwy wystąpił u Ciebie przed początkiem naszej ochrony, to za wystąpienie kolejnego nowotworu złośliwego w okresie naszej ochrony wypłacimy 50% kwoty wskazanej we wniosku i w polisie (za wystąpienie pierwszego nowotworu).
2) Twój pobyt w szpitalu z powodu nowotworu złośliwego (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu – o ile wypłaciliśmy pieniądze za pobyt w szpitalu z powodu choroby)	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku nowotworu złośliwego w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest pierwszym pobylem spowodowanym danym nowotworem złośliwym.

ZDARZENIE	ILE WYPŁACIMY?
3) Twoja operacja, którą przeprowadzono w związku z nowotworem złośliwym i która: a) znajduje się w Wykazie operacji chirurgicznych, który jest załącznikiem do SWU, b) wykonano ją, aby wyleczyć lub zmniejszyć objawy choroby – i była konieczna ze wskazań medycznych	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
4) Twoje specjalistyczne leczenie (chemioterapia albo radioterapia)	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie aktualną w dniu: a) podania pierwszej dawki leku – w razie chemioterapii, b) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego.

Jeśli w okresie ochrony wystąpi u Ciebie nowotwór złośliwy – zapewniamy również:

- zagraniczną konsultację medyczną – zob. pkt 86,
- usługi, które wymieniliśmy w pkt 87–133 (Medyczny Ekspert Domowy),
- usługi medyczne, które wymieniliśmy w załączniku nr 4 do SWU.

Zorganizujemy i sfinansujemy usługi medyczne do wyczerpania się ich limitu ilościowego (który znajdziesz w załączniku nr 4) i nie dłużej niż przez 2 lata licząc od momentu uzyskania prawa do korzystania z usług medycznych na zasadach opisanych w pkt 194.

- zakres **ONKOLOG, KARDIOLOG** – obejmuje zdarzenia związane z wystąpieniem u Ciebie ciężkiej choroby, tj. nowotworu złośliwego, zawału serca, udaru, które spełniają naszą definicję (zob. pkt 77.)

ZDARZENIE	ILE WYPŁACIMY?
1) wystąpienie u Ciebie nowotworu złośliwego lub zawału serca lub udaru	100% kwoty wskazanej we wniosku o zawarcie umowy i w polisie za wystąpienie pierwszego zawału serca, udaru, nowotworu złośliwego. 50% tej kwoty za wystąpienie kolejnego zawału serca, udaru, nowotworu złośliwego. Jeśli zawał serca, udar, nowotwór złośliwy wystąpił u Ciebie przed początkiem naszej ochrony, to za kolejne wystąpienie danej ciężkiej choroby w okresie naszej ochrony wypłacimy 50% kwoty wskazanej we wniosku i polisie (za pierwsze wystąpienie danej choroby).
2) trwały uszczerbek na Twoim zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru w okresie naszej ochrony	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie za 1% uszczerbku na zdrowiu.
3) Twój pobyt w szpitalu z powodu nowotworu złośliwego lub zawału serca lub udaru (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu – o ile wypłaciliśmy pieniądze za pobyt w szpitalu z powodu choroby)	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku nowotworu złośliwego, zawału serca, udaru: a) w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest pierwszym pobytom spowodowanym danym nowotworem złośliwym, zawałem serca, udarem i b) w przypadku zawału serca, udaru – pobyt rozpoczął się nie później niż 14 dni po wystąpieniu zawału serca, udaru.
4) Twoja operacja, którą przeprowadzono w związku z nowotworem złośliwym lub zawałem serca lub udarem i która: a) znajduje się w Wykazie operacji chirurgicznych, który jest załącznikiem do SWU, b) wykonano ją, aby wyleczyć lub zmniejszyć objawy choroby – i była konieczna ze wskazań medycznych	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
5) Twoje specjalistyczne leczenie (chemioterapia albo radioterapia, wszczepienie kardiowertera/defibrylatora, wszczepienie rozrusznika serca, ablacja)	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie aktualną w dniu: a) podania pierwszej dawki leku – w razie chemioterapii, b) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego, c) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora lub rozrusznika serca, d) wykonania ablacji.

Jeśli w okresie ochrony wystąpi u Ciebie nowotwór złośliwy, zawał serca, udar – zapewniamy również:

- zagraniczną konsultację medyczną – zob. pkt 86,
- usługi, które wymieniliśmy w pkt 87-133 (Medyczny Ekspert Domowy),
- usługi medyczne, które wymieniliśmy w załączniku nr 4 do SWU.

Zorganizujemy i sfinansujemy usługi medyczne:

- 1) do wyczerpania się ich limitu ilościowego (który znajdziesz w załączniku nr 4) i nie dłużej niż przez 2 lata licząc od momentu uzyskania prawa do korzystania z usług medycznych na zasadach opisanych w pkt 194,
- 2) dla każdej z ciężkich chorób wymienionych powyżej.

- zakres **ONKOLOG, KARDIOLOG, NEUROLOG** – obejmuje zdarzenia związane z wystąpieniem u Ciebie ciężkiej choroby, tj.
 - nowotworu złośliwego,
 - oponiaka,
 - zawału serca,
 - chirurgicznego leczenia choroby naczyń wieńcowych – by-pass,
 - choroby aorty brzusznej,
 - choroby aorty piersiowej,
 - wady serca,
 - udar,
 - choroby neuronu ruchowego,
 - choroby Parkinsona,
 - stwardnienia rozsianego,
 które spełniają naszą definicję (zob. pkt 77.).

ZDARZENIE	ILE WYPŁACIMY?
1) wystąpienie u Ciebie ciężkiej choroby, którą wymieniliśmy powyżej	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie za pierwsze wystąpienie danej ciężkiej choroby. 50% tej kwoty za kolejne wystąpienie danej ciężkiej choroby. Jeśli dana ciężka choroba wystąpiła u Ciebie przed początkiem naszej ochrony, to za kolejne wystąpienie danej ciężkiej choroby w okresie naszej ochrony wypłacimy 50% kwoty wskazanej we wniosku i polisie (za pierwsze wystąpienie danej choroby).
2) trwały uszczerbek na Twoim zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru w okresie naszej ochrony	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie za 1% uszczerbku na zdrowiu.
3) Twój pobyt w szpitalu z powodu ciężkiej choroby, którą wymieniliśmy powyżej (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu – o ile wypłaciliśmy pieniądze za pobyt w szpitalu z powodu choroby)	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku danej ciężkiej choroby: <ol style="list-style-type: none"> w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest pierwszym pobytem spowodowanym daną ciężką chorobą i rozpoczął się nie później niż 14 dni po wystąpieniu danej ciężkiej choroby. W przypadku pobytu w szpitalu z powodu nowotworu złośliwego wypłacimy kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku nowotworu złośliwego w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest pierwszym pobytem spowodowanym danym nowotworem złośliwym.
4) Twoja operacja, którą przeprowadzono w związku z ciężką chorobą, którą wymieniliśmy powyżej i która: <ol style="list-style-type: none"> znajduje się w Wykazie operacji chirurgicznych, który jest załącznikiem do SWU, wykonano ją, aby wyleczyć lub zmniejszyć objawy choroby – i była konieczna ze wskazań medycznych 	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
5) Twoje specjalistyczne leczenie (chemioterapia albo radioterapia, wszczepienie kardiowertera/defibrylatora, wszczepienie rozrusznika serca, ablacja)	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie aktualną w dniu: <ol style="list-style-type: none"> podania pierwszej dawki leku – w razie chemioterapii, podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego, wszczepienia kardiowertera/defibrylatora lub rozrusznika serca, wykonania ablacji.

Jeśli w okresie ochrony wystąpi u Ciebie ciężka choroba, którą wymieniliśmy powyżej – zapewniamy również:

- zagraniczną konsultację medyczną – zob. pkt 86,
- usługi, które wymieniliśmy w pkt 87-133 (Medyczny Ekspert Domowy),
- usługi medyczne, które wymieniliśmy w załączniku nr 4 do SWU.

Zorganizujemy i sfinansujemy usługi medyczne:

- do wyczerpania się ich limitu ilościowego (który znajdziesz w załączniku nr 4) i nie dłużej niż przez 2 lata licząc od momentu uzyskania prawa do korzystania z usług medycznych na zasadach opisanych w pkt 194,
- dla każdej z ciężkich chorób wymienionych powyżej.

- zakres **SPECJALIŚCI** – obejmuje zdarzenia związane z wystąpieniem u Ciebie ciężkiej choroby, tj.
 - 1) anemii aplastycznej,
 - 2) bąblowca mózgu,
 - 3) chirurgicznego leczenia choroby naczyń wieńcowych – by-pass,
 - 4) choroby Creutzfeldta-Jakoba,
 - 5) masywnego zatoru tętnicy płucnej leczonego operacyjnie,
 - 6) niewydolności nerek,
 - 7) nowotworu złośliwego,
 - 8) odkleszczowego wirusowego zapalenia mózgu,
 - 9) ropnia mózgu,
 - 10) sepsy,
 - 11) tężca,
 - 12) udaru,
 - 13) wścieklizny,
 - 14) zakażenia wirusem HIV wskutek wykonania obowiązków zawodowych,
 - 15) zakażenia wirusem HIV wskutek transfuzji krwi,
 - 16) zawału serca,
 - 17) zgorzeli gazowej,
 - 18) boreliozy,
 - 19) choroby aorty brzusznej,
 - 20) choroby aorty piersiowej,
 - 21) gruźlicy,
 - 22) przewlekłego zapalenia wątroby,
 - 23) utraty kończyny wskutek choroby,
 - 24) utraty słuchu,
 - 25) wady serca,
 - 26) choroby neuronu ruchowego,
 - 27) choroby Huntingtona,
 - 28) bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych,
 - 29) zakażonej martwicy trzustki,
 - 30) bakteryjnego zapalenia wsierdza,
 - 31) stwardnienia rozsianego,
 - 32) oparzeń,
 - 33) transplantacji organów,
 - 34) utraty wzroku,
 - 35) oponiaka,
 - 36) choroby Parkinsona,
 które spełniają naszą definicję (zob. pkt 77.).

ZDARZENIE	ILE WYPŁACIMY?
1) wystąpienie u Ciebie ciężkiej choroby, którą wymieniliśmy powyżej	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie za pierwsze wystąpienie danej ciężkiej choroby. 50% tej kwoty za kolejne wystąpienie danej ciężkiej choroby. Jeśli dana ciężka choroba wystąpiła u Ciebie przed początkiem naszej ochrony, to za kolejne wystąpienie danej ciężkiej choroby w okresie naszej ochrony wypłacimy 50% kwoty wskazanej we wniosku i polisie (za pierwsze wystąpienie danej choroby).
2) trwałe uszczerbek na Twoim zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru w okresie naszej ochrony	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie za 1% uszczerbku na zdrowiu.
3) Twój pobyt w szpitalu z powodu ciężkiej choroby, którą wymieniliśmy powyżej (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu – o ile wypłaciliśmy pieniądze za pobyt w szpitalu z powodu choroby)	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku danej ciężkiej choroby: <ol style="list-style-type: none"> a) w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest pierwszym pobytem spowodowanym daną ciężką chorobą i b) rozpoczął się nie później niż 14 dni po wystąpieniu danej ciężkiej choroby. W przypadku pobytu w szpitalu z powodu nowotworu złośliwego wypłacimy kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku nowotworu złośliwego w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest pierwszym pobytem spowodowanym danym nowotworem złośliwym.

ZDARZENIE	ILE WYPŁACIMY?
4) Twoja operacja, którą przeprowadzono w związku z ciężką chorobą, którą wymieniliśmy powyżej i która: <ol style="list-style-type: none"> znajduje się w Wykazie operacji chirurgicznych, który jest załącznikiem do SWU, wykonano ją, aby wyleczyć lub zmniejszyć objawy choroby – i była konieczna ze wskazań medycznych 	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
5) Twoje specjalistyczne leczenie (chemioterapia albo radioterapia, wszczepienie kardiowertera/defibrylatora, wszczepienie rozrusznika serca, ablacja, terapia interferonowa)	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie aktualną w dniu: <ol style="list-style-type: none"> podania pierwszej dawki leku – w razie chemioterapii i terapii interferonowej, podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego, wszczepienia kardiowertera/defibrylatora lub rozrusznika serca, wykonania ablacji.

Jeśli w okresie ochrony wystąpi u Ciebie ciężka choroba, którą wymieniliśmy powyżej – zapewniamy również:

- zagraniczną konsultację medyczną – zob. pkt 86,
- usługi, które wymieniliśmy w pkt 87-133 (Medyczny Ekspert Domowy).

Jeśli w okresie ochrony wystąpi u Ciebie ciężka choroba: nowotwór złośliwy, oponiak, zawał serca, chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – by-pass, choroba aorty brzusznej, choroba aorty piersiowej, wada serca, udaru, choroba neuronu ruchowego, choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane – zapewniamy również usługi medyczne, które wymieniliśmy w załączniku nr 4 do SWU.

Zorganizujemy i sfinansujemy usługi medyczne:

- do wyczerpania się ich limitu ilościowego (który znajdziesz w załączniku nr 4) i nie dłużej niż przez 2 lata licząc od momentu uzyskania prawa do korzystania z usług medycznych na zasadach opisanych w pkt 194,
- dla każdej z ciężkich chorób wymienionych w zdaniu powyżej.

ZAGRANICZNA KONSULTACJA MEDYCZNA

86. Poniższe usługi wykonujemy za pośrednictwem świadczeniodawcy – jeśli wystąpi u Ciebie zdarzenie medyczne:

- udzielamy Ci informacji o dokumentacji medycznej, na podstawie której konsultant wydaje drugą opinię medyczną,
- tłumaczymy dokumentację medyczną na język używany przez konsultanta,
- przekazujemy dokumentację medyczną konsultantowi,
- zapewniamy wydanie drugiej opinii medycznej przez konsultanta,
- tłumaczymy drugą opinię medyczną na język polski,
- udostępniamy Ci drugą opinię medyczną – w formie pisemnej.

MEDYCZNY EKSPERT DOMOWY

87. Oferujemy usługi w ramach pakietów: Prywatnej Opieki Domowej, Pomocy w Planowaniu Leczenia oraz Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego.

Prywatna Opieka Domowa

88. Poniższe usługi organizuje Centrum Medyczne – jeśli wystąpi u Ciebie zdarzenie medyczne. Jeśli nie zaznaczyliśmy inaczej, są one dostępne od 8.00 do najpóźniej 22.00 – w Twoim domu lub innym miejscu w Polsce, które uzgodnimy z Tobą lub ze wskazaną przez Ciebie osobą. Miejsce musi umożliwiać wykonanie usługi. Są to:

- opieka domowa pielęgniarki (zob. pkt 89–91),
- pomoc w prowadzeniu domu (zob. pkt 92–94),
- opieka nad dziećmi (zob. pkt 95–99),
- opieka nad drobnymi zwierzętami domowymi (zob. pkt 100–103),
- wizyta domowa psychologa (zob. pkt 104–105),
- wizyta domowa rehabilitanta lub masażyisty (zob. pkt 106–107),
- transport medyczny – przez całą dobę (zob. pkt 108–113),
- dostarczenie niezbędnych leków – przez całą dobę (zob. pkt 114–118),
- dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego (zob. pkt 119–122),
- dostarczenie do naprawy przedmiotów użytku osobistego (zob. pkt 123–127).

Do jednego zdarzenia medycznego przysługuje Ci w okresie naszej ochrony jedna usługa, którą wskazaliśmy powyżej, z uwzględnieniem zapisów poniżej dotyczących transportu medycznego.

Opieka domowa pielęgniarki

- 89.** Centrum Medyczne organizuje i finansuje:
- 1) dojazd i honorarium pielęgniarki,
 - 2) opiekę do ośmiu godzin dziennie przez dwa tygodnie albo czterech godzin dziennie przez cztery tygodnie.
- Tryb opieki zaznaczasz we wniosku o organizację usługi i nie możesz zmienić swojego wyboru. Możesz rozbić ośmiogodzinną opiekę na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy. Jeśli wybierzesz opcję czterogodzinną, nie możesz rozbić tego okresu na krótszy.
- 90.** Opieka pielęgniarki polega na wykonywaniu czynności:
- 1) związanych z higieną i odżywianiem,
 - 2) leczniczych – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego – np. okładów, opatrunków, rehabilitacji oddechowej,
 - 3) diagnostycznych – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego – np. ćwiczeń terapeutycznych, pomiaru ciśnienia i tętna, ważenia.
- 91.** Ty pokrywasz koszty materiałów i lekarstw używanych przy wymienionych czynnościach.

Pomoc w prowadzeniu domu

- 92.** Centrum Medyczne organizuje i finansuje:
- 1) dojazd i honorarium osoby pomagającej w prowadzeniu domu,
 - 2) pomoc w prowadzeniu domu do ośmiu godzin dziennie przez dwa tygodnie albo czterech godzin dziennie przez cztery tygodnie
- jeśli nie ma w domu osoby, która może Ci w tym pomóc. Tryb pomocy zaznaczasz we wniosku o organizację usługi i nie możesz zmienić swojego wyboru. Możesz rozbić ośmiogodzinną pomoc na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy. Jeśli wybierzesz opcję czterogodzinną, nie możesz rozbić tego okresu na krótszy.
- 93.** Pomoc domowa obejmuje:
- 1) utrzymanie czystości w domu, tj.: sprzątnięcie podłóg na sucho i na mokro, ścieranie kurzy z mebli i parapetów, odkurzanie dywanów lub wykładzin, czyszczenie ceramiki łazienkowej, wanny lub kabiny prysznicowej, zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu i płyty kuchennej,
 - 2) przygotowanie posiłków, również dla dzieci,
 - 3) robienie zakupów niezbędnych do realizacji powyższych czynności. Zakupy robimy w miejscach, które wskażesz, o ile odległość do nich nie będzie większa niż odległość do miejsca zakupu, które wybierze Centrum Medyczne,
 - 4) podlewanie kwiatów
- przy użyciu środków lub sprzętów, które nam udostępnisz.
- 94.** Ty pokrywasz koszty zakupów.

Opieka nad dziećmi

- 95.** Centrum Medyczne organizuje i finansuje tę usługę – ale tylko, jeśli:
- 1) w miejscu pobytu dziecka nie ma osoby, która może się nim zająć,
 - 2) wyrazisz zgodę na tę opiekę i wskażesz terminy jej sprawowania.
- 96.** Usługa trwa do ośmiu godzin dziennie przez dwa tygodnie albo czterech godzin dziennie przez cztery tygodnie. Tryb opieki zaznaczasz we wniosku o organizację usługi i nie możesz zmienić swojego wyboru. Możesz rozbić ośmiogodzinną opiekę na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy. Jeśli wybierzesz opcję czterogodzinną, nie możesz rozbić tego okresu na krótszy.
- 97.** W tej usłudze konieczny jest kontakt z Tobą lub osobą, którą wskażesz. Jeśli nie będziemy mogli się z Wami skontaktować, Centrum Medyczne przekaże dziecko do placówki opieki społecznej właściwej dla adresu miejsca pobytu dziecka.
- 98.** Musimy wiedzieć, czy dziecko wymaga specjalnej opieki – np. jest przewlekle chore, wymaga rehabilitacji, przyjmuje leki lub jest na specjalnej diecie. Taką informację – na piśmie – musi nam przekazać osoba, która zgłasza wniosek o realizację usługi.
- 99.** Centrum Medyczne pokrywa koszty dojazdu i honorarium opiekuna. Ty pokrywasz pozostałe koszty opieki, czyli np. jedzenia, ubrań, środków higienicznych, lekarstw, opieki lekarskiej, szczepień.

Opieka nad drobnymi zwierzętami domowymi

- 100.** Centrum Medyczne organizuje i finansuje tę usługę – ale tylko, jeśli:
- 1) zwierzęta te przebywają w domu i nie zagrażają zdrowiu opiekunów ani bezpieczeństwu otoczenia – według opinii osoby sprawującej opiekę. Mogą to być: gady, gryzonie, koty, owady, płazy, psy, ptaki i ryby;
 - 2) nie są to zwierzęta gatunków ani ras uznanych – w szczególności przez akty prawne – za niebezpieczne;
 - 3) w domu nie ma osoby, która może się nimi zająć,
 - 4) Ty albo osoba, którą wskażesz, przedstawicie aktualną kartę szczepień zwierząt.

- 101.** Usługa trwa do ośmiu godzin dziennie przez dwa tygodnie albo czterech godzin dziennie przez cztery tygodnie. Tryb opieki zaznaczasz we wniosku o organizację usługi i nie możesz zmienić swojego wyboru. Możesz rozbić ośmiogodzinną opiekę na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy. Jeśli wybierzesz opcję czterogodzinną, nie możesz rozbić tego okresu na krótszy.
- 102.** Opieka nad zwierzętami obejmuje:
- 1) dostarczenie żywności. Karma będzie kupiona w miejscu, które wskażesz, o ile odległość do niego nie będzie większa niż odległość do miejsca zakupu, które wybierze Centrum Medyczne,
 - 2) czynności porządkowe,
 - 3) zapewnienie zwierzęciu opieki czasowej.
- 103.** Centrum Medyczne pokrywa koszty dojazdu i honorarium opiekuna. Ty pokrywasz pozostałe koszty opieki, czyli np. karmy, opieki weterynaryjnej, szczepień.

Domowe wizyty psychologa

- 104.** Centrum Medyczne organizuje i finansuje tę usługę – jeśli pogorszy się Twój stan bezpośrednio w związku ze stanem zdrowia, w jakim się znajdujesz.
- 105.** Przysługuje Ci jedna wizyta psychologa dziennie – trwająca do 2 godzin. Wizyty mogą odbywać się do czterech tygodni, ale nie dłużej niż do czasu, który psycholog uzna za konieczny.

Domowe wizyty rehabilitanta lub masażyisty

- 106.** Centrum Medyczne organizuje i finansuje tę usługę – jeśli w związku z Twoim stanem zdrowia i na podstawie skierowania od Twojego lekarza prowadzącego będzie potrzebna rehabilitacja.
- 107.** Przysługuje Ci jedna wizyta rehabilitanta lub masażyisty dziennie – trwająca do 2 godzin. Wizyty mogą odbywać się do czterech tygodni, ale nie dłużej niż do czasu, który rehabilitant lub masażyista uzna za konieczny.

Transport medyczny

- 108.** Centrum Medyczne organizuje i finansuje tę usługę – ale tylko, jeśli Twój lekarz prowadzący zleci Ci pilną konsultację medyczną, hospitalizację lub specjalistyczny zabieg ambulatoryjny.
- 109.** Transport medyczny przysługuje Ci:
- 1) do szpitala, który znajduje się najbliżej miejsca Twojego pobytu i który jest odpowiednio wyposażony do udzielenia pomocy lub do innej jednostki służby zdrowia w Polsce – o ile Twój stan zdrowia umożliwia taki przewóz oraz
 - 2) do Twojego domu – po wypisaniu Cię ze szpitala lub innej jednostki służby zdrowia.
- 110.** Transport medyczny odbywa się pod niezbędnym nadzorem medycznym i przy użyciu niezbędnych środków transportu.
- 111.** Lekarz Centrum Medycznego – po konsultacji z Twoim lekarzem prowadzącym – podejmuje decyzję odnośnie do czasu, celu i środka transportu. Lekarz Centrum Medycznego uwzględni przy tym stan Twojego zdrowia, dostępne środki transportu oraz czas i cel transportu.
- 112.** Centrum Medyczne nie zrealizuje usługi, jeśli podejmiesz działania sprzeczne z zaleceniami jego lekarza.
- 113.** Do jednego zdarzenia medycznego przysługuje Ci usługa transportu medycznego maksymalnie dwa razy (łącznie dla obu usług wskazanych w pkt 109. – transport do szpitala lub innej jednostki służby zdrowia, do Twojego domu).

Dostarczenie niezbędnych leków

- 114.** Centrum Medyczne organizuje i finansuje tę usługę, jeśli w związku z Twoim stanem zdrowia musisz przebywać w domu przez co najmniej 5 dni na zwolnieniu lekarskim, które wydał Ci lekarz prowadzący.
- 115.** Dostarczamy leki, które przepisał Ci na receptę lekarz prowadzący, o ile są one dostępne w Polsce.
- 116.** W okresie danego zwolnienia lekarskiego ta usługa przysługuje Ci raz – ale tylko, jeśli w domu nie ma osoby, która mogłaby taką usługę zapewnić.
- 117.** Niezbędne leki będą kupione w miejscu, które wskażesz, o ile odległość do niego nie będzie większa niż odległość do miejsca zakupu, które wybierze Centrum Medyczne.
- 118.** Ty pokrywasz koszty leków.

Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego

- 119.** Centrum Medyczne organizuje i finansuje tę usługę, jeśli w związku z Twoim stanem zdrowia musisz przebywać w domu przez co najmniej 5 dni na zwolnieniu lekarskim, które wydał Ci lekarz prowadzący.
- 120.** Dostarczymy kupiony lub wypożyczony sprzęt na podstawie recept lub pisemnych zaleceń Twojego lekarza prowadzącego.

121. W okresie danego zwolnienia lekarskiego ta usługa przysługuje Ci raz – ale tylko, jeśli w domu nie ma osoby, która mogłaby taką usługę zapewnić.
122. Ty pokrywasz koszty zakupu i wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego.

Dostarczenie do naprawy przedmiotów użytku osobistego

123. Centrum Medyczne organizuje i finansuje tę usługę, jeśli bezpośrednio w związku ze stanem zdrowia musisz przebywać w domu przez co najmniej 5 dni na zwolnieniu lekarskim, które wydał Ci lekarz prowadzący.

124. Usługa polega na dostarczeniu do naprawy następujących przedmiotów użytku osobistego:

- 1) aparat słuchowy,
- 2) aparat do mierzenia ciśnienia krwi,
- 3) balkonik,
- 4) chodzik,
- 5) drukarka brajlowska,
- 6) glukometr,
- 7) inhalator,
- 8) koncentrator tlenowy,
- 9) krtań elektroniczna,
- 10) łóżko rehabilitacyjne,
- 11) materac pneumatyczny,
- 12) nawilżacz powietrza,
- 13) nebulizator,
- 14) okulary,
- 15) parapodium,
- 16) pionizator,
- 17) pikfometr,
- 18) podnośnik,
- 19) pompa infuzyjna,
- 20) pompa insulinowa,
- 21) proteza,
- 22) respirator,
- 23) ssak,
- 24) syntezytor mowy,
- 25) urządzenie do masażu,
- 26) wózek inwalidzki.

Centrum Medyczne dostarcza przedmioty z Twojego domu do punktu naprawy w Polsce, który wskażesz, oraz dostarcza je z powrotem do Twojego domu.

125. W okresie danego zwolnienia lekarskiego ta usługa przysługuje Ci raz – ale tylko, jeśli w domu nie ma osoby, która mogłaby taką usługę zapewnić.
126. Przedmioty użytku osobistego będą naprawione w miejscu, które wskażesz, o ile odległość do niego nie będzie większa niż odległość do miejsca naprawy, które wybierze Centrum Medyczne.
127. Ty pokrywasz koszty naprawy przedmiotów.

Pomoc w Planowaniu Leczenia

128. W czasie trwania ubezpieczenia możesz korzystać z następujących usług – jeśli wystąpi u Ciebie zdarzenie medyczne:

- 1) pomoc w planowaniu leczenia,
- 2) pomoc w organizacji leczenia.

129. W ramach pomocy w planowaniu leczenia Centrum Medyczne:

- 1) wyszukuje w swojej bazie polską placówkę medyczną, w której możesz najszybciej skorzystać z zabiegu chirurgicznego, badania diagnostycznego lub wizyty u specjalisty – jeśli zalecił Ci to Twój lekarz prowadzący – lub
- 2) udziela przez telefon informacji o nazwie, adresie, numerze telefonu polskiej placówki, w której możesz najszybciej uzyskać świadczenie medyczne oraz terminie wizyty u specjalisty.

130. W ramach pomocy w organizacji leczenia Centrum Medyczne:

- 1) umawia wizyty lekarskie i inne świadczenia medyczne – np. wizyty pielęgniarki, rehabilitanta, lekarza – w polskich placówkach medycznych ze swojej bazy lub Twoim domu
lub
- 2) udziela informacji o usługach, godzinach otwarcia i danych kontaktowych polskich placówek medycznych, zwłaszcza tych położonych najbliżej Twojego domu.

131. Aby Centrum Medyczne mogło zrealizować tę usługę, musi uzyskać od Ciebie informację o rodzaju specjalistycznego świadczenia medycznego, którego wymaga Twój stan zdrowia.

Całodobowy Telefoniczny Serwis Medyczny

132. W czasie trwania ubezpieczenia możesz korzystać z naszego Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego.

133. Całodobowy Telefoniczny Serwis Medyczny udziela informacji o:

- 1) zdrowiu, chorobie i jednostkach chorobowych,
- 2) zachowaniach prozdrowotnych,
- 3) szpitalach, aptekach, przychodniach, lekarzach ogólnych w Polsce,
- 4) pielęgnacji niemowląt,
- 5) lekach oraz objawach niepożądanych przy ich przyjmowaniu,
- 6) dietach, zdrowym żywieniu,
- 7) grupach wsparcia, telefonach zaufania udzielających pomocy i działających w Polsce,
- 8) transporcie medycznym,
- 9) stanach wymagających nagłej pomocy,
- 10) opiece nad osobami starszymi.

WSPARCIE POWYPADKOWE

134. Ubezpieczenie obejmuje poniższe zdarzenia, jeśli wystąpią one w okresie ochrony.

ZDARZENIE	ILE WYPŁACIMY?	
1) trwałe uszkodzenie na Twoim zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie naszej ochrony	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie za 1% uszkodzenia na zdrowiu.	
2) złamanie kości przez Ciebie wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie naszej ochrony	RODZAJ ZŁAMANIA	PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA
	kości nadgarstka (jedna lub kilka)	10%
	kość strzałkowa (złamanie izolowane, bez złamania kości piszczelowej, w miejscu innym niż nasada dalsza)	10%
	kości śródreżcza (jedna lub kilka)	10%
	kości śródstopia (jedna lub kilka)	10%
	mostek	10%
	rzepki (złamanie izolowane)	10%
	żebra (trzy lub więcej żeber)	10%
	kości nosa (jedna lub dwie)	15%
	kości stępu (jedna lub kilka, z wyłączeniem kości piętowej i skokowej)	15%
	łopatka	15%
	obojczyk	15%
	kości twarzoczaszki (z wyłączeniem kości nosa i zębów)	15%
	nasada dalsza kości ramiennej lub nasada bliższa kości promieniowej lub nasada bliższa kości łokciowej	20%
	nasada bliższa kości ramiennej	20%
	trzon kości łokciowej lub trzon kości promieniowej	20%
kości sklepienia i podstawy czaszki	20%	
nasada dalsza kości łokciowej lub nasada dalsza kości promieniowej	20%	

ZDARZENIE	ILE WYPŁACIMY?	
	RODZAJ ZŁAMANIA	PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA
	nasada dalsza kości piszczelowej lub nasada dalsza kości strzałkowej	20%
	nasada dalsza kości udowej lub nasada bliższa kości piszczelowej lub rzepka (z wyłączeniem izolowanego złamania rzepki)	25%
	kość piętowa lub kość skokowa	25%
	kości tworzące miednicę (z wyłączeniem kości guzicznej)	25%
	kości paliczków kciuka (jedna lub dwie)	25%
	trzon kręgu w odcinku szyjnym lub piersiowym lub lędźwiowym kręgosłupa (jeden lub kilka kręgów)	30%
	trzon kości piszczelowej lub dwie kości podudzia	40%
	trzon kości ramiennej	40%
	nasada bliższa lub szyjka, lub trzon kości udowej	50%
3) Twoja niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie aktualną w dniu zdarzenia.	
4) Twoje leczenie szpitalne:		
a) pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku: a) w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest pierwszym pobytym spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem i b) rozpoczął się nie później niż 14 dni po nieszczęśliwym wypadku. Jeśli Twój nieszczęśliwy wypadek zdarzył się przed początkiem naszej ochrony, wypłacimy za pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku kwotę w wysokości jak za pobyt w szpitalu z powodu choroby.	
b) pobyt w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu) – o ile wypłaciliśmy pieniądze za pobyt w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego: a) w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest pierwszym pobytym spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym i b) rozpoczął się nie później niż 14 dni po wypadku komunikacyjnym.	
c) pobyt w szpitalu wskutek wypadku przy pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu) – o ile wypłaciliśmy pieniądze za pobyt w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku przy pracy: a) w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest pierwszym pobytym spowodowanym danym wypadkiem przy pracy i b) rozpoczął się nie później niż 14 dni po wypadku przy pracy.	
d) pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, który rozpoczął się po 14 dniu pierwszego pobytu spowodowanego danym nieszczęśliwym wypadkiem	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie za dzień pobytu.	
e) pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku od 15 dnia pobytu	Kwotę w wysokości jak za pobyt w szpitalu z powodu choroby.	

135. W okresie trwania umowy możesz skorzystać z usług medycznych, które wymieniliśmy w załączniku nr 3 do SWU, jeśli doznasz urazu ortopedycznego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Organizujemy i finansujemy usługi medyczne do wyczerpania się ich limitu ilościowego (który znajdziesz w załączniku nr 3) i nie dłużej niż przez 1 rok – licząc od momentu uzyskania prawa do korzystania z usług medycznych na zasadach opisanych w pkt 194.

136. Zakres ubezpieczenia, który obowiązuje w pakiecie Moje Zdrowie, określamy we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzamy w polisie.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy z ubezpieczenia lub kiedy nie można skorzystać z usług, usług medycznych

137. W „Wyłączeniach ochrony” używamy terminów:

- 1) **działania wojenne** – są to działania sił zbrojnych, które dążą do rozbicia sił zbrojnych przeciwnika na lądzie, w powietrzu lub na morzu,
- 2) **akty terroru** – są to działania indywidualne lub grupowe przeciwko ludności lub mieniu, aby osiągnąć skutki ekonomiczne, polityczne lub społeczne. Celem aktów terroru jest wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności, dezorganizacja życia publicznego, funkcjonowania transportu publicznego, zakładów usługowych lub wytwórczych,
- 3) **masowe rozruchy społeczne** – są to wystąpienia grupy społecznej przeciw strukturom, które sprawują władzę na mocy prawa. Wywołują je: niezadowolenie z sytuacji politycznej, ekonomicznej lub społecznej. Masowym rozruchom społecznym zwykle towarzyszą akty przemocy fizycznej,
- 4) **zawodowe uprawianie sportu** – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
 - a) członków kadry klubów, które biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – 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.

138. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje zdarzeń, które wystąpiły w wyniku poniższych okoliczności.

ZDARZENIE	W TAKICH SYTUACJACH NIE UDZIELAMY OCHRONY
1) Opieka Lekarska	Choroba lub uszkodzenie ciała były wynikiem: <ol style="list-style-type: none">1) wady wrodzonej – rozumiemy ją jako nieprawidłowość anatomiczną, chromosomową lub molekularną, która powstała w okresie życia płodowego. Nie ma znaczenia, w którym momencie wada wrodzona została rozpoznana – przyjmujemy, że w tym pojęciu zawiera się wada rozwojowa lub choroba, która wynika w wymienionych nieprawidłowości,2) niepłodności – rozumiemy ją jako brak potwierdzonej przez lekarza ciąży po 12 miesiącach regularnego współżycia bez stosowania jakichkolwiek środków antykoncepcyjnych,3) uzależnienia – rozumiemy je jako zaburzenie, które jest opisane w oficjalnych klasyfikacjach chorób ICD-10 i DSM IV polegające na silnej potrzebie wykonywania jakiejś czynności lub zażywania jakiejś substancji
2) Twoje leczenie szpitalne: <ol style="list-style-type: none">a) pobyt w szpitalu z powodu choroby, nieszczęśliwego wypadku, wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy,b) rekonwalescencja	Pobyt w szpitalu, który rozpoczął się przed początkiem naszej ochrony lub pobyt w szpitalu nastąpił: <ol style="list-style-type: none">a) wskutek działań wojennych,b) wskutek katastrof, które powodują skażenie promieniotwórcze, chemiczne lub biologiczne,c) ponieważ czynnie uczestniczyłeś w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,d) ponieważ usiłowałeś popełnić lub popełniłeś czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,e) ponieważ prowadziłeś pojazd:<ul style="list-style-type: none">• bez uprawnień,• w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczychw rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia,f) ponieważ byłeś w stanie nietrzeźwości lub byłeś pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,g) ponieważ samookaleczyłeś się lub usiłowałeś popełnić samobójstwo,

- h) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę, oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem tych substancji,
- i) skutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
- j) skutek padaczki – poza padaczką objawową, która jest objawem innej choroby oraz wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień,
- k) skutek chorób z powodu obniżenia odporności organizmu w przebiegu zakażenia wirusem HIV,
- l) skutek leczenia i zabiegów stomatologicznych – chyba że wynikają one z konieczności leczenia obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ł) skutek wykonywania badań lekarskich, dodatkowych badań medycznych – które służą ustaleniu istnienia choroby zawodowej, badań diagnostycznych, które nie wynikają z zachorowania, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów związanych bezpośrednio z pobraniem narządu) oraz obserwacji na wniosek sądu,
- m) skutek leczenia niepłodności,
- n) skutek wykonywania operacji kosmetycznych lub plastycznych – w tym operacji zmiany płci – z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw:
 - nieszczęśliwych wypadków, które wydarzyły się w okresie naszej ochrony lub
 - choroby nowotworowej, którą wykryto w okresie naszej ochrony,
- o) skutek rehabilitacji – z wyjątkiem pierwszego pobytu w szpitalu z powodu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, jeśli pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego ochroną Twojego pobytu w szpitalu, który był związany – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą,
- p) ponieważ uprawiałeś sport zawodowo lub uprawiałeś rekreacyjnie sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, speleologię, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoki do wody, skoki na linie (ang. Bungee jumping).

Nasza ochrona nie obejmuje Twojego pobytu:

- a) w hospicjach, placówkach lecznictwa odwykowego, placówkach dla przewlekle chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych,
- b) w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego – w szczególności w sanatoriach, prewentoriach i szpitalach uzdrowiskowych, sanatoryjnych oraz rehabilitacyjno-uzdrowiskowych,
- c) w ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych – z wyjątkiem pobytu, o którym mowa w pkt 138 2) o),
- d) na oddziałach dziennych oraz w takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.

Nasza ochrona nie obejmuje rekonwalescencji, jeśli:

- a) odbyła się w okresie urlopu dla poratowania zdrowia albo urlopu zdrowotnego,
- b) pobyt w szpitalu, po którym bezpośrednio następuje rekonwalescencja, był spowodowany leczeniem niepłodności.

3) Twoja operacja

Konieczność wykonania operacji nastąpiła:

- a) skutek działań wojennych,
- b) skutek katastrof, które powodują skażenie promieniotwórcze, chemiczne lub biologiczne,
- c) ponieważ czynnie uczestniczyłeś w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
- d) ponieważ usiłowałeś popełnić lub popełniłeś czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- e) ponieważ prowadziłeś pojazd:
 - bez uprawnień,
 - w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii– jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia,
- f) ponieważ byłeś w stanie nietrzeźwości lub byłeś pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na konieczność wykonania operacji,
- g) ponieważ samookaleczyłeś się lub usiłowałeś popełnić samobójstwo,
- h) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę,
- i) skutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
- j) ponieważ uprawiałeś sport zawodowo lub uprawiałeś rekreacyjnie sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, speleologię, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoki do wody, skoki na linie (ang. Bungee jumping).

Nasza ochrona nie obejmuje operacji, jeśli:

- a) wykonano ją, a nie była konieczna ze wskazań medycznych, aby wyleczyć lub zmniejszyć objawy choroby albo zmniejszyć skutki nieszczęśliwego wypadku,
- b) byłeś dawcą organów lub narządów,
- c) wykonano ją w celu kosmetycznym lub estetycznym – z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw:
 - nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie naszej ochrony lub
 - choroby nowotworowej, którą zdiagnozowano w okresie naszej ochrony,
- d) wykonano ją w celu antykoncepcyjnym,
- e) wykonano ją, by zmniejszyć lub powiększyć piersi oraz zmienić płeć,
- f) wykonano ją w celu stomatologicznym – z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie naszej ochrony,
- g) wykonano ją w celach diagnostycznych,
- h) była związana z usunięciem ciała obcego metodą endoskopową,
- i) była związana z wymianą wszczepionego na stałe urządzenia, sztucznego narządu lub części sztucznego narządu,
- j) była to kolejna operacja tego samego narządu i pozostawała w związku przyczynowo-skutkowym z pierwszą operacją wykonaną, aby leczyć ten sam stan chorobowy lub skutki tego samego nieszczęśliwego wypadku (reoperacja).

- 4) wystąpienie u Ciebie ciężkiej choroby
5) wystąpienie u Ciebie ciężkiej choroby – usługi medyczne

- Ciężka choroba nastąpiła wskutek nieszczęśliwego wypadku, który zdarzył się przed początkiem naszej ochrony lub:
- wskutek działań wojennych,
 - ponieważ czynnie uczestniczyłeś w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
 - ponieważ usiłowałeś popełnić lub popełniłeś czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - ponieważ prowadziłeś pojazd:
 - bez uprawnień,
 - w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii
 – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia,
 - ponieważ byłeś w stanie nietrzeźwości lub byłeś pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - ponieważ samookaleczyłeś się lub usiłowałeś popełnić samobójstwo,
 - bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę,
 - wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
 - ponieważ uprawiałeś sport zawodowo (nie dotyczy usług medycznych).

Nasza ochrona nie obejmuje ciężkich chorób, z powodu których rozpoczęto u Ciebie postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed początkiem naszej ochrony.

- 6) Twoje specjalistyczne leczenie

Specjalistyczne leczenie rozpoczęło się przed początkiem naszej ochrony.

- 7) trwały uszczerbek na Twoim zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku

- Trwały uszczerbek nastąpił:
- wskutek nieszczęśliwego wypadku, który zdarzył się przed początkiem naszej ochrony,
 - wskutek działań wojennych,
 - ponieważ czynnie uczestniczyłeś w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
 - ponieważ usiłowałeś popełnić lub popełniłeś czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - ponieważ prowadziłeś pojazd:
 - bez uprawnień,
 - w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii
 – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia,
 - ponieważ byłeś w stanie nietrzeźwości lub byłeś pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - ponieważ samookaleczyłeś się lub usiłowałeś popełnić samobójstwo,
 - bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę,
 - wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
 - ponieważ uprawiałeś sport zawodowo.

8) złamanie kości przez Ciebie wskutek nieszczęśliwego wypadku

Złamanie kości nastąpiło:

- a) wskutek nieszczęśliwego wypadku, który zdarzył się przed początkiem naszej ochrony,
- b) wskutek działań wojennych,
- c) ponieważ czynnie uczestniczyłeś w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
- d) ponieważ usiłowałeś popełnić lub popełniłeś czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- e) ponieważ prowadziłeś pojazd:
 - bez uprawnień,
 - w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii
 – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia,
- f) ponieważ byłeś w stanie nietrzeźwości lub byłeś pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na złamanie kości,
- g) ponieważ samookaleczyłeś się lub usiłowałeś popełnić samobójstwo,
- h) ponieważ uprawiałeś sport zawodowo.

9) Twoja niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji

Trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji nastąpiła:

- a) wskutek chorób:
 - które były zdiagnozowane lub leczone albo
 - z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze
 – przed początkiem naszej ochrony,
- b) wskutek nieszczęśliwego wypadku, który zdarzył się przed początkiem naszej ochrony,
- c) wskutek działań wojennych,
- d) ponieważ czynnie uczestniczyłeś w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
- e) ponieważ usiłowałeś popełnić lub popełniłeś czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- f) ponieważ prowadziłeś pojazd:
 - bez uprawnień,
 - w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii
 – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia,
- g) ponieważ byłeś w stanie nietrzeźwości lub byłeś pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji,
- h) ponieważ samookaleczyłeś się lub usiłowałeś popełnić samobójstwo,
- i) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę, oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem tych substancji,
- j) wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
- k) ponieważ uprawiałeś sport zawodowo.

10) uraz ortopedyczny w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Uraz ortopedyczny nastąpił:

- a) wskutek nieszczęśliwego wypadku, który zdarzył się przed początkiem naszej ochrony,
- b) wskutek działań wojennych,
- c) ponieważ czynnie uczestniczyłeś w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
- d) ponieważ usiłowałeś popełnić lub popełniłeś czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- e) ponieważ prowadziłeś pojazd:
 - bez uprawnień,
 - w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii
 – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia,
- f) ponieważ byłeś w stanie nietrzeźwości lub byłeś pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- g) ponieważ samookaleczyłeś się lub usiłowałeś popełnić samobójstwo,
- h) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę,
- i) wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
- j) ponieważ uprawiałeś sport zawodowo.

11) Medyczny Ekspert Domowy
12) zagraniczna konsultacja medyczna

Nasze ubezpieczenie nie obejmuje zdarzeń medycznych, które nastąpiły:

- a) w wyniku działań wojennych,
- b) ponieważ czynnie uczestniczyłeś w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
- c) ponieważ usiłowałeś popełnić lub popełniłeś czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- d) ponieważ byłeś w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli ma to wpływ na zajście zdarzenia medycznego,
- e) ponieważ samookaleczyłeś się lub usiłowałeś popełnić samobójstwo,
- f) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, zażytych narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi, środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – oraz użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę.

Nasze ubezpieczenie nie obejmuje:

- 1) usług, które zorganizowało Centrum Medyczne, ponieważ podałeś nieprawdę – w takim przypadku koszty tych usług ponosisz Ty,
- 2) zdarzeń i skutków zdarzeń związanych z zagrożeniem życia.

Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg ani skutki realizacji usług w ramach Prywatnej Opieki Domowej, które wymieniliśmy w pkt 88. Nie ponosimy odpowiedzialności za treść zagranicznej konsultacji medycznej.

OGRANICZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach i ile maksymalnie wypłacimy z ubezpieczenia

- 139.** Pieniądze wypłacimy maksymalnie za:
- 1) 90 dni pobytu w szpitalu
 - 2) 90 dni rekonwalescencji
- w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy.
- 140.** Jeśli będziesz przebywać w szpitalu lub na OIT w czasie rekonwalescencji, to wypłacimy pieniądze:
- 1) za pobyt w szpitalu i ewentualnie za pobyt na OIT albo
 - 2) za rekonwalescencję
- według Twojego wyboru.
Decydujesz o tym, składając wniosek o wypłatę:
- 1) za pobyt w szpitalu i ewentualnie pobytu na OIT albo
 - 2) za rekonwalescencję.
- 141.** Jeśli przejdziesz kilka operacji w okresie 60 dni – licząc od daty wykonania pierwszej operacji w tym okresie – wypłacimy pieniądze tylko za jedną operację, za którą przysługuje najwyższa wypłata.
- 142.** Jeśli przejdziesz kilka operacji w znieczuleniu ogólnym w okresie 60 dni – licząc od daty wykonania pierwszej operacji w tym okresie – wypłacimy pieniądze tylko za jedną taką operację.
- 143.** Jeśli przejdziesz kilka operacji podczas pobytu w szpitalu w okresie 60 dni – licząc od daty wykonania pierwszej operacji w tym okresie – wypłacimy pieniądze tylko za jedną taką operację.
- 144.** Jeśli przejdziesz kilka operacji związanych z ciężką chorobą w okresie 60 dni – licząc od daty wykonania pierwszej operacji w tym okresie – wypłacimy pieniądze tylko za jedną z tych operacji.
- 145.** Jeśli wypłacimy pieniądze po:
- 1) terapii interferonowej,
 - 2) wszczepieniu kardiowertera/defibrylatora,
 - 3) wszczepieniu rozrusznika serca,
 - 4) ablacji
- to nasza ochrona dla tego specjalistycznego leczenia kończy się.
- 146.** W przypadku wystąpienia u Ciebie kolejnego nowotworu złośliwego, wypłacimy pieniądze za chemioterapię albo radioterapię tego nowotworu.
- 147.** W razie przeprowadzenia u Ciebie radioterapii i chemioterapii, pieniądze z ubezpieczenia wypłacamy tylko za jeden z tych rodzajów leczenia.
- 148.** Jeśli dojdzie u Ciebie do amputacji po złamaniu kości, wypłacimy pieniądze – jeśli leczyłeś złamanie kości.
- 149.** Wypłata za złamania kości w okresie naszej ochrony nie może przekroczyć łącznie 200% sumy ubezpieczenia.
- 150.** Jeśli wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku dojdzie do kilku złamań kości, które wymieniliśmy w tabeli (zob. pkt 134. 2) – wypłacimy maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia.
- 151.** Jeżeli wskutek kilku nieszczęśliwych wypadków dojdzie do złamania kości, które wymieniliśmy w tabeli (zob. pkt 134. 2) – wypłacimy maksymalnie 200% sumy ubezpieczenia.
- 152.** Jeśli ukończysz 55 lat, naszą ochroną obejmujemy tylko niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

KARENCCJA

– czyli kiedy nie działa nasza ochrona

- 153.** Nasza ochrona nie działa w poniższych okresach.

ZDARZENIE	W TAKIM OKRESIE NIE DZIAŁA NASZA OCHRONA
1) Twoje leczenie szpitalne	30 dni od momentu przystąpienia przez Ciebie do umowy. Nie ma karencji, jeśli pobyt w szpitalu, pobyt na OIT oraz rekonwalescencja były wynikiem: a) nieszczęśliwego wypadku, b) wypadku komunikacyjnego, c) wypadku przy pracy – który wydarzył się w ciągu tych 30 dni.
2) Twoja operacja	180 dni od momentu przystąpienia przez Ciebie do umowy. Nie ma karencji, jeśli operacja była wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu tych 180 dni.
3) wystąpienie u Ciebie ciężkiej choroby 4) wystąpienie u Ciebie ciężkiej choroby – usługi medyczne	90 dni od momentu przystąpienia przez Ciebie do umowy. Nie ma karencji, jeśli ciężka choroba była wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu tych 90 dni.

ZDARZENIE	W TAKIM OKRESIE NIE DZIAŁA NASZA OCHRONA
5) Twoje specjalistyczne leczenie	90 dni od momentu przystąpienia przez Ciebie do umowy. Nie ma karencji, jeśli konieczność specjalistycznego leczenia była wynikiem nieszczęśliwego wypadku.
6) zagraniczna konsultacja medyczna 7) Medyczny Ekspert Domowy	30 dni od momentu przystąpienia przez Ciebie do umowy. W okresie karencji możesz korzystać z: 1) Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego, 2) zagranicznej konsultacji medycznej, o ile zdarzenie medyczne było wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu tych 30 dni.

WYPŁATA PIENIĘDZY PO ZDARZENIACH

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze w razie leczenia szpitalnego, operacji, ciężkiej choroby, specjalistycznego leczenia, trwałego uszczerbku na zdrowiu, złamania kości, niezdolności do pracy

- 154.** W razie leczenia szpitalnego, dostarcz nam:
- 1) wniosek o wypłatę. Możesz dostarczyć go:
 - a) po zakończeniu pobytu w szpitalu, jeśli nie było rekonwalescencji,
 - b) po zakończeniu pobytu w szpitalu i rekonwalescencji,
 - c) w trakcie pobytu w szpitalu – po 30. lub 60. dniu,
 - 2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową z OIT – po zakończeniu pobytu w szpitalu i rekonwalescencji,
 - 3) dokument, który potwierdza pobyt w szpitalu lub kartę wypisową z OIT, które wydał lekarz prowadzący – w trakcie pobytu w szpitalu,
 - 4) w razie rekonwalescencji – dodatkowo kopię zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez właściciela polisy albo zaświadczenie wydane przez właściciela polisy o pobieranym zasiłku chorobowym w związku z Twoim pobytom na zwolnieniu lekarskim, które wydał szpital.
- 155.** Wniosek o wypłatę, o którym mowa w pkt 154., jest jednocześnie zgłoszeniem do otrzymania karty aptecznej – z uwzględnieniem pkt 156.
- 156.** Wypłacimy pieniądze jednorazowo w pełnej należnej kwocie w razie:
- 1) rozwiązania umowy ze świadczeniodawcą o współpracy w zakresie kart aptecznych,
 - 2) trwałego braku możliwości odbioru produktów w aptece z winy świadczeniodawcy – jego likwidacji lub upadłości.
- 157.** Jeśli przejdziesz operację, dostarcz nam:
- 1) wniosek o wypłatę,
 - 2) kartę informacyjną z placówki medycznej, która potwierdza wykonanie operacji,
 - 3) dokumentację, która potwierdza wykonanie operacji w znieczuleniu ogólnym – w razie wykonania takiej operacji,
 - 4) dokumentację, która potwierdza datę wystąpienia ciężkiej choroby – w razie wykonania operacji w związku z daną ciężką chorobą.
- 158.** Jeśli wystąpi u Ciebie ciężka choroba, dostarcz nam:
- 1) wniosek o wypłatę,
 - 2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie ciężkiej choroby,
 - 3) kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
 - 4) dokumentację, która potwierdza okoliczności wypadku – w razie ciężkiej choroby w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
- 159.** Po specjalistycznym leczeniu, dostarcz nam:
- 1) wniosek o wypłatę,
 - 2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza specjalistyczne leczenie.
- 160.** Jeśli dojdzie do trwałego uszczerbku na zdrowiu, dostarcz nam:
- 1) wniosek o wypłatę,
 - 2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza trwały uszczerbek na zdrowiu.
- 161.** Jeśli złamiesz kość, dostarcz nam:
- 1) wniosek o wypłatę,
 - 2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza złamanie kości.
- 162.** Jeśli dojdzie do trwałej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, dostarcz nam:
- 1) wniosek o wypłatę,
 - 2) orzeczenie.

- 163.** Jeśli dokumenty, o które poprosimy, są w innym języku niż polski, dostarcz nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
- 164.** W razie operacji, wystąpienia ciężkiej choroby, złamania kości, trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji możemy:
- 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy,
 - 2) zlecić dodatkowe badania medyczne
- jeśli będzie to potrzebne.
- 165.** Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecimy.
- 166.** Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty.
- 167.** O wypłacie decydujemy na podstawie wyżej wymienionej dokumentacji.
- 168.** Należy Ci się prawo do wypłaty, jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a złamaniem kości.
- 169.** Należy Ci się prawo do wypłaty:
- 1) jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem, zawałem serca albo udarem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu,
 - 2) maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu z powodu jednego nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu z powodu jednego zawału serca albo udaru.
- 170.** Ustalamy stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu po tym, kiedy zakończysz leczenie i rehabilitację.
- 171.** Jeśli po 4 miesiącach od nieszczęśliwego wypadku, zawału serca lub udaru nie zakończysz leczenia i rehabilitacji, możemy:
- 1) poprosić o opinię lekarza orzecznika,
 - 2) zlecić dodatkowe badania medyczne
- jeśli będzie to potrzebne i wypłacić część kwoty do której nie było żadnych wątpliwości.
- 172.** Jeśli lekarz orzecznik nie jest w stanie określić ostatecznego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, poprosimy go ponownie o jego określenie. Stanie się to najpóźniej w 24. miesiącu od dnia, w którym wydarzył się nieszczęśliwy wypadek, zawał serca albo udar.
- 173.** Jeśli wskutek nieszczęśliwego wypadku, zawału serca albo udaru utracisz lub uszkodzisz organ lub narząd, lub układ, którego funkcje przed tym nieszczęśliwym wypadkiem, zawałem serca albo udarem były już uszkodzone wskutek choroby lub urazu i ma to wpływ na ustalenie aktualnego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalimy w ten sposób, że porównamy stan sprzed wypadku, zawału albo udaru i po wypadku, zawału albo udarze.
- 174.** Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalamy na podstawie Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu. Tabela ta jest załącznikiem do SWU.
- 175.** Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierzemy pod uwagę rodzaju pracy ani czynności, jakie wykonujesz.
- 176.** Jeśli w późniejszym czasie zmieni się stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszy się lub pogorszy), nie zmienimy wysokości wypłaty.

REALIZACJA WYPŁATY Z UBEZPIECZENIA

– czyli kiedy i jak wypłacimy pieniądze

- 177.** Pieniądze wypłacimy jednorazowo, najpóźniej 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o zajściu zdarzenia, z uwzględnieniem pkt 178.
- 178.** Pieniądze za trwały uszczerbek na zdrowiu wypłacamy jednorazowo w pełnej należnej kwocie – z uwzględnieniem pkt 171. i 172.
- 179.** Mamy prawo przesunąć termin wypłaty, jeśli – z obiektywnych powodów – nie możemy w ciągu 30 dni ustalić, czy istnieje prawo do wypłaty lub jej wysokości. W takim przypadku wypłacimy pieniądze do 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnimy te wątpliwości. Jeśli do części kwoty nie było żadnych wątpliwości, wypłacimy ją w terminie podanym w pkt 177.

UPRAWNIENI DO USŁUG, USŁUG MEDYCZNYCH

– czyli kto może korzystać z usług, usług medycznych

- 180.** Usługi przysługują Tobie. Usługi medyczne przysługują Tobie lub Tobie i współubezpieczonym.

REALIZACJA USŁUGI

– komu, kiedy i jak wykonamy usługę

Zagraniczna konsultacja medyczna

- 181.** Aby skorzystać z tej usługi, składasz świadczeniodawcy w okresie naszej ochrony – na własny koszt w języku polskim:
- 1) wniosek o zagraniczną konsultację medyczną,
 - 2) pełną dokumentację medyczną, która potwierdza, że wystąpiło u Ciebie zdarzenie medyczne orzeczone w pierwszej opinii medycznej,
 - 3) pierwszą opinię medyczną – właściwie sporządzoną i podpisaną przez Twojego lekarza prowadzącego,
 - 4) inne dokumenty, o które poprosimy Cię my lub świadczeniodawca.
- 182.** Usługę wykonamy najpóźniej 30 dni od dnia, w którym otrzymamy wniosek i komplet dokumentów. Możemy wydłużyć ten czas, jeśli – z obiektywnych powodów – nie możemy w ciągu 30 dni ustalić, czy masz prawo do usługi. W takim przypadku wykonamy usługę do 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnimy te wątpliwości.
- 183.** Jeśli nasz lekarz orzeknie, że pierwsza opinia medyczna nie jest wystarczająco szczegółowa lub podpisał ją lekarz złej specjalizacji, musisz na własny koszt sporządzić inną pierwszą opinię medyczną lub ją uzupełnić.
- 184.** Możesz skorzystać z jednej zagranicznej konsultacji medycznej, która będzie dotyczyć jednego zdarzenia medycznego. Jeśli nowe badania pokażą zmiany tego zdarzenia medycznego, możesz wnioskować o kolejną zagraniczną konsultację medyczną.

Prywatna Opieka Domowa, Pomoc w Planowaniu Leczenia, Całodobowy Telefoniczny Serwis Medyczny

- 185.** Centrum Medyczne wykonuje usługi w ramach tych pakietów wyłącznie, gdy zgłosisz przez telefon wniosek o ich wykonanie. Numer telefonu znajdziesz w deklaracji – serwis jest czynny całą dobę. Centrum Medyczne rozpocznie realizować usługę najszybciej, jak to możliwe, i nie później niż 48 godzin od spełnienia przez Ciebie niezbędnych warunków.
- 186.** Przy składaniu wniosku przez telefon:
- 1) podaj swoje imię, nazwisko, PESEL oraz nazwę i siedzibę właściciela polisy,
 - 2) podaj wszystkie informacje, które są potrzebne do danej usługi, np.: numer telefonu, adres, dane osoby kontaktowej,
 - 3) prześlij do Centrum Medycznego – faksem, drogą elektroniczną albo pocztą – zaświadczenie lub zwolnienie lekarskie, które potwierdza, że zdarzenie medyczne wystąpiło lub że dana usługa jest Ci potrzebna. Nie dotyczy to usług w ramach Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego,
 - 4) postępuj zgodnie z dyspozycjami Centrum Medycznego.
- 187.** Przedstawiciel Centrum Medycznego może – w miejscu realizowania usługi – poprosić Cię o:
- 1) okazanie dokumentu potwierdzającego Twoją tożsamość,
 - 2) podanie danych niezbędnych do wykonania usługi, w tym wszystkich informacji, które pozwolą ocenić Twój stan zdrowia i zasadność transportu medycznego.
- 188.** Centrum Medyczne ani my nie zwracamy kosztów poniesionych przez Ciebie, jeżeli zdarzenie nie zostało zgłoszone do Centrum Medycznego. Wyjątkiem jest sytuacja, w której siła wyższa uniemożliwiła Ci kontakt z Centrum Medycznym. W takim przypadku koniecznie skontaktuj się z Centrum Medycznym, gdy tylko będzie to możliwe – masz na to 7 dni. Powiadom Centrum Medyczne o zdarzeniu medycznym i opisz przyczyny braku możliwości kontaktu.
- 189.** Oddamy Ci koszty wykonanej usługi – ale maksymalnie do średniej wartości danej usługi w danej miejscowości. Aby uzyskać zwrot, złóż odpowiednie dokumenty: dokumentację medyczną, która potwierdzi, że wystąpiło u Ciebie dane zdarzenie medyczne, i imienne rachunki i dowody wpłaty.
- 190.** Swoje oświadczenia, zawiadomienia i inne zgłoszenia możesz wykonywać też przez telefon – nagrywamy wszystkie rozmowy telefoniczne, które prowadzisz z Centrum Medycznym. Wszystkie Twoje oświadczenia i zawiadomienia będziemy archiwizować w Centrum Medycznym.

REALIZACJA USŁUG MEDYCZNYCH Z TYTUŁU CIĘŻKIEJ CHOROBY I URAZU ORTOPEDYCZNEGO

– czyli jak zacząć z nich korzystać

- 191.** Osoba wnosząca o usługi medyczne z ubezpieczenia musi dostarczyć nam dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie urazu ortopedycznego lub ciężkiej choroby.
- 192.** Możemy poprosić o dostarczenie innych niezbędnych dokumentów, jeśli dokumenty już dostarczone nie wystarczą do przyznania prawa do korzystania z usług medycznych.
- 193.** Prawo do korzystania z usług medycznych przysługuje jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a potrzebą skorzystania z usług medycznych.
- 194.** W terminie do 30 dni od złożenia dokumentów otrzymasz decyzję o prawie korzystania z usług medycznych – jeśli złożone dokumenty potwierdzą wystąpienie urazu ortopedycznego lub ciężkiej choroby, będziesz mógł rozpocząć korzystanie z usług medycznych.

- 195.** Jeżeli wyjaśnienie w tym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności okaże się niemożliwe, decyzja o prawie korzystania z usług medycznych lub o odmowie będzie wydana w terminie do 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe przy zachowaniu należytej staranności.
- 196.** Decyzja odmawiająca prawa korzystania z usług medycznych zawiera informacje o przyczynach i podstawie odmowy oraz sposobie odwołania od tej decyzji.

BEZGOTÓWKOWA REALIZACJA USŁUG MEDYCZNYCH Z TYTUŁU OPIEKI LEKARSKIEJ

– jak z nich skorzystać

- 197.** Z usług medycznych możesz skorzystać Ty lub współubezpieczony.
- 198.** Ty lub współubezpieczony – za naszym pośrednictwem – wcześniej umawiacie termin konsultacji, badania lub zabiegu. Możecie to zrobić m.in. przez:



infolinię formularz elektroniczny na stronie pzu.pl



aplikację mobilną

- 199.** Ty lub współubezpieczony wybieracie potrzebne usługi medyczne spośród tych, które macie w swoim zakresie ubezpieczenia. My wskazujemy placówkę medyczną. W takiej sytuacji wizyta lekarska odbędzie się najpóźniej:
- 1) 2 dni robocze od zgłoszenia – do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (internisty, lekarza rodzinnego oraz pediatry),
 - 2) 5 dni roboczych od zgłoszenia – do lekarzy pozostałych specjalizacji.
- 200.** Ty lub współubezpieczony możecie też sami wskazać naszą placówkę medyczną lub jej lokalizację, termin wizyty lub lekarza. W takiej sytuacji wizyta lekarska może odbyć się w późniejszym terminie. Jej datę ustalimy indywidualnie na podstawie dostępności i grafiku lekarzy.

PIENIĘŻNE ROZLICZENIE USŁUG MEDYCZNYCH W OPIECE LEKARSKIEJ

– czyli jak skorzystać z refundacji

- 201.** Ty i współubezpieczony możecie skorzystać z pieniężnego rozliczenia poniesionych kosztów usług medycznych – o ile dopuszcza to umowa i potwierdza polisa. Refundacja nie dotyczy zakresu Profilaktyka.
- 202.** Rozliczenie usług medycznych w formie pieniężnej jest możliwe także, jeśli Ty lub współubezpieczony skorzystacie z usług medycznych w okresie zawieszenia naszej odpowiedzialności oraz pod warunkiem jej wznowienia.
- 203.** Pokrywamy koszt usług medycznych do kwoty określonej dla danej usługi medycznej w „Cenniku usług medycznych”. Cennik jest załącznikiem do SWU.
- 204.** Abyśmy mogli zwrócić – zgodnie z cennikiem – koszty usługi medycznej, potrzebujemy:
- 1) wniosku o pokrycie kosztów usługi medycznej,
 - 2) oryginału imiennej faktury, która zawiera nazwy udzielonych usług medycznych i ich ceny jednostkowe,
- 205.** W razie pozytywnej decyzji prześlemy należną kwotę – najpóźniej 30 dni od otrzymania wniosku, o którym mowa w pkt 204. 1).
- 206.** Jeśli – z obiektywnych powodów – nie możemy w ciągu 30 dni wyjaśnić wątpliwości związanych z wnioskiem mamy prawo przesunąć termin wypłaty. W takim przypadku wypłacimy pieniądze w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie tych wątpliwości stało się możliwe. Jeśli do części kwoty nie było żadnych wątpliwości, wypłacimy ją do 30 dni od otrzymania wniosku.
- 207.** Szczegółowe zasady realizacji usług medycznych w formie pieniężnej znajdują się w załączniku do SWU (zob. Zwrot kosztów świadczeń zrealizowanych w ramach ubezpieczenia Opieka Lekarska – odpowiedzi na podstawowe pytania).

ODMOWA REALIZACJI ŚWIADCZENIA W OPIECE LEKARSKIEJ

– jak o niej poinformujemy

- 208.** Jeśli świadczenie nie przysługuje Tobie lub współubezpieczonemu w całości lub w części, to poinformujemy osobę składającą wniosek że świadczenie nie przysługuje w całości lub części, wskazując przyczyny i podstawę prawną, które uzasadniają naszą decyzję, oraz informujemy o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
- 209.** O odmowie realizacji usług medycznych poinformujemy również Ciebie albo współubezpieczonego, jeśli nie wystąpiłicie o realizację tych usług.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

- 210.** W sprawach, których nie reguluje ta część, stosuje się: Postanowienia ogólne, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

CZĘŚĆ III

POSTANOWIENIA SZCZEGÓLNE – PAKIET MOJA RODZINA

MOJA RODZINA

– czyli co oferujemy w ramach tego pakietu

211. Moja Rodzina składa się z:
1. Zabezpieczenie Najbliższych
 2. Wsparcie dla Ciebie.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

212. W SWU w pakiecie Moja Rodzina używamy terminów:

- 1) **członek rodziny** – jest nim:
 - a) Twój rodzic albo
 - b) Twój ojczym lub macocha – jeśli nie żyje odpowiednio Twój ojciec lub Twoja matka,
 - c) rodzic Twojego aktualnego małżonka albo partnera życiowego albo
 - d) ojczym lub macocha Twojego małżonka albo partnera życiowego – jeśli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Twojego małżonka albo partnera życiowego,
- 2) **dziecko** – dziecko, które nie ukończyło 25 lat. Może nim być:
 - a) własne dziecko ubezpieczonego,
 - b) dziecko, które przysposobił ubezpieczony,
 - c) pasierb ubezpieczonego (jeśli nie żyje drugi rodzic pasierba),
- 3) **macocha** – jest nią:
 - a) aktualna żona Twojego ojca lub
 - b) aktualna żona ojca Twojego małżonka albo partnera życiowego,
– która nie jest biologiczną matką Twoją lub małżonka albo partnera życiowego,
 - c) wdowa po Twoim ojcu lub
 - d) wdowa po ojcu Twojego małżonka albo partnera życiowego,
– która nie jest biologiczną matką Twoją lub małżonka albo partnera życiowego – o ile ponownie nie wyszła za mąż,
- 4) **ojczym** – jest nim:
 - a) aktualny mąż Twojej matki lub
 - b) aktualny mąż matki Twojego małżonka albo partnera życiowego
– który nie jest biologicznym ojcem Twoim lub małżonka albo partnera życiowego,
 - c) wdowiec po Twojej matce lub
 - d) wdowiec po matce Twojego małżonka albo partnera życiowego,
– który nie jest biologicznym ojcem Twoim lub małżonka albo partnera życiowego – o ile ponownie się nie ożenił,
- 5) **udar** – taki udar, który oznacza nagle ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi,
- 6) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego spowodowana nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego.

213. Pozostałe terminy, które stosujemy w tej części, zdefiniowaliśmy w części Postanowienia ogólne i używamy ich w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

214. Ubezpieczamy:

- 1) Twoje życie,
- 2) zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć Twojego małżonka albo partnera życiowego, śmierć dziecka, śmierć członka rodziny,
- 3) urodzenie się dziecka.

215. Masz prawo do kontynuowania umowy w odrębnym ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym. Kontynuacja jest możliwa, gdy spełnisz warunki ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego. Wysokość składki

w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym jest określona we wniosku o zawarcie niniejszej umowy i w polisie. Składkę ustalamy dla każdego 1000 zł początkowej sumy ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego.

- 216.** Jeśli spełnisz warunki określone w pkt 215. i nie ukończyłeś 50 lat, możesz wybrać, zamiast kontynuacji określonej w pkt 215., warunki kontynuacji określone w załączniku nr 8 do SWU.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

- 217.** Ubezpieczenie obejmuje poniższe zdarzenia, jeśli wystąpią one w okresie ochrony.

ZABEZPIECZENIE NAJBLIŻSZYCH

ZDARZENIE	IŁE WYPŁACIMY?
1) Twoja śmierć	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie powiększoną o 100 zł.
2) Twoja śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie powiększoną o 100 zł.
3) Twoja śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie powiększoną o 100 zł.
4) Twoja śmierć wskutek wypadku przy pracy	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie powiększoną o 100 zł.
5) Twoja śmierć wskutek zawału serca lub udaru	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie powiększoną o 100 zł.

WSPARCIE DLA CIEBIE

ZDARZENIE	IŁE WYPŁACIMY?
1) zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć Twojego małżonka albo partnera życiowego	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
2) zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć Twojego małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
3) zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć członka Twojej rodziny	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
4) zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć członka Twojej rodziny wskutek nieszczęśliwego wypadku	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
5) zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć Twojego dziecka	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
6) zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć Twojego dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
7) urodzenie dziecka	Kwotę wskazaną we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
8) urodzenie się martwego dziecka – w rozumieniu przepisów o porodach i urodzeniach, jeśli urodzenie zostało zarejestrowane	
9) prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia	

- 218.** Zakres ubezpieczenia, który obowiązuje w pakiecie Moja Rodzina, określamy we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzamy w polisie.

- 219.** Zarówno zdarzenie, jak i nieszczęśliwy wypadek, wypadek komunikacyjny, wypadek przy pracy, zawał serca, udar, który je spowoduje, muszą wystąpić w okresie naszej ochrony.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy z ubezpieczenia

220. W „Wyłączeniach ochrony” używamy terminów:

- 1) **działania wojenne** – są to działania sił zbrojnych, które dążą do rozbicia sił zbrojnych przeciwnika na lądzie, w powietrzu lub na morzu,
- 2) **akty terroru** – są to działania indywidualne lub grupowe przeciwko ludności lub mieniu, aby osiągnąć skutki ekonomiczne, polityczne lub społeczne. Celem aktów terroru jest wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności, dezorganizacja życia publicznego, funkcjonowania transportu publicznego, zakładów usługowych lub wytwórczych,
- 3) **masowe rozruchy społeczne** – są to wystąpienia grupy społecznej przeciw strukturom, które sprawują władzę na mocy prawa. Wywołują je: niezadowolenie z sytuacji politycznej, ekonomicznej lub społecznej. Masowym rozruchom społecznym zwykle towarzyszą akty przemocy fizycznej,

221. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje zdarzeń, które wystąpiły w wyniku poniższych okoliczności.

ZDARZENIE	W TAKICH SYTUACJACH NIE UDZIELAMY OCHRONY
1) Twoja śmierć, 2) Twoja śmierć wskutek zawału serca lub udaru	Śmierć nastąpiła: a) wskutek działań wojennych, b) ponieważ czynnie uczestniczyłeś w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych, c) ponieważ usiłowałeś popełnić lub popełniłeś czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, d) wskutek samobójstwa – jeśli popełniłeś je w ciągu 2 lat od początku naszej ochrony, e) wskutek wypadku komunikacyjnego – jeśli prowadziłeś pojazd w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli okoliczności te miały wpływ na Twoją śmierć.
3) Twoja śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku, 4) śmierć Twojego małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku, 5) śmierć członka Twojej rodziny wskutek nieszczęśliwego wypadku, 6) śmierć Twojego dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku	Śmierć nastąpiła: a) wskutek działań wojennych, b) ponieważ czynnie uczestniczyłeś/Twój małżonek albo partner życiowy, członek Twojej rodziny czynnie uczestniczył/Twoje dziecko czynnie uczestniczyło w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych, c) ponieważ usiłowałeś popełnić lub popełniłeś/Twój małżonek albo partner życiowy, członek Twojej rodziny usiłował popełnić lub popełnił/Twoje dziecko usiłowało popełnić lub popełniło czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, d) ponieważ prowadziłeś/Twój małżonek albo partner życiowy, członek Twojej rodziny prowadził/Twoje dziecko prowadziło pojazd: <ul style="list-style-type: none">• bez uprawnień,• w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia, e) ponieważ byłeś/Twój małżonek albo partner życiowy, członek Twojej rodziny był/Twoje dziecko było w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku, f) ponieważ samookaleczyłeś się/Twój małżonek albo partner życiowy, członek Twojej rodziny samookaleczył się/Twoje dziecko samookaleczyło się lub usiłowałeś/Twój małżonek albo partner życiowy, członek twojej rodziny usiłował/Twoje dziecko usiłowało popełnić samobójstwo albo jeśli popełniłeś/Twój małżonek albo partner życiowy, członek Twojej rodziny popełnił/Twoje dziecko popełniło samobójstwo, g) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę,

<p>7) Twoja śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego</p>	<p>h) wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.</p> <p>Śmierć nastąpiła:</p> <p>a) wskutek działań wojennych, b) ponieważ czynnie uczestniczyłeś w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych, c) ponieważ usiłowałeś popełnić lub popełniłeś czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, d) ponieważ prowadziłeś pojazd:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bez uprawnień, • bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów, które dopuszczają do ruchu, • w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych <p>w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia, e) ponieważ byłeś w stanie nietrzeźwości lub byłeś pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście wypadku komunikacyjnego, f) ponieważ samookaleczyłeś się lub usiłowałeś popełnić samobójstwo albo jeśli popełniłeś samobójstwo.</p>
<p>8) Twoja śmierć wskutek wypadku przy pracy</p>	<p>Śmierć nastąpiła:</p> <p>a) wskutek działań wojennych, b) ponieważ czynnie uczestniczyłeś w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych, c) ponieważ usiłowałeś popełnić lub popełniłeś czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, d) ponieważ prowadziłeś pojazd:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bez uprawnień, • bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów, które dopuszczają do ruchu, • w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych <p>w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zdarzenie, e) ponieważ byłeś w stanie nietrzeźwości lub byłeś pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście wypadku przy pracy, f) ponieważ samookaleczyłeś się lub usiłowałeś popełnić samobójstwo albo jeśli popełniłeś samobójstwo, g) ponieważ wykonywałeś pracę bez kwalifikacji lub uprawnień.</p>
<p>9) śmierć Twojego małżonka albo partnera życiowego 10) śmierć członka Twojej rodziny 11) śmierć Twojego dziecka</p>	<p>Śmierć nastąpiła:</p> <p>a) wskutek działań wojennych, b) ponieważ Twój małżonek albo partner życiowy, członek Twojej rodziny czynnie uczestniczył/Twoje dziecko czynnie uczestniczyło w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych.</p>

KARENcja

– czyli kiedy nie działa nasza ochrona

222. Karencja trwa:

- 1) 6 miesięcy od momentu przystąpienia przez Ciebie do umowy – w razie Twojej śmierci, śmierci Twojego małżonka albo partnera życiowego, śmierci członka Twojej rodziny, śmierci Twojego dziecka, urodzenia się martwego dziecka,
- 2) 9 miesięcy od momentu przystąpienia przez Ciebie do umowy – w razie urodzenia dziecka,
– z uwzględnieniem pkt 228.

- 223.** Jeśli jesteś **ubezpieczonym podstawowym**, karencję stosujemy, gdy przystąpisz do ubezpieczenia po upływie 4 miesięcy od dnia:
- 1) zawarcia umowy przez właściciela polisy – o ile pozostajesz w stosunku prawnym z właścicielem polisy w dniu zawarcia umowy,
 - 2) powstania stosunku prawnego z właścicielem polisy – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia umowy.
- 224.** Jeśli jesteś **małżonkiem** ubezpieczonego podstawowego, karencję stosujemy, gdy przystąpisz do ubezpieczenia po upływie 4 miesięcy od dnia:
- 1) zawarcia umowy – o ile ubezpieczony podstawowy pozostaje w stosunku prawnym z właścicielem polisy w dniu zawarcia umowy,
 - 2) powstania stosunku prawnego ubezpieczonego podstawowego z właścicielem polisy – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia umowy,
 - 3) zawarcia związku małżeńskiego z ubezpieczonym podstawowym po dniu zawarcia umowy.
- 225.** Jeśli jesteś **partnerem życiowym** ubezpieczonego podstawowego, karencję stosujemy, gdy przystąpisz do ubezpieczenia po upływie 4 miesięcy od dnia:
- 1) zawarcia umowy – o ile ubezpieczony podstawowy pozostaje w stosunku prawnym z właścicielem polisy w dniu zawarcia umowy,
 - 2) powstania stosunku prawnego ubezpieczonego podstawowego z właścicielem polisy – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia umowy.
- 226.** Jeśli jesteś **pełnoletnim dzieckiem** ubezpieczonego podstawowego, karencję stosujemy, gdy przystąpisz do ubezpieczenia po upływie 4 miesięcy od dnia:
- 1) zawarcia umowy – o ile ubezpieczony podstawowy pozostaje w stosunku prawnym z właścicielem polisy w dniu zawarcia umowy,
 - 2) powstania stosunku prawnego ubezpieczonego podstawowego z właścicielem polisy – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia umowy,
 - 3) ukończenia 18. roku życia po dniu zawarcia umowy.



PRZYKŁAD 1

Właściciel polisy zawarł z nami umowę 1 stycznia 2017 roku.
 Jeśli jesteś zatrudniony i przystąpisz do umowy od 1 stycznia albo 1 lutego, albo 1 marca, albo 1 kwietnia 2017 roku – nie ma karencji.
 Jeśli przystąpisz 1 maja 2017 roku lub w kolejnych miesiącach obowiązywania umowy – będzie karencja.



PRZYKŁAD 2

Właściciel polisy zawarł z nami umowę 1 stycznia 2017 roku.
 Jeśli zostałeś zatrudniony 15 czerwca 2017 roku i przystąpisz do umowy od 1 lipca albo 1 sierpnia, albo 1 września, albo 1 października 2017 roku – nie ma karencji.
 Jeśli przystąpisz 1 listopada 2017 roku lub w kolejnych miesiącach obowiązywania umowy – będzie karencja.

- 227.** Jeśli bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy byłeś objęty grupowym ubezpieczeniem PZU Ochrona i Zdrowie u tego samego właściciela polisy z niższą wypłatą z ubezpieczenia, karencję, o której mowa w pkt 222 stosujemy do różnicy między obecną a poprzednią wysokością wypłaty – z uwzględnieniem pkt 228.
- 228.** Karencji nie stosujemy, jeśli śmierć spowodował nieszczęśliwy wypadek.

WYPŁATA PIENIĘDZY PO TWOJEJ ŚMIERCI

– czyli komu i kiedy je wypłacamy

- 229.** Wypłata przysługuje uposażonym. Możesz ich dowolnie wskazać, dodać, zmienić lub odwołać.
- 230.** Wypłaty nie otrzyma osoba, która umyślnie przyczyniła się do Twojej śmierci.
- 231.** Jeśli wskażesz kilku uposażonych, a niektórzy z nich umrą przed Tobą lub utracą prawo do wypłaty, wtedy ich część pieniędzy rozdzielimy proporcjonalnie między pozostałych uposażonych.
- 232.** Jeśli nie wskażesz uposażonego albo wszyscy uposażeni umrą przed Tobą lub utracą prawo do wypłaty, przysługuje ona Twoim członkom rodziny – według kolejności:
- a) małżonek – w całości,
 - b) dzieci – w równych częściach,

- c) rodzice – w równych częściach,
 - d) inni Twoi ustawowi spadkobiercy – w równych częściach.
- 233.** Po Twojej śmierci osoba, która wnioskuje o wypłatę, musi dostarczyć nam:
- 1) wniosek o wypłatę,
 - 2) akt zgonu,
 - 3) kartę zgonu albo – jeśli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną, która stwierdza przyczynę śmierci, jeśli spowodował ją zawał serca, udar, nieszczęśliwy wypadek, wypadek komunikacyjny, wypadek przy pracy lub nastąpiła w pierwszych dwóch latach od początku naszej ochrony.
- 234.** Możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty, jeśli te już dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata jest należna i w jakiej wysokości.
- 235.** O wypłacie decydujemy na podstawie wyżej wymienionej dokumentacji.
- 236.** Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, osoba, która składa wniosek, musi dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
- 237.** Prawo do wypłaty po Twojej śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje, jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a Twoją śmiercią.
- 238.** Prawo do wypłaty po Twojej śmierci wskutek zawału serca lub udaru przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między zawałem serca albo udarem a Twoją śmiercią.
- 239.** Prawo do wypłaty po Twojej śmierci wskutek wypadku komunikacyjnego przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między wypadkiem komunikacyjnym a Twoją śmiercią.
- 240.** Prawo do wypłaty po Twojej śmierci wskutek wypadku przy pracy przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem przy pracy a Twoją śmiercią.

WYPŁATA PIENIĘDZY PO ŚMIERCI TWOJEGO MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO, CZŁONKA TWOJEJ RODZINY, TWOJEGO DZIECKA

– czyli komu i kiedy je wypłacamy

- 241.** Nie otrzymasz wypłaty, jeśli umyślnie przyczynisz się do śmierci Twojego małżonka albo partnera życiowego, członka Twojej rodziny, Twojego dziecka.
- 242.** Po śmierci małżonka albo partnera życiowego, członka rodziny, dziecka dostarcz nam:
- 1) wniosek o wypłatę,
 - 2) akt zgonu,
 - 3) kartę zgonu, albo – jeśli nie możesz jej uzyskać – dokumentację medyczną, która stwierdza przyczynę śmierci, jeśli spowodował ją nieszczęśliwy wypadek,
 - 4) akt małżeństwa – w razie śmierci małżonka, rodzica Twojego małżonka albo jego ojczyma lub macochy.
- 243.** Jeśli dokumenty, o które poprosimy, są w innym języku niż polski, dostarcz nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
- 244.** Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty.
- 245.** O wypłacie decydujemy na podstawie wyżej wymienionej dokumentacji.
- 246.** Prawo do wypłaty przysługuje, jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Twojego małżonka albo partnera życiowego, członka Twojej rodziny, Twojego dziecka.

WYPŁATA PIENIĘDZY PO URODZENIU SIĘ DZIECKA

– czyli komu i kiedy je wypłacamy

- 247.** Po urodzeniu dziecka dostarcz nam:
- 1) wniosek o wypłatę,
 - 2) akt urodzenia.
- 248.** Jeśli dokumenty, o które poprosimy, są w innym języku niż polski, dostarcz nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
- 249.** Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty.
- 250.** O wypłacie decydujemy na podstawie wyżej wymienionej dokumentacji.

REALIZACJA WYPŁATY Z UBEZPIECZENIA

– czyli kiedy i jak wypłacimy pieniądze

- 251.** Pieniądze wypłacimy jednorazowo, najpóźniej 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o:
- 1) Twojej śmierci,
 - 2) śmierci Twojego małżonka albo partnera życiowego, członka Twojej rodziny, dziecka,
 - 3) urodzeniu się Tobie dziecka.
- 252.** Mamy prawo przesunąć termin wypłaty, jeśli – z obiektywnych powodów – nie możemy w ciągu 30 dni ustalić, czy istnieje prawo do wypłaty lub jej wysokości. W takim przypadku wypłacimy pieniądze do 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnimy te wątpliwości. Jeśli do części kwoty nie było żadnych wątpliwości, wypłacimy ją w terminie podanym w pkt 251.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

- 253.** W sprawach, których nie reguluje ta część, stosuje się: Postanowienia ogólne, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

CZĘŚĆ IV POSTANOWIENIA SZCZEGÓLNE – PAKIET MÓJ WYBÓR

MÓJ WYBÓR

– czyli co oferujemy w ramach tego pakietu

- 254.** Możesz rozszerzyć zakres ubezpieczenia o poniższe opcje – w momencie przystąpienia do umowy lub w trakcie jej trwania:
1. W Razie Wypadku – warunki tego ubezpieczenia znajdziesz w załączniku nr 6 do SWU.
 2. Dofinansowanie Leków – warunki tego ubezpieczenia znajdziesz w załączniku nr 7 do SWU.
 3. Opieka Lekarska dla niepełnoletniego dziecka/dzieci – na zasadach określonych w SWU (dotyczy ubezpieczonego podstawowego).

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

REGULAMIN KARTY APTECZNEJ

Regulamin przedstawia zasady:

- aktywacji karty aptecznej,
- korzystania z karty aptecznej.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W regulaminie używamy terminów:

- 1) **data ważności** – ostatni dzień miesiąca, który przypada po upływie trzech lat, licząc od końca miesiąca, w którym karta apteczna została nadana przez nas na pocztę,
- 2) **dowód zakupu** – potwierdzenie zakupu produktów w aptece w okresie ważności karty (np. paragon, faktura),
- 3) **duplikat karty aptecznej** – karta wydana za zablokowaną kartę apteczną. Ma takie same cechy, co karta apteczna, ale data ważności duplikatu jest taka sama, co data ważności karty aptecznej, a limit jest pomniejszony o wartość odebranych produktów za pomocą karty aptecznej lub duplikatu karty aptecznej,
- 4) **limit** – wartość produktów, w jakiej Tobie w ramach ubezpieczenia zostało przyznane prawo do ich odbioru w aptece,
- 5) **odbiór produktu z apteki bez użycia karty aptecznej** – zakup produktów w aptece, która nie akceptuje karty aptecznej. Po opłaceniu produktów zwracamy ich koszt na podstawie złożonego do nas wniosku,
- 6) **odbiór produktu z apteki z użyciem karty aptecznej** – odbiór produktów w aptece, która akceptuje kartę apteczną.

KARTA APTECZNA

– najważniejsze informacje

2. Karta apteczna służy do odbioru produktów w aptece.
3. Na pzu.pl, na naszej infolinii oraz w naszych oddziałach udzielamy informacji o:
 - 1) aktualnym wykazie aptek, które akceptują kartę apteczną,
 - 2) zasadach odbioru produktów w aptece z użyciem i bez użycia karty aptecznej.
4. Karta apteczna nie jest:
 - 1) elektronicznym instrumentem płatniczym,
 - 2) instrumentem pieniądza elektronicznego,
 - 3) kartą płatniczą.
5. Karta apteczna zawiera:
 - 1) numer identyfikacyjny,
 - 2) kod paskowy,
 - 3) datę ważności,
 - 4) limit.
6. Kartę apteczną aktywujemy, jeśli zadzwonisz do nas po jej otrzymaniu – na podstawie Twoich danych osobowych oraz numeru identyfikacyjnego karty aptecznej. Karta będzie aktywna najpóźniej następnego dnia.
7. Karta apteczna przestaje być ważna:
 - 1) w dniu odbioru produktów o wartości limitu,
 - 2) w dniu zakończenia jej ważności,
 - 3) w dniu jej zablokowania – zgodnie z pkt 17., 18.

ZASADY UŻYWANIA KARTY APTECZNEJ

– czyli jak z niej skorzystać

8. Kartę trzeba aktywować przed odbiorem produktów w aptece.
9. Aby odebrać produkty z użyciem karty aptecznej, pokaż aktywną kartę w aptece, która akceptuje karty apteczne.

10. Aby otrzymać zwrot pieniędzy za produkty zakupione w aptece bez użycia karty aptecznej, zgłaszasz to do nas i pokazujesz aktywną kartę apteczną oraz dowód zakupu produktów w aptece. Zwracamy pieniądze w ciągu 21 dni od daty zgłoszenia i okazania aktywnej karty aptecznej.
11. Karta apteczna nie podlega wymianie na gotówkę.
12. Po każdym użyciu karty aptecznej zmniejsza się jej limit. Informację o pozostałym limicie możesz uzyskać w aptece, która akceptuje kartę apteczną lub na naszej infolinii.
13. Jeśli wartość Twoich zakupów w aptece przekroczy limit na karcie aptecznej, to resztę zakupów finansujesz z własnych środków.
14. Nie można zwrócić produktów odebranych za pomocą karty aptecznej – z uwzględnieniem pkt 23. i 24.
15. Wypłacimy Ci równowartość niewykorzystanego limitu na karcie aptecznej w razie likwidacji lub upadłości świadczeniodawcy.
16. Jeśli utracisz, zniszczysz lub uszkodzisz kartę apteczną, zgłoś to od razu na naszą infolinię.

BLOKADA KARTY APTECZNEJ

– czyli co się dzieje w takiej sytuacji

17. Kartę apteczną blokujemy, jeśli:
 - 1) nasza infolinia uzyska informację, że nie otrzymałeś karty aptecznej po 30 dniach od jej nadania na pocztę – z przyczyn od nas niezależnych,
 - 2) zgłosisz na naszej infolinii utratę, zniszczenie lub uszkodzenie karty, które uniemożliwia jej użytkowanie.
18. Kartę blokujemy najpóźniej w następnym dniu po uzyskaniu przez naszą infolinię informacji z pkt 17.
19. Blokada karty aptecznej jest nieodwracalna.
20. Nie odpowiadamy za nieuprawnione użycie karty aptecznej, które nastąpiło:
 - 1) przed zgłoszeniem utraty, zniszczenia lub uszkodzenia karty aptecznej,
 - 2) w wyniku przekazania karty aptecznej innej osobie.

DUPLIKAT KARTY APTECZNEJ

– czyli kiedy go wydajemy

21. Duplikat karty wydajemy po jej zablokowaniu. Duplikat karty ma limit, który pozostał w momencie dokonania blokady.
22. Duplikat karty ma nowy numer identyfikacyjny i jest nieaktywny. Kartę trzeba aktywować zgodnie z pkt 6.

REKLAMACJE

– jak można ją zgłosić

23. Reklamacje związane z używaniem karty aptecznej możesz zgłosić na naszą infolinię.
24. Reklamacje produktów z powodu wady jakościowej lub ich niewłaściwego wydania rozpatruje apteka – zgodnie z przepisami prawa, w szczególności zgodnie z przepisami prawa farmaceutycznego.
25. W razie zwrotu produktu z powodu reklamacji – opisaney w pkt 24 – apteka zwraca pieniądze do wartości zwracanego produktu.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

26. W sprawach, których nie reguluje ten regulamin, stosuje się: Szczególne Warunki Ubezpieczenia, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA – USZKODZENIA CIAŁA, ZA KTÓRE ODPOWIADAMY

Kod ICD10 Nazwa uszkodzenia ciała

ZŁAMANIA KOŚCI

1) Szyja

S12.8 Złamanie innych elementów chrzęstno-kostnych szyi
S12.9 Złamanie w obrębie szyi, część nie określona

2) Klatka piersiowa

S22.2 Złamanie mostka
S22.3 Złamanie żebra
S22.4 Liczne złamania żeber
S22.8 Złamanie innych części rusztowania kostnego klatki piersiowej
S22.9 Złamanie rusztowania kostnego klatki piersiowej, nie określone

3) Dolna części grzbietu, kręgosłup lędźwiowy i miednica

S32.3 Złamanie kości biodrowej
S32.4 Złamanie panewki stawu biodrowego
S32.5 Złamanie kości łonowej

4) Bark, ramię

S42.0 Złamanie obojczyka
S42.1 Złamanie łopatki
S42.2 Złamanie nasady bliższej kości ramiennej
S42.3 Złamanie trzonu kości ramiennej
S42.4 Złamanie nasady dalszej kości ramiennej
S42.7 Mnogie złamania obojczyka, łopatki i kości ramiennej
S42.8 Złamanie innych części barku i ramienia

5) Przedramię

S52.0 Złamanie nasady bliższej kości łokciowej
S52.1 Złamanie nasady bliższej kości promieniowej
S52.2 Złamanie trzonu kości łokciowej
S52.3 Złamanie trzonu kości promieniowej
S52.4 Złamanie trzonów kości łokciowej i promieniowej
S52.5 Złamanie nasady dalszej kości promieniowej
S52.6 Złamanie nasad dalszych kości łokciowej i promieniowej
S52.7 Mnogie złamania przedramienia
S52.8 Złamanie innych części przedramienia

6) Nadgarstek i ręka

S62.0 Złamanie kości łódeczkowatej
S62.1 Złamanie innej (innych) kości nadgarstka
S62.2 Złamanie i kości śródreńcza
S62.3 Złamanie innej kości śródreńcza
S62.4 Mnogie złamania kości śródreńcza
S62.5 Złamanie kciuka
S62.6 Złamanie innego palca
S62.7 Mnogie złamania palców

7) Udo

S72.0 Złamanie szyjki kości udowej
S72.1 Złamanie przezkrętarzowe
S72.2 Złamanie podkrętarzowe

- S72.3 Złamanie trzonu kości udowej
- S72.4 Złamanie nasady dalszej kości udowej
- S72.7 Mnogie złamania kości udowej
- S72.8 Złamanie innych części kości udowej

8) Podudzie

- S82.0 Złamanie rzepki
- S82.1 Złamanie nasady bliższej piszczeli
- S82.2 Złamanie trzonu piszczeli
- S82.3 Złamanie nasady dalszej piszczeli
- S82.4 Izolowane złamanie strzałki
- S82.5 Złamanie kostki przyśrodkowej
- S82.6 Złamanie kostki bocznej
- S82.7 Mnogie złamania podudzia
- S82.8 Złamanie innych części podudzia

9) Stopa

- S92.0 Złamanie kości piętowej
- S92.1 Złamanie kości skokowej
- S92.2 Złamanie innej (innych) kości stępu
- S92.3 Złamanie kości śródstopia
- S92.4 Złamanie palucha
- S92.5 Złamanie innego palca stopy
- S92.7 Mnogie złamania kości stopy
- S92.9 Złamanie kości stopy, nie określone

ZWICHNIĘCIE, SKRĘCENIE I NADERWANIE STAWÓW I WIĘZADEŁ

1) Klatka piersiowa

- S23.4 Skręcenie i naderwanie żeber i mostka

2) Dolna części grzbietu, kręgosłup lędźwiowy i miednica

- S33.4 Urazowe rozerwanie spojenia łonowego

3) Bark

- S43.0 Zwichnięcie stawu ramiennego
- S43.1 Zwichnięcie stawu barkowo-obojczykowego
- S43.2 Zwichnięcie stawu mostkowo-obojczykowego
- S43.4 Skręcenie i naderwanie stawu ramiennego
- S43.5 Skręcenie i naderwanie stawu barkowo-obojczykowego
- S43.6 Skręcenie i naderwanie stawu mostkowo-obojczykowego

4) Przedramię

- S53.0 Zwichnięcie głowy kości promieniowej
- S53.2 Urazowe pęknięcie więzadła pobocznego promieniowego
- S53.3 Urazowe pęknięcie więzadła pobocznego łokciowego
- S53.4 Skręcenie i naderwanie stawu łokciowego

5) Nadgarstek i ręka

- S63.0 Zwichnięcie nadgarstka
- S63.1 Zwichnięcie palca
- S63.2 Mnogie zwichnięcia palców
- S63.3 Urazowe pęknięcie więzadła nadgarstka
- S63.4 Urazowe pęknięcie więzadła palca w stawach nadgarstkowo-śródręcznych i międzypaliczkowych
- S63.5 Skręcenie i naderwanie nadgarstka
- S63.6 Skręcenie i naderwanie palca (palców)

6) Biodro

- S73.0 Zwichnięcie stawu biodrowego

S73.1 Skręcenie i naderwanie stawu biodrowego

7) Kolano

S83.0 Zwichnięcie rzepki

S83.1 Zwichnięcie stawu kolanowego

S83.2 Rozdarcie łąkotki, świeże

S83.3 Rozdarcie chrząstki stawowej kolana, świeże

S83.4 Skręcenie i naderwanie w obrębie (strzałkowego) (piszczelowego) więzadła pobocznego kolana

S83.5 Skręcenie i naderwanie w obrębie (przedniego) (tylnego) więzadła krzyżowego kolana

S83.7 Uraz kilku struktur kolana

8) Stopa

S93.0 Zwichnięcie stawu skokowego

S93.1 Zwichnięcie palca (palców) w:

S93.2 Pęknięcie więzadeł na poziomie stawu skokowego i stopy

S93.4 Skręcenie i naderwanie stawu skokowego

S93.5 Skręcenie i naderwanie palca (palców) stopy

ZŁAMANIA I INNE URAZY KRĘGOSŁUPA:

1) Szyja

S12.0 Złamanie 1 kręgu szyjnego

S12.1 Złamanie 2 kręgu szyjnego

S12.7 Liczne złamania odcinka szyjnego kręgosłupa

S13.0 Urazowe pęknięcie krążka międzykręgowego

S13.1 Zwichnięcie kręgu odcinka szyjnego kręgosłupa

S13.3 Liczne zwichnięcia odcinka szyjnego kręgosłupa

S13.4 Skręcenie i naderwanie odcinka szyjnego kręgosłupa

2) Klatka piersiowa

S22.0 Złamanie kręgów odcinka piersiowego kręgosłupa

S22.1 Liczne złamania odcinka piersiowego kręgosłupa

S23.0 Urazowe pęknięcie krążka międzykręgowego odcinka piersiowego kręgosłupa

S23.1 Zwichnięcie kręgu odcinka piersiowego kręgosłupa

S23.3 Skręcenie i naderwanie odcinka piersiowego kręgosłupa

3) Dolna części grzbietu, kręgosłup lędźwiowy i miednica

S32.0 Złamanie kręgu odcinka lędźwiowego kręgosłupa

S32.1 Złamanie kości krzyżowej

S32.2 Złamanie kości guzicznej

S32.7 Liczne złamania odcinka lędźwiowego kręgosłupa

S33.0 Urazowe pęknięcie krążka międzykręgowego odcinka lędźwiowego kręgosłupa

S33.1 Zwichnięcie kręgu odcinka lędźwiowego kręgosłupa

S33.2 Zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego i krzyżowo-guzicznego

S33.5 Skręcenie i naderwanie odcinka lędźwiowego kręgosłupa

S33.6 Skręcenie i naderwanie stawu krzyżowo-biodrowego

ZAŁĄCZNIK NR 3 DO SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA – ZAKRES ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH CZYLI USŁUGI MEDYCZNE, KTÓRE MOŻE OTRZYMAĆ UBEZPIECZONY

KONSULTACJE LEKARSKIE

- zadzwoń na całodobową infolinię **801 405 905** lub **22 56 65 666** (opłata zgodna z taryfą operatora)
- wypełnij formularz wizyty na stronie pzu.pl
- użyj aplikacji mobilnej PZU Pomoc
- wyślij SMS o treści „wizyta” na numer 4102

Z konsultacji możesz korzystać bezpłatnie i bez skierowania. Jeśli zachorujesz, umówimy Cię bez skierowania na konsultację w naszej placówce medycznej w obowiązujących godzinach przyjęć lekarzy.

Konsultacje specjalistyczne obejmują m.in.:

- wywiad i diagnozę,
- poradę oraz informację o sposobie leczenia,
- kontrolę leczenia.

Konsultacje lekarskie nie obejmują konsultacji profesorskich (lekarzy z tytułem naukowym: doktor habilitowany, docent, profesor).

BADANIA DIAGNOSTYCZNE I REHABILITACJA

Jeśli chcesz umówić się na badania lub rehabilitację zadzwoń na całodobową infolinię:

- zadzwoń na całodobową infolinię **801 405 905** lub **22 56 65 666** (opłata zgodna z taryfą operatora).

Z badań lub rehabilitacji możesz skorzystać ze skierowaniem od lekarza z naszej placówki medycznej. Terminy wizyty lub badań potwierdzamy SMS-em.

WARIANT PODSTAWOWY			
ZŁAMANIA KOŚCI I INNE URAZY KRĘGOSŁUPA		ZWICHNIĘCIA, SKRĘCENIA I NADERWANIA STAWÓW I WIĘZADEŁ	
USŁUGI MEDYCZNE	LIMIT	USŁUGI MEDYCZNE	LIMIT
WIZYTY U LEKARZA SPECJALISTY		WIZYTY U LEKARZA SPECJALISTY	
<ul style="list-style-type: none"> • konsultacja z ortopedą • konsultacja z fizjoterapeutą • konsultacja z neurochirurgiem • konsultacja z chirurgiem 	1	<ul style="list-style-type: none"> • konsultacja z ortopedą • konsultacja z fizjoterapeutą 	1
REHABILITACJA AMBULATORYJNA		REHABILITACJA AMBULATORYJNA	
<ul style="list-style-type: none"> • Balneologia • Ćwiczenia bierne • Ćwiczenia czynne w odciążeniu • Ćwiczenia czynne wolne • Ćwiczenia czynne z oporem • Ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane • Ćwiczenia izometryczne • Ćwiczenia ogólnousprawniające • Ćwiczenia specjalne • Elektrostymulacja • Jonoforeza • Komora kriogeniczna • Laseroterapia punktowa • Masaż suchy częściowy • Metody reedukacji nerwowo-mięśniowej • Prądy interferencyjne • Prądy TENS • Ultradźwięki miejscowe • Zabiegi w kriokomorze 	40	<ul style="list-style-type: none"> • Balneologia • Ćwiczenia bierne • Ćwiczenia czynne w odciążeniu • Ćwiczenia czynne wolne • Ćwiczenia czynne z oporem • Ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane • Ćwiczenia izometryczne • Ćwiczenia ogólnousprawniające • Ćwiczenia specjalne • Elektrostymulacja • Jonoforeza • Komora kriogeniczna • Laseroterapia punktowa • Masaż suchy częściowy • Metody reedukacji nerwowo-mięśniowej • Prądy interferencyjne • Prądy TENS • Ultradźwięki miejscowe • Zabiegi w kriokomorze 	25

WARIANT ROZSZERZONY

ZŁAMANIA KOŚCI I INNE URAZY KRĘGOSŁUPA	ZWICHNIĘCIA, SKRĘCENIA I NADERWANIA STAWÓW I WIĘZADEŁ
-----------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

USŁUGI MEDYCZNE	LIMIT	USŁUGI MEDYCZNE	LIMIT
------------------------	--------------	------------------------	--------------

WIZYTY U LEKARZA SPECJALISTY		WIZYTY U LEKARZA SPECJALISTY	
-------------------------------------	--	-------------------------------------	--

<ul style="list-style-type: none"> • konsultacja z ortopedą • konsultacja z fizjoterapeutą • konsultacja z neurochirurgiem • konsultacja z chirurgiem 	2	<ul style="list-style-type: none"> • konsultacja z ortopedą • konsultacja z fizjoterapeutą 	2
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

BADANIA DIAGNOSTYCZNE		BADANIA DIAGNOSTYCZNE	
------------------------------	--	------------------------------	--

<ul style="list-style-type: none"> • RTG kończyny dolnej • RTG kończyny górnej • RTG łokcia/przedramienia • RTG nadgarstka/dłoni/palca • RTG barku/ramienia • RTG klatki piersiowej AP • RTG klatki piersiowej AP i bok • RTG kostki/stopy/palca • RTG kręgosłupa całego AP i bok • RTG kręgosłupa całego w projekcji AP • RTG kręgosłupa całego w projekcji bocznej • RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego/krzyżowo-ogonowego • RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego/krzyżowo-ogonowego w projekcji A • RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego/krzyżowo-ogonowego w projekcji bocznej • RTG kręgosłupa piersiowego AP i bok • RTG kręgosłupa piersiowego w projekcji AP • RTG kręgosłupa piersiowego w projekcji bocznej • RTG kręgosłupa szyjnego AP i bok • RTG kręgosłupa szyjnego w projekcji AP • RTG kręgosłupa szyjnego w projekcji bocznej • RTG łopatki • RTG miednicy/biodra • RTG mostka • RTG stawów • RTG tkanek miękkich klatki piersiowej • RTG uda/kolana/podudzia • RTG żeber 	3	<ul style="list-style-type: none"> • USG dopplerowskie kończyn z żył i tętnic (obie kończyny) • USG dopplerowskie kończyn z żył (obie kończyny) • USG dopplerowskie kończyn z tętnic (obie kończyny) • USG dopplerowskie kończyny z żył i tętnic (jedna kończyna) • USG dopplerowskie kończyny z żył (jedna kończyna) • USG dopplerowskie kończyny z tętnic (jedna kończyna) • USG dopplerowskie szyi • USG drobnych stawów i więzadeł • USG miednicy małej • USG mięśni • USG nadgarstka • USG palca • USG stawów barkowych • USG stawów biodrowych/kolanowych • USG stawów łokciowych • USG stawów skokowych • USG ścięgna • USG tkanek miękkich 	1
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

<ul style="list-style-type: none"> • MRI i TK całego kręgosłupa • MRI i TK klatki piersiowej • MRI i TK kości • MRI i TK kręgosłupa lędźwiowy • MRI i TK kręgosłupa piersiowego • MRI i TK kręgosłupa szyjnego/tkanek miękkich szyi • MRI i TK miednicy • MRI i TK nadgarstka • MRI i TK podudzia • MRI i TK przedramienia • MRI i TK ramienia • MRI i TK ręki • MRI i TK stawów • MRI i TK stopy • MRI i TK uda 	1	<ul style="list-style-type: none"> • MRI całego kręgosłupa • MRI klatki piersiowej • MRI kości • MRI kręgosłupa lędźwiowy • MRI kręgosłupa piersiowego • MRI kręgosłupa szyjnego/tkanek miękkich szyi • MRI miednicy • MRI nadgarstka • MRI podudzia • MRI przedramienia • MRI ramienia • MRI ręki • MRI stawów • MRI stopy • MRI uda 	1
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

REHABILITACJA AMBULATORYJNA		REHABILITACJA AMBULATORYJNA	
------------------------------------	--	------------------------------------	--

<ul style="list-style-type: none"> • Balneologia • Ćwiczenia bierne • Ćwiczenia czynne w odciążeniu • Ćwiczenia czynne wolne • Ćwiczenia czynne z oporem 	40	<ul style="list-style-type: none"> • Balneologia • Ćwiczenia bierne • Ćwiczenia czynne w odciążeniu • Ćwiczenia czynne wolne • Ćwiczenia czynne z oporem 	25
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

REHABILITACJA AMBULATORYJNA

- Ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane
- Ćwiczenia izometryczne
- Ćwiczenia ogólnousprawniające
- Ćwiczenia specjalne
- Elektrostymulacja
- Jonoforeza
- Komora kriogeniczna
- Laseroterapia punktowa
- Masaż suchy częściowy
- Metody reedukacji nerwowo-mięśniowej
- Prądy interferencyjne
- Prądy TENS
- Ultradźwięki miejscowe
- Zabiegi w kriokomorze

REHABILITACJA AMBULATORYJNA

- Ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane
- Ćwiczenia izometryczne
- Ćwiczenia ogólnousprawniające
- Ćwiczenia specjalne
- Elektrostymulacja
- Jonoforeza
- Komora kriogeniczna
- Laseroterapia punktowa
- Masaż suchy częściowy
- Metody reedukacji nerwowo-mięśniowej
- Prądy interferencyjne
- Prądy TENS
- Ultradźwięki miejscowe
- Zabiegi w kriokomorze

ZAŁĄCZNIK NR 4 DO SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA – ZAKRES ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH CZYLI USŁUGI MEDYCZNE, KTÓRE MOŻE OTRZYMAĆ UBEZPIECZONY

KONSULTACJE LEKARSKIE

- zadzwoń na całodobową infolinię 801 405 905 lub 22 56 65 666 (opłata zgodna z taryfą operatora)
- wypełnij formularz wizyty na stronie pzu.pl
- użyj aplikacji mobilnej PZU Pomoc
- wyślij SMS o treści „wizyta” na numer 4102.

Z konsultacji możesz korzystać bezpłatnie i bez skierowania. Jeśli zachorujesz, umówimy Cię bez skierowania na konsultację w naszej placówce medycznej w obowiązujących godzinach przyjęć lekarzy.

Konsultacje specjalistyczne obejmują m.in.:

- wywiad i diagnozę,
- poradę oraz informację o sposobie leczenia,
- kontrolę leczenia.

Konsultacje lekarskie nie obejmują konsultacji profesorskich (lekarzy z tytułem naukowym: doktor habilitowany, docent, profesor).

BADANIA DIAGNOSTYCZNE I REHABILITACJA

Jeśli chcesz umówić się na badania lub rehabilitację zadzwoń na całodobową infolinię:

- zadzwoń na całodobową infolinię 801 405 905 lub 22 56 65 666 (opłata zgodna z taryfą operatora)

Z badań lub rehabilitacji możesz skorzystać ze skierowaniem od lekarza z naszej placówki medycznej. Terminy wizyty lub badań potwierdzamy SMS-em.

CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA

tj. zawał serca, chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych by-pass, wada serca, choroby aorty brzusznej, choroby aorty piersiowej

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
WIZYTY U LEKARZA SPECJALISTY	
<ul style="list-style-type: none"> • konsultacja z kardiologiem • konsultacja z lekarzem specjalistą rehabilitacji medycznej • konsultacja z neurologiem 	4
BADANIA DIAGNOSTYCZNE	
<ul style="list-style-type: none"> • EKG próba wysiłkowa 	2
REHABILITACJA AMBULATORYJNA	
<ul style="list-style-type: none"> • ćwiczenia ogólnousprawniające • treningi wytrzymałościowe interwałowe na ergometrze rowerowym • ćwiczenia czynne z oporem 	80

CHOROBY NEUROLOGICZNE

tj. udar, choroba Parkinsona, choroba neuronu ruchowego, stwardnienie rozsiane

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
WIZYTY U LEKARZA SPECJALISTY	
<ul style="list-style-type: none"> • konsultacja z neurologiem • konsultacja z kardiologiem • konsultacja z neurochirurgiem • konsultacja z lekarzem specjalistą rehabilitacji medycznej 	4

REHABILITACJA AMBULATORYJNA	
<ul style="list-style-type: none"> • ćwiczenia bierne • ćwiczenia czynne w odciążeniu • ćwiczenia czynne wolne • ćwiczenia czynne z oporem • ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane • ćwiczenia izometryczne • ćwiczenia ogólnousprawniające • ćwiczenia specjalne • metody reedukacji nerwowo-mięśniowej • mobilizacje i manipulacje, neuromobilizacje • masaż podwodny • masaż suchy całkowity • masaż suchy częściowy • elektrostymulacja • prądy TENS • prądy Traberta • magnetoterapia • kąpiel perełkowa/wirowa częściowa • kąpiel perełkowa/wirowa kończyn • masaż podwodny 	100
NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY LUB OPONIAK	
USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
WIZYTY U LEKARZA SPECJALISTY	
<ul style="list-style-type: none"> • konsultacja z anesteziologiem • konsultacja z chirurgiem onkologiem • konsultacja z dermatologiem • konsultacja z endokrynologiem • konsultacja z gastrologiem • konsultacja z ginekologiem • konsultacja z hematologiem • konsultacja z laryngologiem • konsultacja z lekarzem specjalistą rehabilitacji medycznej • konsultacja z neurologiem • konsultacja z onkologiem • konsultacja z ortopedą • konsultacja z pulmonologiem • konsultacja z urologiem 	4
BADANIA LABORATORYJNE	
<ul style="list-style-type: none"> • markery nowotworowe: AFP, antygen CA 125 (CA 125), antygen CA 15-3 (CA 15-3), antygen CA 19-9 (CA19-9), antygen karcinoembrionalny (CEA) 	10
DO WYBORU PRZEZ UBEZPIECZONEGO JEDNA Z GRUP ŚWIADCZEŃ:	
<ul style="list-style-type: none"> • DIAGNOSTYKA OBRAZOWA TK I NMR lub • DIAGNOSTYKA ENDOSKOPOWA 	
DIAGNOSTYKA OBRAZOWA TK I NMR	
TK i NMR głowy (przysadki, zatok, oczodołów, kości skroniowych, szyi, krtani, uszu), TK i NMR tkanek miękkich szyi, TK i NMR klatki piersiowej, TK i NMR jamy brzusznej, TK i NMR miednicy, TK i NMR kości, TK i NMR stawów, TK i NMR kręgosłupa (szyjnego, piersiowego, kręgosłupa lędźwiowego), TK i NMR kończyny górnej i dolnej (ręki, ramienia, przedramienia, nadgarstka, uda, podudzia, stopy)	2
<ul style="list-style-type: none"> • Kontrast do TK 100 ml • Kontrast do TK 150 ml • Kontrast do TK 50 ml • Kontrast do TK doustny • Kontrast do MRI 10 ml • Kontrast do MRI 15 ml • Kontrast do MRI 20 ml • Kontrast do MRI 5 ml 	2

DIAGNOSTYKA ENDOSKOPOWA

gastroskopia/gastrofiberoskopia diagnostyczna (z możliwością wykonania testu urazowego), sigmoidoskopia, rektoskopia, kolonoskopia, cystoskopia, bronchoskopia

2

REHABILITACJA AMBULATORYJNA

- ćwiczenia czynne w odciążeniu
- ćwiczenia czynne wolne
- ćwiczenia czynne z oporem
- ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane
- ćwiczenia izometryczne
- ćwiczenia ogólnousprawniające
- ćwiczenia specjalne
- masaż hydropowietrzny całkowity
- masaż hydropowietrzny miejscowy
- masaż podwodny
- masaż suchy całkowity
- masaż suchy częściowy
- metody redukcji nerwowo-mięśniowej
- drenaż limfatyczny
- masaż pneumatyczny

50

ZAŁĄCZNIK NR 5 DO SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

WYKAZ OPERACJI CHIRURGICZNYCH

NAZWA PROCEDURY	KLASA
Układ nerwowy	
Kraniotomia z usunięciem ropnia nadtworówkowego	IV
Kraniotomia z usunięciem krwaka nadtworówkowego	IV
Kraniotomia z usunięciem obcego ciała z czaszki	III
Kraniotomia z usunięciem krwaka podtworówkowego	IV
Kraniotomia z usunięciem krwaka śródmózgowego	III
Drenaż krwaka śródmózgowego	III
Lobotomia/ traktotomia	II
Wycięcie zmiany opony mózgu	III
Wycięcie tkanki mózgu	III
Wycięcie guza mózdzku	III
Usunięcie ropnia mózdzku	III
Wycięcie guza pnia mózgu	III
Rekonstrukcja opon mózgowych	III
Operacja przepukliny mózgowej	III
Wentrykulostomia	III
Pozaczaszkowy drenaż mózgu	III
Wszczepienie stymulatora mózgu	III
Operacja tętniaka lub naczyńniaka mózgu	III
Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego	IV
Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego ze stabilizacją	IV
Wycięcie zmiany rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych	III
Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	V
Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	III
Rekonstrukcja nerwu obwodowego	V
Odbarczenie nerwu czaszkowego	III
Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	III
Operacje naprawcze nerwu obwodowego	V
Operacje naprawcze nerwu współczulnego	V
Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego	III
Rekonstrukcja nerwu czaszkowego	III
Przecięcie ciała modzelowatego – kalozotomia	I
Drenaż przestrzeni podpajęczynówkowej	IV
Wycięcie lub zniszczenie spłotu naczyńniówkowego opon mózgowych	IV
Drenaż ropnia przestrzeni podpajęczynówkowej	IV
Podwiązanie tętnicy oponowej środkowej	IV
Kauteryzacja spłotu naczyńniówkowego opon mózgowych	IV
Podwiązanie naczyń przestrzeni podtworówkowej	IV
Drenaż przestrzeni podtworówkowej	IV
Drenaż wodniaka śródczaszkowego	IV
Dekortykacja opon mózgu	IV
Wycięcie zmiany tkanki mózgu	II

NAZWA PROCEDURY	KLASA
Rozległa resekcja tkanki mózgowej	I
Usunięcie ropnia pnia mózgu	II
Wycięcie tkanki rdzenia kręgowego	III
Przecięcie dróg rdzenia kręgowego	III
Operacja przepukliny oponowej lub/i rdzeniowej	III
Drenaż przestrzeni podoponowej rdzenia	IV
Wycięcie nerwiaka nerwu słuchowego	IV
Sympatektomia szyjna	III
Sympatektomia lędźwiowa	III
Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	III
Wycięcie rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych	III
Przeszczep opony twardej mózgu	III
Układ endokrynologiczny oraz gruczoł sutkowy	
Częściowe wycięcie tarczycy	IV
Całkowite wycięcie tarczycy	III
Wycięcie przewodu tarczowo-językowego	III
Częściowe wycięcie przytarczyc	IV
Całkowite wycięcie przytarczyc	III
Częściowe wycięcie nadnerczy	IV
Obustronne wycięcie nadnerczy	III
Operacja szyszynki	II
Wycięcie przysadki mózgowej	I
Zniszczenie przysadki mózgowej	I
Częściowe wycięcie grasicy	IV
Całkowite wycięcie grasicy	III
Torakoskopowe wycięcie grasicy	IV
Transplantacja grasicy	III
Wycięcie zmiany piersi	IV
Subtotalna mammektomia	III
Wycięcie brodawki sutkowej	V
Rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej	V
Jednostronne całkowite wycięcie piersi	III
Obustronne całkowite wycięcie piersi	II
Całkowita jednoczasowa rekonstrukcja piersi	III
Jednostronny wszczep do piersi	IV
Przeszczep skóry na pierś	IV
Przeszczep uszypułowany na pierś	IV
Rekonstrukcja piersi płatem mięśniowym lub skórno-mięśniowym	IV
Całkowita obustronna jednoczasowa rekonstrukcja piersi	II
Oko	
Wycięcie gruczołu łzowego	V
Wycięcie zmiany gruczołu łzowego	V
Wycięcie woreczka/ dróg łzowych	V
Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	V
Wycięcie zmiany ze spojówki	V
Operacja naprawcza skaleczenia spojówki	V
Usunięcie zrostów spojówki lub/i powieki	V

NAZWA PROCEDURY	KLASA
Rekonstrukcja spojówki z przeszczepem	V
Wycięcie skrzydlika rogówki	V
Przeszczep rogówki	V
Nacięcie tęczówki	V
Usunięcie zrostów tęczówki	V
Wycięcie tęczówki	V
Wycięcie zmiany tęczówki	V
Trepanacja twardówki z usunięciem tęczówki	V
Wytworzenie przetoki twardówki	V
Usunięcie zmiany twardówki	V
Naprawa garbiaka twardówki	V
Wzmocnienie twardówki	V
Usunięcie soczewki lub wprowadzenie sztucznej soczewki	IV
Usunięcie ciała szklanego	V
Usunięcie mięśnia okoruchowego	IV
Wycięcie gałki ocznej	III
Zabieg naprawczy wielu struktur oka	III
Operacyjne zaopatrzenie pękniętej gałki ocznej	III
Wycięcie zmiany oczodołu	III
Osteoplastyka oczodołu	III
Usunięcie lub wycięcie zmiany ciała rzęskowego	V
Ucho	
Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego	IV
Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	III
Operacja naprawcza błony bębenkowej	V
Operacja naprawcza wyrostka sutkowatego	IV
Wycięcie zmiany ucha środkowego	IV
Wycięcie zmiany ucha wewnętrznego	III
Drenaż ucha wewnętrznego	IV
Ablacja struktur ucha wewnętrznego	III
Rekonstrukcja ucha wewnętrznego	III
Operacja przetoki ucha wewnętrznego	IV
Wszczepienie protezy ślimaka	III
Wytworzenie przetoki limfatycznej	IV
Odbarczenie błędniaka	III
Układ oddechowy	
Operacyjne tamowanie krwotoku z nosa	V
Wycięcie małżowiny wewnętrznej nosa	V
Wycięcie nosa	III
Otwarcie zatoki szczękowej	V
Wycięcie zmiany zatoki szczękowej	V
Wyłonienie zatoki szczękowej	V
Otwarcie zatoki czołowej	V
Wycięcie zmiany zatoki czołowej	V
Obliteracja zatoki czołowej	V
Wycięcie zatoki czołowej	V
Otwarcie komórek sitowych	V

NAZWA PROCEDURY	KLASA
Wycięcie komórek sitowych	V
Otwarcie zatoki klinowej	V
Usunięcie zatoki klinowej	V
Otwarcie wielu zatok nosa	V
Wycięcie gardła	III
Wycięcie zmiany gardła	V
Rozszerzanie gardła	V
Operacje naprawcze nozdrzy tylnych	V
Operacje naprawcze gardła po usunięciu nowotworu	V
Zamknięcie przetoki gardła	V
Wycięcie częściowe krtani	IV
Wycięcie całkowite krtani	III
Wycięcie zmiany krtani	V
Rozszerzenie krtani	V
Operacja przetoki krtani	V
Wycięcie chrząstki krtani	IV
Operacja naprawcza krtani	IV
Wycięcie strun głosowych	IV
Wszczepienie protezy głosowej	III
Jednoczesowe wycięcie krtani i gardła	II
Przeszczep krtani	I
Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	V
Operacja naprawcza tchawicy	IV
Operacja przetoki tchawicy	IV
Całkowita jednoczesowa rekonstrukcja krtani i tchawicy	I
Częściowe wycięcie tchawicy	III
Operacja naprawcza oskrzela	IV
Operacja przetoki oskrzelowej	IV
Wycięcie zmiany oskrzela	IV
Wycięcie oskrzela	III
Wycięcie zmiany płuca	III
Wycięcie płuca	II
Przeszczep płuca	I
Jednoczesowy przeszczep płuca i serca	I
Wycięcie zmiany śródpiersia	III
Rekonstrukcja przewodu zatokowo-nosowego	V
Jama ustna	
Wycięcie zmiany języka	V
Częściowe wycięcie języka	V
Całkowite usunięcie języka	IV
Wycięcie zmiany ślinianki	V
Częściowe wycięcie ślinianki	V
Całkowite usunięcie ślinianki	V
Operacje naprawcze ślinianki lub przewodu ślinowego	V
Zamknięcie przetoki ślinowej	V
Wycięcie zmiany podniebienia twardego	V
Wycięcie zmiany podniebienia miękkiego	V

NAZWA PROCEDURY	KLASA
Korekcja deformacji podniebienia	IV
Wycięcie zmiany wargi	V
Wycięcie zmiany śluzówki jamy ustnej	V
Rekonstrukcja struktur jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	IV
Wycięcie języczka	V
Wycięcie zmiany migdałka	V
Przewód pokarmowy	
Częściowe wycięcie przełyku	III
Całkowite wycięcie przełyku	II
Śródpiersiowe zespolenie omijające przełyku	II
Wytworzenie sztucznego przełyku	II
Zamostkowe wytworzenie przełyku	II
Przedmostkowe zespolenie omijające przełyku	II
Wprowadzenie endoprotezy przełyku	III
Szycie rozerwania przełyku	IV
Usunięcie zwężenia przełyku	IV
Podwiązanie żyłaków przełyku	IV
Jednoczasowe usunięcie przełyku i żołądka	I
Wytworzenie przetoki przełykowej	IV
Operacja przetoki żołądkowej	IV
Podwiązanie żyłaków wpustu żołądka	IV
Pyloromyotomia	IV
Pyloroplastyka	IV
Częściowe wycięcie żołądka	III
Całkowite wycięcie żołądka	II
Wagotomia choroby wrzodowej żołądka	IV
Zaszycie wrzodu żołądka	IV
Zatamowanie krwotoku w żołądku lub dwunastnicy	IV
Zespolenie omijające żołądka	III
Operacja antyrefluksowa	IV
Szycie rozerwania żołądka	IV
Inwersja uchyłka żołądka	IV
Wycięcie dwunastnicy	III
Zaszycie wrzodu dwunastnicy	IV
Wagotomia choroby wrzodowej dwunastnicy	IV
Zespolenie omijające dwunastnicy	III
Operacja przetoki dwunastniczej	IV
Szycie rozerwanej dwunastnicy	IV
Częściowe wycięcie jelita cienkiego	III
Całkowite wycięcie jelita cienkiego	II
Zespolenie omijające jelita cienkiego	III
Zamknięcie przetoki jelita cienkiego	IV
Wyłonienie jelita cienkiego	IV
Rekonstrukcja przetoki jelitowej	IV
Szycie rozerwanego jelita cienkiego	IV
Odprowadzenie skrętu jelita	IV
Odprowadzenie wgłobienia jelita	IV

NAZWA PROCEDURY	KLASA
Ufiksowanie jelita cienkiego	IV
Plikacja jelita cienkiego	IV
Wycięcie cysty lub zatoki pilonidalnej	V
Wycięcie kątnicy	III
Operacja przepukliny przeponowej	III
Wycięcie poprzecznicy	III
Hemikolektomia prawostronna	II
Hemikolektomia lewostronna	II
Wycięcie esicy	III
Totalna śródbrzuszna kolektomia	I
Zespolenie omijające jelita grubego	III
Operacja przetoki jelita grubego	IV
Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego	II
Wyłonienie jelita grubego	IV
Plikacja jelita grubego	IV
Ufiksowanie jelita grubego	IV
Szycie rozerwania jelita grubego	IV
Odbarczenie zarośniętego odbytu	IV
Opierścienienie odbytu	IV
Operacja przetoki odbytu	IV
Wszczepienie sztucznego zwieracza odbytu	IV
Operacja wypadającego odbytu	IV
Wycięcie odbytu	III
Szycie rozerwania odbytnicy	IV
Wycięcie odbytnicy	III
Ufiksowanie odbytnicy	IV
Przeszczep mięśnia smukłego	IV
Wycięcie wyrostka robaczkowego	V
Narządy jamy brzusznej	
Częściowe wycięcie śledziony	IV
Całkowite wycięcie śledziony	III
Wycięcie zmiany śledziony	IV
Przeszczep śledziony	III
Częściowe wycięcie wątroby	III
Całkowite wycięcie wątroby	II
Wycięcie zmiany wątroby	IV
Przeszczep wątroby	I
Wewnątrznaczyniowa operacja na naczyniach wątrobowych	IV
Ufiksowanie wątroby	III
Zespolenie przewodu wątrobowego	III
Wycięcie pęcherzyka żółciowego	V
Wycięcie zmiany trzustki	III
Cholecystostomia	V
Szycie przewodu żółciowego	V
Wycięcie dróg żółciowych	III
Zespolenie przewodu żółciowego	III
Wycięcie zmiany dróg żółciowych	IV

NAZWA PROCEDURY	KLASA
Plastyka przewodu żółciowego wspólnego	III
Zespolenie pęcherzyka żółciowego	III
Wycięcie brodawki Vatera	IV
Wycięcie przewodu pęcherzykowego	V
Wytworzenie przetoki torbieli trzustki	IV
Częściowe wycięcie trzustki	III
Całkowite wycięcie trzustki	II
Jednoczasowe całkowite wycięcie trzustki i dwunastnicy	I
Operacja Whipplea	I
Zespolenie trzustki	III
Zespolenie przewodu trzustkowego	III
Serce	
Zamknięta walwulotomia	IV
Otwarta walwuloplastyka	III
Wszczepienie zastawki aortalnej	II
Wszczepienie zastawki mitralnej	II
Wszczepienie zastawki płucnej	II
Wszczepienie zastawki trójdzielnej	II
Operacja naprawcza pierścienia zastawki	III
Przezkórna walwuloplastyka	III
Zamknięcie przewodu tętniczego Botalla	IV
Zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego	III
Zamknięcie ubytku międzykomorowego	III
Zamknięcie ubytku przegrody serca	III
Korekcja całkowita zespołu Fallota	I
Operacja naprawcza złożonych wad wielkich naczyń	I
Całkowita korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych	I
Korekcja całkowita wspólnego pnia tętniczego	I
Przezkórna angioplastyka wieńcowa	V
Pomostowanie tętnic wieńcowych	III
Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej	III
Operacje mięśni brodawkowatych serca	IV
Operacje nici ścięgniętych serca	IV
Wycięcie osierdzia	III
Operacja naprawcza tętniaka serca	III
Wycięcie tętniaka serca	III
Przebudowanie komory serca	III
Chirurgicznie zmniejszenie komory serca	III
Przeszczep serca	I
Wszczepienie sztucznego serca	I
Wszczepienie systemu mechanicznego wspomaganie serca	IV
Wszczepienie systemu stymulującego serce	V
Wszczepienie kardiowertera/ defibrylatora	V
Wszczepienie układu resynchronizującego serce CRT	V
Otwarta koronaroplastyka	III
Operacje beleczek mięśniowych serca	III
Pomosty dla rewaskularyzacji serca	III

NAZWA PROCEDURY	KLASA
Przezskórna operacja tętnicy płucnej	IV
Przezskórne zamknięcie uszka przedsionka	IV
Naczynia tętnicze oraz żyłne	
Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	IV
Rekonstrukcja tętnic brzusznych	IV
Endarterektomia tętnic kończyny dolnej	IV
Wycięcie lub zespolenie tętnic kończyny dolnej	IV
Pomostowanie aorty brzusznej lub/i tętnic kończyn dolnych	III
Operacja tętniaka tętnicy mózgowej	III
Operacja naprawcza aorty	III
Pomost aorty brzusznej lub/i tętnic brzusznych	III
Rekonstrukcja innej tętnicy	IV
Szycie tętnicy	IV
Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	IV
Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza aorty	III
Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza tętnic kończyn dolnych	IV
Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza gałęzi trzewnych aorty	IV
Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza tętnicy mózgowej	III
Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza innej tętnicy	V
Wycięcie tętniaka z zespoleniem żył: brzusznych, biodrowych, wrotnych, nerkowych, śledzionowych, żyły głównej dolnej	III
Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego z zespoleniem	IV
Wewnątrznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej	IV
Rekonstrukcja tętnicy mózgowej	III
Rekonstrukcja tętnicy płucnej	III
Wycięcie tętniaka naczyń klatki piersiowej	III
Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego ze wstawką	IV
Wycięcie tętniaka naczyń kończyny górnej	IV
Endarterektomia naczyń kończyny górnej	IV
Zespolenie żył jamy brzusznej	III
Układ moczowy	
Operacja nerki przez nefrostomię	IV
Operacja torbieli nerki	V
Usunięcie kamienia z nerki	V
Pielostomia	V
Wycięcie lub zniszczenie zmiany układu kielichowo-miedniczkowego	IV
Wycięcie lub zniszczenie zmiany nerki	IV
Ablacja termiczna zmiany nerki	IV
Wycięcie kielicha nerkowego	IV
Częściowe wycięcie nerki	IV
Całkowite wycięcie nerki	III
Obustronne jednoczesowe wycięcie nerek	I
Przeszczep nerki	I
Umocowanie lub podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej	III
Zaopatrzenie uszkodzenia urazowego nerki	IV
Operacja przetoki nerkowej	IV
Zespolenie układu moczowego	IV
Plastyka układu moczowego	IV

NAZWA PROCEDURY	KLASA
Usunięcie skrępu z układu moczowego	V
Usunięcie kamienia z układu moczowego	V
Usunięcie ciała obcego z układu moczowego	V
Usunięcie przeszkody z układu moczowego	V
Usunięcie zmiany z moczowodu	V
Korekcja zwężenia moczowodu	V
Nacięcie moczowodu	V
Częściowe wycięcie moczowodu	V
Całkowite usunięcie moczowodu	IV
Operacja przetoki moczowodowej	IV
Reimplantacja moczowodu do pęcherza moczowego	IV
Wszczepienie moczowodu do jelita	IV
Wytworzenie końcowej przetoki kałowej z wszczepieniem moczowodów	III
Reimplantacja moczowodu	IV
Zeszywanie rany moczowodu	V
Zamknięcie przetoki moczowodu	IV
Umocowanie moczowodu	V
Operacja moczowodu objętego zwłóknieniem zaotrzewnowym	IV
Operacja przeciwdpływowa zewnątrzpęcherzowa	IV
Uzupełnienie moczowodu wszczepem	V
Proteżowanie moczowodu	IV
Sfałdowanie moczowodu	V
Uwolnienie moczowodu ze zrostów	V
Wszczepienie elektronicznego stymulatora moczowodu	IV
Usunięcie kamienia z pęcherza moczowego	V
Operacja naprawcza ujścia pęcherza moczowego	IV
Plastyka pęcherza i cewki moczowej	III
Operacja naprawcza uchyłka pęcherza moczowego	IV
Plastyka ujścia pęcherza moczowego	IV
Sfałdowanie ujścia pęcherza moczowego	IV
Korekcja zwężenia cewki moczowej	V
Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza	V
Operacja przetoki pęcherza moczowego	IV
Wycięcie lub zniszczenie zmiany pęcherza moczowego	V
Wycięcie uchyłka pęcherza moczowego	IV
Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	IV
Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	III
Operacja przetoki pochwowej	IV
Wytworzenie zastępczego pęcherza moczowego	III
Operacja naprawcza cewki moczowej	V
Operacja przetoki cewki moczowej	IV
Sfałdowanie cewki moczowej	V
Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej	V
Wszczepienie protezy cewki moczowej	V
Operacja spodziectwa	V
Operacyjne leczenie nietrzymania moczu	IV
Wycięcie lub zniszczenie tkanki stercza	V

NAZWA PROCEDURY	KLASA
Wycięcie lub zniszczenie zmiany stercza	V
Całkowite wycięcie stercza	IV
Wycięcie zmiany cewki moczowej	V
Wycięcie uchyłka cewki moczowej	V
Operacja przetoki moczowodowej	IV
Operacja przetoki pęcherza moczowego	IV
Operacja przetoki macicznej	IV
Rekonstrukcja pęcherza moczowego	III
Wytworzenie zespolenia pęcherza moczowego	IV
Wszczepienie elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego	V
Częściowe wycięcie cewki moczowej	V
Całkowite wycięcie cewki moczowej	IV
Narządy płciowe męskie	
Operacja wodniaka jądra	V
Wycięcie zmiany jądra	V
Jednostronne wycięcie jądra	V
Wycięcie jedynego jądra	V
Wycięcie obu jąder jednocześnie	IV
Sprawdzenie jąder	V
Protezowanie jądra	V
Operacja żyłaków powrózka nasiennego	V
Operacja naprawcza powrózka nasiennego	V
Operacja pęcherzyków nasiennych	V
Operacja najądrza	V
Wycięcie najądrza	V
Wycięcie nasieniowodu	V
Wycięcie lub zniszczenie zmiany prącia	V
Całkowite wycięcie prącia	IV
Częściowe wycięcie prącia	V
Protezowanie prącia	IV
Reimplantacja prącia	IV
Operacja naprawcza prącia	V
Operacja naprawcza napletka	V
Wycięcie moszny	IV
Żeński układ rozrodczy	
Operacja gruczołu Bartholina	V
Wycięcie lub zniszczenie zmiany w zatoce Douglasa	V
Zamknięcie zatoki Douglasa	V
Wycięcie zmiany pochwy	V
Wycięcie pochwy	IV
Operacja naprawcza pochwy	IV
Operacja przetoki pochwowej	IV
Rekonstrukcja sklepienia pochwy	IV
Wycięcie zmiany sromu	V
Wycięcie sromu	IV
Uwolnienie zrostów sromu	V
Operacja łechtaczki	V

NAZWA PROCEDURY	KLASA
Operacja jajnika i/ lub jajowodu	V
Obustronne wycięcie jajników i/lub jajowodów	IV
Wycięcie zmiany szyjki macicy	V
Usunięcie mięśniaków macicy	V
Wycięcie zmiany trzonu macicy	V
Usunięcie tkanki trzonu macicy	V
Operacja naprawcza przegrody macicy	V
Usunięcie zrostów macicy	V
Zniszczenie zmiany trzonu macicy	V
Przyszycie macicy do powłok brzusznych	V
Szycie rozdarcia macicy	V
Zamknięcie przetoki macicy	V
Zabieg naprawczy poporodowego rozdarcia macicy	V
Zabieg naprawczy wrodzonej wady macicy	V
Wycięcie macicy	IV
Operacje aparatu zawieszającego macicę	IV
Skóra	
Przeszczep wolny skóry	V
Przeszczep płata skóry owłosionej	V
Przeszczep innej niż własna tkanka do skóry	V
Uszypułowany lub płatowy przeszczep skóry	V
Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry	V
Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórniego	V
Przeszczep płata skórno-powięziowego	IV
Wprowadzenie ekspandera pod skórę	V
Przeszczep śluzówki	V
Tkanki miękkie	
Uwolnienie ścięgna	V
Wycięcie torbieli bocznej szyi lub pozostałości szczeliny skrzelowej	V
Wycięcie zmiany ściany klatki piersiowej (z usunięciem żeber)	IV
Dekortykacja płuca	IV
Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	III
Operacja naprawcza przepony	III
Szycie rany przepony	III
Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	IV
Operacja przepukliny pachwinowej obustronna	IV
Operacja przepukliny pachwinowej jednostronna	V
Operacja przepukliny pępkowej	V
Operacja przepukliny udowej jednostronna	V
Operacja przepukliny udowej obustronna	IV
Operacja przepukliny ściany jamy brzusznej o nieokreślonym umiejscowieniu	V
Operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	V
Plikacja przepony	IV
Operacja moczownika	V
Wycięcie tkanek otrzewnowej	V
Operacja naprawcza dotycząca sieci	V
Operacja naprawcza dotycząca krezki jelita	V

NAZWA PROCEDURY	KLASA
Wycięcie zmiany otrzewnej	V
Uwolnienie zrostów otrzewnowych	V
Operacja przewodu limfatycznego	IV
Wycięcie ścięgna	V
Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	V
Operacja kaletki	V
Wycięcie powięzi	V
Wycięcie mięśnia	V
Uwolnienie przykurczu mięśnia	V
Operacja naprawcza ścięgna	V
Operacja naprawcza mięśnia	V
Przeszczepienie mięśnia	IV
Uwolnienie mięśnia	V
Wycięcie zmiany lub tkanki przepony	IV
Zabieg naprawczy opłucnej	IV
Operacja naprawcza przepukliny kulszowej	V
Operacja naprawcza przepukliny kulszowo odbytniczej	V
Operacja naprawcza przepukliny lędźwiowej	V
Operacja naprawcza przepukliny załonowej	V
Operacja naprawcza przepukliny sieciowej	V
Operacja naprawcza przepukliny zaotrzewnowej	V
Operacja naprawcza otrzewnej	V
Wycięcie pochewki ścięgna	V
Operacja naprawcza dotycząca powięzi	V
Kości i stawy szkieletu i kręgosłupa	
Podniesienie złamanego fragmentu czaszki	III
Uzupełnienie ubytku kości czaszki	IV
Otwarte nastawienie złamania kości nosa	IV
Wycięcie zmiany kości twarzoczaszki	V
Wycięcie kości twarzoczaszki	IV
Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej	IV
Otwarte nastawienie złamania szczęki	IV
Otwarte nastawienie złamania żuchwy	IV
Otwarte nastawienie kości twarzy	IV
Otwarte nastawienie złamania oczodołu	IV
Przeszczep kostny kości twarzy	IV
Otwarte nastawienie zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego	IV
Częściowe wycięcie żuchwy	IV
Całkowite wycięcie żuchwy	III
Wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa	IV
Usunięcie przepukliny jądra miażdżystego	IV
Usztywnienie (artrodeza) stawów kręgosłupa	IV
Operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	IV
Operacja złamania kręgu	IV
Rekonstrukcja wielu kości twarzoczaszki	III
Rekonstrukcja jednej kości twarzoczaszki	IV
Wycięcie zmiany kości	V

NAZWA PROCEDURY	KLASA
Wycięcie martwaka kości	V
Osteotomia bez rozdzielenia (z wyłączeniem stóp i rąk)	IV
Osteotomia klinowa (z wyłączeniem stóp i rąk)	IV
Inna osteotomia (z wyłączeniem stóp i rąk)	IV
Resekcja kości (z wyłączeniem stóp i rąk)	IV
Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	V
Otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	IV
Zamknięta stabilizacja oddzielonej nasady kości	V
Otwarta stabilizacja oddzielonej nasady kości	IV
Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu złamania kości	IV
Uwolnienie torebki stawowej	V
Uwolnienie stawu	V
Uwolnienie więzadła	V
Otwarte nastawienie zwichnięcia	IV
Wycięcie łąkotki kolana	V
Usztywnienie (artrodeza) stawu biodrowego	IV
Usztywnienie (artrodeza) stawu kolanowego	IV
Usztywnienie (artrodeza) stawu barkowego	IV
Usztywnienie (artrodeza) stawu łokciowego	IV
Operacja stabilizująca więzadła stawu kolanowego	V
Operacja stabilizująca staw barkowy	IV
Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny górnej	V
Operacja stabilizująca rzepkę stawu kolanowego	V
Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny dolnej	V
Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego	III
Częściowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego	IV
Artroplastyka nadgarstka lub śródreżca	IV
Artroplastyka śródreżczo-paliczkowa i międzypaliczkowa	IV
Całkowita endoproteza nadgarstka	III
Całkowita endoprotezoplastyka stawu stopy, palców stopy	IV
Całkowita endoprotezoplastyka stawu skokowego	IV
Rekonstrukcja mikrochirurgiczna naczyń i/ lub nerwów stopy	IV
Policyzacja palca	IV
Całkowita rekonstrukcja kciuka	IV
Korekcja stopy końsko-szpotawej	IV
Częściowa endoprotezoplastyka stawu barkowego	IV
Częściowa endoprotezoplastyka stawu łokciowego	IV
Całkowita endoprotezoplastyka stawu barkowego	III
Całkowita endoprotezoplastyka stawu łokciowego	III
Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego	III
Całkowite wycięcie kości ektopowej	IV
Częściowe wycięcie kości ektopowej	V
Pozostałe	
Amputacja kciuka	IV
Amputacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	IV
Wyłuszczenie nadgarstka	III
Amputacja kończyny górnej na wysokości przedramienia	III

NAZWA PROCEDURY	KLASA
Wyłuszczenie w stawie łokciowym	III
Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	III
Wyłuszczenie w stawie barkowym	III
Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki	II
Amputacja palucha	IV
Amputacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	IV
Wyłuszczenie w stawie skokowym	III
Amputacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	III
Amputacja kończyny dolnej na wysokości kolana	III
Wyłuszczenie w stawie kolanowym	III
Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	III
Wyłuszczenie w stawie biodrowym	II
Amputacja kończyny dolnej z częścią miednicy	II
Replantacja kciuka	IV
Replantacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	III
Replantacja kończyny górnej na wysokości ramienia	II
Replantacja palucha	IV
Replantacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	III
Replantacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	III
Replantacja kończyny dolnej na wysokości uda	II
Przeszczep całej twarzy	I

ZAŁĄCZNIK NR 6 DO SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

WARUNKI UBEZPIECZENIA W RAZIE WYPADKU

W tabeli znajdziesz postanowienia Warunków Ubezpieczenia W Razie Wypadku (Warunków), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia. Informacje te są częścią Warunków i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej”).

L.P.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1 pkt 3-5 pkt 10-30 pkt 32-36 pkt 39
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1 pkt 4 pkt 6-9 pkt 18-21 pkt 23 pkt 30 pkt 31 pkt 36 pkt 39

W Razie Wypadku jest ubezpieczeniem grupowym. Gwarantuje ono m.in.:

- **finansowe zabezpieczenie dla rodziny w razie Twojej śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku,**
- **wsparcie oraz zabezpieczenie finansowe dla Ciebie w razie zdarzeń losowych.**

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

www na pzu.pl



pod numerem 801 102 102

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, przeczytaj dokładnie ten dokument. Znajdziesz w nim informacje o:

- tym, co obejmuje i czego nie obejmuje nasze ubezpieczenie,
- zasadach wypłaty po wypadku.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W Warunkach używamy terminów:

- 1) **gra w piłkę** – rekreacyjna gra w piłkę co najmniej dwóch osób,
- 2) **jogging** – rekreacyjna forma biegu na świeżym powietrzu, poza obiektami zamkniętymi – w której nie ma elementów rywalizacji,
- 3) **leczenie szpitalne** – stacjonarne leczenie w zakładzie lecznictwa zamkniętego, gdzie bada się i leczy chorych, którzy wymagają stałej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej,
- 4) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie, które:
 - a) jest gwałtowne i niespodziewane oraz

- b) jest wywołane czynnikami zewnętrznymi, oraz
- c) jest wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia, które obejmuje ubezpieczenie, oraz
- d) nie zależy od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego lub jego małżonka albo partnera życiowego.

Nieszczęśliwy wypadek oznacza w Warunkach:

- wypadek komunikacyjny,
 - wypadek komunikacyjny w porze nocnej,
 - wypadek komunikacyjny w pracy,
 - wypadek komunikacyjny z udziałem samochodu ciężarowego,
 - pożar,
 - zatrucie tlenkiem węgla,
 - utonięcie,
 - wybuch gazu,
 - porażenie prądem albo uderzenie pioruna,
 - wypadek wskutek uprawiania sportu,
 - wypadek wskutek uprawiania niebezpiecznego sportu,
 - wypadek wskutek uprawiania sportu na kółkach,
 - wypadek wskutek uprawiania narciarstwa albo snowboardingu,
 - wypadek, który powoduje oparzenia,
- 5) **oparzenia** – uszkodzenia skóry, które wymagają leczenia szpitalnego i obejmują:
- a) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie II stopnia,
 - b) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II i III stopnia łącznie,
 - c) ponad 15% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie III stopnia,
- 6) **pora nocna** – godziny od 22.00 do 6.00 czasu lokalnego,
- 7) **porażenie prądem** – zdarzenie, podczas którego przez ciało ubezpieczonego przepłynął prąd elektryczny,
- 8) **pożar** – działanie ognia, który przedostał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i rozprzestrzenił się o własnej sile,
- 9) **praca** – zwykle czynności lub polecenia przełożonego wykonywane przez ubezpieczonego w ramach stosunku prawnego, za które opłacane są składki na ubezpieczenie wypadkowe w systemie ubezpieczeń społecznych,
- 10) **samochód ciężarowy** – samochód o dopuszczalnej masie całkowitej (DMC), która przekracza 12 ton,
- 11) **statek** – pasażerski albo towarowy statek morski, albo statek śródlądowy, który ma napęd silnikowy lub żaglowy – statkiem nie są okręty wojenne,
- 12) **trwałe inwalidztwo** – uszkodzenie ciała, które spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek, jak wypadek komunikacyjny, pożar, wybuch gazu, porażenie prądem albo uderzenie pioruna i:
- a) skutkuje trwałą i całkowitą niezdolnością do pracy w jakimkolwiek zawodzie oraz do samodzielnej egzystencji na stałe – tzw. **całkowite trwałe inwalidztwo**
- lub
- b) polega na utracie organu lub organów, które wymieniamy w pkt 4.5), lub na całkowitej utracie funkcji w tym organie lub organach – tzw. **częściowe trwałe inwalidztwo**,
- 13) **uderzenie pioruna** – wyładowanie atmosferyczne, które zadziało bezpośrednio na ubezpieczonego,
- 14) **uposażony** – osoba fizyczna lub podmiot, który jest uprawniony do tego, żeby otrzymać wypłatę za śmierć ubezpieczonego,
- 15) **uprawianie niebezpiecznego sportu** – rekreacyjne uprawianie sportów:
- a) wodnych: sportów motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfingu, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem, który umożliwia oddychanie pod wodą, raftingu, żeglarstwa,
 - b) powietrznych: baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych,
 - c) lądowych: speleologii, sportów hippicznych, wspinaczki wysokogórskiej lub skałkowej, snowboardingu, narciarstwa, zorbingu i sportów walki,
- 16) **uprawianie sportu** – rekreacyjna aktywność fizyczna w czasie wolnym,
- 17) **uprawianie sportu na kółkach** – rekreacyjne przemieszczanie się pojazdem sportowym lub na sprzęcie sportowym na kołach lub kółkach. Pojazd sportowy lub sprzęt sportowy:
- a) jest napędzany jedynie siłą mięśni ubezpieczonego oraz
 - b) nie ma silnika, nawet jeśli może być napędzany siłą mięśni,
- 18) **uprawniony** – osoba, która może ubiegać się o wypłatę, czyli: uposażeni, spadkobiercy ubezpieczonego, osoby wymienione w Warunkach, spadkobiercy tych osób,
- 19) **utonięcie** – uduszenie, które nastąpiło wskutek zablokowania dróg oddechowych w czasie, gdy ubezpieczony zanurzył się w płynie,
- 20) **wybuch gazu** – gwałtowna zmiana stanu równowagi układu z jednoczesnym wyzwoleniem się gazów. Zmianę wywołuje właściwość gazów do rozprzestrzeniania się,

- 21) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek wywołany:
- ruchem pojazdu na drodze – jeśli ubezpieczony lub małżonek albo partner życiowy brał w nim udział jako uczestnik ruchu (zgodnie z ustawą Prawo o ruchu drogowym). Pojazdem jest również tramwaj,
 - ruchem pojazdu kolejowego, którego porusza pojazd trakcyjny (pojazd z własnym napędem) oraz metra – jeśli ubezpieczony lub małżonek albo partner życiowy był pasażerem albo członkiem załogi tego pojazdu.
- Wypadkiem komunikacyjnym nie jest wypadek, który dotyczy kolejowego transportu wewnątrzzakładowego oraz transportu linowego i linowo-terenowego,
- ruchem samolotu (pasażerskiego koncesjonowanych linii lotniczych) – jeśli ubezpieczony lub małżonek albo partner życiowy był członkiem załogi lub pasażerem, gdy samolot:
 - został uszkodzony lub zniszczony albo
 - zaginął lub znajduje się w miejscu, do którego nie ma dostępu,
 - ruchem statku – jeśli ubezpieczony lub małżonek albo partner życiowy był członkiem załogi lub pasażerem, gdy statek:
 - zatonął albo został uszkodzony, albo
 - zaginął lub znajduje się w miejscu, do którego nie ma dostępu,
- 22) **złamanie kości** – całkowite przerwanie ciągłości tkanki kostnej, które spowodował nieszczęśliwy wypadek wskutek:
- uprawiania sportu na kółkach,
 - uprawiania joggingu,
 - gry w piłkę.
- Ochrona nie obejmuje pęknięcia kości, nadłamania kości ani odprysku kości.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

2. Ubezpieczamy:
- 1) Twoje życie i zdrowie,
 - 2) zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć małżonka albo partnera życiowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

– gdzie wskazujemy jej wysokość

3. W umowie są dwie sumy ubezpieczenia:
- 1) za Twoją śmierć – ta suma wynosi 100 zł,
 - 2) za nieszczęśliwe wypadki – określamy ją we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

4. Ubezpieczenie obejmuje poniższe zdarzenia, jeśli wystąpią one w okresie ochrony.

ZDARZENIE	JAKI PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA WYPŁACIMY?
1) Twoja śmierć	100% sumy ubezpieczenia za śmierć, czyli 100 zł
2) Twoja śmierć, jeśli spowodował ją tylko taki nieszczęśliwy wypadek, którym jest: <ol style="list-style-type: none"> a) wypadek komunikacyjny, b) wypadek komunikacyjny w porze nocnej, c) wypadek komunikacyjny w pracy, d) wypadek komunikacyjny z udziałem samochodu ciężarowego, 	500% sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwe wypadki Jeśli Twoją śmierć spowoduje nieszczęśliwy wypadek, wypłacimy: <ul style="list-style-type: none"> • 500% sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek oraz • 100% sumy ubezpieczenia za śmierć (patrz pkt 1). Jeśli Twoją śmierć spowoduje jednocześnie kilka rodzajów nieszczęśliwego wypadku, zsumujemy kwoty do wypłaty za każdy rodzaj nieszczęśliwego wypadku.

ZDARZENIE

JAKI PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA WYPŁACIMY?

- e) pożar albo zatrucie tlenkiem węgla,
- f) utonięcie,
- g) wybuch gazu,
- h) porażenie prądem albo uderzenie pioruna

Twoja śmierć, jeśli spowodował ją tylko taki nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił wskutek:

- a) uprawiania sportu,
- b) uprawiania niebezpiecznego sportu,
- c) uprawiania sportu na kółkach,
- d) uprawiania narciarstwa albo snowboardingu



PRZYKŁAD

Jeśli Twoją śmierć spowodował wypadek komunikacyjny w nocy z udziałem samochodu ciężarowego i byłeś w pracy, oprócz wypłaty pieniędzy za Twoją śmierć, wypłacimy dodatkowo:

- 500% sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek, który spowodował wypadek komunikacyjny oraz
- 500% sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek, który spowodował wypadek komunikacyjny w pracy, oraz
- 500% sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek, który spowodował wypadek komunikacyjny z udziałem samochodu ciężarowego, oraz
- 500% sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek, który spowodował wypadek komunikacyjny w nocy.

- 3) zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć Twojego małżonka albo partnera życiowego, którą spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek jak wypadek komunikacyjny

500% sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek

- 4) oparzenia u Ciebie, które spowodował nieszczęśliwy wypadek

100% sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek

Całkowite trwałe inwalidztwo – 100% sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek.

Częściowe trwałe inwalidztwo – zgodnie z tabelą:

Rodzaj uszkodzenia ciała	Procent sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek	
	prawa kończyna	lewa kończyna
utrata kończyny górnej (wraz z przedramieniem, ręką, palcami)	70%	60%
utrata przedramienia (wraz z ręką, palcami)	65%	55%
utrata ręki (wraz z palcami)	60%	50%
utrata palca u ręki	7% za każdy palec	
utrata kciuka	20%	
utrata wszystkich palców u ręki	50%	
utrata nogi (wraz z podudziem, stopą, palcami)	75%	
utrata podudzia (wraz ze stopą, palcami)	60%	
utrata stopy (wraz z palcami)	50%	
utrata palca u stopy, z wyłączeniem palucha	3% za każdy palec	
utrata palucha	10%	
utrata wszystkich palców u stopy	25%	
całkowita utrata wzroku w obydwu oczach	100%	
całkowita utrata wzroku w jednym oku	30%	
całkowita utrata mowy	100%	

- 5) Twoje trwałe inwalidztwo, które spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek, którym jest:
- a) wypadek komunikacyjny,
 - b) pożar,
 - c) wybuch gazu,
 - d) porażenie prądem albo uderzenie pioruna

Jeśli jesteś osobą leworęczną i stracisz lewą kończynę górną, lewe przedramię lub lewą rękę, wypłacimy Ci procent sumy ubezpieczenia, który należy się za utratę prawej kończyny górnej, prawego przedramienia lub prawej ręki.

Jeśli Twoje trwałe inwalidztwo spowoduje jednocześnie kilka rodzajów nieszczęśliwego wypadku, wypłacimy pieniądze tylko za jeden rodzaj nieszczęśliwego wypadku.

**PRZYKŁAD**

Jeśli byłeś ofiarą wypadku komunikacyjnego i jednocześnie doszło do pożaru auta, w którym się znajdowałeś, w wyniku czego straciłeś nogę, wypłacimy 75% sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek.

- 6) złamanie kości, jakie spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił wskutek:
- uprawiania sportu na kółkach,
 - uprawiania joggingu,
 - gry w piłkę

Rodzaj złamania	Procent sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek
kości nadgarstka (jedna lub kilka)	2%
kość strzałkowa (złamanie izolowane, bez złamania kości piszczelowej, w miejscu innym niż nasada dalsza)	2%
kości śródrezcza (jedna lub kilka)	2%
kości śródstopia (jedna lub kilka)	2%
mostek	2%
rzepekki (złamanie izolowane)	2%
żebra (trzy lub więcej żeber)	2%
kości nosa (jedna lub dwie)	3%
kości stępu (jedna lub kilka, z wyłączeniem kości piętowej i skokowej)	3%
łopatka	3%
obojczyk	3%
kości twarzoczaszki (z wyłączeniem kości nosa i zębów)	3%
nasada dalsza kości ramiennej lub nasada bliższa kości promieniowej lub nasada bliższa kości łokciowej	4%
nasada bliższa kości ramiennej	4%
trzon kości łokciowej lub trzon kości promieniowej	4%
kości sklepienia i podstawy czaszki	4%
nasada dalsza kości łokciowej lub nasada dalsza kości promieniowej	4%
nasada dalsza kości piszczelowej lub nasada dalsza kości strzałkowej	4%
nasada dalsza kości udowej lub nasada bliższa kości piszczelowej lub rzepekka (z wyłączeniem izolowanego złamania rzepekki)	5%
kość piętowa lub kość skokowa	5%
kości tworzące miednicę (z wyłączeniem kości guzicznej)	5%
kości paliczków kciuka (jedna lub dwie)	5%
trzon kręgu w odcinku szyjnym lub piersiowym lub lędźwiowym kręgosłupa (jeden lub kilka kręgów)	6%
trzon kości piszczelowej lub dwie kości podudzia	8%

ZDARZENIE	JAKI PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA WYPŁACIMY?	
	Rodzaj złamania	Procent sumy ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek
	trzon kości ramiennej	8%
	nasada bliższa lub szyjka, lub trzon kości udowej	10%
<p>Jeśli jednocześnie złamiesz kilka kości, które wymieniliśmy w tym samym wierszu w powyższej tabeli, pieniądze wypłacimy tylko raz.</p> <p>Jeśli złamanie kości spowoduje jednocześnie kilka rodzajów nieszczęśliwego wypadku, wypłacimy pieniądze tylko za jeden rodzaj nieszczęśliwego wypadku.</p>		

5. Zarówno zdarzenie, jak i nieszczęśliwy wypadek, który je spowoduje, muszą wystąpić w okresie naszej ochrony.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy z ubezpieczenia

6. W „Wyłączeniach ochrony” używamy terminów:

- 1) **działania wojenne** – są to działania sił zbrojnych, które dążą do rozbicia sił zbrojnych przeciwnika na lądzie, w powietrzu lub na morzu,
- 2) **akty terroru** – są to działania indywidualne lub grupowe przeciwko ludności lub mieniu, aby osiągnąć skutki ekonomiczne, polityczne lub społeczne. Celem aktów terroru jest wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności, dezorganizacja życia publicznego, funkcjonowania transportu publicznego, zakładów usługowych lub wytwórczych,
- 3) **masowe rozruchy społeczne** – są to wystąpienia grupy społecznej przeciw strukturom, które sprawują władzę na mocy prawa. Wywołują je: niezadowolenie z sytuacji politycznej, ekonomicznej lub społecznej. Masowym rozruchom społecznym zwykle towarzyszą akty przemocy fizycznej,
- 4) **zawodowe uprawianie sportu** – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
 - a) członków kadry klubów, które biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – 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.

7. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje zdarzeń, które wystąpiły w wyniku poniższych okoliczności.

ZDARZENIE	W TAKICH SYTUACJACH NIE UDZIELAMY OCHRONY
1) Twoja śmierć	<p>Śmierć nastąpiła:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) wskutek działań wojennych, b) ponieważ czynnie uczestniczyłeś w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych, c) ponieważ usiłowałeś popełnić lub popełniłeś czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, d) wskutek samobójstwa – jeśli popełniłeś je w ciągu 2 lat od początku naszej ochrony, e) wskutek wypadku komunikacyjnego – jeśli prowadziłeś pojazd w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli okoliczności te miały wpływ na Twoją śmierć.

ZDARZENIE**W TAKICH SYTUACJACH NIE UDZIELAMY OCHRONY**

- 2) Twoja śmierć, którą spowodował tylko taki nieszczęśliwym wypadek, którym jest:
- wypadek komunikacyjny,
 - wypadek komunikacyjny w porze nocnej,
 - wypadek komunikacyjny z udziałem samochodu ciężarowego
- 3) Twoje trwałe inwalidztwo, które spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek, którym jest wypadek komunikacyjny

- Śmierć lub trwałe inwalidztwo nastąpiło:
- a) wskutek działań wojennych,
 - b) ponieważ czynnie uczestniczyłeś w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
 - c) ponieważ usiłowałeś popełnić lub popełniłeś czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - d) ponieważ prowadziłeś pojazd:
 - bez uprawnień,
 - bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów, które dopuszczają do ruchu,
 - w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zdarzenia,
 - e) ponieważ byłeś w stanie nietrzeźwości lub byłeś pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście wypadku komunikacyjnego,
 - f) ponieważ samookaleczyłeś się lub usiłowałeś popełnić samobójstwo albo jeśli popełniłeś samobójstwo,
 - g) ponieważ uprawiałeś sport zawodowo.

- 4) Twoja śmierć, którą spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek, którym jest wypadek komunikacyjny w pracy

- Śmierć nastąpiła:
- a) wskutek działań wojennych,
 - b) ponieważ czynnie uczestniczyłeś w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
 - c) ponieważ usiłowałeś popełnić lub popełniłeś czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - d) ponieważ prowadziłeś pojazd:
 - bez uprawnień,
 - bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów, które dopuszczają do ruchu,
 - w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zdarzenie,
 - e) ponieważ byłeś w stanie nietrzeźwości lub byłeś pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście wypadku komunikacyjnego,
 - f) ponieważ samookaleczyłeś się lub usiłowałeś popełnić samobójstwo albo jeśli popełniłeś samobójstwo,
 - g) ponieważ wykonywałeś pracę bez kwalifikacji lub uprawnień,
 - h) ponieważ uprawiałeś sport zawodowo.

- 5) zdarzenie w Twoim życiu, jakim jest śmierć Twojego małżonka albo partnera życiowego, którą spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek, którym jest wypadek komunikacyjny

- Śmierć Twojego małżonka albo partnera życiowego nastąpiła:
- a) wskutek działań wojennych,
 - b) ponieważ Twój małżonek albo partner życiowy czynnie uczestniczył w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
 - c) ponieważ Twój małżonek albo partner życiowy usiłował popełnić lub popełnił czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - d) ponieważ Twój małżonek albo partner życiowy prowadził pojazd:
 - bez uprawnień,
 - bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów, które dopuszczają do ruchu,
 - w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na śmierć Twojego małżonka albo partnera życiowego,
 - e) ponieważ Twój małżonek albo partner życiowy był w stanie nietrzeźwości lub był pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli doprowadziło to do wypadku komunikacyjnego,
 - f) ponieważ Twój małżonek albo partner życiowy samookaleczył się lub usiłował popełnić albo popełnił samobójstwo,
 - g) ponieważ Twój małżonek albo partner życiowy uprawiał sport zawodowo.

ZDARZENIE**W TAKICH SYTUACJACH NIE UDZIELAMY OCHRONY**

- 6) Twoja śmierć, którą spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek, którym jest:
- pożar albo zatrucie tlenkiem węgla,
 - utonięcie,
 - wybuch gazu,
 - porażenie prądem albo uderzenie pioruna
- 7) Twoje trwałe inwalidztwo, które spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek, którym jest:
- pożar albo
 - wybuch gazu, albo
 - porażenie prądem, albo uderzenie pioruna

- Śmierć lub trwałe inwalidztwo nastąpiło:
- a) wskutek działań wojennych,
- b) ponieważ czynnie uczestniczyłeś w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
- c) ponieważ usiłowałeś popełnić lub popełniłeś czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- d) prowadziłeś pojazd:
- bez uprawnień,
 - w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii
- jeśli któraś z tych okoliczności doprowadziła do zajścia zdarzenia,
- e) ponieważ byłeś w stanie nietrzeźwości, lub byłeś pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- f) ponieważ samookaleczyłeś się lub usiłowałeś popełnić samobójstwo albo jeśli popełniłeś samobójstwo.

- 8) Twoje oparzenia, które spowodował nieszczęśliwy wypadek

- Oparzenia nastąpiły:
- a) wskutek działań wojennych,
- b) ponieważ czynnie uczestniczyłeś w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
- c) ponieważ usiłowałeś popełnić lub popełniłeś czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- d) ponieważ prowadziłeś pojazd:
- bez uprawnień,
 - w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii
- jeśli któraś z tych okoliczności doprowadziła do zdarzenia,
- e) ponieważ byłeś w stanie nietrzeźwości, lub byłeś pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- f) ponieważ samookaleczyłeś się lub usiłowałeś popełnić samobójstwo,
- g) ponieważ przeszedłeś zabiegi lecznicze lub diagnostyczne, bez względu na to, kto je wykonał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.

- 9) Twoja śmierć, jeśli spowodował ją tylko taki nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił wskutek:
- uprawiania sportu,
 - uprawiania niebezpiecznego sportu,
 - uprawiania sportu na kółkach,
 - uprawiania narciarstwa albo snowboardingu
- 10) złamanie kości przez Ciebie, jakie spowodował tylko taki nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił wskutek:
- uprawiania sportu na kółkach,
 - uprawiania joggingu,
 - gry w piłkę

- Śmierć lub złamanie kości nastąpiło:
- a) wskutek działań wojennych,
- b) ponieważ czynnie uczestniczyłeś w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
- c) ponieważ usiłowałeś popełnić lub popełniłeś czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- d) ponieważ prowadziłeś pojazd:
- bez uprawnień,
 - bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów, które dopuszczają do ruchu,
 - w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii
- jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia,
- e) ponieważ byłeś w stanie nietrzeźwości, byłeś pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- f) ponieważ samookaleczyłeś się lub usiłowałeś popełnić samobójstwo albo jeśli popełniłeś samobójstwo,
- g) ponieważ uprawiałeś sport zawodowo.

OGRANICZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach i ile maksymalnie wypłacimy z ubezpieczenia

8. Jeśli wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku doznasz całkowitego trwałego inwalidztwa i częściowego trwałego inwalidztwa, wypłacamy większą z tych kwot.
9. Jeśli dojdzie u Ciebie do amputacji po złamaniu kości, wypłacimy pieniądze – jeśli leczyłeś złamanie kości.

WYPŁATA PIENIĘDZY PO TWOICH WYPADKACH

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze w razie oparzeń, trwałego inwalidztwa i złamania kości

10. Jeśli oparzysz się, dostarcz nam:
 - 1) wniosek o wypłatę,
 - 2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza stopień i powierzchnię oparzeń, oraz dokumentację, która potwierdza okoliczności wypadku,
 - 3) kartę informacyjną leczenia szpitalnego.
11. Jeśli dojdzie do trwałego inwalidztwa, dostarcz nam:
 - 1) wniosek o wypłatę,
 - 2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza trwałe inwalidztwo oraz dokumentację, która potwierdza okoliczności, w jakich do niego doszło.
12. Jeśli złamiesz kości, dostarcz nam:
 - 1) wniosek o wypłatę,
 - 2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza złamanie kości, oraz dokumentację, która potwierdza okoliczności, w jakich do niego doszło.
13. O wypłacie decydujemy na podstawie wyżej wymienionej dokumentacji.
14. W razie złamania kości i trwałego inwalidztwa możemy:
 - 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy,
 - 2) zlecić dodatkowe badania medyczne– jeśli będzie to potrzebne.
15. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecimy.
16. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty.
17. Jeśli dokumenty, o które prosimy, są w innym języku niż polski, dostarcz nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
18. Należy Ci się prawo do wypłaty, jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a oparzeniami, trwałym inwalidztwem, złamaniem kości.
19. Ustalamy trwałe inwalidztwo niezwłocznie po tym, kiedy zakończysz leczenie i rehabilitację. Stanie się to najpóźniej w 24. miesiącu od dnia, w którym wydarzył się nieszczęśliwy wypadek.
20. Jeśli w późniejszym czasie zmieni się stopień trwałego inwalidztwa (polepszy się lub pogorszy), nie zmienimy wysokości wypłaty.
21. Jeśli wskutek nieszczęśliwego wypadku utracisz lub uszkodzisz organ lub narząd, którego funkcje przed tym wypadkiem były już upośledzone, procent częściowego trwałego inwalidztwa ustalimy w ten sposób, że porównamy stan sprzed i po wypadku.



PRZYKŁAD

Zrobimy to tak: pomniejszyśmy procent częściowego trwałego inwalidztwa danego organu lub narządu po wypadku o procent uszkodzenia lub utraty tego organu lub narządu, który istniał bezpośrednio przed wypadkiem. Czyli jeśli przed wypadkiem nie miałeś drugiego palca u prawej ręki, a wskutek wypadku stracisz całą prawą rękę, wypłacimy 53% sumy ubezpieczenia (60% za utratę całej prawej ręki minus 7% za utratę drugiego palca tej ręki równa się 53%).

WYPŁATA PIENIĘDZY PO TWOJEJ ŚMIERCI

– czyli komu i kiedy je wypłacamy

22. Wypłata przysługuje uposażonym. Możesz ich dowolnie wskazać, dodać, zmienić lub odwołać.
23. Wypłaty nie otrzyma osoba, która umyślnie przyczyniła się do Twojej śmierci.
24. Jeśli wskażesz kilku uposażonych, a niektórzy z nich umrą przed Tobą lub utracą prawo do wypłaty, wtedy ich część pieniędzy rozdzielimy proporcjonalnie między pozostałych uposażonych.

25. Jeśli nie wskażesz uposażonego albo wszyscy uposażeni umrą przed Tobą lub utracą prawo do wypłaty, przysługuje ona Twoim członkom rodziny – według kolejności:
- 1) małżonek – w całości,
 - 2) dzieci – w równych częściach,
 - 3) rodzice – w równych częściach,
 - 4) inni Twoi ustawowi spadkobiercy – w równych częściach.
26. Po Twojej śmierci osoba, która wnioskuje o wypłatę, musi dostarczyć nam:
- 1) wniosek o wypłatę,
 - 2) akt zgonu,
 - 3) kartę zgonu albo – jeśli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną, która stwierdza przyczynę śmierci, jeśli spowodował ją nieszczęśliwy wypadek lub nastąpiła w pierwszych dwóch latach od początku naszej ochrony.
27. Możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty, jeśli te już dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata jest należna i w jakiej wysokości.
28. O wypłacie decydujemy na podstawie wyżej wymienionej dokumentacji.
29. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, osoba, która składa wniosek, musi dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
30. Prawo do wypłaty po Twojej śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje, jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a Twoją śmiercią.

WYPŁATA PIENIĘDZY PO ŚMIERCI TWOJEGO MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO

– czyli kiedy Ci je wypłacimy

31. Nie otrzymasz wypłaty, jeśli umyślnie przyczynisz się do śmierci Twojego małżonka albo partnera życiowego.
32. Po śmierci małżonka albo partnera życiowego dostarcz nam:
- 1) wniosek o wypłatę,
 - 2) akt zgonu,
 - 3) kartę zgonu, albo – jeśli nie możesz jej uzyskać – dokumentację medyczną, która stwierdza przyczynę śmierci.
33. Jeśli dokumenty, o które poprosimy, są w innym języku niż polski, dostarcz nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
34. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty.
35. O wypłacie decydujemy na podstawie wyżej wymienionej dokumentacji.
36. Prawo do wypłaty przysługuje, jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Twojego małżonka albo partnera życiowego.

REALIZACJA WYPŁATY Z UBEZPIECZENIA

– czyli kiedy i jak wypłacimy pieniądze

37. Pieniądze wypłacimy jednorazowo, najpóźniej 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o:
- 1) Twojej śmierci,
 - 2) śmierci Twojego małżonka albo partnera życiowego,
 - 3) wystąpieniu u Ciebie oparzeń, złamania kości, trwałego inwalidztwa.
38. Mamy prawo przesunąć termin wypłaty, jeśli – z obiektywnych powodów – nie możemy w ciągu 30 dni ustalić, czy istnieje prawo do wypłaty lub jej wysokości. W takim przypadku wypłacimy pieniądze do 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnimy te wątpliwości. Jeśli do części kwoty nie było żadnych wątpliwości, wypłacimy ją w terminie podanym w pkt 37.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

39. W sprawach, których nie regulują te Warunki, stosuje się: Szczególne Warunki Ubezpieczenia, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

ZAŁĄCZNIK NR 7 DO SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

WARUNKI UBEZPIECZENIA DOFINANSOWANIE LEKÓW

W tabeli znajdziesz postanowienia Warunków Ubezpieczenia Dofinansowanie Leków (Warunków), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia. Informacje te są częścią Warunków i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej”).

Lp.	Rodzaj informacji	Punkt postanowienia w Warunkach
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1 pkt 3 pkt 7–11 pkt 14-18 pkt 21–28 pkt 29
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1 pkt 14–18 pkt 29

Dziękujemy za wybór naszego ubezpieczenia. Jest to grupowe ubezpieczenie lekowe, z którym zyskujesz m.in.:

- możliwość skorzystania z ubezpieczenia w każdej aptece w Polsce
- opcję dofinansowania leków już w chwili zakupu – nawet 80% ceny
- różnorodne zakresy do wyboru (np. antybiotyki, leki sezonowe)
- najszerszy na rynku zakres leków z dofinansowaniem.

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

[www](http://www.pzu.pl) na pzu.pl



pod numerem 801 102 102

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, przeczytaj dokładnie ten dokument. Znajdziesz w nim informacje o:

- tym, co obejmuje i czego nie obejmuje nasze ubezpieczenie
- zasadach realizacji świadczenia zdrowotnego, dzięki któremu zapłacisz mniej za leki,
- ochronie, którą oferujemy.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W Warunkach używamy terminów:

- apteka** – każda ogólnodostępna apteka lub punkt apteczny, które działają w Polsce zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne,
- choroba** – stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego. Choroba nie zależy od czyjejkolwiek woli, powstaje w wyniku działania czynnika chorobotwórczego, a jej leczenie lub prawidłowa diagnoza wymaga podania leku,
- karta lekowa** – wydana przez PZU Życie dla ubezpieczonego karta lub inny nośnik danych uprawniający do zakupu leków w aptece, których cena jest pomniejszona o kwotę świadczenia zdrowotnego. Zasady działania karty lekowej opisujemy w „Regulaminie karty lekowej”.

- d) **lek** – gotowy produkt leczniczy określony w zakresie leków, który:
- ma ważne pozwolenie wydane przez Prezesa Urzędu Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską (zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne),
 - jest wpisany do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu w Polsce,
 - można kupić wyłącznie na podstawie recepty,
- e) **nieszczęśliwy wypadek** – gwałtowne, niespodziewane zdarzenie, które dotyczy ubezpieczonego. Nieszczęśliwy wypadek jest wywołany czynnikami zewnętrznymi i jest on wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną uszkodzenia ciała. Nieszczęśliwy wypadek nie zależy od woli ubezpieczonego,
- f) **procent współpłacenia** – nasz procentowy udział w odpłatności za lek lub zamiennik leku. Wysokość procentu ustalamy z właścicielem polisy i zapisujemy ją w polisie,
- g) **produkt leczniczy** – substancja lub mieszanina substancji o właściwości zapobiegania chorobie lub jej leczenia. Produkt leczniczy podaje się, aby postawić diagnozę lub przywrócić, poprawić, zmodyfikować fizjologiczne funkcje organizmu – poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne,
- h) **recepta** – pisemne zlecenie, na podstawie którego farmaceuta wydaje leki na receptę. Receptę wystawia osoba do tego uprawniona. Recepta potwierdza chorobę lub uszkodzenie ciała u ubezpieczonego,
- i) **rok polisowy** – okres między dniem zawarcia umowy zapisanym w polisie a rocznicą polisy; w razie przedłużenia umowy okres między kolejnymi rocznicami polisy,
- j) **świadczenie** – świadczenie zdrowotne lub kwota wypłacana po śmierci ubezpieczonego,
- k) **świadczenie zdrowotne** – suma pieniężna stanowiąca równowartość procentu współpłacenia za lek wskazany na wystawionej w okresie naszej odpowiedzialności receptce lub jego zamiennik, gdy ubezpieczony decyduje się na zakup zamiennika leku,
- l) **uszkodzenie ciała** – uszkodzenie tkanek lub narządów wewnętrznych, które powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ł) **zakres leków** – wykaz leków, których dofinansowanie proponujemy w ubezpieczeniu. Zakres leków znajdziesz na www.pzu.pl oraz pod numerem infolinii PZU 801 102 102,
- m) **zamiennik leku** – wymieniony w zakresie leków inny lek niż ten przepisany na receptce, ale o tym samym wskazaniu terapeutycznym i tej samej:
- nazwie międzynarodowej,
 - dawce,
 - postaci farmaceutycznej, która nie powoduje powstania różnic terapeutycznych.

Farmaceuta ma obowiązek zaproponować zakup zamiennika leku zgodnie z art. 44 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

2. Ubezpieczamy:
 - a) życie ubezpieczonego,
 - b) zdrowie ubezpieczonego.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia:
 - a) śmierć ubezpieczonego w okresie naszej odpowiedzialności – wtedy wypłacamy 100% sumy ubezpieczenia (zob. pkt 7.),
 - b) wystąpienie choroby lub uszkodzenia ciała ubezpieczonego w okresie naszej odpowiedzialności, potwierdzonych wystawieniem recepty na lek w okresie naszej odpowiedzialności – wtedy współfinansujemy zakup leków (zgodnych z zakresem leków oraz na zasadach określonych w „Regulaminie karty lekowej”) do 100% sumy ubezpieczenia.

PRAWA I OBOWIĄZKI OSÓB OBJĘTYCH UBEZPIECZENIEM

– czyli co może, a co musi ubezpieczony

4. Masz prawo wskazywać, zmieniać i odwoływać uposażonych.
5. Masz prawo uzyskać od nas informacje o:
 - a) postanowieniach umowy i o SWU – w części, która dotyczy Ciebie,
 - b) sposobie obliczania i opłacania składki ubezpieczeniowej oraz o innych zasadach finansowania ochrony ubezpieczeniowej,
 - c) zakresie ubezpieczenia (tzw. rodzajach ryzyka objętych umową),
 - d) warunkach ochrony ubezpieczeniowej i jej wyłączeniach,
 - e) powodach, dla których możemy odmówić wypłaty pieniędzy osobom uprawnionym,
 - f) postanowieniach umownych między nami a podmiotem, który uczestniczy w procesie dystrybucji (np. agentem ubezpieczeniowym) – w zakresie praw i obowiązków tego podmiotu.

ZMIANY W UMOWIE

– jak można je wprowadzić

6. W czasie trwania umowy zakres leków może zmienić się wyłącznie, jeśli leki:
 - a) zostaną usunięte z „Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej” lub przekwalifikowane w tym rejestrze na leki dostępne wyłącznie bez recepty,
 - b) zostaną dodane do „Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej”.Zmiany te nie wymagają zgody Twojej ani właściciela polisy.

SUMA UBEZPIECZENIA W RAZIE ŚMIERCI

– czyli zasady wypłaty po Twojej śmierci

7. W razie Twojej śmierci (zob. pkt 3 a) wypłacamy sumę ubezpieczenia, która:
 - a) wynosi 100 zł,
 - b) jest taka sama dla wszystkich ubezpieczonych,
 - c) jest stała przez cały okres umowy.

SUMA UBEZPIECZENIA W RAZIE CHOROBY LUB USZKODZENIA CIAŁA

– czyli granica świadczeń zdrowotnych

8. W razie choroby lub uszkodzenia ciała (zob. pkt 3 b) suma ubezpieczenia to tzw. granica świadczeń zdrowotnych. Jest ona:
 - a) taka sama dla wszystkich ubezpieczonych,
 - b) stała przez cały okres umowy.
9. Sumę ubezpieczenia uzgadniamy z właścicielem polisy i potwierdzamy polisą.
10. W niektórych zakresach leków nie stosujemy sumy ubezpieczenia. W takich przypadkach nie istnieje finansowa granica naszej odpowiedzialności.
11. Świadczenia zdrowotne dla ubezpieczonego – których granicę wyznacza suma ubezpieczenia – dotyczą jednego roku polisowego.

SKŁADKA

– od czego zależy

12. Składkę za każdego ubezpieczonego obliczamy za okres nie dłuższy niż rok – w każdym z okresów obowiązywania umowy.
13. Wysokość składki zależy od:
 - a) sum ubezpieczenia,
 - b) częstotliwości jej opłacania i przekazywania,
 - c) zakresu leków,
 - d) procentu współpłacenia,
 - e) liczby przystępujących do ubezpieczenia w stosunku do liczby zatrudnionych.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO

– czyli jak skorzystać z dofinansowania zakupu leków

14. Zgodnie z ustalonym procentem współpłacenia dofinansowujemy zakup leku wskazanego na receptce lub zamiennika leku – z zastrzeżeniem pkt 15.
Recepta musi być wystawiona w okresie naszej odpowiedzialności.
15. Granicę naszej odpowiedzialności w stosunku do Ciebie w razie choroby lub uszkodzenia ciała stanowi suma ubezpieczenia uzgodniona z właścicielem polisy i potwierdzona polisą. Do tej kwoty dofinansowujemy zakupy leków.
16. Korzystając z tego ubezpieczenia możesz otrzymać dofinansowanie do leków na receptę wykupionych w dowolnej aptece w Polsce.
17. Z ubezpieczenia można skorzystać w dwóch formach:
 - a) bezgotówkowej – w aptekach, które akceptują karty lekowe – na podstawie:
 - recepty lub recept wystawionych dla ubezpieczonego,
 - karty lekowej osoby, na którą wystawiona jest recepta,
 - paszportu – w przypadku cudzoziemców,
 - b) gotówkowej – w pozostałych aptekach oraz w razie wznowienia odpowiedzialności – na podstawie:
 - kserokopii, zdjęcia lub skanu recepty,
 - dowodu zakupu leku lub zamiennika leku (paragonu lub faktury).
18. Szczegółowe zasady korzystania z ubezpieczenia opisaliśmy w „Regulaminie karty lekowej”.

ODMOWA REALIZACJI ŚWIADCZENIA

– jak o niej poinformujemy

19. Jeśli świadczenie nie przysługuje, informujemy osobę składającą roszczenie:
 - a) dlaczego nie możemy zrealizować tego świadczenia w całości lub części w przewidzianym terminie. Wtedy wypłacimy tylko tę część pieniędzy, która jest bezsporna,
 - b) że świadczenie nie przysługuje w całości lub części. Wtedy wskazujemy przyczyny i podstawę prawną, które uzasadniają naszą decyzję, oraz informujemy o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
20. O odmowie realizacji świadczenia informujemy Ciebie, jeśli nie jesteś osobą, która wystąpiła o realizację świadczenia.

ZAKUP PRODUKTÓW LECZNICZYCH BEZ RECEPTY

– czyli jak skorzystać z ochrony dodatkowej

21. W niektórych zakresach leków i za zgodą stron umowy ubezpieczonym udzielamy dodatkowej ochrony ubezpieczeniowej. Polega ona na sfinansowaniu zakupu produktów leczniczych bez recepty – w razie choroby lub uszkodzenia ciała. Ochronę dodatkową potwierdzamy polisą.
22. Z ochrony dodatkowej mogą skorzystać osoby, które:
 - a) przez rok były nieprzerwanie objęte naszą odpowiedzialnością,
 - b) w tym czasie nie były chore ani nie doznały uszkodzenia ciała, co skutkowałoby wystawieniem recepty na leki.
23. Pokrywamy 100% kosztów produktów leczniczych bez recepty zakupionych w aptece, która akceptuje kartę lekową – do wysokości limitu ochrony dodatkowej potwierdzonej w polisie.
24. Okres ochrony dodatkowej rozpoczyna się pierwszego dnia drugiego miesiąca, który następuje po rocznicy polisy i kończy się:
 - a) po trzech miesiącach od tego momentu,
 - b) z chwilą Twojej śmierci



PRZYKŁAD

Pan Kowalski nie skorzystał z ubezpieczenia w minionym roku polisowym, który zakończył się 31 marca 2017 roku. Prawo do ochrony dodatkowej rozpoczyna się zatem 1 maja 2017 roku i kończy się 31 lipca 2017 roku.

25. Jeśli umowa ubezpieczenia wygaśnie z powodu jej nieprzedłużenia lub nasza odpowiedzialność się zakończy, udzielamy także ochrony dodatkowej przez okres opisany w pkt 24.
26. Składka opisana w pkt 12–13 pokrywa także koszty ochrony dodatkowej.
27. Ubezpieczony może zrezygnować z ochrony dodatkowej. W takiej sytuacji ta ochrona kończy się ostatniego dnia miesiąca, w którym otrzymaliśmy oświadczenie o rezygnacji.
28. W sprawach nieuregulowanych w pkt 21–27 stosujemy: postanowienia „Regulaminu karty lekowej” i tych Warunków.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

29. W sprawach, których nie regulują te Warunki, stosuje się: Szczególne Warunki Ubezpieczenia, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

REGULAMIN KARTY LEKOWEJ

Regulamin przedstawia zasady:

- korzystania z karty lekowej,
- dofinansowania zakupu leków.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W regulaminie używamy terminów:
 - a) **użytkownik** – ubezpieczony, a także każda inna osoba, która z użyciem karty lekowej kupuje lek dla ubezpieczonego na podstawie recepty,
 - b) **zakup leku bez użycia karty lekowej** – zakup leku na receptę lub jego zamiennika w aptece, która nie akceptuje karty lekowej. Po opłaceniu leku ubezpieczony przesyła do nas wniosek o realizację świadczenia zdrowotnego, czyli o zwrot części poniesionych kosztów,
 - c) **zakup leku z użyciem karty lekowej** – zakup leku na receptę lub jego zamiennika w aptece, która akceptuje kartę lekową. Realizacja świadczenia zdrowotnego, czyli pokrycie przez nas części kosztów, następuje w aptece – w momencie zakupu.
2. W tym regulaminie używamy także terminów, których znaczenie wyjaśniliśmy w Słowniczku do Warunków.

KARTA LEKOWA

– najważniejsze informacje

3. Karta lekowa potwierdza prawo do otrzymania świadczenia zdrowotnego, czyli dofinansowania zakupu:
 - a) leków na receptę oraz ich zamienników,
 - b) produktów leczniczych bez recepty w razie choroby lub uszkodzenia ciała.
4. Na www.pzu.pl oraz pod numerem infolinii PZU 801 102 102 udzielamy informacji o:
 - a) aktualnym wykazie aptek, które akceptują karty lekowe,
 - b) zasadach zakupu leków z użyciem i bez użycia karty lekowej,
 - c) aktualnym zakresie leków.
5. Możemy zmienić wykaz aptek, wyłącznie gdy:
 - a) apteka wskazana do tej pory w wykazie przestanie akceptować kartę lekową lub
 - b) apteka niewskazana do tej pory w wykazie zacznie akceptować kartę lekową.
6. Karta lekowa nie jest:
 - a) elektronicznym instrumentem płatniczym,
 - b) instrumentem pieniądza elektronicznego,
 - c) kartą płatniczą.
7. Karta lekowa zawiera:
 - a) imię i nazwisko ubezpieczonego
 - b) numer identyfikacyjny,
 - c) numer karty,
 - d) kod kreskowy.
8. Kartę lekową aktywujemy automatycznie pierwszego dnia naszej odpowiedzialności. Warunkiem aktywacji karty jest opłacenie składki w terminie.
9. Pod numerem infolinii PZU 801 102 102 ubezpieczony powinien jak najszybciej zgłosić utratę, zniszczenie lub uszkodzenie swojej karty lekowej.

W takim przypadku wydajemy duplikat karty lekowej, który:

 - a) uwzględnia wartość zakupionych do tej pory leków,
 - b) jest od razu aktywny.
10. Pod numer infolinii PZU 801 102 102 ubezpieczony może zadzwonić także w razie trudności z użyciem karty lekowej w aptece.

ZAKUP LEKU Z UŻYCIEM KARTY LEKOWEJ

– czyli jak skorzystać z dofinansowania w trakcie płacenia w aptece

11. Z dofinansowania zakupu leku można skorzystać:
 - a) w aptece, która akceptuje kartę lekową,
 - b) po okazaniu karty lekowej i recepty wystawionej na ubezpieczonego.
Cudzoziemcy dodatkowo okazują paszport.
12. Ubezpieczony, przekazując kartę lekową i receptę innej osobie, upoważnia ją do zakupu leku z użyciem karty lekowej.
13. Dofinansowujemy leki w wysokości określonej we wniosku i w polisie (jest to tzw. procent współpłacenia). Pozostałą część kosztów ponosi użytkownik.
14. Łączna wartość dofinansowania leków w każdym roku polisowym nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia w razie choroby lub uszkodzenia ciała. Wszystkie koszty leków, które przekraczają tę sumę, ponosi użytkownik. Suma ubezpieczenia jest zapisana w polisie.

Informacje o pozostałej do wykorzystania kwocie dofinansowania można uzyskać w aptece po okazaniu karty lekowej lub na www.pzu.pl.
15. Karty lekowej nie można wymienić na gotówkę.
16. Użytkownik nie może zwrócić leku ani zamiennika leku, jeśli kupił go z użyciem karty lekowej. Użytkownik może złożyć reklamację wadliwego leku lub jego zamiennika (zob. pkt 31 regulaminu).

ZAKUP LEKU BEZ UŻYCIA KARTY LEKOWEJ

– czyli jak skorzystać z dofinansowania w formie gotówkowej

17. Z dofinansowania leku w formie gotówkowej można skorzystać w razie:
 - a) zakupu leku lub zamiennika w aptece, która nie akceptuje karty lekowej,
 - b) zakupu leku lub zamiennika przez ubezpieczonego, który nie posiada przy sobie karty lekowej,
 - c) wznowienia naszej odpowiedzialności.

18. Użytkownik pokrywa w aptece całość kosztów leków.
19. Aby skorzystać z dofinansowania w formie gotówkowej, ubezpieczony zgłasza do nas wniosek:
 - a) przez formularz online dostępny na www.pzu.pl,
 - b) przez aplikację mobilną PZU Apteka,
 - c) pisemnie na adres ePRUF rozliczenia, ul. Zbąszyńska 3, 91-342 Łódź, z dopiskiem „PZU Ubezpieczenie Lekowe”,
 - d) osobiście w naszym oddziale.
20. Wniosek ten powinien zawierać:
 - a) dane osobowe i adresowe ubezpieczonego,
 - b) kserokopię, zdjęcie lub skan recepty,
 - c) dowód zakupu leku lub jego zamiennika (paragon lub fakturę),
 - d) numer rachunku bankowego, na który mamy przelać pieniądze.
21. Świadczenie zdrowotne wypłacamy do 30 dni od otrzymania wniosku. Informację o wypłacie przekazujemy:
 - a) e-mailem,
 - b) SMS-em lub
 - c) pisemnie na adres podany we wniosku.
22. Ubezpieczonego, który składa wniosek o wypłatę świadczenia zdrowotnego, informujemy pisemnie o:
 - a) odmowie wypłaty albo
 - b) jego wypłacie w wysokości innej niż wnioskowana.
23. W razie odmowy lub wypłaty w wysokości innej niż wnioskowana informujemy ubezpieczonego:
 - a) na jakiej podstawie podjęliśmy naszą decyzję i
 - b) jak można się od niej odwołać.
24. Ubezpieczony może złożyć odwołanie do 30 dni od otrzymania naszej decyzji.
25. Odwołania rozpatrujemy do 14 dni od ich otrzymania.

ZAKUP PRODUKTÓW LECZNICZYCH BEZ RECEPTY

– czyli jak skorzystać z ochrony dodatkowej

26. Aby zakupić produkty lecznicze bez recepty tzn. skorzystać z ochrony dodatkowej wystarczy okazać aktywną kartę lekową w aptece, która ją akceptuje.
27. Łączna wartość nabytych produktów leczniczych nie może przekroczyć limitu kwoty ochrony dodatkowej. Po przekroczeniu limitu wszystkie koszty ponosi użytkownik.
Informacje o pozostałej do wykorzystania kwocie można uzyskać w aptece po okazaniu karty lekowej lub pod dedykowanym numerem 800 137 783 (opłata zgodna z taryfą operatora).
28. Karty lekowej nie można wymienić na gotówkę.
29. Nie można zwrócić produktu leczniczego bez recepty w ramach ochrony dodatkowej – z wyjątkiem reklamacji produktu leczniczego (zob. pkt 31 regulaminu).

REKLAMACJA

– kto i jak może ją zgłosić

30. Reklamacje leku lub zamiennika leku z powodu wady jakościowej lub niewłaściwego ich wydania rozpatruje apteka, w której zakupiono ten lek lub zamiennik leku. Reklamacje są rozpatrywane zgodnie z przepisami prawa.
31. Podstawą reklamacji jest paragon lub faktura (tzw. dowód zakupu) za lek lub zamiennik leku.
32. W razie reklamacji leku lub zamiennika leku użytkownik decyduje, czy apteka ma:
 - a) wydać lek pozbawiony wad, które były przyczyną reklamacji,
 - b) zwrócić faktycznie zapłaconą kwotę za lek lub zamiennik leku – bez kwoty dofinansowania (świadczenia zdrowotnego).
W takiej sytuacji przywracamy sumę ubezpieczenia na karcie lekowej sprzed transakcji zakończonej zwrotem.
33. Ubezpieczony może zgłosić w formie reklamacji również problemy z zakupem leku lub zamiennika leku.
34. Zasady składania reklamacji naszych usług – bez względu na ich przyczynę – są opisane w SWU. Szczególnie dogodną formą zgłoszenia jest kontakt z całodobową infolinią PZU 801 102 102.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

35. W sprawach, których nie reguluje ten regulamin stosuje się: Szczególne Warunki Ubezpieczenia, Warunki Ubezpieczenia Dofinansowanie Leków, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.

ZAŁĄCZNIK NR 8 DO SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA KONTYNUACJA DLA CIEBIE

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA:

Wariant I:

ZDARZENIE:	KODY OWU DO POSZCZEGÓLNYCH ZDARZEŃ	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA W % SUMY UBEZPIECZENIA OBOWIĄZUJĄCEJ W GRUPOWYM UBEZPIECZENIU P PLUS (PTGP34)
śmierć ubezpieczonego	PTGP34	500% albo 250% albo 175%*
śmierć ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	PTGP34 NWGP30	500% albo 250% albo 175%* 500% albo 250% albo 175%*
śmierć małżonka	SMGP30	100%
śmierć członka rodziny - rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka ubezpieczonego	ZRGP30	20%
śmierć dziecka	ZDGP30	30%
urodzenie dziecka	UDGP30	10% urodzenie żywe 20% urodzenie martwe
osierocenie dziecka	ODGP30	40%
trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	TUGP30	4% za 1% uszczerbku na zdrowiu
śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym	PTGP34 NWGP30 WKGP32	500% albo 250% albo 175%* 500% albo 250% albo 175%* 500%
śmierć małżonka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	SMGP30 ZMGP31	100% 250%
śmierć dziecka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	ZDGP30 NDGP32	30% 30%
śmierć członka rodziny - rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka ubezpieczonego - spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	ZRGP32 NRGP32	20% 20%
ciężka choroba w wariantie podstawowym	CCGP33	30%
leczenie szpitalne:		
– za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP32	1%
– za dzień pobytu spowodowanego chorobą albo nieszczęśliwym wypadkiem, który rozpoczął się po 14 dniu pierwszego pobytu spowodowanego danym nieszczęśliwym wypadkiem	LSGP32	0,5%
prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia		TAK

*z zastrzeżeniem ust. 2

W Wariantcie I będą obowiązywać następujące sumy ubezpieczenia i miesięczne wysokości składek:

SUMA UBEZPIECZENIA W UBEZPIECZENIU PODSTAWOWYM	MIESIĘCZNA SKŁADKA ŁĄCZNA ZA WW. ZAKRES UBEZPIECZEŃ, ZA JEDNEGO UBEZPIECZONEGO W ZŁOTYCH
6 000	48,14
8 000	64,18
10 000	80,23

Wariant II:

ZDARZENIE:	KODY OWU DO POSZCZEGÓLNYCH ZDARZEN	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA W % SUMY UBEZPIECZENIA OBOWIĄZUJĄCEJ W GRUPOWYM UBEZPIECZENIU P PLUS (PTGP34)
śmierć ubezpieczonego	PTGP34	500% albo 250% albo 175%*
śmierć ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	PTGP34 NWGP30	500% albo 250% albo 175%* 500% albo 250% albo 175%*
śmierć małżonka	SMGP30	100%
śmierć członka rodziny - rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka ubezpieczonego	ZRGP30	20%
śmierć dziecka	ZDGP30	30%
urodzenie dziecka	UDGP30	10% urodzenie żywe 20% urodzenie martwe
osierocenie dziecka	ODGP30	40%
trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	TUGP30	4% za 1 % uszczerbku na zdrowiu
śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym	PTGP34 NWGP30 WKGP32	500% albo 250% albo 175%* 500% albo 250% albo 175%* 500%
śmierć małżonka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	SMGP30 ZMGP31	100% 250%
śmierć dziecka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	ZDGP30 NDGP32	30% 30%
śmierć członka rodziny – rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka ubezpieczonego – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	ZRGP32 NRGP32	20% 20%
trwale inwalidztwo spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem	TIGP32	100%
ciężka choroba w wariantie podstawowym	CCGP33	30%
leczenie szpitalne:		
– za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP32 LPGP31	1% 0,25%
– za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP32 LPGP31	1% 0,5%
– za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem przy pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP32 LPGP31	1% 0,5%
– za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP32 LPGP31	1% 0,75%
– za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP32 LPGP31	0,5% 0,25%
– za dzień pobytu spowodowanego chorobą albo nieszczęśliwym wypadkiem, który rozpoczął się po 14 dniu pierwszego pobytu spowodowanego danym nieszczęśliwym wypadkiem	LSGP32	0,5%
– z tytułu pobytu na OIT – jednorazowo	LPGP31	5%
– za dzień rekonwalescencji	LPGP31	0,25%
– rozszerzenie odpowiedzialności z tytułu leczenia szpitalnego poza terytorium RP	LPGP31	
wykonanie operacji chirurgicznej	OPGP32	40% – I klasa 20% – II klasa 12% – III klasa 4% – IV klasa 2% – V klasa
Karta apteczna	APGP32	1,4% sumy ubezpieczenia z ubezpieczenia podstawowego, ale nie mniej niż 100 zł
prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia		TAK

*z zastrzeżeniem ust. 2

W Wariantcie II będą obowiązywać następujące sumy ubezpieczenia i miesięczne wysokości składek:

SUMA UBEZPIECZENIA W UBEZPIECZENIU PODSTAWOWYM	MIESIĘCZNA SKŁADKA ŁĄCZNA ZA WW. ZAKRES UBEZPIECZEŃ, ZA JEDNEGO UBEZPIECZONEGO W ZŁOTYCH
6 000	56,37
8 000	74,85
10 000	93,56

Wariant III:

ZDARZENIE:	KODY OWU DO POSZCZEGÓLNYCH ZDARZEŃ	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA W % SUMY UBEZPIECZENIA OBOWIĄZUJĄCEJ W GRUPOWYM UBEZPIECZENIU P PLUS (PTGP34)
śmierć ubezpieczonego	PTGP34	500% albo 250% albo 175%*
śmierć ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	PTGP34 NWGP30	500% albo 250% albo 175%* 500% albo 250% albo 175%*
śmierć małżonka	SMGP30	100%
śmierć członka rodziny - rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka ubezpieczonego	ZRGP30	20%
śmierć dziecka	ZDGP30	30%
urodzenie dziecka	UDGP30	10% urodzenie żywe 20% urodzenie martwe
osierocenie dziecka	ODGP30	40%
trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	TUGP30	4% za 1 % uszczerbku na zdrowiu
śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym	PTGP34 NWGP30 WKGP32	500% albo 250% albo 175%* 500% albo 250% albo 175%* 500%
śmierć ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym	PTGP34 ZZGP32	500% albo 250% albo 175%* 175%
śmierć małżonka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	SMGP30 ZMGP31	100% 250%
śmierć dziecka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	ZDGP30 NDGP32	30% 30%
śmierć członka rodziny - rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka ubezpieczonego - spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	ZRGP32 NRGP32	20% 20%
trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym	TZGP32	4% za 1 % uszczerbku na zdrowiu
trwałe inwalidztwo spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem	TIGP32	100%
ciężka choroba w wariantcie podstawowym	CCGP33	30%
leczenie szpitalne:		
– za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP32 LPGP31	1% 0,25%
– za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP32 LPGP31	1% 0,5%
– za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem przy pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP32 LPGP31	1% 0,5%
– za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP32 LPGP31	1% 0,75%
– za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP32 LPGP31	0,5% 0,25%

ZDARZENIE:	KODY OWU DO POSZCZEGÓLNYCH ZDARZEŃ	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA W % SUMY UBEZPIECZENIA OBOWIĄZUJĄCEJ W GRUPOWYM UBEZPIECZENIU P PLUS (PTGP34)
– za dzień pobytu spowodowanego chorobą albo nieszczęśliwym wypadkiem, który rozpoczął się po 14 dniu pierwszego pobytu spowodowanego danym nieszczęśliwym wypadkiem	LSGP32	0,5%
– z tytułu pobytu na OIT – jednorazowo	LPGP31	5%
– za dzień rekonwalescencji	LPGP31	0,25%
– rozszerzenie odpowiedzialności z tytułu leczenia szpitalnego poza terytorium RP	LPGP31	
specjalistyczne leczenie	LCGP32	40%
wykonanie operacji chirurgicznej	OPGP32	40% – I klasa 20% – II klasa 12% – III klasa 4% – IV klasa 2% – V klasa
wykonanie operacji chirurgicznej:		
– w znieczuleniu ogólnym	OLGP32	2%
– podczas pobytu w szpitalu trwającego dłużej niż 14 dni	OLGP32	2%
– związanej z zawałem serca lub udarem lub nowotworem złośliwym	OLGP32	2%
– poza terytorium RP	OLGP32	
Karta apteczna	APGP32	1,4% sumy ubezpieczenia z ubezpieczenia podstawowego, ale nie mniej niż 100 zł
prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia		TAK

*z zastrzeżeniem ust. 2

W Wariancie III będą obowiązywać następujące sumy ubezpieczenia i miesięczne wysokości składek:

SUMA UBEZPIECZENIA W UBEZPIECZENIU PODSTAWOWYM	MIESIĘCZNA SKŁADKA ŁĄCZNA ZA WW. ZAKRES UBEZPIECZEŃ, ZA JEDNEGO UBEZPIECZONEGO W ZŁOTYCH
6 000	71,01
8 000	94,37
10 000	117,96

Wariant IV:

ZDARZENIE:	KODY OWU DO POSZCZEGÓLNYCH ZDARZEŃ	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA W % SUMY UBEZPIECZENIA OBOWIĄZUJĄCEJ W GRUPOWYM UBEZPIECZENIU P PLUS (PTGP34)
śmierć ubezpieczonego	PTGP34	500% albo 250% albo 175%*
śmierć ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	PTGP34 NWGP30	500% albo 250% albo 175%* 500% albo 250% albo 175%*
śmierć małżonka	SMGP30	100%
śmierć członka rodziny - rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka ubezpieczonego	ZRGP30	20%
śmierć dziecka	ZDGP30	30%
urodzenie dziecka	UDGP30	10% urodzenie żywe 20% urodzenie martwe
osierocenie dziecka	ODGP30	40%

ZDARZENIE:	KODY OWU DO POSZCZEGÓLNYCH ZDARZEŃ	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA W % SUMY UBEZPIECZENIA OBOWIĄZUJĄCEJ W GRUPOWYM UBEZPIECZENIU P PLUS (PTGP34)
trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	TUGP30	1% za 1% uszczerbku na zdrowiu
śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym	PTGP34 NWGP30 WKGP32	500% albo 250% albo 175%* 500% albo 250% albo 175%* 500%
śmierć małżonka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	SMGP30 ZMGP31	100% 250%
śmierć dziecka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	ZDGP30 NDGP32	30% 30%
śmierć członka rodziny - rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka ubezpieczonego - spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	ZRGP32 NRGP32	20% 20%
ciężka choroba w wariantach podstawowym	CCGP33	30%
leczenie szpitalne:		
– za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP32	1%
– za dzień pobytu spowodowanego chorobą albo nieszczęśliwym wypadkiem, który rozpoczął się po 14 dniu pierwszego pobytu spowodowanego danym nieszczęśliwym wypadkiem	LSGP32	0,5%
prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia		TAK

*z zastrzeżeniem ust. 2

W Wariantcie IV będą obowiązywać następujące sumy ubezpieczenia i miesięczne wysokości składek:

SUMA UBEZPIECZENIA W UBEZPIECZENIU PODSTAWOWYM	MIESIĘCZNA SKŁADKA ŁĄCZNA ZA WW. ZAKRES UBEZPIECZEŃ, ZA JEDNEGO UBEZPIECZONEGO W ZŁOTYCH
6 000	54,14
8 000	72,18
10 000	90,23

Wariant V:

ZDARZENIE:	KODY OWU DO POSZCZEGÓLNYCH ZDARZEŃ	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA W % SUMY UBEZPIECZENIA OBOWIĄZUJĄCEJ W GRUPOWYM UBEZPIECZENIU P PLUS (PTGP34)
śmierć ubezpieczonego	PTGP34	500% albo 250% albo 175%*
śmierć ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	PTGP34 NWGP30	500% albo 250% albo 175%* 500% albo 250% albo 175%*
śmierć małżonka	SMGP30	100%
śmierć członka rodziny - rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka ubezpieczonego	ZRGP30	20%
śmierć dziecka	ZDGP30	30%
urodzenie dziecka	UDGP30	10% urodzenie żywe 20% urodzenie martwe
osierocenie dziecka	ODGP30	40%
trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	TUGP30	1% za 1 % uszczerbku na zdrowiu

ZDARZENIE:	KODY OWU DO POSZCZEGÓLNYCH ZDARZEŃ	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA W % SUMY UBEZPIECZENIA OBOWIĄZUJĄCEJ W GRUPOWYM UBEZPIECZENIU P PLUS (PTGP34)
śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym	PTGP34 NWGP30 WKGP32	500% albo 250% albo 175%* 500% albo 250% albo 175%* 500%
śmierć małżonka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	SMGP30 ZMGP31	100% 250%
śmierć dziecka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	ZDGP30 NDGP32	30% 30%
śmierć członka rodziny - rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka ubezpieczonego - spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	ZRGP32 NRGP32	20% 20%
trwale inwalidztwo spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem	TIGP32	100%
ciężka choroba w wariantach podstawowym	CCGP33	30%
leczenie szpitalne:		
– za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP32 LPGP31	1% 0,25%
– za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP32 LPGP31	1% 0,5%
– za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem przy pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP32 LPGP31	1% 0,5%
– za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP32 LPGP31	1% 0,75%
– za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP32 LPGP31	0,5% 0,25%
– za dzień pobytu spowodowanego chorobą albo nieszczęśliwym wypadkiem, który rozpoczął się po 14 dni pierwszego pobytu spowodowanego danym nieszczęśliwym wypadkiem	LSGP32	0,5%
– z tytułu pobytu na OIT – jednorazowo	LPGP31	5%
– za dzień rekonwalescencji	LPGP31	0,25%
– rozszerzenie odpowiedzialności z tytułu leczenia szpitalnego poza terytorium RP	LPGP31	
wykonanie operacji chirurgicznej	OPGP32	40% – I klasa 20% – II klasa 12% – III klasa 4% – IV klasa 2% – V klasa
Karta apteczna	APGP32	1,4% sumy ubezpieczenia z ubezpieczenia podstawowego, ale nie mniej niż 100 zł
prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia		TAK

*z zastrzeżeniem ust. 2

W Wariantach V będą obowiązywać następujące sumy ubezpieczenia i miesięczne wysokości składek:

SUMA UBEZPIECZENIA W UBEZPIECZENIU PODSTAWOWYM	MIESIĘCZNA SKŁADKA ŁĄCZNA ZA WW. ZAKRES UBEZPIECZEŃ, ZA JEDNEGO UBEZPIECZONEGO W ZŁOTYCH
6 000	62,37
8 000	82,85
10 000	103,56

Wariant VI:

ZDARZENIE:	KODY OWU DO POSZCZEGÓLNYCH ZDARZEŃ	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA W % SUMY UBEZPIECZENIA OBOWIĄZUJĄCEJ W GRUPOWYM UBEZPIECZENIU P PLUS (PTGP34)
śmierć ubezpieczonego	PTGP34	500% albo 250% albo 175%*
śmierć ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	PTGP34 NWGP30	500% albo 250% albo 175%* 500% albo 250% albo 175%*
śmierć małżonka	SMGP30	100%
śmierć członka rodziny - rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka ubezpieczonego	ZRGP30	20%
śmierć dziecka	ZDGP30	30%
urodzenie dziecka	UDGP30	10% urodzenie żywe 20% urodzenie martwe
osierocenie dziecka	ODGP30	40%
trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	TUGP30	1% za 1 % uszczerbku na zdrowiu
śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym	PTGP34 NWGP30 WKGP32	500% albo 250% albo 175%* 500% albo 250% albo 175%* 500%
śmierć ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym	PTGP34 ZZGP32	500% albo 250% albo 175%* 175%
śmierć małżonka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	SMGP30 ZMGP31	100% 250%
śmierć dziecka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	ZDGP30 NDGP32	30% 30%
śmierć członka rodziny - rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka ubezpieczonego - spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	ZRGP32 NRGP32	20% 20%
trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym	TZGP32	4% za 1 % uszczerbku na zdrowiu
trwałe inwalidztwo spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem	TIGP32	100%
ciężka choroba w wariantach podstawowym	CCGP33	30%
leczenie szpitalne:		
– za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP32 LPGP31	1% 0,25%
– za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP32 LPGP31	1% 0,5%
– za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem przy pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP32 LPGP31	1% 0,5%
– za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP32 LPGP31	1% 0,75%
– za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP32 LPGP31	0,5% 0,25%
– za dzień pobytu spowodowanego chorobą albo nieszczęśliwym wypadkiem, który rozpoczął się po 14 dni pierwszego pobytu spowodowanego danym nieszczęśliwym wypadkiem	LSGP32	0,5%
– z tytułu pobytu na OIT – jednorazowo	LPGP31	5%
– za dzień rekonwalescencji	LPGP31	0,25%
– rozszerzenie odpowiedzialności z tytułu leczenia szpitalnego poza terytorium RP	LPGP31	
specjalistyczne leczenie	LCGP32	40%

ZDARZENIE:	KODY OWU DO POSZCZEGÓLNYCH ZDARZEŃ	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA W % SUMY UBEZPIECZENIA OBOWIĄZUJĄCEJ W GRUPOWYM UBEZPIECZENIU P PLUS (PTGP34)
wykonanie operacji chirurgicznej	OPGP32	40% – I klasa 20% – II klasa 12% – III klasa 4% – IV klasa 2% – V klasa
wykonanie operacji chirurgicznej:		
– w znieczuleniu ogólnym	OLGP32	2%
– podczas pobytu w szpitalu trwającego dłużej niż 14 dni	OLGP32	2%
– związanej z zawałem serca lub udarem lub nowotworem złośliwym	OLGP32	2%
– poza terytorium RP	OLGP32	
Karta apteczna	APGP32	1,4% sumy ubezpieczenia z ubezpieczenia podstawowego, ale nie mniej niż 100 zł
prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia		TAK

*z zastrzeżeniem ust. 2

W Wariantcie VI będą obowiązywać następujące sumy ubezpieczenia i miesięczne wysokości składek:

SUMA UBEZPIECZENIA W UBEZPIECZENIU PODSTAWOWYM	MIESIĘCZNA SKŁADKA ŁĄCZNA ZA WW. ZAKRES UBEZPIECZEŃ, ZA JEDNEGO UBEZPIECZONEGO W ZŁOTYCH
6 000	77,01
8 000	102,37
10 000	127,96

2. W ramach OWU PT oraz OWU NW PZU Życie SA wypłaca świadczenie – odpowiednio – w przypadku śmierci ubezpieczonego oraz śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem w wysokości:
 - 1) 500% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci ubezpieczonego, który nie ukończył 40 roku życia,
 - 2) 250% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci ubezpieczonego, który ukończył 40 rok życia, ale nie ukończył 45 roku życia,
 - 3) 175% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci ubezpieczonego, który ukończył 45 rok życia, ale nie ukończył 53 roku życia.
3. Ubezpieczenie możesz kontynuować do 53 roku życia. Od 53 roku życia masz prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia:
 - 1) umowa gwarantuje indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, kod warunków PTKP51
 - 2) składka od 1000 zł sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym – 6 zł
 - 3) świadczenie za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – 4% sumy ubezpieczenia.

ZAŁĄCZNIK NR 9 DO SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

Opieka Lekarska Zakres PROFILAKTYKA

Rezerwacja świadczeń medycznych

Całodobowo, bez limitu

Dostęp do całodobowej infolinii – umawianie terminu realizacji świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem specjalnej infolinii PZU.

Infolinia udziela również informacji o usługach realizowanych w poszczególnych placówkach medycznych oraz o zakresie terytorialnym wizyt domowych.

Serwis SMS

Bezpłatnie, bez limitu

Potwierdzenie terminu świadczeń za pośrednictwem SMS.

Konsultacje lekarskie

Bezpłatnie, 1 konsultacja

Porada lekarska realizowana bez skierowania, udzielana przez lekarza specjalistę wskazanego przez PZU Zdrowie w godzinach pracy placówek medycznych oraz zgodnie z aktualnym harmonogramem pracy placówek.

Konsultacja specjalistyczna obejmuje: wywiad, poradę specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Konsultacje specjalistyczne nie obejmują konsultacji profesorskich (lekarzy posiadających tytuł naukowy: doktor habilitowany, docent, profesor).

Konsultacja lekarska dla kobiet

- Ginekolog

Konsultacja lekarska dla mężczyzn

- Urolog

Telekonsultacje

Bezpłatnie, 2 telekonsultacje

Możliwość skorzystania z konsultacji telefonicznej z lekarzem specjalistą w dogodnym terminie. Lekarze dyżurują pomiędzy 8:00 a 22:00.

Dostępne specjalizacje:

- Internista,
- Pediatria.

Badania diagnostyczne dla kobiet

Bezpłatnie, możliwość skorzystania z każdego wymienionego badania 1 raz w okresie ochrony.

Badania realizowane bez skierowania* zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza w placówkach wskazanych przez PZU Zdrowie za pośrednictwem infolinii medycznej.

*nie dotyczy badania RTG klatki piersiowej AP

1. Badania laboratoryjne:

- Aminotransferaza alaninowa (ALT)
- Aminotransferaza asparaginianowa (AST)
- Glukoza
- Lipidogram
- Hormon tyreotropowy (TSH)
- Badanie ogólne moczu (profil)
- Kreatynina
- Morfologia krwi z pełnym różnicowaniem granulocytów
- Krew utajona w kale

2. Badania czynnościowe:

- EKG spoczynkowe z opisem

3. Badanie USG

- USG przewodu pokarmowego i jamy brzusznej

4. Badania RTG

- Mammografia 2 stronna lub USG piersi
- RTG klatki piersiowej AP

5. Badania inne:

- Badanie cytologiczne

Badania diagnostyczne dla mężczyzn

Bezpłatnie, możliwość skorzystania z każdego wymienionego badania 1 raz w okresie ochrony.

Badania realizowane bez skierowania* zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza w placówkach wskazanych przez PZU Zdrowie za pośrednictwem infolinii medycznej.

* nie dotyczy badania RTG klatki piersiowej AP

1. Badania laboratoryjne:

- Aminotransferaza alaninowa (ALT)
- Aminotransferaza asparaginianowa (AST)
- Glukoza
- Lipidogram
- Hormon tyreotropowy (TSH)
- Badanie ogólne moczu (profil)
- Kreatynina
- Morfologia krwi z pełnym różnicowaniem granulocytów
- Krew utajona w kale
- Antygen swoisty dla stercza - PSA całkowite

2. Badania czynnościowe:

- EKG spoczynkowe z opisem

3. Badania USG

- USG przewodu pokarmowego i jamy brzusznej
- USG jąder lub USG gruczołu krokowego (przez powłoki brzuszne)

4. Badania RTG

- RTG klatki piersiowej AP

Zakres STANDARD

Rezerwacja świadczeń medycznych

Całodobowo, bez limitu

Dostęp do całodobowej infolinii – umawianie terminu realizacji świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem specjalnej infolinii PZU.

Infolinia udziela również informacji o usługach realizowanych w poszczególnych placówkach medycznych oraz o zakresie terytorialnym wizyt domowych.

Serwis SMS

Bezpłatnie, bez limitu

Potwierdzenie terminu świadczeń za pośrednictwem SMS.

Konsultacje lekarskie

Porady lekarskie realizowane bez skierowania w sytuacjach chorobowych, udzielane przez lekarzy specjalistów wskazanych przez Świadczeniodawcę w godzinach pracy placówek medycznych oraz zgodnie z aktualnym harmonogramem pracy placówek.

Konsultacje specjalistyczne obejmują: wywiad, poradę specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Konsultacje specjalistyczne nie obejmują konsultacji profesorskich (lekarzy posiadających tytuł naukowy: doktor habilitowany, docent, profesor).

W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, dostęp do konsultacji specjalistycznych zależy od dostępności danego specjalisty dziecięcego w danej lokalizacji.

Bezpłatnie, bez limitu

1. alergolog,
2. chirurg ogólny,
3. dermatolog,
4. diabetolog,
5. endokrynolog,
6. gastrolog,
7. ginekolog
8. kardiolog,
9. nefrolog,
10. neurolog,
11. okulista,
12. ortopeda,
13. otolaryngolog,
14. pulmonolog,
15. reumatolog,
16. urolog.

Zabiegi ambulatoryjne

Bezpłatnie, bez limitu

Zabiegi wykonywane w ramach porady lekarskiej przez lekarza lub pielęgniarkę, z zastrzeżeniem że istnieje wskazanie medyczne i możliwość wykonania czynności w warunkach ambulatoryjnych w danej placówce bez szkody dla Ubezpieczonego.

1. Zabiegi pielęgniarские:

- pomiar ciśnienia,
- pomiar wzrostu i wagi ciała,
- iniekcje: domięśniowe, dożylnie, podskórne,
- podłączenie wlewu kroplowego,
- pobranie krwi.

2. Zabiegi ogólnolekarskie:

- zakładanie cewników (bez kosztu cewnika),
- pobieranie materiałów do badań mikrobiologicznych,
- opatrzenie drobnych urazów (rany, skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania – bez kosztu stabilizatorów i gipsu),
- usunięcie kleszcza.

3. Zabiegi alergologiczne:

- odczulanie (bez kosztu podawanych leków).

4. Zabiegi chirurgiczne:

- nacięcie ropnia,
- leczenie wrosniętego paznokcia,
- szycie rany,

- zdjęcie szwów.

5. Zabiegi ginekologiczne:

- pobranie materiału do badania cytologicznego.

6. Zabiegi okulistyczne:

- badanie dna oka,
- badanie ostrości widzenia,
- badanie pola widzenia,
- pomiar ciśnienia śródgałkowego,
- usunięcie ciała obcego z oka,
- dobór szkieł korekcyjnych.

7. Zabiegi ortopedyczne:

- opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania – bez kosztu stabilizatorów i gipsu).

8. Zabiegi otolaryngologiczne:

- płukanie uszu,
- przedmuchiwanie trąbki słuchowej,
- usunięcie ciała obcego z ucha/nosa/gardła,
- postępowanie zachowawcze w krwawieniu z nosa,
- opatrunek uszny z lekiem.

9. Zabiegi urologiczne:

- zakładanie cewników (bez kosztu cewnika).

Diagnostyka laboratoryjna

Diagnostyka realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.

1. Badania biochemiczne:

Bezpłatnie, bez limitu

- chlorki (Cl),
- dehydrogenaza mleczanowa (LDH),
- fosfataza sterczowa,
- żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC).

15% zniżki, bez limitu

- antygen swoisty dla stercza – PSA całkowite,
- ferrytyna,
- transferyna.

2. Badania serologiczne i immunologiczne:

Bezpłatnie, bez limitu

- oznaczenie grupy krwi układu A, B, O, Rh(D) z oceną hemolizyn,
- odczyn Waalera-Rosego,
- przeciwciała przeciw HBs.

3. Badania hormonalne:

15% zniżki, bez limitu

- aldosteron,
- dehydroepiandrosteronu siarczan (DHEAS),
- estradiol,
- hormon adrenokortykotropowy (ACTH),
- hormon folikulotropowy (FSH),
- hormon luteinizujący (LH),
- kortyzol,
- osteokalcyna,
- parathormon (PTH),
- progesteron,
- prolaktyna (PRL),
- testosteron,
- trijodotyronina całkowita (TT3),
- trijodotyronina wolna (fT3),
- tyroksyna całkowita (TT4),
- tyroksyna wolna (fT4).

4. Badania immunologiczne:

15% zniżki, bez limitu

- immunoglobulina E całkowite (IgE),

- przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej (ATPO),
- przeciwciała przeciw tyreoglobulinie (ATG).

5. Badania wirusologiczne:

15% zniżki, bez limitu

- antygen HBe,
- przeciwciała przeciw HBe,
- przeciwciała przeciw HCV,
- przeciwciała przeciw HIV,
- przeciwciała przeciw rubella (rózyczka) (IgG, IgM),
- przeciwciała przeciw toksoplazmoza gondii (IgG, IgM),
- przeciwciała przeciw mononukleozie zakaźnej/ EBV (IgM),

6. Badania bakteriologiczne:

Bezpłatnie, bez limitu

- posiew z rany.

7. Badania moczu:

Bezpłatnie, bez limitu

- kreatynina w moczu.

8. Badania inne:

Bezpłatnie, bez limitu

- cytologia wymazu z szyjki macicy (z wyłączeniem cytologii płynnej),

15% zniżki, bez limitu

- biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG (z możliwością wykonania badania histopatologicznego),
- skórne testy alergiczne – panel pokarmowy,
- skórne testy alergiczne – panel wziewny,
- skórne testy alergiczne – panel mieszany.

Diagnostyka radiologiczna

Diagnostyka realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy we wskazanych przez Świadczeniodawcę placówkach za pośrednictwem infolinii medycznej.

15% zniżki, bez limitu

- mammografia,
- urografia (zdjęcie nerek, moczowodów i pęcherza),
- wlew doodbytniczy.

Diagnostyka ultrasonograficzna

Realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej. Nie obejmuje badań USG 4-D i USG genetycznego.

Bezpłatnie, bez limitu

- USG gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne,
- USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne,
- USG ginekologiczne przez pochwową (transwaginalne),
- USG scriningowe ginekologiczne,
- USG miednicy małej,
- USG piersi,
- USG tarczycy,
- USG ciąży.

15% zniżki, bez limitu

- echokardiografia (ECHO),
- USG dopplerowskie naczyń jamy brzusznej,
- USG dopplerowskie szyi,
- USG dopplerowskie kończyn,
- USG gruczołu krokowego transrektalne.

Diagnostyka obrazowa TK i NMR

15% zniżki, bez limitu

Realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej (z

wyłączeniem angiorezonansu, angiotomografii, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, kolonoskopii TK wirtualnej, tomografii HR-CT, tomografii 32-rzędowej i wyższej, enterografii-MRI, HRT, OCT, SL-OCT). Nie obejmuje kosztu kontrastu.

- TK i NMR głowy (przysadki, zatok, oczodołów, kości skroniowych, szyi, krani, uszu),
- TK i NMR tkanek miękkich szyi,
- TK i NMR klatki piersiowej,
- TK i NMR jamy brzusznej,
- TK i NMR miednicy,
- TK i NMR kości,
- TK i NMR stawów,
- TK i NMR kręgosłupa (szyjnego, piersiowego, lędźwiowego),
- TK i NMR kończyny górnej i dolnej (ręki, ramienia, przedramienia, nadgarstka, uda, podudzia, stopy).

Diagnostyka endoskopowa

15% zniżki, bez limitu

Realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej (z pobraniem materiału i oceną histopatologiczną – w uzasadnionych medycznie przypadkach). Nie obejmuje kosztu znieczulenia ogólnego oraz badań video.

- gastroscopia/ gastrofiberoskopia diagnostyczna (z możliwością wykonania testu ureazowego),
- sigmoidoskopia,
- rektoskopia,
- kolonoskopia.

Badania czynnościowe

Realizowane zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.

Bezpłatnie, bez limitu

- spirometria.

15% zniżki, bez limitu

- EKG – pomiar całodobowy metodą Holtera,
- EKG – próba wysiłkowa,
- pomiar całodobowy ciśnienia tętniczego (metodą Holtera ciśnieniowego),
- EEG – encefalografia w trybie czuwania (z wyłączeniem EEG we śnie, EEG biofeedback, video EEG),
- EMG – elektromiografia,
- densytometria kręgosłupa,
- densytometria kości udowej,
- densytometria kości obu rąk,
- audiometria tonalna,
- audiometria impedancyjna (tympanogram).

Prowadzenie ciąży

Bezpłatnie, bez limitu

Prowadzenie ciąży fizjologicznej obejmuje opiekę lekarza ginekologa, konsultacje i badania diagnostyczne oraz czynne poradnictwo w zakresie fizjologii przebiegu ciąży i porodu, zgodnie z zakresem ubezpieczenia. Badania realizowane zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.

Opieka stomatologiczna – stomatologia zachowawcza

Bezpłatnie, raz w roku

- przegląd stomatologiczny.

20% zniżki, bez limitu

- wypełnienie zęba,
- leczenie zęba mlecznego (wypełnienie),
- ekstrakcja zęba mlecznego,
- leczenie zgorzeli,
- odbudowa zęba,
- opatrunek leczniczy,

- trepanacja zęba,
- znieczulenie (nasiękowe lub przewodowe),
- znieczulenie The Wand,
- wypełnienie kanału,
- czasowe wypełnienie kanału,
- reendo – powtórne leczenie kanałowe,
- opracowanie i udrożnienie kanału tradycyjne,
- opracowanie i udrożnienie kanału maszynowe,
- usunięcie złamanego narzędzia z kanału,
- dewitalizacja,
- ekstrypcja miazgi,
- wypełnienie kanału – pod mikroskopem,
- wypełnienie ostateczne korony zęba przy leczeniu kanałowym,
- leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej,
- lakierowanie zębów fluorem,
- lakowanie zębów,
- piaskowanie zębów,
- scaling złogów nazębnych,
- RTG zęba.

Zniżki realizowane w stosunku do ceny usługi obowiązującej w placówce.

Zakres KOMFORT

Rezerwacja świadczeń medycznych

Całodobowo, bez limitu

Dostęp do całodobowej infolinii – umawianie terminu realizacji świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem specjalnej infolinii PZU.

Infolinia udziela również informacji o usługach realizowanych w poszczególnych placówkach medycznych oraz o zakresie terytorialnym wizyt domowych.

Serwis SMS

Bezpłatnie, bez limitu

Potwierdzenie terminu świadczeń za pośrednictwem SMS.

Konsultacje lekarskie

Porady lekarskie realizowane bez skierowania w sytuacjach chorobowych, udzielane przez lekarzy specjalistów wskazanych przez Świadczeniodawcę w godzinach pracy placówek medycznych oraz zgodnie z aktualnym harmonogramem pracy placówek.

Konsultacje specjalistyczne obejmują: wywiad, poradę specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Konsultacje specjalistyczne nie obejmują konsultacji profesorskich (lekarzy posiadających tytuł naukowy: doktor habilitowany, docent, profesor).

W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, dostęp do konsultacji specjalistycznych zależy od dostępności danego specjalisty dziecięcego w danej lokalizacji.

Bezpłatnie, bez limitu

1. internista (lekarz chorób wewnętrznych),
2. lekarz rodzinny,
3. pediatra,
4. alergolog,
5. anestezjolog,
6. audiolog,
7. chirurg ogólny,
8. chirurg onkolog,
9. dermatolog,
10. diabetolog,
11. endokrynolog,
12. gastrolog,
13. ginekolog,
14. hematolog,
15. hepatolog,
16. kardiolog,
17. nefrolog,
18. neurolog,
19. okulista,

20. onkolog,
21. ortopeda,
22. otolaryngolog,
23. pulmonolog,
24. reumatolog,
25. urolog.

Zabiegi ambulatoryjne

Bezpłatnie, bez limitu

Zabiegi wykonywane w ramach porady lekarskiej przez lekarza lub pielęgniarkę, z zastrzeżeniem że istnieje wskazanie medyczne i możliwość wykonania czynności w warunkach ambulatoryjnych w danej placówce bez szkody dla Ubezpieczonego.

1. Zabiegi pielęgniarstwa:

- pomiar ciśnienia,
- pomiar wzrostu i wagi ciała,
- iniekcje: domięśniowe, dożylnie, podskórne,
- podłączenie wlewu kroplowego,
- pobranie krwi.

2. Zabiegi ogólnolekarskie:

- zakładanie cewników (bez kosztu cewnika),
- pobieranie materiałów do badań mikrobiologicznych,
- opatrzenie drobnych urazów (rany, skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania – bez kosztu stabilizatorów i gipsu),
- usunięcie kleszcza.

3. Zabiegi alergologiczne:

- odczulanie (bez kosztu podawanych leków).

4. Zabiegi chirurgiczne:

- nacięcie ropnia,
- leczenie wrośniętego paznokcia,
- szycie rany,
- zdjęcie szwów.

5. Zabiegi ginekologiczne:

- pobranie materiału do badania cytologicznego.

6. Zabiegi okulistyczne:

- badanie dna oka,
- badanie ostrości widzenia,
- badanie pola widzenia,
- pomiar ciśnienia śródgałkowego,
- usunięcie ciała obcego z oka,
- dobór szkieł korekcyjnych.

7. Zabiegi ortopedyczne:

- opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania – bez kosztu stabilizatorów i gipsu).

8. Zabiegi otolaryngologiczne:

- płukanie uszu,

- przedmuchiwanie trąbki słuchowej,
- usunięcie ciała obcego z ucha/nosa/gardła,
- postępowanie zachowawcze w krwawieniu z nosa,
- opatrunek uszny z lekiem.

9. Zabiegi urologiczne:

- zakładanie cewników (bez kosztu cewnika).

Diagnostyka laboratoryjna

Diagnostyka realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.

1. Badania hematologiczne i układu krzepnięcia:

Bezpłatnie, bez limitu

- czas częściowej tromboplastyny po aktywacji/ czas kaolinowo-kefalinowy (APTT),
- czas protrombinowy (PT),
- fibrynogen (FIBR),
- morfologia krwi z pełnym różnicowaniem granulocytów,
- morfologia krwi bez rozmazu,
- hematokryt,
- odczyn opadania krwinek czerwonych (OB),
- leukocyty,
- płytki krwi,
- retikulocyty.

2. Badania biochemiczne:

Bezpłatnie, bez limitu

- albuminy,
- aminotransferaza alaninowa (ALT),
- aminotransferaza asparaginianowa (AST),
- amylaza,
- białko całkowite,
- białko C-reaktywne (CRP),
- bilirubina bezpośrednia,
- bilirubina całkowita,
- chlorki (Cl),
- cholesterol całkowity,
- cholesterol HDL,
- cholesterol LDL,
- czynnik reumatoidalny (RF),
- dehydrogenaza mleczanowa (LDH),
- fosfataza alkaliczna (AP),
- fosfataza kwaśna całkowita,
- fosfataza sterczowa,
- gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP),
- glukoza,
- hemoglobina glikowana (HbA1C),
- kinaza fosfokreatynowa,
- kreatynina,
- kwas moczowy,
- mocznik,
- potas (K),
- lipidogram,
- proteinogram,
- sód (Na),
- test obciążenia glukozą,
- triglicerydy,
- wapń całkowity (Ca),
- żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC),
- żelazo (Fe).

15% zniżki, bez limitu

- antygen swoisty dla stercza – PSA całkowite,
- ferrytyna,
- transferyna.

3. Badania serologiczne i immunologiczne:

Bezpłatnie, bez limitu

- antygen HBs,
- antystreptolizyna O (ASO),
- oznaczenie grupy krwi układu A, B, O, Rh(D) z oceną hemolizyn,
- odczyn Waalera-Rosego,
- odczyn VDRL (USR/RPR),
- przeciwciała przeciw HBs.

4. Badania hormonalne:

Bezpłatnie, bez limitu

- hormon tyreotropowy (TSH),

15% zniżki, bez limitu

- aldosteron,
- dehydroepiandrosteronu siarczan (DHEAS),
- estradiol,
- hormon adrenokortykotropowy (ACTH),
- hormon folikulotropowy (FSH),
- hormon luteinizujący (LH),
- kortyzol,
- osteokalcyna,
- parathormon (PTH),
- progesteron,
- prolaktyna (PRL),
- testosteron,
- trijodotyronina całkowita (TT3),
- trijodotyronina wolna (FT3),
- tyroksyna całkowita (TT4),
- tyroksyna wolna (FT4).

5. Badania immunologiczne:

15% zniżki, bez limitu

- immunoglobulina E całkowite (IgE),
- przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej (ATPO),
- przeciwciała przeciw tyreoglobulinie (ATG).

6. Badania wirusologiczne:

15% zniżki, bez limitu

- antygen HBe,
- przeciwciała przeciw HBe,
- przeciwciała przeciw HCV,
- przeciwciała przeciw HIV,
- przeciwciała przeciw rubella (różyczka) (IgG, IgM),
- przeciwciała przeciw toksoplazmoza gondii (IgG, IgM),
- przeciwciała przeciw mononukleozie zakaźnej/ EBV (IgM).

7. Badania bakteriologiczne:

Bezpłatnie, bez limitu

- posiew z gardła,
- posiew z rany,
- posiew z moczu z antybiogramem,
- posiew kału ogólny,
- posiew kału w kierunku Salmonella-Shigella.

8. Badania moczu:

Bezpłatnie, bez limitu

- amylaza w moczu,
- badanie ogólne moczu (profil),
- białko w moczu,
- glukoza w moczu,
- kreatynina w moczu,
- wapń w moczu.

9. Badania kału:

Bezpłatnie, bez limitu

- badanie ogólne kału,
- krew utajona w kale,
- pasożyty/ jaja pasożytów w kale.

10. Badania inne:

Bezpłatnie, bez limitu

- cytologia wymazu z szyjki macicy (z wyłączeniem cytologii płynnej),

15% zniżki, bez limitu

- biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG (z możliwością wykonania badania histopatologicznego),
- skórne testy alergiczne – panel pokarmowy,
- skórne testy alergiczne – panel wziewny,
- skórne testy alergiczne – panel mieszany.

Diagnostyka radiologiczna

Diagnostyka realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy we wskazanych

przez Świadczeniodawcę placówek za pośrednictwem infolinii medycznej.

Bezpłatnie, bez limitu

- RTG czaszki,
- RTG okolicy czołowej,
- RTG żuchwy,
- RTG szczęki,
- RTG zatok nosa,
- RTG nosa,
- RTG oczodołu,
- RTG okolicy nadoczodołowej,
- RTG spojenia żuchwy,
- RTG okolicy jarzmowo-szczękowej,
- RTG krtani,
- RTG przewodu nosowo-łzowego,
- RTG nosogardzieli,
- RTG gruczołów ślinowych,
- RTG okolicy tarczycy,
- RTG języczka,
- RTG tkanek miękkich klatki piersiowej,
- RTG kręgosłupa (całego, szyjnego, piersiowego, lędźwiowo-krzyżowego),
- RTG barku,
- RTG łopatki,
- RTG mostka,
- RTG żeber,
- RTG stawów,
- RTG ramienia,
- RTG łokcia,
- RTG przedramienia,
- RTG nadgarstka,
- RTG dłoni,
- RTG palca,
- RTG kończyny górnej,
- RTG kończyny dolnej,
- RTG miednicy,
- RTG biodra,
- RTG uda,
- RTG kolana,
- RTG podudzia,
- RTG kostki,
- RTG stopy,
- RTG przeglądowe jamy brzusznej.

15% zniżki, bez limitu

- mammografia,
- urografia (zdjęcie nerek, moczowodów i pęcherza),
- wlew doodbytniczy.

Diagnostyka ultrasonograficzna

Realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej. Nie obejmuje badań USG 4-D i USG genetycznego.

Bezpłatnie, bez limitu

- USG gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne,
- USG gruczołu krokowego transrektalne,
- USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne,
- USG ginekologiczne przezpochwowe (transwaginalne),
- USG scriningowe ginekologiczne,
- USG miednicy małej,
- USG piersi,
- USG przeglądowe jamy brzusznej i przewodu pokarmowego (trzustki, wątroby, dróg żółciowych, żołądka, dwunastnicy),
- USG układu moczowego (nerek, moczowodów, pęcherza moczowego),
- USG tarczycy,
- USG mięśni,
- USG stawów biodrowych,
- USG stawów kolanowych,
- USG stawów łokciowych,
- USG stawów skokowych,
- USG stawów barkowych,
- USG drobnych stawów i więzadeł,
- USG ścięgna,
- USG węzłów chłonnych,
- USG krtani,
- USG nadgarstka,
- USG palca,
- USG tkanek miękkich,
- USG ciąży.

15% zniżki, bez limitu

- echokardiografia (ECHO),
- USG dopplerowskie naczyń jamy brzusznej,
- USG dopplerowskie szyi,
- USG dopplerowskie kończyn.

Diagnostyka obrazowa TK i NMR

15% zniżki, bez limitu

Realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej (z wyłączeniem angiorezonansu, angiotomografii, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, kolonoskopii TK wirtualnej, tomografii HR-CT, tomografii 32-rzędowej i wyższej, enterografii-MRI, HRT, OCT, SL-OCT). Nie obejmuje kosztu kontrastu.

- TK i NMR głowy (przysadki, zatok, oczodołów, kości skroniowych, szyi, krtani, uszu),
- TK i NMR tkanek miękkich szyi,
- TK i NMR klatki piersiowej,
- TK i NMR jamy brzusznej,
- TK i NMR miednicy,
- TK i NMR kości,
- TK i NMR stawów,
- TK i NMR kręgosłupa (szyjnego, piersiowego, lędźwiowego),
- TK i NMR kończyny górnej i dolnej (ręki, ramienia, przedramienia, nadgarstka, uda, podudzia, stopy).

Diagnostyka endoskopowa

15% zniżki, bez limitu

Realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej (z pobraniem materiału i oceną histopatologiczną – w uzasadnionych medycznie przypadkach). Nie obejmuje kosztu znieczulenia ogólnego oraz badań video.

- gastroskopia/ gastrofiberoskopia diagnostyczna (z możliwością wykonania testu ureazowego),
- sigmoidoskopia,
- rektoskopia,
- kolonoskopia.

Badania czynnościowe

Realizowane zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.

Bezpłatnie, bez limitu

- EKG spoczynkowe,
- spirometria.

15% zniżki, bez limitu

- EKG – pomiar całodobowy metodą Holtera,
- EKG – próba wysiłkowa,
- pomiar całodobowy ciśnienia tętniczego (metodą Holtera ciśnieniowego),
- EEG – encefalografia w trybie czuwania (z wyłączeniem EEG we śnie, EEG biofeedback, video EEG),
- EMG – elektromiografia,
- densytometria kręgosłupa,
- densytometria kości udowej,
- densytometria kości obu rąk,
- audiometria tonalna,
- audiometria impedancyjna (tympnogram).

Prowadzenie ciąży

Bezpłatnie, bez limitu

Prowadzenie ciąży fizjologicznej obejmuje opiekę lekarza ginekologa, konsultacje i badania diagnostyczne oraz czynne poradnictwo w zakresie fizjologii przebiegu ciąży i porodu, zgodnie z zakresem ubezpieczenia. Badania realizowane zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.

Szczepienia ochronne

Usługa obejmuje konsultację kwalifikującą do szczepienia, iniekcję oraz koszt szczepionki.

Bezpłatnie, raz w roku

- szczepienie przeciwko grypie sezonowej.

Bezpłatnie, bez limitu

- anatoksyna przeciw tężcowi.

Opieka stomatologiczna – stomatologia zachowawcza

Bezpłatnie, raz w roku

- przegląd stomatologiczny.

20% zniżki, bez limitu

- wypełnienie zęba,
- leczenie zęba mlecznego (wypełnienie),
- ekstrakcja zęba mlecznego,
- leczenie zgorzeli,
- odbudowa zęba,
- opatrunek leczniczy,
- trepanacja zęba,
- znieczulenie (nasiękowe lub przewodowe),
- znieczulenie The Wand,
- wypełnienie kanału,
- czasowe wypełnienie kanału,
- reendo – powtórne leczenie kanałowe,
- opracowanie i udrożnienie kanału tradycyjne,
- opracowanie i udrożnienie kanału maszynowe,
- usunięcie złamanego narzędzia z kanału,
- dewitalizacja,
- ekstyrapacja miazgi,
- wypełnienie kanału – pod mikroskopem,
- wypełnienie ostateczne korony zęba przy leczeniu kanałowym,
- leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej,
- lakierowanie zębów fluorem,
- lakowanie zębów,
- piaskowanie zębów,
- scaling złogów nazębnych,
- RTG zęba.

Wizyty domowe

Bezpłatnie, 2 wizyty w roku

Porady lekarskie internisty lub lekarza rodzinnego albo pediatry udzielane całodobowo w domu ubezpieczonego, konieczne z uwagi na stan zdrowia Ubezpieczonego uniemożliwiający mu przybycie do placówki medycznej.

Wizyty domowe obejmują tylko przypadki nagłych zachorowań lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia. Wizyta domowa ma na celu postawienie diagnozy i rozpoczęcie leczenia, natomiast kontynuacja leczenia, a także wizyty kontrolne odbywają się we wskazanych placówkach medycznych.

Usługa realizowana jest w zakresie terytorialnym określonym przez Świadczeniodawcę (informacja dostępna na infolinii). Decyzja o konieczności realizacji wizyty domowej podejmowana jest na podstawie przeprowadzonego wywiadu.

Zniżki realizowane w stosunku do ceny usługi obowiązującej w placówce.

Zakres KOMFORT PLUS Rezerwacja świadczeń medycznych

Całodobowo, bez limitu

Dostęp do całodobowej infolinii – umawianie terminu realizacji świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem specjalnej infolinii PZU.

Infolinia udziela również informacji o usługach realizowanych w poszczególnych placówkach medycznych oraz o zakresie terytorialnym wizyt domowych.

Serwis SMS

Bezpłatnie, bez limitu

Potwierdzenie terminu świadczeń za pośrednictwem SMS.

Konsultacje lekarskie

Porady lekarskie realizowane bez skierowania w sytuacjach chorobowych, udzielane przez lekarzy specjalistów wskazanych przez Świadczeniodawcę w godzinach pracy placówek medycznych oraz zgodnie z aktualnym harmonogramem pracy placówek.

Konsultacje specjalistyczne obejmują: wywiad, poradę specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Konsultacje specjalistyczne nie obejmują konsultacji profesorskich (lekarzy posiadających tytuł naukowy: doktor habilitowany, docent, profesor).

W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, dostęp do konsultacji specjalistycznych zależy od dostępności danego specjalisty dziecięcego w danej lokalizacji.

Bezpłatnie, bez limitu

1. internista (lekarz chorób wewnętrznych),
2. lekarz rodzinny,
3. pediatra,
4. alergolog,
5. anestezjolog,
6. audiolog,
7. chirurg ogólny,
8. chirurg onkolog,
9. dermatolog,
10. diabetolog,
11. endokrynolog,
12. gastrolog,
13. ginekolog,
14. hematolog,
15. hepatolog,
16. kardiolog,
17. lekarz chorób zakaźnych,
18. nefrolog,
19. neurochirurg,
20. neurolog,
21. okulista,
22. onkolog,
23. ortopeda,
24. otolaryngolog,
25. pulmonolog,
26. radiolog,
27. reumatolog,
28. urolog,
29. wenerolog.

Bezpłatnie, 4 wizyty w roku

30. psychiatra.

Zabiegi ambulatoryjne

Bezpłatnie, bez limitu

Zabiegi wykonywane w ramach porady lekarskiej przez lekarza lub pielęgniarkę, z zastrzeżeniem że istnieje wskazanie medyczne i możliwość wykonania czynności w warunkach ambulatoryjnych w danej placówce bez szkody dla Ubezpieczonego.

1. Zabiegi pielęgniarские:

- pomiar ciśnienia,
- pomiar wzrostu i wagi ciała,
- iniekcje: domięśniowe, dożylnie, podskórne,

- podłączenie wlewu kroplowego,
- pobranie krwi.

2. Zabiegi ogólnolekarskie:

- zakładanie cewników (bez kosztu cewnika),
- pobieranie materiałów do badań mikrobiologicznych,
- opatrzenie drobnych urazów (rany, skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania – bez kosztu stabilizatorów i gipsu),
- usunięcie kleszcza.

3. Zabiegi alergologiczne:

- odczulanie (bez kosztu podawanych leków).

4. Zabiegi chirurgiczne:

- nacięcie ropnia,
- leczenie wrosniętego paznokcia,
- szycie rany,
- zdjęcie szwów.

5. Zabiegi ginekologiczne:

- pobranie materiału do badania cytologicznego.

6. Zabiegi okulistyczne:

- badanie dna oka,
- badanie ostrości widzenia,
- badanie pola widzenia,
- pomiar ciśnienia śródgałkowego,
- usunięcie ciała obcego z oka,
- dobór szkieł korekcyjnych.

7. Zabiegi ortopedyczne:

- opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania – bez kosztu stabilizatorów i gipsu).

8. Zabiegi otolaryngologiczne:

- płukanie uszu,
- przedmuchiwanie trąbki słuchowej,
- usunięcie ciała obcego z ucha/nosa/gardła,
- postępowanie zachowawcze w krwawieniu z nosa,
- opatrunek uszny z lekiem.

9. Zabiegi urologiczne:

- zakładanie cewników (bez kosztu cewnika).

Diagnostyka laboratoryjna

Bezpłatnie, bez limitu

Diagnostyka realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.

1. Badania hematologiczne i układu krzepnięcia:

- czas częściowej tromboplastyny po aktywacji/ czas kaolinowo-kefalinowy (APTT),
- czas protrombinowy (PT),
- czas trombinowy,
- fibrynogen (FIBR),
- morfologia krwi z pełnym różnicowaniem granulocytów,
- morfologia krwi bez rozmazu,
- hematokryt,
- odczyn opadania krwinek czerwonych (OB),
- leukocyty,
- płytki krwi,
- retikulocyty.

2. Badania biochemiczne:

- albuminy,
- aminotransferaza alaninowa (ALT),
- aminotransferaza asparaginianowa (AST),
- amylaza,
- białko całkowite,
- białko C-reaktywne (CRP),
- bilirubina bezpośrednia,
- bilirubina pośrednia,
- bilirubina całkowita,
- ceruloplazmina,
- chlorki (Cl),
- cholesterol całkowity,
- cholesterol HDL,
- cholesterol LDL,
- czynnik reumatoidalny (RF),
- dehydrogenaza mleczanowa (LDH),

- fosfataza alkaliczna (AP),
- fosfataza kwaśna całkowita,
- fosfataza sterczowa,
- fosforany,
- gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP),
- glukoza,
- kinaza fosfokreatynowa,
- kreatynina,
- kwas moczowy,
- lipidogram,
- mocznik,
- potas (K),
- proteinogram,
- sód (Na),
- test obciążenia glukozą,
- triglicerydy,
- wapń całkowity (Ca),
- witamina B12,
- żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC),
- żelazo (Fe),
- antygen swoisty dla stercza – PSA całkowite,
- ferrytyna,
- hemoglobina glikowana (HbA1C),
- transferyna.

3. Badania serologiczne i immunologiczne:

- antygen HBs,
- antystreptolizyna O (ASO),
- oznaczenie grupy krwi układu A, B, O, Rh(D) z oceną hemolizyn,
- odczyn Waalera-Rosego,
- odczyn VDRL (USR/RPR),
- przeciwciała przeciw HBs,
- odczyn Coombsa BTA,
- badanie przeglądowe na obecność przeciwciał.

4. Badania hormonalne:

- hormon tyreotropowy (TSH),
- aldosteron,
- dehydroepiandrosteronu siarczan (DHEAS),
- estradiol,
- hormon adrenokortykotropowy (ACTH),
- hormon folikulotropowy (FSH),
- hormon luteinizujący (LH),
- kortyzol,
- osteokalcyna,
- parathormon (PTH),
- progesteron,
- prolaktyna (PRL),
- prolaktyna (PRL) po metoclopramidzie,
- testosteron,
- trijodotyronina całkowita (TT3),
- trijodotyronina wolna (fT3),
- tyroksyna całkowita (TT4),
- tyroksyna wolna (fT4).

5. Badania immunologiczne:

- immunoglobulina E całkowite (IgE),
- przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej (ATPO),
- przeciwciała przeciw tyreoglobulinie (ATG),
- przeciwciała przeciw Chlamydia trachomatis (IgA, IgG, IgM),
- przeciwciała przeciw Helicobacter pylori.

6. Badania wirusologiczne:

- antygen HBe,
- przeciwciała przeciw HBe,
- przeciwciała przeciw HCV,
- przeciwciała przeciw HIV,
- przeciwciała przeciw rubella (różyczka) (IgG, IgM),
- przeciwciała przeciw toksoplazmoza gondii (IgG, IgM),
- przeciwciała przeciw mononukleozie zakaźnej/ EBV (IgM).

7. Badania bakteriologiczne:

- posiew z gardła,
- posiew z gardła z antybiogramem,
- posiew z rany,
- posiew z moczu z antybiogramem,
- posiew kału ogólny,
- posiew kału w kierunku Salmonella-Shigella,
- posiew wymazu z odbytu,
- posiew nasienia,

- posiew płwociny.

8. Badania moczu:

- amylaza w moczu,
- badanie ogólne moczu (profil),
- białko w moczu,
- glukoza w moczu,
- kreatynina w moczu,
- wapń w moczu.

9. Badania kału:

- badanie ogólne kału,
- krew utajona w kale,
- pasożyty/ jaja pasożytów w kale,
- resztki pokarmowe w kale,
- kał na lamblie ELISA.

10. Badania inne:

- cytologia wymazu z szyjki macicy (z wyłączeniem cytologii płynnej),
- biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG (z możliwością wykonania badania histopatologicznego),
- skórne testy alergiczne – panel pokarmowy,
- skórne testy alergiczne – panel wziewny,
- skórne testy alergiczne – panel mieszany.

Diagnostyka radiologiczna

Bezpłatnie, bez limitu

Diagnostyka realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy we wskazanych przez Świadczeniodawcę placówkach za pośrednictwem infolinii medycznej.

- RTG czaszki,
- RTG okolicy czołowej,
- RTG żuchwy,
- RTG szczęki,
- RTG zatok nosa,
- RTG nosa,
- RTG oczodołu,
- RTG okolicy nadoczodołowej,
- RTG spojenia żuchwy,
- RTG okolicy jarzmowo-szczękowej,
- RTG krtani,
- RTG przewodu nosowo-łzowego,
- RTG nosogardzieli,
- RTG gruczołów ślinowych,
- RTG okolicy tarczycy,
- RTG języczka,
- RTG tkanek miękkich klatki piersiowej,
- RTG kręgosłupa (całego, szyjnego, piersiowego, lędźwiowo-krzyżowego),
- RTG barku,
- RTG łopatk,
- RTG mostka,
- RTG żeber,
- RTG stawów,
- RTG ramienia,
- RTG łokcia,
- RTG przedramienia,
- RTG nadgarstka,
- RTG dłoni,
- RTG palca,
- RTG kończyny górnej,
- RTG kończyny dolnej,
- RTG miednicy,
- RTG biodra,
- RTG uda,
- RTG kolana,
- RTG podudzia,
- RTG kostki,
- RTG stopy,
- RTG przeglądowe jamy brzusznej,
- mammografia,
- urografia (zdjęcie nerek, moczowodów i pęcherza),
- wlew doodbytniczy.

Diagnostyka ultrasonograficzna

Bezpłatnie, bez limitu

Realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych

przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej. Nie obejmuje badań USG 4-D i USG genetycznego.

- USG gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne,
- USG gruczołu krokowego transrektalne,
- USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne,
- USG ginekologiczne przezpochwowe (transwaginalne),
- USG scriningowe ginekologiczne,
- USG miednicy małej,
- USG piersi,
- USG przeglądowe jamy brzusznej i przewodu pokarmowego (trzustki, wątroby, dróg żółciowych, żołądka, dwunastnicy),
- USG układu moczowego (nerek, moczowodów, pęcherza moczowego),
- USG tarczycy,
- USG mięśni,
- USG stawów biodrowych,
- USG stawów kolanowych,
- USG stawów łokciowych,
- USG stawów skokowych,
- USG stawów barkowych,
- USG drobnych stawów i więzadeł,
- USG ścięgna,
- USG węzłów chłonnych,
- USG krtani,
- USG nadgarstka,
- USG palca,
- USG tkanek miękkich,
- USG ciąży,
- echokardiografia (ECHO),
- USG dopplerowskie naczyń jamy brzusznej,
- USG dopplerowskie szyi,
- USG dopplerowskie kończyn.

Diagnostyka obrazowa TK i NMR

Bezpłatnie, bez limitu

Realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej (z wyłączeniem angiorezonansu, angiotomografii, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, kolonoskopii TK wirtualnej, tomografii HR-CT, tomografii 32-rzędowej i wyższej, enterografii-MRI, HRT, OCT, SL-OCT). Nie obejmuje kosztu kontrastu.

- TK i NMR głowy (przysadki, zatok, oczodołów, kości skroniowych, szyi, krtani, uszu),
- TK i NMR tkanek miękkich szyi,
- TK i NMR klatki piersiowej,
- TK i NMR jamy brzusznej,
- TK i NMR miednicy,
- TK i NMR kości,
- TK i NMR stawów,
- TK i NMR kręgosłupa (szyjnego, piersiowego, lędźwiowego),
- TK i NMR kończyny górnej i dolnej (ręki, ramienia, przedramienia, nadgarstka, uda, podudzia, stopy).

Diagnostyka endoskopowa

Bezpłatnie, bez limitu

Realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej (z pobraniem materiału i oceną histopatologiczną – w uzasadnionych medycznie przypadkach). Nie obejmuje kosztu znieczulenia ogólnego oraz badań video.

- gastroskopia/ gastrofiberoskopia diagnostyczna (z możliwością wykonania testu ureazowego),
- sigmoidoskopia,
- rektoskopia,
- kolonoskopia.

Badania czynnościowe

Bezpłatnie, bez limitu

Realizowane zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.

- EKG spoczynkowe,
- spirometria,
- EKG – pomiar całodobowy metodą Holtera,

- EKG – próba wysiłkowa,
- pomiar całodobowy ciśnienia tętniczego (metodą Holtera ciśnieniowego),
- EEG – encefalografia w trybie czuwania (z wyłączeniem EEG we śnie, EEG biofeedback, video EEG),
- EMG – elektromiografia,
- densytometria kręgosłupa,
- densytometria kości udowej,
- densytometria kości obu rąk,
- audiometria tonalna,
- audiometria impedancyjna (tympnogram).

Prowadzenie ciąży

Bezpłatnie, bez limitu

Prowadzenie ciąży fizjologicznej obejmuje opiekę lekarza ginekologa, konsultacje i badania diagnostyczne oraz czynne poradnictwo w zakresie fizjologii przebiegu ciąży i porodu, zgodnie z zakresem ubezpieczenia. Badania realizowane zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.

Szczepienia ochronne

Usługa obejmuje konsultację kwalifikującą do szczepienia, iniekcję oraz koszt szczepionki.

Bezpłatnie, raz w roku

- szczepienie przeciwko grypie sezonowej.

Bezpłatnie, bez limitu

- anatoksyna przeciw tężcowi.

Opieka stomatologiczna – stomatologia zachowawcza

Bezpłatnie, raz w roku

- przegląd stomatologiczny.

20% zniżki, bez limitu

- wypełnienie zęba,
- leczenie zęba mlecznego (wypełnienie),
- ekstrakcja zęba mlecznego,
- leczenie zgorzeli,
- odbudowa zęba,
- opatrunek leczniczy,
- trepanacja zęba,
- znieczulenie (nasiękowe lub przewodowe),
- znieczulenie The Wand,
- wypełnienie kanału,
- czasowe wypełnienie kanału,
- reendo – powtórne leczenie kanałowe,
- opracowanie i udrożnienie kanału tradycyjne,
- opracowanie i udrożnienie kanału maszynowe,
- usunięcie złamanego narzędzia z kanału,
- dewitalizacja,
- ekstrypcja miazgi,
- wypełnienie kanału – pod mikroskopem,
- wypełnienie ostateczne korony zęba przy leczeniu kanałowym,
- leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej,
- lakierowanie zębów fluorem,
- lakowanie zębów,
- piaskowanie zębów,
- scaling złogów nazębnych,
- RTG zęba.

Wizyty domowe

Bezpłatnie, 4 wizyty w roku

Porady lekarskie internisty lub lekarza rodzinnego albo pediatry udzielane całodobowo w domu ubezpieczonego, konieczne z uwagi na stan zdrowia Ubezpieczonego uniemożliwiający mu przybycie do placówki medycznej.

Wizyty domowe obejmują tylko przypadki nagłych zachorowań lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia. Wizyta domowa ma na celu postawienie diagnozy i rozpoczęcie leczenia, natomiast kontynuacja leczenia, a także wizyty kontrolne odbywają się we wskazanych placówkach medycznych.

Usługa realizowana jest w zakresie terytorialnym określonym przez

Świadczeniodawcę (informacja dostępna na infolinii). Decyzja o konieczności realizacji wizyty domowej podejmowana jest na podstawie przeprowadzonego wywiadu.

Zniżki realizowane w stosunku do ceny usługi obowiązującej w placówce.

Zakres OPTIMUM

Rezerwacja świadczeń medycznych

Całodobowo, bez limitu

Dostęp do całodobowej infolinii – umawianie terminu realizacji świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem specjalnej infolinii PZU.

Infolinia udziela również informacji o usługach realizowanych w poszczególnych placówkach medycznych oraz o zakresie terytorialnym wizyt domowych.

Serwis SMS

Bezpłatnie, bez limitu

Potwierdzenie terminu świadczeń za pośrednictwem SMS.

Konsultacje lekarskie

Porady lekarskie realizowane bez skierowania w sytuacjach chorobowych, udzielane przez lekarzy specjalistów wskazanych przez Świadczeniodawcę w godzinach pracy placówek medycznych oraz zgodnie z aktualnym harmonogramem pracy placówek.

Konsultacje specjalistyczne obejmują: wywiad, poradę specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Konsultacje specjalistyczne nie obejmują konsultacji profesorskich (lekarzy posiadających tytuł naukowy: doktor habilitowany, docent, profesor).

W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, dostęp do konsultacji specjalistycznych zależy od dostępności danego specjalisty dziecięcego w danej lokalizacji.

Bezpłatnie, bez limitu

1. internista (lekarz chorób wewnętrznych),
2. lekarz rodzinny,
3. pediatra,
4. alergolog,
5. anestezjolog,
6. audiolog,
7. chirurg ogólny,
8. chirurg naczyniowy,
9. chirurg onkolog,
10. dermatolog,
11. diabetolog,
12. endokrynolog,
13. gastrolog,
14. ginekolog,
15. hematolog,
16. hepatolog,
17. kardiolog,
18. lekarz chorób zakaźnych,
19. lekarz specjalista rehabilitacji,
20. nefrolog,
21. neurochirurg,
22. neurolog,
23. okulista,
24. onkolog,
25. ortopeda,
26. otolaryngolog,
27. proktolog,
28. pulmonolog,
29. radiolog,
30. reumatolog,
31. urolog,
32. traumatolog,
33. wenerolog.

Bezpłatnie, 4 wizyty w roku

34. psychiatra,
35. psycholog.

Zabiegi ambulatoryjne

Bezpłatnie, bez limitu

Zabiegi wykonywane w ramach porady lekarskiej przez lekarza lub pielęgniarkę, z zastrzeżeniem że istnieje wskazanie medyczne i możliwość wykonania czynności w warunkach ambulatoryjnych w danej placówce bez szkody dla Ubezpieczonego.

1. Zabiegi pielęgniarские:

- pomiar ciśnienia,
- pomiar wzrostu i wagi ciała,
- iniekcje: domięśniowe, dożylnie, podskórne,
- podłączenie wlewu kroplowego,
- pobranie krwi.

2. Zabiegi ogólnolekarskie:

- zakładanie cewników (bez kosztu cewnika),
- pobieranie materiałów do badań mikrobiologicznych,
- opatrzenie drobnych urazów (rany, skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania – bez kosztu stabilizatorów i gipsu),
- usunięcie kleszcza.

3. Zabiegi alergologiczne:

- odczulanie (bez kosztu podawanych leków).

4. Zabiegi chirurgiczne:

- nacięcie ropnia,
- leczenie wrosniętego paznokcia,
- szycie rany,
- zdjęcie szwów.

5. Zabiegi ginekologiczne:

- pobranie materiału do badania cytologicznego.

6. Zabiegi okulistyczne:

- badanie dna oka,
- badanie ostrości widzenia,
- badanie pola widzenia,
- pomiar ciśnienia śródgałkowego,
- usunięcie ciała obcego z oka,
- dobór szkieł korekcyjnych.

7. Zabiegi ortopedyczne:

- opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania – bez kosztu stabilizatorów i gipsu).

8. Zabiegi otolaryngologiczne:

- płukanie uszu,
- przedmuchiwanie trąbki słuchowej,
- usunięcie ciała obcego z ucha/nosa/gardła,
- postępowanie zachowawcze w krwawieniu z nosa,
- opatrunek uszny z lekiem.

9. Zabiegi urologiczne:

- zakładanie cewników (bez kosztu cewnika).

Diagnostyka laboratoryjna

Bezpłatnie, bez limitu

Diagnostyka realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.

1. Badania hematologiczne i układu krzepnięcia:

- czas częściowej tromboplastyny po aktywacji/ czas kaolinowo-kefalinowy (APTT),
- czas protrombinowy (PT),
- fibrynogen (FIBR),
- morfologia krwi z pełnym różnicowaniem granulocytów,
- morfologia krwi bez rozmazu,
- hematokryt,
- hemoglobina,
- odczyn opadania krwinek czerwonych (OB),
- leukocyty,
- płytki krwi,
- retikulocyty.

2. Badania biochemiczne:

- albuminy,
- ALA kwas aminolewulinowy,
- aminotransferaza alaninowa (ALT),
- aminotransferaza asparaginianowa (AST),
- amylaza,
- apolipoproteina A1,
- białko całkowite,

- białko C-reaktywne (CRP),
- bilirubina bezpośrednia,
- bilirubina pośrednia,
- bilirubina całkowita,
- ceruloplazmina,
- chlorki (Cl),
- cholesterol całkowity,
- cholesterol HDL,
- cholesterol LDL,
- czynnik reumatoidalny (RF),
- dehydrogenaza mleczanowa (LDH),
- esteraza acetylocholinowa,
- fosfataza alkaliczna (AP),
- fosfataza kwaśna całkowita,
- fosfataza sterczowa,
- fosforany,
- fosfor,
- lipaza,
- magnez całkowity (Mg),
- miedź (Cu),
- gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP),
- glukoza,
- kinaza fosfokreatynowa,
- izoenzym CK-MB,
- kreatynina,
- kwas moczowy,
- kwas foliowy,
- lipidogram,
- mocznik,
- potas (K),
- proteinogram,
- seromukoid,
- sód (Na),
- test obciążenia glukozą,
- triglicerydy,
- wapń całkowity (Ca),
- witamina B12,
- żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC),
- żelazo (Fe),
- antygen swoisty dla stercza – PSA całkowite,
- ferrytyna,
- transferyna,
- BUN – azot mocznikowy,
- hemoglobina glikowana (HbA1C).

3. Badania serologiczne i immunologiczne:

- antygen HBs,
- antystreptolizyna O (ASO),
- oznaczenie grupy krwi układu A, B, O, Rh(D) z oceną hemolizyn,
- odczyn Waalera-Rosego,
- odczyn VDRL (USR/RPR),
- przeciwciała przeciw HBs,
- odczyn Coombsa BTA,
- badanie przeglądowe na obecność przeciwciał

4. Badania hormonalne:

- hormon tyreotropowy (TSH),
- tyreoglobulina,
- troponina,
- hormon wzrostu (GH),
- adrenalina,
- androstendion,
- androsteron,
- aldosteron,
- dehydroepiandrosteronu siarazan (DHEAS),
- estradiol,
- hormon adrenokortykotropowy (ACTH),
- hormon folikulotropowy (FSH),
- hormon luteinizujący (LH),
- insulina,
- kalcytonina,
- 17-hydroksykortykosteroidy,
- kortyzol,
- osteokalcyna,
- parathormon (PTH),
- progesteron,
- gonadotropina kosmówkowa (HCG),
- prolaktyna (PRL),
- prolaktyna (PRL) po metoclopramidzie,
- testosteron,
- trijodotyronina całkowita (TT3),
- trijodotyronina wolna (fT3),
- tyroksyna całkowita (TT4),
- tyroksyna wolna (fT4).

5. Badania immunologiczne:

- immunoglobulina E całkowite (IgE),
- przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej (ATPO),
- przeciwciała przeciw tyreoglobulinie (ATG),
- przeciwciała przeciw Chlamydia trachomatis (IgA, IgG, IgM),
- przeciwciała przeciw Helicobacter pylori,
- przeciwciała przeciw Chlamydia pneumoniae (IgA, IgM, IgG),
- przeciwciała przeciw cytoplazmie ANCA,
- przeciwciała przeciwjądrowe ANA,
- immunoglobulina G (IgG),
- immunoglobulina M (IgM),
- immunoglobulina A (IgA),
- przeciwciała przeciw CMV IGG (cytomegalia IgG),
- przeciwciała przeciw CMV IGA (cytomegalia IgA),
- przeciwciała przeciw CMV IGM (cytomegalia IgM),
- przeciwciała przeciw Hbc (IgM),
- przeciwciała przeciw HCV.

6. Badania wirusologiczne:

- antygen HBe,
- przeciwciała przeciw HBe,
- przeciwciała przeciw HCV,
- przeciwciała przeciw HIV,
- przeciwciała przeciw rubella (rózyczka) (IgG, IgM),
- przeciwciała przeciw toksoplazmoza gondii (IgG, IgM),
- przeciwciała przeciw mononukleozie zakaźnej/ EBV (IgM),
- przeciwciała przeciw Borrelia IgG,
- przeciwciała przeciw Borrelia IgM.

7. Badania bakteriologiczne:

- posiew z gardła,
- posiew z gardła z antybiogramem,
- posiew z rany,
- posiew z moczu z antybiogramem,
- posiew kału ogólny,
- posiew kału w kierunku Salmonella-Shigella,
- posiew wymazu z odbytu,
- posiew nasienia,
- posiew płwociny;
- mykogram,
- badanie mykologiczne z posiewem,
- Salmonella spp,
- posiew wymazu z nosa,
- posiew wymazu z oka,
- posiew wymazu z ucha,
- posiew wymazu z cewki,
- posiew wymazu ze zmiany,
- posiew wymazu z pochwy,
- posiew wymazu z kanału szyjki macicy.

8. Badania nowotworowe:

- AFP,
- antygen CA 125 (CA 125),
- antygen CA 15-3 (CA 15-3),
- antygen CA 19-9 (CA19-9),
- antygen karcyno-embryonalny (CEA).

9. Badania moczu:

- amylaza w moczu,
- badanie ogólne moczu (profil),
- białko w moczu,
- glukoza w moczu,
- kreatynina w moczu,
- wapń w moczu,
- fosforany w moczu – wydalanie dobowe,
- bilirubina w moczu,
- magnez w moczu,
- sód w moczu,
- potas w moczu,
- ciała ketonowe w moczu,
- glukoza w moczu – wydalanie dobowe,
- kwas moczowy – wydalanie dobowe,
- magnez w moczu – wydalanie dobowe,
- potas w moczu – wydalanie dobowe,
- sód w moczu – wydalanie dobowe,
- wapń w moczu – wydalanie dobowe.

10. Badania kału:

- badanie ogólne kału,
- krew utajona w kale,
- pasożyty/ jaja pasożytów w kale,
- resztki pokarmowe w kale,

- kał na lamblie ELISA.

11. Badania inne:

- cytologia wymazu z szyjki macicy (z wyłączeniem cytologii płynnej),
- czystość pochwy,
- cytologia złuszczeniowa z nosa,
- biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG (z możliwością wykonania badania histopatologicznego),
- biopsja guzka piersi pod kontrolą USG (z możliwością wykonania badania histopatologicznego),
- skórne testy alergiczne – panel pokarmowy,
- skórne testy alergiczne – panel wziewny,
- skórne testy alergiczne – panel mieszany,
- badanie uroflowmetryczne.

Diagnostyka radiologiczna

Bezpłatnie, bez limitu

Diagnostyka realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy we wskazanych przez Świadczeniodawcę placówkach za pośrednictwem infolinii medycznej.

- RTG czaszki,
- RTG okolicy czółowej,
- RTG żuchwy,
- RTG szczęki,
- RTG zatok nosa,
- RTG nosa,
- RTG oczodołu,
- RTG okolicy nadoczodołowej,
- RTG spojenia żuchwy,
- RTG okolicy jarzmowo-szczękowej,
- RTG krtani,
- RTG przewodu nosowo-łzowego,
- RTG nosogardzieli,
- RTG gruczołów ślinowych,
- RTG okolicy tarczycy,
- RTG języczka,
- RTG tkanek miękkich klatki piersiowej,
- RTG kręgosłupa (całego, szyjnego, piersiowego, lędźwiowo-krzyżowego),
- RTG barku,
- RTG łopatki,
- RTG mostka,
- RTG żeber,
- RTG stawów,
- RTG ramienia,
- RTG łokcia,
- RTG przedramienia,
- RTG nadgarstka,
- RTG dłoni,
- RTG palca,
- RTG kończyny górnej,
- RTG kończyny dolnej,
- RTG miednicy,
- RTG biodra,
- RTG uda,
- RTG kolana,
- RTG podudzia,
- RTG kostki,
- RTG stopy,
- RTG przeglądowe jamy brzusznej,
- mammografia,
- urografia (zdjęcie nerek, moczowodów i pęcherza),
- wlew doodbytniczy.

Diagnostyka ultrasonograficzna

Bezpłatnie, bez limitu

Realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej. Nie obejmuje badań USG 4-D i USG genetycznego.

- USG gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne,
- USG gruczołu krokowego transrektalne,
- USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne,
- USG ginekologiczne przezpochwowe (transwaginalne),
- USG scriningowe ginekologiczne,
- USG miednicy małej,
- USG piersi,
- USG przeglądowe jamy brzusznej i przewodu pokarmowego (trzustki, wątroby, dróg żółciowych, żołądka, dwunastnicy),

- USG układu moczowego (nerek, moczowodów, pęcherza moczow.),
- USG tarczycy,
- USG mięśni,
- USG stawów biodrowych,
- USG stawów kolanowych,
- USG stawów łokciowych,
- USG stawów skokowych,
- USG stawów barkowych,
- USG drobnych stawów i więzadeł,
- USG ścięgna,
- USG węzłów chłonnych,
- USG krtani,
- USG nadgarstka,
- USG palca,
- USG tkanek miękkich,
- USG jąder,
- USG ciąży,
- echokardiografia (ECHO),
- USG dopplerowskie naczyń jamy brzusznej,
- USG dopplerowskie szyi,
- USG dopplerowskie kończyn,
- USG dopplerowskie tętnic nerkowych.

Diagnostyka obrazowa TK i NMR

Bezpłatnie, bez limitu

Realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej (z wyłączeniem angiorezonansu, angiotomografii, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, kolonoskopii TK wirtualnej, tomografii HR-CT, tomografii 32-rzędowej i wyższej, enterografii-MRI, HRT, OCT, SL-OCT). Nie obejmuje kosztu kontrastu.

- TK i NMR głowy (przysadki, zatok, oczodołów, kości skroniowych, szyi, krtani, uszu),
- TK i NMR tkanek miękkich szyi,
- TK i NMR klatki piersiowej,
- TK i NMR jamy brzusznej,
- TK i NMR miednicy,
- TK i NMR kości,
- TK i NMR stawów,
- TK i NMR kręgosłupa (szyjnego, piersiowego, kręgosłupa lędźwiowego),
- TK i NMR kończyny górnej i dolnej (ręki, ramienia, przedramienia, nadgarstka, uda, podudzia, stopy).

Diagnostyka endoskopowa

Bezpłatnie, bez limitu

Realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej (z pobraniem materiału i oceną histopatologiczną – w uzasadnionych medycznie przypadkach). Nie obejmuje kosztu znieczulenia ogólnego oraz badań video.

- gastroscopia/ gastrofiberoskopia diagnostyczna (z możliwością wykonania testu ureazowego),
- sigmoidoskopia,
- rektoskopia,
- kolonoskopia,
- anoskopia.

Badania czynnościowe

Bezpłatnie, bez limitu

Realizowane zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.

- EKG spoczynkowe,
- spirometria,
- EKG – pomiar całodobowy metodą Holtera,
- EKG – próba wysiłkowa,
- pomiar całodobowy ciśnienia tętniczego (metodą Holtera ciśnieniowego),
- EEG – encefalografia w trybie czuwania (z wyłączeniem EEG we śnie, EEG biofeedback, video EEG),
- EEG Holter,

- EMG – elektromiografia,
- densytometria kręgosłupa,
- densytometria kości udowej,
- densytometria kości obu rąk,
- audiometria tonalna,
- audiometria impedancyjna (tympanogram).

Prowadzenie ciąży

Bezpłatnie, bez limitu

Prowadzenie ciąży fizjologicznej obejmuje opiekę lekarza ginekologa, konsultacje i badania diagnostyczne oraz czynne poradnictwo w zakresie fizjologii przebiegu ciąży i porodu, zgodnie z zakresem ubezpieczenia. Badania realizowane zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.

Szczepienia ochronne

Usługa obejmuje konsultację kwalifikującą do szczepienia, iniekcję oraz koszt szczepionki.

Bezpłatnie, raz w roku

- szczepienie przeciwko grypie sezonowej.

Bezpłatnie, bez limitu

- anatoksyna przeciw tężcowi,
- szczepienie przeciw WZW typu A,
- szczepienie przeciw WZW typu B.

Opieka stomatologiczna – stomatologia zachowawcza

Bezpłatnie, raz w roku

- przegląd stomatologiczny.

20% zniżki, bez limitu

- wypełnienie zęba,
- leczenie zęba mlecznego (wypełnienie),
- ekstrakcja zęba mlecznego,
- leczenie zgorzeli,
- odbudowa zęba,
- opatrunek leczniczy,
- trepanacja zęba,
- znieczulenie (nasiękowe lub przewodowe),
- znieczulenie The Wand,
- wypełnienie kanału,
- czasowe wypełnienie kanału,
- reendo – powtórne leczenie kanałowe,
- opracowanie i udrożnienie kanału tradycyjne,
- opracowanie i udrożnienie kanału maszynowe,
- usunięcie złamanego narzędzia z kanału,
- dewitalizacja,
- ekstyrpacja miazgi,
- wypełnienie kanału – pod mikroskopem,
- wypełnienie ostateczne korony zęba przy leczeniu kanałowym,
- leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej,
- lakierowanie zębów fluorem,
- lakowanie zębów,
- piaskowanie zębów,
- scaling złogów nazębnych,
- RTG zęba.

Wizyty domowe

Bezpłatnie, 4 wizyty w roku

Porady lekarskie internisty lub lekarza rodzinnego albo pediatry udzielane całodobowo w domu ubezpieczonego, konieczne z uwagi na stan zdrowia Ubezpieczonego uniemożliwiający mu przybycie do placówki medycznej.

Wizyty domowe obejmują tylko przypadki nagłych zachorowań lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia. Wizyta domowa ma na celu postawienie diagnozy i rozpoczęcie leczenia, natomiast kontynuacja leczenia, a także wizyty kontrolne odbywają się we wskazanych placówkach medycznych.

Usługa realizowana jest w zakresie terytorialnym określonym przez

Świadczeniodawcę (informacja dostępna na infolinii). Decyzja o konieczności realizacji wizyty domowej podejmowana jest na podstawie przeprowadzonego wywiadu.

Rehabilitacja ambulatoryjna

Bezpłatnie, 30 zabiegów w roku

Zakres i rodzaj zabiegów realizowany jest na podstawie skierowania od lekarza świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę.

1. Zabiegi kinezoterapii:

- ćwiczenia bierne,
- ćwiczenia czynne w odciążeniu,
- ćwiczenia czynne wolne,
- ćwiczenia czynne z oporem,
- ćwiczenia ogólnousprawniające,
- ćwiczenia izometryczne,
- mobilizacje i manipulacje,
- neuromobilizacje,
- masaż suchy częściowy,
- wyciągi.

2. Zabiegi fizykoterapii:

- elektrostymulacja,
- galwanizacja,
- jonoforeza,

- prądy diadynamiczne,
- prądy interferencyjne,
- prądy TENS,
- prądy Traberta,
- magnetoterapia,
- ultradźwięki miejscowe,
- laseroterapia punktowa,
- sollux.

Zniżki realizowane w stosunku do ceny usługi obowiązującej w placówce.

ZAŁĄCZNIK NR 10 DO SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

ZWROT KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ ZREALIZOWANYCH W RAMACH UBEZPIECZENIA OPIEKA LEKARSKA* – ODPOWIEDZI NA PODSTAWOWE PYTANIA

Czy mogę się ubiegać o zwrot kosztów leczenia?

Tak, jeśli jesteś ubezpieczony lub współubezpieczony, a Twoja umowa ubezpieczenia zawiera opcję zwrotu kosztów świadczeń medycznych.

Czy mogę korzystać z dowolnych placówek medycznych poza siecią PZU?

Tak, PZU nie ogranicza możliwości realizacji świadczeń poza siecią placówek medycznych PZU.

Do jakiej wysokości kosztów mogę się ubiegać o ich zwrot?

Możesz się ubiegać o zwrot kosztów zgodny z cennikiem świadczeń zdrowotnych, jeżeli dana usługa medyczna znajduje się w zakresie posiadanego ubezpieczenia, z uwzględnieniem limitów.

Kiedy nie otrzymam zwrotu kosztów leczenia?

Zwrotu kosztów leczenia nie otrzymasz, jeżeli:

- świadczenie nie jest objęte zakresem Twojego ubezpieczenia,
- na świadczenie przysługuje zniżka w ramach posiadanego zakresu świadczeń,
- świadczenie nie znajduje się w cenniku świadczeń zdrowotnych,
- nie przekażesz wymaganych dokumentów do PZU.

Czy PZU może mnie poprosić o dodatkowe dokumenty?

PZU może wystąpić do placówki medycznej, w której wykonywane było świadczenie, o przekazanie dokumentacji medycznej, o czym zostaniesz powiadomiony. W przypadku konieczności doprecyzowania informacji skontaktuje się z Tobą pracownik PZU.

Jak długo będę czekał na wypłatę pieniędzy?

Wypłatę świadczenia zrealizujemy w ciągu 30 dni od daty wpływu wymaganych dokumentów do PZU. Przekazanie wszystkich danych (imię, nazwisko, adres mailowy/korespondencyjny, numer konta w przypadku zwrotu przelewem) usprawni proces obsługi refundacji. Po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku nastąpi wypłata świadczenia, zgodnie z Twoją dyspozycją, bez pisemnego potwierdzenia z naszej strony.

Jakie dokumenty powinienem dostarczyć, aby otrzymać zwrot kosztów?

Starając się o zwrot kosztów, powinieneś dostarczyć do PZU następujące dokumenty:

- 1. fakturę**, zawierającą:
 - imię i nazwisko,
 - nazwę wykonanego świadczenia zdrowotnego,
 - liczbę wykonanych świadczeń zdrowotnych danego typu,
 - cenę każdego świadczenia zdrowotnego;
 - datę realizacji usługi medycznej;
- 2. formularz zgłoszeniowy**, który otrzymasz:
 - od osoby obsługującej ubezpieczenie w zakładzie pracy,
 - za pośrednictwem infolinii PZU, tel. 801 405 905**
(wysyłka na adres e-mail) lub ze strony PZU pzu.pl;
- 3. kopię skierowania lekarskiego lub zaświadczenie o wystawionym skierowaniu na badania:** USG, RTG, EMG, EEG, hormony, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, biopsja, badania endoskopowe, EKG, Echo serca, testy alergiczne, rehabilitacja, audiometria, densytometria, urografia, fizykoterapia, kinezyterapia.

Jak mam przekazać wypełnione dokumenty do PZU?

Komplet dokumentów możesz przesłać elektronicznie w formie skanu na adres: zwroty_refundacje@pzu.pl, listem poleconym, lub w innej formie posiadającej potwierdzenie nadania przesyłki (np. przesyłka kurierska) na adres:

PZU

ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa
z dopiskiem: „Refundacja”

Jak mogę korzystać ze świadczeń zdrowotnych bez konieczności wypełniania formularza zgłoszeniowego i dostarczania dokumentów potwierdzających realizację świadczenia?

Możesz korzystać z usług w sieci placówek medycznych PZU Zdrowie. Aby umówić się na wizytę, skontaktuj się z infolinią PZU tel. 801 405 905**.

* Dotyczy świadczeń zrealizowanych w placówkach medycznych poza siecią PZU Zdrowie SA.

** Koszt połączenia zgodny z posiadaną taryfą operatora.

CENNIK ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH



KONSULTACJE Z LEKARZEM

Świadczenie zdrowotne		Wysokość świadczenia
KONSULTACJE POZ	Internista	55,00 zł
	Lekarz rodzinny	55,00 zł
	Pediatra	55,00 zł
KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE	Alergolog	65,00 zł
	Anestezjolog	65,00 zł
	Audiolog	65,00 zł
	Chirurg	65,00 zł
	Chirurg naczyniowy	65,00 zł
	Chirurg onkolog	65,00 zł
	Dermatolog	65,00 zł
	Diabetolog	65,00 zł
	Endokrynolog	65,00 zł
	Gastrolog	65,00 zł
	Ginekolog	65,00 zł
	Hematolog	65,00 zł
	Hepatolog	65,00 zł
	Kardiolog	65,00 zł
	Lekarz chorób zakaźnych	65,00 zł
	Lekarz specjalista rehabilitacji	65,00 zł
	Nefrolog	65,00 zł
	Neurochirurg	65,00 zł
	Neurolog	65,00 zł
	Okulista	65,00 zł
	Onkolog	65,00 zł
	Ortopeda	65,00 zł
	Otolaryngolog	65,00 zł
	Proktolog	65,00 zł
	Psychiatra	65,00 zł
	Psycholog	65,00 zł
	Pulmonolog	65,00 zł
Radiolog	65,00 zł	
Reumatolog	65,00 zł	
Traumatolog	65,00 zł	
Urolog	65,00 zł	
Wenerolog	65,00 zł	

ZABIEGI MEDYCZNE

Świadczenie zdrowotne		Wysokość świadczenia
ZABIEGI ALERGICZNE	Odczulanie bez uwzględnienia kosztu leku	35,00 zł

ZABIEGI MEDYCZNE

Świadczenie zdrowotne		Wysokość świadczenia
ZABIEGI CHIRURGICZNE	Leczenie wrośniętego paznokcia	130,00 zł
	Nacięcie i drenaż ropnia/krwiaka	100,00 zł
	Szycie rany do 3 cm	70,00 zł
	Szycie rany powyżej 3 cm	100,00 zł
	Zdjęcie szwów	20,00 zł
ZABIEGI GINEKOLOGICZNE	Pobieranie materiałów do badań cytologicznych i mikrobiologicznych	8,00 zł
ZABIEGI OGÓLNOLEKARSKIE	Opatrunek drobnych urazów (rany, skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane działania)	30,00 zł
	Pobieranie materiałów do badań mikrobiologicznych	20,00 zł
	Usunięcie kleszcza	30,00 zł
	Zakładanie cewników	40,00 zł
ZABIEGI OKULISTYCZNE	Badanie dna oka	39,00 zł
	Badanie ostrości widzenia	27,00 zł
	Badanie pola widzenia	27,00 zł
	Dobór szkieł korekcyjnych	66,00 zł
	Usunięcie ciała obcego z oka	42,00 zł
ZABIEGI OTOLARYNGOLOGICZNE	Opatrunek uszny z lekiem	24,00 zł
	Płukanie uszu	24,00 zł
	Postępowanie zachowawcze w krwawieniu z nosa	34,00 zł
	Przedmuchiwanie trąbki słuchowej	22,00 zł
	Usunięcie ciała obcego z ucha/nosa/gardła	62,00 zł
ZABIEGI PIELĘGNIARSKIE	Iniekcja dożylna (bez kosztu leku)	16,00 zł
	Iniekcje: domięśniowe, podskórne (bez kosztu leku)	14,00 zł
	Pobranie krwi	4,00 zł
	Podłączenie wlewu kroplowego	32,00 zł
ZABIEGI UROLOGICZNE	Zakładanie cewników	40,00 zł

WYJAZDOWA OPIEKA MEDYCZNA

Świadczenie zdrowotne	Wysokość świadczenia
Wizyty domowe internistyczne/pediatryczne	80,00 zł

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

	Świadczenie zdrowotne	Wysokość świadczenia
BADANIA BIOCHEMICZNE KRWI	Adrenalina poziom we krwi	48,00 zł
	Albuminy	6,00 zł
	Aminotransferaza alaninowa (ALT)	5,00 zł
	Aminotransferaza asparaginianowa (AST)	5,00 zł
	Amylaza (izoenzym trzustkowy i/lub ślinowy)	6,00 zł
	Badanie przeglądowe na obecność alloprzeciwciał	22,00 zł
	Białko C-reaktywne (CRP) / test actim CRP	10,00 zł
	Białko całkowite	5,00 zł
	Bilirubina bezpośrednia	5,00 zł
	Bilirubina całkowita	5,00 zł
	Bilirubina pośrednia	6,00 zł
	Ceruloplazmina	31,00 zł
	Chlorki (Cl)	5,00 zł
	Cholesterol - HDL	5,00 zł
	Cholesterol - LDL	5,00 zł
	Cholesterol całkowity	5,00 zł
	Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)	6,00 zł
	Ferrytyna	22,00 zł
	Fosfataza alkaliczna (AP)	5,00 zł
	Fosfataza kwaśna całkowita	7,00 zł
	Fosfataza sterczowa	11,00 zł
	Fosfor	4,00 zł
	Fosforany	5,00 zł
	Gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP)	5,00 zł
	Glukoza	5,00 zł
	Glukoza - Test obciążenia / krzywa cukrowa za 1 pkt	9,00 zł
	Hemoglobina	12,00 zł
	Hemoglobina glikowana (HbA1C)	21,00 zł
	Kinaza fosfokreatynowa	7,00 zł
	Kinaza fosfokreatynowa izoenzym (CK-MB)	14,00 zł
	Kreatynina	5,00 zł
	Kwas foliowy	24,00 zł
	Kwas moczowy	5,00 zł
	Lipaza	9,00 zł
	Lipidogram	17,00 zł
	Magnez całkowity (Mg)	5,00 zł
	Miedź (Cu)	25,00 zł
	Mocznik	5,00 zł
	Odczyn Coombsa BTA	19,00 zł
	Potas (K)	5,00 zł
	Proteinogram	16,00 zł
	Sód (Na)	5,00 zł
	Transferyna	19,00 zł
	Triglicerydy	5,00 zł
	Troponina	27,00 zł
	Tyreoglobulina	32,00 zł
Wapń całkowity (Ca)	6,00 zł	
Witamina B12	17,00 zł	
Żelazo - całkowita zdolność wiązania (TIBC)	12,00 zł	
Żelazo (Fe)	5,00 zł	

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

Świadczenie zdrowotne		Wysokość świadczenia
BADANIA IMMUNOCHEMICZNE KRWI	Czynnik reumatoidalny (RF)	9,00 zł
	Antystreptolizyna O (ASO)	9,00 zł
	Seromukoid	18,00 zł
	Odczyn Waalera-Rosego	14,00 zł
BADANIA SEROLOGICZNE KRWI	Odczyn VDRL/USR/RPR	7,00 zł
	Oznaczenie grupy krwi układu A, B, O, Rh (D) z oceną hemolizyn	20,00 zł
BADANIA UKŁADU KRZEPNIĘCIA	Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji/czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	7,00 zł
	Czas krwawienia	5,00 zł
	Czas krzepnięcia	6,00 zł
	Czas protrombinowy (PT)	7,00 zł
	Czas trombinowy	8,00 zł
	D-Dimery	23,00 zł
	Fibrynogen (FIBR)	10,00 zł
BADANIA HEMATOLOGICZNE KRWI	Eozynofilia bezwzględna	7,00 zł
	Hematokryt	6,00 zł
	Leukocyty	5,00 zł
	Morfologia krwi bez rozmazu	6,00 zł
	Morfologia krwi z pełnym różnicowaniem granulocytów	7,00 zł
	Odczyn opadania krwinek czerwonych (OB.)	4,00 zł
	Płytki krwi	8,00 zł
	Retikulocyty	5,00 zł
HORMONY	17-hydroksykortykosteroidy	20,00 zł
	Aldosteron	20,00 zł
	Androstendion	20,00 zł
	Androsteron	20,00 zł
	Dehydroepiandrosteronu siarczan DHEA-S	20,00 zł
	Esteraza acetylocholinowa	20,00 zł
	Estradiol	20,00 zł
	fibrynogen (FIBR)	20,00 zł
	Gonadotropina kosmówkowa (HCG)	20,00 zł
	Hormon folikulotropowy (FSH)	20,00 zł
	Hormon luteinizujący (LH)	20,00 zł
	Hormon tyreotropowy (TSH)	20,00 zł
	Hormon wzrostu (GH)	20,00 zł
	Insulina	20,00 zł
	Kalcytonina	20,00 zł
	Kortyzol	20,00 zł
	Osteokalcyna	20,00 zł
	Parathormon (PTH)	20,00 zł
	Progesteron	20,00 zł
	Prolaktyna (PRL)	20,00 zł
	Prolaktyna (PRL) po metoclopramidzie	20,00 zł
	Testosteron	20,00 zł
	Trijodotyronina całkowita (TT3)	20,00 zł
	Trijodotyronina wolna (fT3)w	20,00 zł
	Tyrosyna całkowita (TT4)	20,00 zł
	Tyrosyna wolna (fT4)	20,00 zł

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

	Świadczenie zdrowotne	Wysokość świadczenia	
PRZECIWCIAŁA/OZNACZENIE PRZECIWCIAŁ	P/ciała przeciw Borrelia IgG	40,00 zł	
	P/ciała przeciw Borrelia IgM	40,00 zł	
	P/ciała przeciw Chlamydia pneumoniae IgA	40,00 zł	
	P/ciała przeciw Chlamydia pneumoniae IgG	40,00 zł	
	P/ciała przeciw Chlamydia pneumoniae IgM	40,00 zł	
	P/ciała przeciw Chlamydia trachomatis IgA	40,00 zł	
	P/ciała przeciw Chlamydia trachomatis IgG	40,00 zł	
	P/ciała przeciw Chlamydia trachomatis IgM	40,00 zł	
	P/ciała przeciw CMV IgA (cytomegalia IgA)	40,00 zł	
	P/ciała przeciw CMV IgG (cytomegalia IgG)	40,00 zł	
	P/ciała przeciw CMV IGM (cytomegalia IgM)	40,00 zł	
	P/ciała przeciw cytoplazmie ANCA	40,00 zł	
	P/ciała przeciw HBc (IgM)	40,00 zł	
	P/ciała przeciw Hbe	40,00 zł	
	P/ciała przeciw Hbs	40,00 zł	
	P/ciała przeciw HCV	40,00 zł	
	P/ciała przeciw HIV I	40,00 zł	
	P/ciała przeciw HIV II	40,00 zł	
	P/ciała przeciw mononukleozie zakaźnej /EBV (IgM)	40,00 zł	
	P/ciała przeciw rubella (rózyczka) IgG	40,00 zł	
	P/ciała przeciw rubella (rózyczka) IgM	40,00 zł	
	P/ciała przeciw toksoplazmoza gondii - IgG	40,00 zł	
	P/ciała przeciw toksoplazmoza gondii - IgM	40,00 zł	
	P/ciała przeciwjądrowe ANA	40,00 zł	
	Przeciwciała anty helikobacter pylori	40,00 zł	
	Przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej (ATPO)	40,00 zł	
	Przeciwciała przeciw tyreoglobulinowe (ATG)	40,00 zł	
	BADANIA WIRUSOLOGICZNE	Antygen Hbe - WZW typu B	26,00 zł
		Hbs antygen	14,00 zł
	BADANIA IMMUNOLOGICZNE	Sallmonella spp.	65,00 zł
IMMUNOGLOBULINY	Immunoglobulina A - IgA	20,00 zł	
	Immunoglobulina E całkowite - IgE	20,00 zł	
	Immunoglobulina G - IgG	20,00 zł	
	Immunoglobulina M - IgM	20,00 zł	

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

	Świadczenie zdrowotne	Wysokość świadczenia
POSIEW I BAKTERIOLOGIA	Badanie mykologiczne z posiewem	27,00 zł
	Mykogram	26,00 zł
	Posiew kału ogólny	35,00 zł
	Posiew kału w kierunku Salmonella-Shigella	35,00 zł
	Posiew moczu z antybiogramem	35,00 zł
	Posiew nasienia	35,00 zł
	Posiew płwociny	35,00 zł
	Posiew wymazu z cewki	35,00 zł
	Posiew wymazu z gardła	35,00 zł
	Posiew wymazu z gardła z antybiogramem	35,00 zł
	Posiew wymazu z kanału szyjki macicy	35,00 zł
	Posiew wymazu z nosa	35,00 zł
	Posiew wymazu z odbytu	35,00 zł
	Posiew wymazu z oka	35,00 zł
	Posiew wymazu z pochwy	35,00 zł
	Posiew wymazu z rany	35,00 zł
	Posiew wymazu z ucha	35,00 zł
Posiew wymazu ze zmiany	35,00 zł	
MARKERY NOWOTWOROWE	AFP	25,00 zł
	Antygen CA 125 (CA 125)	25,00 zł
	Antygen CA 15-3 (CA 15-3)	25,00 zł
	Antygen CA 19-9 (CA 19-9)	25,00 zł
	Antygen karcyno-embrionalny (CEA)	25,00 zł
BADANIA MOCZU	ALA	31,00 zł
	Amylaza w moczu	6,00 zł
	Badanie ogólne moczu (profil)	5,00 zł
	Białko w moczu	5,00 zł
	Bilirubina w moczu	6,00 zł
	BUN w moczu – wydalanie dobowe	5,00 zł
	Ciała ketonowe w moczu	5,00 zł
	Fosforany w moczu – wydalanie dobowe	3,00 zł
	Glukoza w moczu	6,00 zł
	Glukoza w moczu – wydalanie dobowe	5,00 zł
	Kreatynina w moczu	5,00 zł
	Kwas moczowy – wydalanie dobowe	5,00 zł
	Magnez w moczu	5,00 zł
	Magnez w moczu – wydalanie dobowe	8,00 zł
	Potas w moczu	5,00 zł
	Potas w moczu – wydalanie dobowe	6,00 zł
	Sód w moczu	5,00 zł
	Sód w moczu – wydalanie dobowe	6,00 zł
	Wapń w moczu	3,00 zł
Wapń w moczu – wydalanie dobowe	5,00 zł	
BADANIA KAŁU	Badanie ogólne kału	11,00 zł
	Kał na lamblie ELISA	14,00 zł
	Krew utajona w kale	10,00 zł
	Pasożyty/jaja pasożytów w kale	9,00 zł
	Resztki pokarmowe w kale	11,00 zł

DIAGNOSTYKA SPECJALISTYCZNA

Świadczenie zdrowotne		Wysokość świadczenia
AUDIOMETRIA	Audiometria impedancyjna (tympanogram)	22,00 zł
	Audiometria tonalna	22,00 zł
DENDYTOTOMETRIA	Densytometria kości obu rąk	45,00 zł
	Densytometria kości udowej	45,00 zł
	Densytometria kręgosłupa	45,00 zł
BIOPSJA	Biopsja cienkoigłowa tarczycy	100,00 zł
	Biopsja guzka piersi	100,00 zł
EEG	EEG Holter	70,00 zł
	EEG w czuwaniu	70,00 zł
EMG	EMG - badania przewodzenia we włóknach czuciowych jednego nerwu	65,00 zł
RTG	Mammografia 2 stronna	70,00 zł
	RTG barku/ramienia	40,00 zł
	RTG czaszki	40,00 zł
	RTG gruczołów ślinowych	40,00 zł
	RTG języczka	40,00 zł
	RTG kończyny dolnej	40,00 zł
	RTG kończyny górnej	40,00 zł
	RTG kostki/stopy/palca	40,00 zł
	RTG kości twarzy okolicy czołowej	40,00 zł
	RTG kręgosłupa całego AP i bok	40,00 zł
	RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego/krzyżowo-ogonowego - AP i bok	40,00 zł
	RTG kręgosłupa piersiowego AP i bok	40,00 zł
	RTG kręgosłupa szyjnego AP i bok	40,00 zł
	RTG krtani	40,00 zł
	RTG łokcia/przedramienia	40,00 zł
	RTG łopatki	40,00 zł
	RTG miednicy/biodra	40,00 zł
	RTG mostka	40,00 zł
	RTG nadgarstaka/dłoni/palca	40,00 zł
	RTG nosa	40,00 zł
	RTG nosogardzieli	40,00 zł
	RTG oczodołu	40,00 zł
	RTG okolicy jarzmowo szczękowej	40,00 zł
	RTG okolicy nadoczodołowej	40,00 zł
	RTG okolicy tarczycy	40,00 zł
	RTG przeglądowe jamy brzusznej	40,00 zł
	RTG przewodu nosowo-łzowego	40,00 zł
	RTG spojenia żuchwy	40,00 zł
	RTG stawów	40,00 zł
	RTG szczęki	40,00 zł
	RTG tkanek miękkich klatki piersiowej	40,00 zł
	RTG uda/kolana/podudzia	40,00 zł
	RTG zatok nosa	40,00 zł
RTG żeber	40,00 zł	
RTG żuchwy	40,00 zł	
Wlew doodbytniczy - kontrast	90,00 zł	

DIAGNOSTYKA SPECJALISTYCZNA

Świadczenie zdrowotne		Wysokość świadczenia
ECHOKARDIOGRAFIA	Echokardiografia (ECHO) dorośli	100,00 zł
USG	USG ciąży	70,00 zł
	USG DOPPLEROWSKIE	70,00 zł
	USG dopplerowskie kończyn z żył i tętnic (obie kończyny)	90,00 zł
	USG dopplerowskie naczyń jamy brzusznej	90,00 zł
	USG dopplerowskie szyi	90,00 zł
	USG dopplerowskie tętnic nerkowych	90,00 zł
	USG drobnych stawów i więzadeł	70,00 zł
	USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne	70,00 zł
	USG ginekologiczne przezpochwowe (transwaginalne)	70,00 zł
	USG gruczołu krokowego (przez powłoki brzuszne)	70,00 zł
	USG gruczołu krokowego transrektalne	70,00 zł
	USG jąder	70,00 zł
	USG krtani	70,00 zł
	USG miednicy małej	70,00 zł
	USG mięśni	70,00 zł
	USG nadgarstka	70,00 zł
	USG palca	70,00 zł
	USG piersi	70,00 zł
	USG przewodu pokarmowego i jamy brzusznej	70,00 zł
	USG scriningowe ginekologiczne	70,00 zł
	USG stawów barkowych	70,00 zł
	USG stawów biodrowych / kolanowych	70,00 zł
	USG stawów łokciowych	70,00 zł
	USG stawów skokowych	70,00 zł
	USG ścięgna	70,00 zł
	USG tarczycy	70,00 zł
	USG tkanek miękkich	70,00 zł
	USG układu moczowego	70,00 zł
	USG węzłów chłonnych	70,00 zł
	EKG	EKG - pomiar całodobowy metodą Holtera
EKG próba wysiłkowa		70,00 zł
EKG spoczynkowe z opisem		20,00 zł

DIAGNOSTYKA SPECJALISTYCZNA

	Świadczenie zdrowotne	Wysokość świadczenia
TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA	Tomografia komputerowa całego kręgosłupa	200,00 zł
	Tomografia komputerowa głowy	200,00 zł
	Tomografia komputerowa głowy - przysadka	200,00 zł
	Tomografia komputerowa jamy brzusznej	200,00 zł
	Tomografia komputerowa klatki piersiowej	200,00 zł
	Tomografia komputerowa kości	200,00 zł
	Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego	200,00 zł
	Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego	200,00 zł
	Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego/tkanek miękkich szyi	200,00 zł
	Tomografia komputerowa miednicy	200,00 zł
	Tomografia komputerowa nadgarstka	200,00 zł
	Tomografia komputerowa oczodołów	200,00 zł
	Tomografia komputerowa podudzia	200,00 zł
	Tomografia komputerowa przedramienia	200,00 zł
	Tomografia komputerowa ramienia	200,00 zł
	Tomografia komputerowa ręki	200,00 zł
	Tomografia komputerowa stawów	200,00 zł
	Tomografia komputerowa stopy	200,00 zł
	Tomografia komputerowa szyi	200,00 zł
	Tomografia komputerowa uda	200,00 zł
	Tomografia komputerowa uszu/piramid	200,00 zł
	Tomografia komputerowa zatok	200,00 zł
REZONANS MAGNETYCZNY	Rezonans magnetyczny całego kręgosłupa	300,00 zł
	Rezonans magnetyczny głowy	300,00 zł
	Rezonans magnetyczny jamy brzusznej	300,00 zł
	Rezonans magnetyczny klatki piersiowej	300,00 zł
	Rezonans magnetyczny kręgosłupa lędźwiowy	300,00 zł
	Rezonans magnetyczny kręgosłupa piersiowego	300,00 zł
	Rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego/tkanek miękkich szyi	300,00 zł
	Rezonans magnetyczny miednicy	300,00 zł
	Rezonans magnetyczny nadgarstka	300,00 zł
	Rezonans magnetyczny oczodołów	300,00 zł
	Rezonans magnetyczny podudzia	300,00 zł
	Rezonans magnetyczny przedramienia	300,00 zł
	Rezonans magnetyczny przysadki	300,00 zł
	Rezonans magnetyczny ramienia	300,00 zł
	Rezonans magnetyczny ręki	300,00 zł
	Rezonans magnetyczny stawów	300,00 zł
	Rezonans magnetyczny stopy	300,00 zł
	Rezonans magnetyczny uda	300,00 zł
Rezonans magnetyczny zatok	300,00 zł	
BADANIA ENDOSKOPOWE (Z POBRANIEM WYCINKA DO BADAN HISTOPATOLOGICZNYCH)	Anoskopia	130,00 zł
	Gastroskopia	130,00 zł
	Kolonoskopia	130,00 zł
	Rektoskopia	130,00 zł
	Sigmoidoskopia	130,00 zł

DIAGNOSTYKA SPECJALISTYCZNA

Świadczenie zdrowotne		Wysokość świadczenia
INNE BADANIA DIAGNOSTYCZNE	Badanie cytologiczne	23,00 zł
	Badanie uroflowmetryczne	40,00 zł
	Cytologia złuszczeniowa z nosa	28,00 zł
	Czystość pochwy	23,00 zł
	Pomiar ciśnienia śródgałkowego	37,00 zł
	Spirometria spoczynkowa	26,00 zł
	Urografia	170,00 zł

ALERGOLOGIA

Świadczenie zdrowotne		Wysokość świadczenia
TESTY ALERGICZNE	Testy alergiczne skórne - panel mieszany (pediatryczny)	140,00 zł
	Testy alergiczne skórne - panel pokarmowy	100,00 zł
	Testy alergiczne skórne - panel wziewny	90,00 zł
	Testy alergiczne skórne metodą nakłuć (1 pkt.)	12,00 zł

SZCZEPIONKI OCHRONNE (KONSULTACJA, SZCZEPIONKA, INIEKCJA)

Świadczenie zdrowotne		Wysokość świadczenia
	Anatoksyna przeciw tężcowi	30,00 zł
	Szczepienie przeciw WZW typu A	100,00 zł
	Szczepienie przeciw WZW typu B	60,00 zł
	Szczepienie przeciwko grypie	30,00 zł

REHABILITACJA LECZNICZA

Świadczenie zdrowotne		Wysokość świadczenia
FIZYKOTERAPIA	Elektrostymulacja	15,00 zł
	Galwanizacja	15,00 zł
	Jonoforeza	15,00 zł
	Laseroterapia punktowa	15,00 zł
	Magnetoterapia	15,00 zł
	Prądy diadynamiczne	15,00 zł
	Prądy interferencyjne	15,00 zł
	Prądy TENS	15,00 zł
	Prądy Traberta	15,00 zł
	Sollux	15,00 zł
	Ultradźwięki miejscowe	15,00 zł
KINEZYTERAPIA	Ćwiczenia bierne	15,00 zł
	Ćwiczenia czynne w odciążeniu	15,00 zł
	Ćwiczenia czynne wolne	15,00 zł
	Ćwiczenia czynne z oporem	15,00 zł
	Ćwiczenia izometryczne	15,00 zł
	mobilizacje i manipulacje, neuromobilizacje	15,00 zł
	Wyciągi	15,00 zł