

Ogólne Warunki

Ubezpieczenia Assistance Medipakiet Plus

Rodzaj informacji	Numer zapisu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 5 ust. 6 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 8 ust. 3 OWU § 7 OWU

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Assistance MediPakiet PLUS zwane dalej OWU mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych pomiędzy Inter Partner Assistance S.A. z siedzibą w Brukseli działającą w Polsce poprzez Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce wchodzącą w skład grupy AXA Assistance, zwaną dalej Ubezpieczycielem a Ubezpieczającymi.
- Zobowiązania wynikające z niniejszych OWU Ubezpieczyciel wykonuje za pośrednictwem Centrum Pomocy.



§ 2. DEFINICJE

Pojęciom użytym w niniejszych OWU oraz innych dokumentach związanych z umową ubezpieczenia nadaje się znaczenie określone poniżej:

- Agent** – Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu (zwany dalej także: Bankiem) lub inny przedsiębiorca współpracujący z Bankiem w zakresie sprzedaży produktów i/lub usług oferowanych przez Bank, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego i wykonujący działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej z Ubezpieczycielem.
- Amatorskie uprawianie sportów** – aktywność sportowa, której celem jest rekreacja i rozrywka.
- Centrum Pomocy** – jednostka zajmująca się organizacją i świadczeniem usług assistance, w imieniu Ubezpieczyciela.
- Choroba przewlekła** – choroba zdiagnozowana przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, charakteryzująca się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, leczona stale lub okresowo lub będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia.
- Choroba zdiagnozowana** – choroba, która została rozpoznana i ujawniona w dokumentacji medycznej przez lekarza lub lekarza dentyście, przy czym rozpoznanie może być utrwalone także w formie akronimu albo pod postacią kodu ICD-10.
- Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego, a także dziecko przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego, które w momencie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18. roku życia, pod warunkiem, iż zamieszkuje ono w Miejscu zamieszkania. W przypadku świadczeń „Pobyt prawnego opiekuna w szpitalu w razie hospitalizacji Dziecka” oraz „Korepetycje” dostępnych w wariantach MediMAX PLUS Dzieckiem jest również Ubezpieczony, który w momencie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończył 18 roku życia.
- Ekspert medyczny** – działający poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lekarz, wyznaczony przez partnera medycznego do współpracy w celu sporządzenia Drugiej Opinii Medycznej, którego specjalność oraz doświadczenie odpowiadają specyfice stanu zdrowia Ubezpieczonego;
- Hospitalizacja** – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny z uwzględnieniem czasu trwania hospitalizacji określonego w opisie świadczenia stanowiącego warunek realizacji poszczególnych świadczeń.
- Klient** – będący osobą fizyczną Ubezpieczony, Ubezpieczający lub uprawniony z umowy ubezpieczenia.
- Lekarz doraźnej pomocy medycznej** – lekarz przydzielony do realizacji świadczeń przez Centrum Pomocy np. internista, pediatra, lekarz rodzinny.
- Lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym z ramienia Placówki medycznej i prowadzący jego proces leczenia, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu następstw Nieszczęśliwego wypadku.

12. **Lekarz Centrum Pomocy** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez Centrum Pomocy i uprawniona do występowania w imieniu Centrum Pomocy.
13. **Miejsce pobytu** – miejsce na terytorium Polski, w którym znajduje się Ubezpieczony, z wyjątkiem pobytu w Placówce medycznej.
14. **Miejsce zamieszkania** – miejsce zamieszkania Ubezpieczonego na terytorium Polski, wskazane we Wniosku o realizację świadczeń.
15. **Nagle zachorowanie** – powstała w sposób nagły choroba, która miała miejsce w okresie ubezpieczenia, powodująca konieczność udzielenia Ubezpieczonemu natychmiastowej pomocy medycznej, jednak niewymagająca interwencji pogotowia ratunkowego;
16. **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony – niezależnie od swojej woli oraz stanu zdrowia – doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.
17. **Okres ubezpieczenia** – okres kolejno następujących po sobie 12 miesięcy wskazany w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, w których udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa.
18. **Osoba bliska** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego we wspólnym gospodarstwie domowym w Miejscu zamieszkania, będąca dla Ubezpieczonego:
 - 1) małżonkiem lub osobą pozostającą z nim w konkubinacie,
 - 2) Dzieckiem,
 - 3) rodzicem, przysposabiającym, teściem, teściową, ojczymem, macochą, dziadkiem, babcią, wnukiem, rodzeństwem, zięciem, synową.
19. **Osoba niesamodzielna** – osoba bliska, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb życiowych i wymaga stałej lub długoterminowej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.
20. **Pierwsza opinia medyczna** – orzeczenie o stanie zdrowia Ubezpieczonego, wydane przez jego lekarza prowadzącego, tj. lekarza, pod którego opieką pozostaje pacjent na terenie Unii Europejskiej.
21. **Placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za Placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych tego typu środków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA.
22. **Poważny wypadek** – wyłącznie taki Nieszczęśliwy wypadek, w następstwie którego Ubezpieczony doznał ciężkiego uszkodzenia ciała uniemożliwiającego samodzielne funkcjonowanie.
23. **Poważne zachorowanie** – każdy z poniższych stanów chorobowych, który został zdiagnozowany w Okresie ubezpieczenia:
 - 1) chirurgia naczyń wieńcowych, angioplastyka – operacje, które mają na celu udrożnienie, poszerzenie naczynia lub naczyń wieńcowych wszelkimi sposobami np. balonikowanie, użycie lasera, założenie stentu, przeszczep omijający,
 - 2) choroba Alzheimera – otępienie u osób powyżej 40 roku życia w badaniu klinicznym udokumentowane odpowiednimi testami psychologicznymi, z 1 lub 2 deficytami poznawczymi, progresywnym pogorszeniem pamięci, bez zaburzeń świadomości, bez chorób układowych lub innych przyczyn otępienia,
 - 3) choroba neuronu ruchowego – grupa postępujących chorób zwyrodnieniowych układu nerwowego spowodowana uszkodzeniem komórek piramidowych mózgu, dróg piramidowych, komórek rogów przednich rdzenia kręgowego oraz jąder ruchowych nerwów czaszkowych, których objawy kliniczne są uzależnione od lokalizacji i rozległości uszkodzenia (lokalizacja w komórkach ruchowych rdzenia wywołuje postępujący zanik mięśni, lokalizacja w jądrach ruchowych opuszki i mostu wywołuje postępujące porażenie opuszkowe, lokalizacja w komórkach ruchowych rogów przednich rdzenia, drogach piramidowych i komórkach ruchowych kory mózgu wywołuje postać kliniczną stwardnienia bocznego zanikowego – SLA). Podstawą rozpoznania jest obraz kliniczny i wynik badania EMG,
 - 4) choroba Parkinsona – przewlekła choroba układu pozapiramidowego o nieustalonej etiologii, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę, którego następstwem jest wystąpienie trzech objawów osiowych choroby (drżenia, sztywności mięśniowej, bezruchu – akinezy), zmniejszających się po zastosowaniu lewodopy,
 - 5) choroby mielodysplastyczne – grupa nabytych schorzeń krwi charakteryzujących się pancytopenią i niską liczbą retikulocytów przy bogato- normo- lub ubogokomórkowym szpiku, z komórkami wykazującymi anomalie morfologiczne lub zmiany dysplastyczne,
 - 6) choroby zastawki/zastawek serca, przeszczep zastawki lub jej korekcja chirurgiczna,
 - 7) endarteriektomia tętnicy szyjnej – operacja tętnicy szyjnej z udrożnieniem jej światła i wtórnie poprawą przepływu w operowanym naczyniu,
 - 8) guz lub inne patologie rdzenia kręgowego wymagające leczenia operacyjnego – rozumiane jako każda nieprawidłowa masa zlokalizowana wewnątrzrdzeniowo, tworząca umiejscowione ognisko, którego obecność powoduje wystąpienie objawów deficytu neurologicznego, wynikającego z ucisku,
 - 9) guz mózgu – każda tkanka chorobowa, znajdująca się w jamie czaszki, która powoduje najczęściej przyrost masy wewnątrzczaszkowej i objawy wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego,
 - 10) głuchota – całkowita utrata zdolności odbioru dźwięków w paśmie 16 Hz-20 kHz o częstotliwości 120 db,
 - 11) infekcja wirusem HIV – stwierdzenie w surowicy krwi przeciwciał przeciwko wirusowi HIV,
 - 12) kardiomiopatia – choroba mięśnia sercowego rozwijająca się w wyniku innych przyczyn niż miażdżycy naczyń wieńcowych, nadciśnienie tętnicze układowe lub płucne, wrodzone lub nabyte wady serca,
 - 13) leczenie chirurgiczne padaczki.
 - 14) niewydolność nerek – nagłe lub przewlekłe pogorszenie czynności wydalniczej nerek prowadzące do zatrucia ustroju przez gromadzące się końcowe produkty metabolizmu,
 - 15) oparzenia obejmujące dużą powierzchnię ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie obejmujące co najmniej 70% powierzchni ciała, dla oparzeń III stopnia obejmujące co najmniej 15% powierzchni ciała,

- 16) protezoplastyka stawów, rozległe uszkodzenie ręki, wszczepienie protezy całkowitej lub częściowej dowolnego stawu – uszkodzenie ręki uniemożliwiające całkowicie wykonywanie dotychczasowej pracy lub uniemożliwiające całkowicie wykonywanie czynności dnia codziennego.
- 17) przeszczep jednego z głównych narządów – przeszczep serca, nerki, wątroby, płuc, trzustki, allogeniczna transplantacja szpiku kostnego,
- 18) rozległe schorzenia ginekologiczne – choroby zapalne, oraz zaburzenia czynnościowe narządu rodowego, które doprowadziły do poważnych powikłań wymagających hospitalizacji,
- 19) schyłkowy okres niewydolności jednego z głównych narządów – niewydolność jednego z następujących narządów (serce, płuca, wątroba, trzustka, nerki, szpik kostny), która bez podjęcia intensywnego leczenia doprowadza do całkowitej niewydolności narządu i zgonu chorego,
- 20) stwardnienie rozsiane – rozumiane jako występująca lub postępująca rzutami lub pierwotnie przewlekła choroba ośrodkowego układu nerwowego, której istotę stanowią rozsiane ogniska demielinizacji zlokalizowane w centralnym układzie nerwowym, powstałe na skutek rozpadu osłonek mielinowych w wyniku niszczenia ich przez proces immunologiczny,
- 21) śpiączka – długotrwały stan nieprzytomności oceniany w zależności od stopnia nasilenia na osiem lub poniżej ośmiu punktów w skali Glasgow, w którym dochodzi do zniesienia reakcji na bodźce zewnętrzne, bądź zachowana jest reakcja na bodźce bólowe pod postacią celowych ruchów obronnych, ruchów niecelowych, prężień zgięciowych lub wyprostnych,
- 22) trwałe całkowite inwalidztwo – uszkodzenie ciała, spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, skutkujące trwałą i całkowitą niezdolnością do pracy w jakimkolwiek zawodzie oraz do samodzielnej egzystencji na stałe,
- 23) udar mózgu – nagle, oraz trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynacznienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej, skutkujące wystąpieniem ubytków neurologicznych, które wystąpiły przez minimum okres 24 godzin i potwierdzonych badaniem lekarskim. Za udar nie uznaje się epizodów przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (OUN), niepozostawiających trwałego ubytku funkcji OUN.
- 24) uszkodzenie stożka rotatorów – uszkodzenie doprowadzające do braku możliwości wykonania czynnych ruchów odwodzenia, rotacji wewnętrznej lub rotacji zewnętrznej stawu ramienna-łopatkowego,
- 25) utrata jednej lub więcej kończyn – w przypadku kończyny górnej oznacza amputację powyżej stawu łokciowego, w przypadku kończyny dolnej oznacza amputację powyżej stawu kolanowego,
- 26) utrata mowy – całkowitą i nieodwracalną utratę mowy,
- 27) wrodzone wady serca u dorosłych, które wymagają wymiany chorobowo zmienionej naturalnej zastawki bądź zastawek serca z wszczepieniem protezy zastawkowej;
- 28) zawał serca – oznacza 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:
 - a. 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 obrazowych lub
 - b. zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych do wartości przekraczającej trzykrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w przypadku zabiegu przeszłokórnej interwencji wieńcowej (PCI), lub
 - c. pojawienie się jednego z następujących objawów: – nowych patologicznych załamek Q lub nowego bloku lewej odnogi pęczka Hisa – udokumentowanej angiograficznie niedrożności pomostu wieńcowego lub nowej niedrożności natywnej tętnicy wieńcowej – udokumentowanej badaniem.
24. **Reklamacja** – wystąpienie Klienta, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela.
25. **Rodzina** – członkowie najbliższej rodziny tj. małżonkowie /partnerzy (maksymalnie dwie osoby dorosłe, które w momencie objęcia umową ubezpieczenia nie ukończyły 75. roku życia) wraz z Dziećmi zamieszkujący wspólnie w Miejscu zamieszkania.
26. **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji umożliwiający Ubezpieczonemu samodzielne funkcjonowanie.
27. **Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia dalej zwana SUU.
28. **Śmierć Osoby bliskiej** – wyłącznie taki Nieszczęśliwy wypadek, w następstwie którego Osoba bliska zmarła.
29. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacenia składki.
30. **Ubezpieczony** – osoba, na rzecz której zawarta została umowa ubezpieczenia, która w momencie objęcia jej po raz pierwszy ochroną ubezpieczeniową albo w momencie przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny Okres ubezpieczenia nie ukończyła 75 roku życia. W przypadku świadczeń „Pobyt prawnego opiekuna w szpitalu w razie hospitalizacji Dziecka” oraz „Korepetycje” dostępnych w wariantcie MediMAX PLUS, niezależnie od wybranej opcji, Ubezpieczonym, na potrzeby tych świadczeń, jest również Dziecko.
31. **Zakres terytorialny** – w zakresie świadczeń określonych w Tabeli świadczeń i limitów w odniesieniu do miejsca realizacji świadczeń ubezpieczenie obejmuje wyłącznie terytorium Polski z wyłączeniem świadczenia drugiej opinii medycznej.
32. **Zagraniczna konsultacja medyczna** – ponowna analiza dokumentacji medycznej, dokonana przez zagranicznego konsultanta, przy wykorzystaniu zaawansowanych technik diagnostycznych oraz takich metod komunikacyjnych, które nie obejmują bezpośrednich konsultacji, ani żadnych innych bezpośrednich kontaktów pomiędzy pacjentem a konsultantem, po uzyskaniu przez Ubezpieczonego Pierwszej opinii medycznej. Rezultatem Zagranicznej konsultacji medycznej jest sporządzenie na piśmie dokumentacji Drugiej opinii medycznej i przekazanie jej Ubezpieczonemu. Konsultacja medyczna dokonywana jest wyłącznie w przypadku wystąpienia jednego z Poważnych zachorowania.
33. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową, które wystąpiło w Okresie ubezpieczenia uprawniające do skorzystania z danego świadczenia – zgodnie z Tabelą nr 1 oraz zgodnie z opisem świadczenia. Zdarzenia spowodowane jedną przyczyną i obejmujące wszystkie okoliczności oraz ich skutki, powiązane relacją przyczynowo-skutkową, czasem wystąpienia lub innym bezpośrednim czynnikiem, będą uważane za jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe.
34. **Zwierzę domowe** – stanowiący własność Ubezpieczonego kot należący do ras domowych lub pies – z wyłączeniem ras uznawanych za agresywne zgodnie z powszechnie obowiązującymi w dniu zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego przepisami prawa.



§ 3. ZAWARCIE UMOWY I OKRES UBEZPIECZENIA

- Umowa ubezpieczenia zawierana jest na Okres ubezpieczenia podstawie SUU.
- Składka ubezpieczeniowa powinna zostać zapłacona w ciągu 30 dni licząc od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia zawarta zostaje z chwilą wyrażenia zgody na warunki ubezpieczenia wyrażoną przez złożenie podpisu na SUU przez Ubezpieczającego.
W przypadku niedotrzymania terminu, o którym mowa w niniejszym ustępie, ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się, a umowa ubezpieczenia rozwiązuje się.
- Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej jest najpóźniejsze ze zdarzeń:
 - następny dzień po dacie zawarcia Umowy,
 - data opłacenia Składki.
- Zawarcie umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel potwierdza SUU.
- Okres ubezpieczenia trwa od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do daty jej wygaśnięcia, nie dłużej niż jeden (1) rok. Za dzień zapłaty składki ubezpieczeniowej, o którym mowa w ust. 3 niniejszego paragrafu uznaje się dzień przekazania składki Agentowi przez Ubezpieczającego.
- Zapłata składki w kwocie niższej niż wymagana umową ubezpieczenia skutkuje rozwiązaniem umowy ubezpieczenia.



§ 4. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

- Wysokość składki ubezpieczeniowej określonej w SUU ustalana jest na podstawie taryfy stawek składki ubezpieczeniowej obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i jest zależna od wybranej przez Ubezpieczającego opcji i wariantu ubezpieczenia.
- Składka płatna jest jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia w polskich złotych.
- Zobowiązany do zapłaty składki jest Ubezpieczający.



§ 5. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia stanowi organizacja lub organizacja i pokrycie kosztów usług określonych w niniejszych OWU, świadczonych na rzecz Ubezpieczonych za pośrednictwem Centrum Pomocy w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, określonego dla poszczególnych świadczeń wskazanych w Tabeli nr 1 poniżej, w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- Realizacja świadczeń, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło przed upływem okresu ubezpieczenia może być kontynuowana po zakończeniu odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- Ubezpieczenie może zostać zawarte w jednej z dwóch opcji:
 - Indywidualnej – Ubezpieczonym jest wówczas jedna osoba
 - Rodzinnej – Ubezpieczonym jest Rodzina
 oraz w jednym z dwóch wariantów:
 - MediSTANDARD PLUS
 - MediMAX PLUS
- W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej w opcji Rodzinnej wszystkie osoby objęte zostaną jednakowym zakresem ubezpieczenia wynikającym z wybranego przez Ubezpieczającego wariantu, z zastrzeżeniem, że limity odpowiedzialności Ubezpieczyciela właściwe dla każdego ze świadczeń odnoszą się do każdej z ubezpieczonych osób oddzielnie.
- Wyboru wariantu i opcji ubezpieczenia dokonuje Ubezpieczający zawierając umowę ubezpieczenia.
- Świadczenia oraz limity kosztów świadczeń przysługujące Ubezpieczonemu w ramach wybranego wariantu ubezpieczenia określone zostały w poniższej tabeli.

TABELA NR 1 – TABELA ŚWIADCZEŃ I LIMITÓW

Świadczenia	Wniosek Ubezpieczonego/ Zdarzenie Ubezpieczeniowe	Warianty ochrony	
		MediSTANDARD PLUS	MediMAX PLUS
Świadczenia informacyjne			
1. Telefoniczna Informacja Medyczna	Wniosek Ubezpieczonego	bez limitu	bez limitu
2. Infolinia szpitalna			
3. Program Rabatowy			
Maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego		15	20

TABELA NR 1 – TABELA ŚWIADCZEŃ I LIMITÓW CD.

Świadczenia		Wniosek Ubezpieczonego/ Zdarzenie Ubezpieczeniowe	Warianty ochrony	
			MediSTANDARD PLUS	MediMAX PLUS
Pomoc medyczna				
4.	Wizyta lekarza doraźnej opieki medycznej	Nagłe zachorowanie	4 wizyty w Okresie ubezpieczenia	6 wizyt w Okresie ubezpieczenia
5.	Konsultacja chirurga	Nieszczęśliwy wypadek Nagłe zachorowanie	do wyczerpania Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania w przypadku NW W przypadku Nagłego zachorowania 2 wizyty w Okresie ochrony na Ubezpieczonego	do wyczerpania Maksymalnej liczby oświadczeń do wykorzystania w przypadku NW W przypadku Nagłego zachorowania 4 wizyty w Okresie ochrony na Ubezpieczonego
6.	Konsultacja okulisty			
7.	Konsultacja otolaryngologa			
8.	Konsultacja ortopedy			
9.	Konsultacja kardiologa			
10.	Konsultacja neurologa			
11.	Konsultacja pulmonologa			
12.	Konsultacja lekarza rehabilitacji			
13.	Konsultacja neurochirurga			
14.	Konsultacja nefrologa			
15.	Konsultacja psychologa			
16.	Zabiegi ambulatoryjne*	Nieszczęśliwy wypadek Poważne zachorowanie	Nieszczęśliwy wypadek do wyczerpania Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania	Nieszczęśliwy wypadek i Poważne zachorowanie do wyczerpania Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania
17.	Badania laboratoryjne*			
18.	Badania radiologiczne*			
19.	Ultrasonografia*			
20.	Rehabilitacja*	Nieszczęśliwy wypadek	Maks. 20 zabiegów (stanowiących łącznie 1 świadczenie) na Zdarzenie ubezpieczeniowe	Maks. 40 zabiegów (stanowiących łącznie 1 świadczenie) na Zdarzenie ubezpieczeniowe
21.	Tomografia komputerowa*	Nieszczęśliwy wypadek Poważne zachorowanie	-	Maks. 1 badanie na Zdarzenie ubezpieczeniowe
22.	Rezonans magnetyczny*	Nieszczęśliwy wypadek Poważne zachorowanie	-	Maks. 1 badanie na Zdarzenie ubezpieczeniowe
23.	Druga opinia medyczna	Poważne zachorowanie	-	1 opinia medyczna w okresie ubezpieczenia
Pomoc opiekuńcza				
24.	Opieka pielęgniarska	Nieszczęśliwy wypadek	Maks. 3 wizyty (stanowiące łącznie 1 świadczenie) na Zdarzenie ubezpieczeniowe	Maks. 4 wizyty (stanowiące łącznie 1 świadczenie) na Zdarzenie ubezpieczeniowe
25.	Sprzęt rehabilitacyjny		Maks. koszt zakupu/wypożyczenia: 600 PLN na Zdarzenie ubezpieczeniowe	Maks. koszt zakupu/wypożyczenia: 800 PLN na Zdarzenie ubezpieczeniowe
			Dostarczenie bez limitu	Dostarczenie bez limitu
26.	Transport osoby wskazanej w przypadku Hospitalizacji		do wyczerpania Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania	do wyczerpania Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania
27.	Zakwaterowanie osoby wskazanej w przypadku Hospitalizacji		Maks. 3 doby hotelowe (stanowiące łącznie 1 świadczenie) na Zdarzenie ubezpieczeniowe	Maks. 4 doby hotelowe (stanowiące łącznie 1 świadczenie) na Zdarzenie ubezpieczeniowe

TABELA NR 1 – TABELA ŚWIADCZEŃ I LIMITÓW CD.

Świadczenia	Wniosek Ubezpieczonego/ Zdarzenie Ubezpieczeniowe	Warianty ochrony	
		MediSTANDARD PLUS	MediMAX PLUS
28. Transport do Placówki medycznej		do wyczerpania Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania	do wyczerpania Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania
29. Transport pomiędzy Placówkami medycznymi			
30. Transport z Placówki medycznej			
31. Transport na komisję lekarską oraz transport powrotny			
32. Transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny			
33. Dostarczenie rzeczy osobistych do szpitala			
34. Dostarczenie lekarstw			
35. Pomoc domowa po Hospitalizacji		Maks. 3 wizyty po 3 godziny każda w okresie kolejnych 14 dni (stanowiące łącznie 1 świadczenie) na Zdarzenie ubezpieczeniowe	Maks. 4 wizyty po 4 godziny każda w okresie kolejnych 14 dni (stanowiące łącznie 1 świadczenie) na Zdarzenie ubezpieczeniowe
36. Dostarczenie podstawowych artykułów spożywczych		-	do wyczerpania Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania
37. Opieka nad dziećmi		-	Sprawowanie opieki maks. przez okres 4 dni 24h na dobę (stanowiące łącznie 1 świadczenie) na Zdarzenie ubezpieczeniowe
38. Opieka nad osobami niesamodzielnymi		-	Sprawowanie opieki maks. przez okres 4 dni 24h na dobę (stanowiących łącznie 1 świadczenie) na Zdarzenie ubezpieczeniowe
39. Opieka nad zwierzętami		-	Opieka w miejscu zamieszkania maks. przez okres 4 dni (stanowiących łącznie 1 świadczenie) na Zdarzenie ubezpieczeniowe
40. Transport Dziecka do placówki oświatowo-wychowawczej		-	do wyczerpania Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania
41. Pobyt prawnego opiekuna w szpitalu w razie Hospitalizacji Dziecka		-	Przez okres trwania Hospitalizacji Dziecka, jednak nie dłużej niż 4 doby (stanowiące łącznie 1 świadczenie) na Zdarzenie ubezpieczeniowe
42. Korepetycje		-	Maks. 10h na Zdarzenie ubezpieczeniowe (stanowiące łącznie 1 świadczenie) jednak maks. 2h w ramach jednej wizyty korepetytora
43. Doradca rodziny	Poważny wypadek Śmierć Osoby bliskiej	-	Maks. 4 porady (stanowiące łącznie 1 świadczenie) na Zdarzenie ubezpieczeniowe

* szczegółowy zakres procedur medycznych w odniesieniu do poszczególnych wariantów znajduje się w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU.

8. W ramach świadczeń wymienionych w Tabeli nr 1 Ubezpieczyciel, w zależności od wybranego wariantu, organizuje usługi w zakresie opisanym poniżej i pokrywa ich koszty do wysokości nie przekraczającej limitów podanych w Tabeli nr 1, w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego.

A. Świadczenia informacyjne

1. Telefoniczna Informacja Medyczna

Na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej, ogólnej informacji na temat:

- a) NATYCHMIASTOWA POMOC – stanów wymagających natychmiastowej pomocy medycznej i zasadach jej udzielania,
- b) UKĄSZENIA – sposobów postępowania w przypadku ukąszeń,
- c) JEDNOSTKI CHOROBY – jednostek chorobowych w tym chorób rzadkich, typowo stosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terytorium Polski,
- d) ZACHOWANIA PROZDROWOTNE – diet (np. zalecanych dla diabetyków, przy nadciśnieniu tętniczym, w schorzeniach dróg pokarmowych, bogatoreszkowych, cukrzycowych, ubogobiałkowych, bogatobiałkowych, niskokalorycznych, niskocholesterolowych, redukcyjnych), zdrowego odżywiania, aktywnego spędzania czasu wolnego, walki ze stresem, odpoczynku i snu,
- e) PROFILAKTYKA – profilaktyki zachorowań na grypę, profilaktyki antynikotynowej
- f) OPISY BADAŃ – wyjaśnienia opisów/wyników wykonanych badań
- g) PRZYGOTOWANIE DO BADAŃ – sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych,
- h) BADANIA KONTROLNE – niezbędnych badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
- i) LEKI – leków oraz objawów niepożądanych przy ich przyjmowaniu, interakcji z innymi lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji; poziomu refundacji leków,
- j) ALTERNATYWNE METODY LECZENIA I RELAKSACJI – terapii ruchem, terapii zajęciowej, muzykoterapii, arteterapii itp. (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cennikach),
- k) UWARUNKOWANIA MEDYCZNE – uwarunkowań medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
- l) GRUPY WSPARCIA – grup wsparcia, telefonów zaufania na terytorium Polski świadczących pomoc osobom dotkniętym alkoholizmem, narkomanią, nikotynizmem, osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na choroby przewlekłe czy depresję, mających problemy zdrowotne, dla rodziców ciężko chorych dzieci, ofiarom przemocy domowej, osobom samotnie wychowującym dzieci, kobietom po mastektomii,
- m) PRZED PODRÓŻĄ – działaniach, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży tj. szczepień, specyfiki danego kraju lub regionu świata – w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia, zagrożeń epidemiologicznych.

Ponadto w ramach Telefonicznej Informacji Medycznej Centrum Pomocy zapewnia Ubezpieczonemu możliwość TELEFONICZNEJ KONSULTACJI MEDYCZNEJ Z LEKARZEM. Centrum Pomocy udzieli informacji na temat danych teleadresowych działających na terytorium Polski:

- a) Placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez Lekarza Centrum Pomocy,
- b) Placówek medycznych mających podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- c) placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek leczenia zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Uniwersytetów Medycznych) i rekomendowanych przez Centrum Pomocy,
- d) aptek, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów
- e) placówek opieki społecznej i hospicjów,
- f) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.

2. Infolinia szpitalna

Na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy udzieli następujących informacji na temat znajdujących się na terytorium Polski szpitali należących do sieci Centrum Pomocy:

- g) dostępność szpitali prywatnych,
- h) zakres świadczeń medycznych realizowanych przez poszczególne placówki szpitalne (specjalności medyczne, procedury zabiegowe),
- i) numery telefonów do szpitali, pod którymi Ubezpieczony może zasięgnąć bardziej szczegółowych informacji,
- j) średnie ceny usług medycznych w poszczególnych szpitalach.

Ponadto Centrum Pomocy poinformuje Ubezpieczonego:

- a) o czym pamiętać wybierając się do szpitala,
- b) o czym pamiętać wychodząc ze szpitala,
- c) na czym polega przygotowanie do zabiegu operacyjnego,
- d) o badaniach, których Ubezpieczony powinien się spodziewać w czasie hospitalizacji wraz z informacją, na czym poszczególne badania polegają,
- e) na co należy zwrócić uwagę w czasie odwiedzin bliskich w szpitalu.

3. Stomatologiczny Program Rabatowy

Na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy przekaże Ubezpieczonemu dane teleadresowe lub wskaże miejsce publikacji danych teleadresowych wyselekcjonowanych i wysokospecjalistycznych placówek stomatologicznych, należących do sieci Centrum Pomocy, w których Ubezpieczony będzie mógł skorzystać z programu zniżek na usługi stomatologiczne w zakresie stomatologii zachowawczej, chirurgicznej, ortodoncji i protetyki. Świadczenia informacyjne przysługują Ubezpieczonemu w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej niezależnie od zaistnienia Nieszczęśliwego wypadku.

B. Pomoc medyczna

1. Konsultacja lekarza dorażnej pomocy medycznej

Jeżeli w następstwie Nagłego zachorowania Ubezpieczony wymaga pomocy lekarskiej, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty dojazdu i wizyty lekarza dorażnej pomocy medycznej w miejscu pobytu Ubezpieczonego.

2. Konsultacje lekarzy specjalistów

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy – w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego – zorganizuje i pokryje koszty wizyt Ubezpieczonego u niżej wymienionych lekarzy specjalistów:

- a) chirurg,
- b) okulista,
- c) otolaryngolog,
- d) ortopeda,
- e) kardiolog,
- f) neurolog,
- g) pulmonolog,
- h) lekarz rehabilitacji,
- i) neurochirurg,
- j) psycholog.
- k) nefrolog

3. Zabiegi ambulatoryjne

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy, zorganizuje i pokryje koszty zabiegów medycznych wykonanych na rzecz Ubezpieczonego w warunkach ambulatoryjnych w zakresie procedur medycznych właściwych dla danego wariantu wymienionych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU.

4. Badania laboratoryjne

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty badań laboratoryjnych Ubezpieczonego w zakresie procedur medycznych właściwych dla danego wariantu wymienionych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU.

5. Badania radiologiczne

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty badań radiologicznych Ubezpieczonego w zakresie procedur medycznych właściwych dla danego wariantu wymienionych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU.

6. Badania ultrasonograficzne

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty badań ultrasonograficznych Ubezpieczonego w zakresie procedur medycznych właściwych dla danego wariantu wymienionych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU.

7. Rehabilitacja

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony wymaga rehabilitacji – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego – Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty jednego z poniższych świadczeń:

- a) wizyt fizjoterapeuty w Miejscu pobytu Ubezpieczonego
albo
- b) wizyt Ubezpieczonego w najbliższej Miejscu pobytu Ubezpieczonego poradni rehabilitacyjnej w zakresie procedur medycznych właściwych dla danego wariantu wymienionych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU.

8. Tomografia komputerowa

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty tomografii komputerowej Ubezpieczonego w zakresie procedur medycznych właściwych dla danego wariantu wymienionych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU.

9. Rezonans magnetyczny

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty rezonansu magnetycznego Ubezpieczonego w zakresie procedur medycznych właściwych dla danego wariantu wymienionych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU.

10. Ubezpieczenie Druga Opinia Medyczna

1. W przypadku wystąpienia Poważnego zachorowania Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty sporządzenia przez Ekspertów medycznych pisemnej, specjalistycznej Zagranicznej konsultacji medycznej, w oparciu o analizę dokumentacji medycznej (Pierwszej opinii medycznej), na temat postawionej diagnozy oraz z procesu leczenia przeprowadzonego na terytorium Polski.
2. Celem Drugiej Opinii Medycznej przygotowywanej w wiodących ośrodkach klinicznych na całym świecie jest określenie czy leczenie Ubezpieczonego jest najbardziej optymalne w świetle osiągnięć światowej medycyny.
3. Etapy organizacji Drugiej Opinii Medycznej:
 - 1) Przekazanie przez Ubezpieczonego dotychczas zgromadzonej dokumentacji medycznej, zawierającej pełną historię choroby, w tym Pierwszej opinii medycznej, do Lekarza Centrum Pomocy,
 - 2) Analiza otrzymanej dokumentacji i wybór Eksperta medycznego właściwego dla rozpatrywanego przypadku,

- 3) Przeprowadzenie przez Eksperta medycznego w oparciu o przetłumaczoną przez Centrum Pomocy dokumentację Zagranicznej konsultacji medycznej i wydanie opinii, z zastrzeżeniem ust. 8 i 9
 - 4) Sporządzenie przez Lekarza Centrum Pomocy zbiorczego raportu Drugiej Opinii Medycznej, zawierającego konkluzje i zalecenia Eksperta medycznego,
 - 5) Przetłumaczenie dokumentów Drugiej Opinii Medycznej i przekazanie jej Ubezpieczonemu wraz z oryginałem w języku obcym
4. Raport Drugiej Opinii Medycznej zawiera:
- 1) kompleksowy opis historii choroby,
 - 2) opinie Eksperta medycznego na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego procesu leczenia,
 - 3) sugestie dotyczące dalszego postępowania i leczenia,
 - 4) odpowiedzi na pytania Ubezpieczonego dotyczące jego przypadku medycznego (jeśli zostały zadane),
 - 5) bibliografię czasopism i artykułów odpowiednich dla przypadku medycznego Ubezpieczonego,
 - 6) życiorys Eksperta medycznego, którzy przygotowali opinię.
5. W trakcie procesu przygotowania Drugiej Opinii Medycznej jak i po jej wydaniu Lekarz Centrum Pomocy współpracuje z Ubezpieczonym lub jego opiekunem w celu zgromadzenia pełnej historii choroby oraz dokumentacji medycznej, jak i w celu omówienia wszelkich pytań i zagadnień z nią związanych, sugestie dotyczące dalszego postępowania i leczenia.
6. Warunkiem uzyskania świadczenia Drugiej Opinii Medycznej, jest dostarczenie przez Ubezpieczonego do Centrum Pomocy, na własny koszt, dokumentacji medycznej w języku polskim, zawierającej pełną historię choroby, w tym Pierwszej opinii medycznej, właściwie sporządzonej i podpisanej przez lekarza prowadzącego.
7. Dokumentacja medyczna, o której mowa w ust. 6 musi zawierać Pierwszą opinię medyczną, co stanowi warunek przekazania jej zagranicznemu konsultantowi.
8. W przypadku gdy przekazana przez Ubezpieczonego dokumentacja medyczna, w tym Pierwsza opinia medyczna, nie zawierają pełnej informacji pozwalającej na przeprowadzenie Zagranicznej konsultacji medycznej i sporządzenie Drugiej Opinii Medycznej, Centrum Pomocy lub Ekspert medyczny wskazuje zakres w jakim należy uzupełnić Pierwszą opinię medyczną.
9. Ubezpieczony w celu realizacji świadczenia Drugiej opinii medycznej na własny koszt jest zobowiązany do przedstawienia innej Pierwszej opinii medycznej lub uzupełnienia złożonej Pierwszej opinii medycznej w sposób zgodny z zaleceniami o których mowa w ust 8.
10. Ubezpieczyciel spełnia świadczenie do wysokości limitów ubezpieczenia określonych w tabeli świadczeń i limitów.

C. Pomoc opiekuńcza

1. Opieka pielęgniarska

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony wymaga opieki pielęgniarskiej w Miejscu pobytu – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego – Centrum Pomocy zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki w celu zapewnienia Ubezpieczonemu opieki pielęgniarskiej w zakresie zaleconym przez Lekarza prowadzącego i możliwym do wykonania w Miejscu pobytu. Ubezpieczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej, a tym samym koszty te pokrywa Ubezpieczony.

2. Sprzęt rehabilitacyjny

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty wypożyczenia albo zakupu oraz koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca pobytu.

3. Transport osoby wskazanej w przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony wymaga Hospitalizacji przez okres dłuższy niż 4 dni w Placówce medycznej znajdującej się w odległości większej niż 50 km od Miejsca zamieszkania, na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu osoby wskazanej przez Ubezpieczonego z miejsca jej pobytu na terytorium Polski do Placówki medycznej, w której Ubezpieczony jest Hospitalizowany oraz koszty podróży powrotnej tej osoby do miejsca jej zamieszkania na terytorium Polski po zakończonej Hospitalizacji Ubezpieczonego. Transport odbywa się:

- a) taksówką (nie dalej jednak niż na odległość 100 km),
- b) pociągiem I klasy lub autobusem,
- c) samolotem w klasie ekonomicznej, jeżeli czas podróży pociągiem lub autobusem przekracza 8 godzin,

w tym, w odniesieniu do pkt. b) i c) również transport taksówką do i z dworca/lotniska.

4. Zakwaterowanie osoby wskazanej w przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony wymaga Hospitalizacji przez okres dłuższy niż 4 dni w Placówce medycznej znajdującej się w odległości większej niż 50 km od Miejsca zamieszkania, na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty zakwaterowania (nocleg z wliczonym śniadaniem) osoby wskazanej przez Ubezpieczonego w hotelu o kategorii do trzech gwiazdek, znajdującym się najbliżej miejsca Hospitalizacji Ubezpieczonego.

5. Transport do Placówki medycznej

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego do Placówki medycznej, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną z Miejsca pobytu do odpowiedniej Placówki medycznej dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Pomocy.

6. Transport pomiędzy Placówkami medycznymi

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony znalazł się w Placówce medycznej, która nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu jego zdrowia lub jest on skierowany na zabieg lub badania lekarskie do innej Placówki medycznej, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną pomiędzy Placówkami medycznymi. Świadczenie realizowane jest na piśmie na zalecenie Lekarza prowadzącego, po konsultacji z Lekarzem Centrum Pomocy i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego. W przypadku, gdy Ubezpieczony jest jedynie skierowany na zabiegi lub badania do innej Placówki medycznej, świadczenie obejmuje również transport powrotny do Placówki medycznej, w której Ubezpieczony jest leczony.

7. Transport z Placówki medycznej

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony był Hospitalizowany i - zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego – wymaga transportu z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną, środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Pomocy w porozumieniu z Lekarzem Prowadzącym.

8. Transport na komisję lekarską oraz transport powrotny

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony musi udać się, zgodnie z otrzymanym wezwaniem, na komisję lekarską, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną z Miejsca zamieszkania do siedziby komisji lekarskiej oraz transportu powrotnego do Miejsca zamieszkania, jeżeli ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, Ubezpieczony nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub własnym samochodem. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Pomocy w porozumieniu z Lekarzem prowadzącym.

9. Transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony był Hospitalizowany przez okres dłuższy niż 4 dni i zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego przed upływem roku od dnia zakończenia Hospitalizacji powinien udać się na wizytę kontrolną do Placówki medycznej, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego na taką wizytę oraz transportu powrotnego do Miejsca zamieszkania, jeżeli ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, Ubezpieczony nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub własnym samochodem. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Pomocy w porozumieniu z Lekarzem prowadzącym.

10. Dostarczenie rzeczy osobistych do szpitala

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony trafił do szpitala, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia niezbędnych artykułów pierwszej potrzeby, takich jak: odzież, przybory toaletowe, okulary, jeżeli Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników w ww. zakresie. Warunkiem skorzystania ze świadczenia jest udostępnienie przez osobę wskazaną przez Ubezpieczonego ww. przedmiotów przedstawicielowi Centrum Pomocy. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu ww. artykułów, a tym samym koszty te pokrywa Ubezpieczony.

11. Dostarczenie lekarstw

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczonemu zostały zaordynowane leki przez Lekarza prowadzącego i zgodnie z jego pisemnym zaleceniem lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy, podjętym w oparciu o dokumentację medyczną, Ubezpieczony (z uwagi na rodzaj obrażeń, jakich doznał) nie może opuszczać Miejsca zamieszkania, Centrum Pomocy zorganizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia do Ubezpieczonego leków przepisanych przez Lekarza prowadzącego. Świadczenie przysługuje w przypadku, gdy Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy Osób bliskich w ww. zakresie. Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Centrum Pomocy recepty niezbędnej do wykupienia leków oraz pokrycie kosztów zakupu ww. leków przez Ubezpieczonego.

12. Pomoc domowa po Hospitalizacji

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony był Hospitalizowany przez okres dłuższy niż 4 dni i po zakończonej Hospitalizacji – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – konieczne jest zapewnienie Ubezpieczonemu pomocy w Miejscu zamieszkania, Centrum Pomocy zorganizuje oraz pokryje koszty honorarium i dojazdu pomocy domowej do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, pod warunkiem iż Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy Osób bliskich. Świadczenie obejmuje pomoc w następującym zakresie:

- a) zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby,
- b) codzienne porządki domowe,
- c) dostawa/przygotowanie posiłków,
- d) opieka nad Zwierzętami domowymi,
- e) podlewanie kwiatów.

Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu jakichkolwiek materiałów lub środków spożywczych związanych z zapewnieniem pomocy domowej, a tym samym koszty te pokrywa Ubezpieczony.

13. Dostarczenie podstawowych artykułów spożywczych

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony nie może opuszczać Miejsca zamieszkania – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego podstawowych artykułów spożywczych, jeżeli Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników w ww. zakresie. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu artykułów spożywczych, a tym samym koszty te pokrywa Ubezpieczony.

14. Opieka nad Dziećmi

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony jest Hospitalizowany albo musi przebywać w pozycji leżącej, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego, a konieczne jest zapewnienie opieki Dzieciom, Centrum Pomoc zorganizuje i pokryje koszty opieki w Miejscu zamieszkania przez podmiot profesjonalnie zajmujący się świadczeniem tego typu usług lub – w uzasadnionych stanem zdrowia osoby, której opieka ma dotyczyć, okolicznościach – przez pielęgniarkę. Świadczenie jest realizowane za pisemną zgodą Ubezpieczonego, w sytuacji, gdy w Miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić, a Ubezpieczony zapewnił dostęp do miejsca pobytu Dzieci.

15. Opieka nad osobami niesamodzielnymi

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony jest Hospitalizowany albo musi przebywać w pozycji leżącej, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego, a konieczne jest zapewnienie opieki Osobie niesamodzielnej, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty opieki w Miejscu zamieszkania przez podmiot profesjonalnie zajmujący się świadczeniem tego typu usług lub – w uzasadnionych stanem zdrowia osoby, której opieka ma dotyczyć, okolicznościach – przez pielęgniarkę. Świadczenie jest realizowane za pisemną zgodą Ubezpieczonego, w sytuacji, gdy w Miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić, a Ubezpieczony zapewnił dostęp do miejsca pobytu Osoby niesamodzielnej.

16. Opieka nad Zwierzętami

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony jest Hospitalizowany i przewidywany okres Hospitalizacji przekracza 4 dni, a konieczne jest zapewnienie opieki nad Zwierzęciem domowym, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty opieki nad Zwierzęciem domowym w Miejscu zamieszkania w zakresie karmienia, wyprowadzania na spacer oraz utrzymania higieny. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów karmy dla zwierząt lub środków do utrzymania higieny używanych podczas sprawowania opieki, tym samym koszty te ponosi Ubezpieczony. Świadczenie jest realizowane za pisemną zgodą Ubezpieczonego, w sytuacji, gdy w Miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić, a Ubezpieczony zapewnił dostęp do miejsca pobytu Zwierzęcia.

17. Transport Dziecka do placówki oświatowo-wychowawczej

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony – zgodnie z pisemną opinią Lekarza prowadzącego – nie może opuszczać Miejsca zamieszkania, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty przewozu Dziecka z Miejsca zamieszkania na zajęcia do szkoły, przedszkola, żłobka i z powrotem po zakończeniu zajęć. Świadczenie jest realizowane za pisemną zgodą Ubezpieczonego w sytuacji, gdy w Miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić taki transport a Ubezpieczony zapewnił dostęp do miejsca przebywania Dzieci.

18. Pobyt prawnego opiekuna w szpitalu

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Dziecko jest Hospitalizowane, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty:

- pobytu razem z Dzieckiem jednego prawnego opiekuna Dziecka w szpitalu, w którym Dziecko jest Hospitalizowane, zgodnie z wymogami i możliwościami, jakimi dysponuje szpital, albo
- wyłącznie jeżeli szpital znajduje się w odległości powyżej 50 km od Miejsca zamieszkania – pobytu jednego opiekuna prawnego Dziecka w hotelu o kategorii do trzech gwiazdek najbliższym miejscu Hospitalizacji Dziecka – w przypadku, gdy nie ma możliwości zorganizowania pobytu prawnego opiekuna w szpitalu.

19. Korepetycje

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego, na podstawie zwolnienia lekarskiego Dziecko nie może przez co najmniej 7 dni uczestniczyć w zajęciach dydaktycznych w placówce oświatowo-wychowawczej, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty dojazdu korepetytora do miejsca Hospitalizacji Dziecka lub Miejsca zamieszkania oraz koszty korepetycji w zakresie bieżącego programu nauczania w placówce oświatowo – wychowawczej, do której uczęszcza Dziecko.

Zakres świadczenia obejmuje korepetycje z przedmiotów wybranych spośród: języka polskiego, matematyki, fizyki, chemii, biologii, języków obcych (angielskiego, niemieckiego, francuskiego, hiszpańskiego).

20. Doradca rodziny

W przypadku, gdy w związku z wystąpieniem Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony lub Osoby bliskie nie radzą sobie z nową, trudną sytuacją życiową, Centrum Pomocy zapewni Ubezpieczonemu telefoniczną pomoc Doradcy, który udzieli:

- informacji formalno-prawnych w zakresie:
 - w jaki sposób uzyskać usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne w ramach pomocy społecznej,
 - orzekania stopnia niepełnosprawności,
 - adaptacji miejsca zamieszkania do potrzeb osoby trwale niepełnosprawnej,
 - nabywania spadku (przejęcie praw i obowiązków po zmarłym),
 - otwarcia testamentu,
 - ustanowienia nowego uposażonego w umowach ubezpieczenia,
 - ustanowienia pełnomocnika do rachunku bankowego,
- porad finansowych, w zakresie w jaki sposób i gdzie można uzyskać:
 - świadczenia z ZUS/KRUS (m.in. renta, świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek pielęgnacyjny, renta rodzinna, zasiłek pogrzebowy),
 - świadczenia z tytułu umów ubezpieczeń (m.in. ubezpieczenia na życia, ubezpieczenia NNW, OFE czy ubezpieczenia OC sprawy wypadku),
 - świadczenia należne rodzinie z zakładu pracy,
 - środki zgromadzone na rachunkach bankowych,
 - dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny i inne środki pomocnicze.

Ponadto Doradca zapewnia wsparcie w życiu codziennym, polegające na organizacji:

- i. zakupów artykułów pierwszej potrzeby,
- ii. pomocy sprzątającej,
- iii. przygotowania posiłków,
- iv. pomocy dzieciom w nauce.

Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów usług, zakupu materiałów lub środków spożywczych związanych z zapewnieniem pomocy organizacyjnej, a tym samym koszty te pokrywa Ubezpieczony.

Informacje, o których mowa ppkt a) i b) udzielane są Ubezpieczonemu najpóźniej następnego dnia roboczego po otrzymaniu zgłoszenia. Informacje udzielane w ramach infolinii mają charakter ogólny i nie mogą stanowić ostatecznej porady czy opinii prawnej.

§ 6. LIMITY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczyciel spełnia świadczenie do wysokości limitów ubezpieczenia określonych w Tabeli nr 1 z uwzględnieniem Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania. Limity mogą być określone kwotowo lub ilościowo. Maksymalna liczba świadczeń oznacza, że, w wariancie:
 - 1) MediSTANDARD PLUS – z dostępnych w ramach wariantu świadczeń, Ubezpieczonemu przysługuje łącznie maksymalnie 15 świadczeń z zakresu Pomocy medycznej oraz Pomocy opiekuńczej możliwych do wykorzystania na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe,
 - 2) MediMAX PLUS – z dostępnych w ramach wariantu świadczeń, Ubezpieczonemu przysługuje łącznie maksymalnie 20 świadczeń z zakresu Pomocy medycznej oraz Pomocy opiekuńczej możliwych do wykorzystania na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe.
2. W odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego realizacja któregokolwiek ze świadczeń z zakresu Pomocy medycznej oraz Pomocy opiekuńczej pomniejsza Maksymalną liczbę świadczeń do wykorzystania z uwzględnieniem zapisów ust. 3, 4, 5 niniejszego paragrafu.
3. W ramach jednego Okresu ubezpieczenia ochroną objęta jest nieograniczona liczba Zdarzeń ubezpieczeniowych.
4. W odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego, w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia, w ramach Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania, istnieje możliwość skorzystania kilkakrotnie z tego samego świadczenia, z wyłączeniem świadczeń:
 - 1) Rehabilitacja,
 - 2) Tomografia komputerowa,
 - 3) Rezonans magnetyczny,
 - 4) Opieka pielęgniarska,
 - 5) Sprzęt rehabilitacyjny,
 - 6) Zakwaterowanie osoby wskazanej w przypadku Hospitalizacji,
 - 7) Pomoc domowa po Hospitalizacji,
 - 8) Opieka nad dziećmi,
 - 9) Opieka nad osobami niesamodzielnymi,
 - 10) Opieka nad zwierzętami,
 - 11) Pobyt prawnego opiekuna w szpitalu w razie hospitalizacji Dziecka.
 - 12) Korepetycje,
 - 13) Doradca rodziny,dla których w Tabeli nr 1 ustalono odrębne limity. Korzystanie z danego świadczenia spośród wymienionych w pkt 1-13 niniejszego ustępu w ramach ustalonego limitu oznacza wykorzystanie jednego świadczenia w ramach Maksymalnej liczby świadczeń. Takie świadczenie może być wykorzystane tylko raz w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. W ramach jednego świadczenia możliwe jest wykonanie kilku usług, które traktowane są jako jedno świadczenie z Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania, jeżeli tak przewiduje opis dla danego świadczenia w Tabeli nr 1.
6. Świadczenie Badania laboratoryjne traktowane jest jako jedno świadczenie z Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania, niezależnie od liczby wydanych skierowań i zleconych do wykonania badań w związku z wystąpieniem danego Zdarzenia ubezpieczeniowego.
7. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń wynikających z niniejszych OWU przekroczy limit kosztów wskazany w Tabeli nr 1 powyżej, może zostać wykonana przez Centrum Pomocy, o ile Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Ubezpieczyciela limitem dla określonego oświadczenia.
8. Dla opcji Rodzina maksymalny limit świadczeń konsultacji lekarza doraźnej opieki medycznej wynosi 12 konsultacji w okresie ochrony niezależnie od wariantu ochrony.



§ 7. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia, gdy udzielenie tego świadczenia zostało uniemożliwione lub opóźnione z powodu:
 - 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru,
 - 2) strajków, niepokojów społecznych, ataków terrorystycznych, wojen, skutków promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych, mogących powodować niemożliwość realizacji danych świadczeń przez usługodawców Ubezpieczyciela,
 - 3) ograniczonego lub niemożliwego dostępu do Ubezpieczonego lub do innych osób, w stosunku do których miało zostać spełnione świadczenie, względnie do Miejsca zamieszkania albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie.

2. W przypadku, gdy udzielenie świadczenia określonego w OWU wymaga zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa wyrażenia przez Ubezpieczonego zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej w zakresie i sposób określony w art. 38 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia, w przypadku niewyrażenia przez Ubezpieczonego zgody, o której mowa powyżej lub nie wyrażenia jej w wymaganej formie, pod warunkiem iż niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało z niewyrażenia przez Ubezpieczonego zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz udostępnienia dokumentacji z leczenia.
3. Z odpowiedzialności ubezpieczyciela wyłączone są zdarzenia będące następstwem:
 - 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru, oraz działania wojennego, zamieszek, rozruchów, strajków, aktów terroru oraz działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka,
 - 2) szkód powstałych na skutek znajdowania się przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków o podobnym działaniu – jeżeli Ubezpieczony wiedział lub powinien był wiedzieć o takim działaniu leku, na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki zawierającej informację o wpływie leku na zdolności psychomotoryczne, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody,
 - 3) chorób psychicznych Ubezpieczonego,
 - 4) popełnienia samobójstwa lub próby samobójczej Ubezpieczonego,
 - 5) prowadzenia pojazdu, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do prowadzenia pojazdu,
 - 6) uczestnictwa Ubezpieczonego w bójce, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej,
 - 7) umyślnego działania Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - 8) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
4. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja i pokrycie kosztów leczenia obrażeń ciała, których zaistnienie nie jest bezpośrednio związane ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym.
5. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzeń powstałych na skutek:
 - 1) wyczynowego i zawodowego uprawiania wszelkich dyscyplin sportu przez co rozumie się regularne i intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach sportowych albo imprezach i obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu czerpania dochodu z uprawianej dyscypliny sportu.
 - 2) amatorskiego uprawiania sportów: powiatowych, motorowych, motorowodnych, speleologii, wspinaczki górskiej i skałkowej przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego lub wymagającej użycia takiego sprzętu, raftingu i wszystkich jego odmian, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, heliskiingu, heliboardingu, skoków na gumowej linie, a także uczestniczenie w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi (np. tereny śnieżne wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego).
6. Informacje udzielane w ramach Telefonicznej Informacji Medycznej mają charakter ogólny i informacyjny, nie stanowią porady medycznej, nie mają charakteru diagnostycznego i nie mogą być traktowane jako ostateczna opinia czy porada.
7. W przypadku świadczenia Dostarczenie lekarstw Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach.
8. W przypadku świadczenia Sprzęt rehabilitacyjny koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego nie są pokrywane przez Ubezpieczyciela, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego lub gdy okres oczekiwania na wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego w ramach ubezpieczenia społecznego nie przekracza 3 dni roboczych. Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach.
9. Z zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są zdarzenia ubezpieczeniowe, które są skutkiem (pozostają w adekwatnym związku przyczynowym) Choroby przewlekłej i stanowią przyczynę wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu pierwszego miesiąca od dnia rozpoczęcia Ubezpieczenia..
10. Wyłączenie wskazane w ust. 9 dotyczy świadczenia Drugiej opinii medycznej przeprowadzanej w związku z Poważnym zachorowaniem w zakresie wrodzonej wady serca u dorosłych
11. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja lub organizacja i pokrycie kosztów świadczeń, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe jest następstwem chorób wenerycznych, AIDS i zakażenia wirusem HIV.



§ 8. OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

1. W celu uzyskania świadczeń Ubezpieczony lub osoba działająca w imieniu Ubezpieczonego zobowiązani są niezwłocznie skontaktować się z Centrum Pomocy pod numerem telefonu +48 22 575 95 85, nie później jednak niż w terminie 30 dni od daty wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, chyba że z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego nie było to możliwe w terminie wskazanym powyżej i podać wszelkie dostępne informacje niezbędne do ustalenia uprawnień do uzyskania świadczeń, a w szczególności:
 - 1) imię, nazwisko Ubezpieczonego,
 - 2) numer PESEL lub data urodzenia
 - 3) adres Miejsca zamieszkania,
 - 4) datę zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 5) telefon kontaktowy,
 - 6) krótki opis zaistniałego zdarzenia,

2. Ubezpieczony zobowiązany jest postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Pomocy.
3. W przypadku niewykonania zobowiązania, o którym mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu w terminie w nim wskazanym Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie w oparciu o powszechnie obowiązujący stan wiedzy lekarskiej, w stopniu, w jakim niewykonanie tego obowiązku w terminie przyczyniło się do uniemożliwienia lub utrudnienia ustalenia okoliczności zdarzenia.
4. W celu realizacji pierwszego świadczenia z zakresu Pomocy medycznej i Pomocy opiekuńczej w odniesieniu do danego Zdarzenia ubezpieczeniowego (z wyłączeniem świadczenia Doradca rodziny oraz Konsultacja lekarza doraźnej pomocy medycznej, konsultacji lekarzy specjalistów oraz prostych zabiegów ambulatoryjnych nie wymagających skierowania od lekarza) Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązany jest wypełnić i przekazać do Centrum Pomocy „Wniosek o realizację świadczeń” do którego dołącza kopie:
 - 1) skierowania/zalecenia Lekarza prowadzącego do przeprowadzenia konsultacji, badań lub dodatkowych świadczeń,
 - 2) dotychczas zgromadzonej dokumentacji medycznej, w celu ustalenia czy powstałe obrażenia ciała lub stan zdrowia są następstwem Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania wraz z dotychczas zgromadzonymi wynikami badań.Ww. dokumenty należy przesłać do Centrum Pomocy pocztą tradycyjną na adres Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce ul. Prosta 68 Warszawa 00-838 lub pocztą mailową na adres mediplan_zdrowie@axa-assistance.pl.
5. W celu realizacji kolejnych świadczeń z zakresu Pomocy medycznej i Pomocy opiekuńczej w odniesieniu do danego Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązany jest przekazać do Centrum Pomocy kopię skierowania/zalecenia Lekarza prowadzącego do przeprowadzenia konsultacji, badań lub dodatkowych świadczeń.
6. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów, kontaktując się w tym celu z Placówką medyczną lub Lekarzem prowadzącym.
7. W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty o których mowa w ust. 4, 5, 8 i 9 niniejszego paragrafu Lekarz Centrum Pomocy w terminie maksymalnie 3 dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, podejmie decyzję, czy spełnione zostały medyczne przesłanki do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.
8. Ubezpieczony zobowiązany jest postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Pomocy, a zwłaszcza przekazać inne dokumenty, o które wnioskuje Centrum Pomocy niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania.
9. W przypadku powzięcia przez Ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanego Wniosku o realizację świadczeń Centrum Pomocy, w terminie 3 dni roboczych od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
10. W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację świadczeń Pomocy medycznej, liczony od dnia podjęcia decyzji, o którym mowa w pkt 7 powyżej, wynosi:
 - 1) do 24 h w przypadku konsultacji lekarza doraźnej pomocy medycznej
 - 2) do 5 dni roboczych w przypadku konsultacji u lekarzy specjalistów,
 - 3) do 3 dni roboczych w przypadku pozostałych świadczeń pomocy medycznej,
 - 4) do 3 dni roboczych w przypadku realizacji świadczeń z zakresy pomocy opiekuńczejo ile Ubezpieczony nie wskaże konkretnego lekarza czy placówki lub późniejszego terminu, w którym chciałby skorzystać ze świadczenia.
11. W przypadku nieuznania odpowiedzialności (w tym podjęcia decyzji o niespełnieniu medycznych przesłanek do udzielenia świadczenia) Centrum Pomocy pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
12. Świadczenia medyczne realizowane są w placówkach medycznych należących do sieci medycznej Centrum Pomocy, których lista dostępna jest w Centrum Pomocy pod numerem tel. +48 22 575 95 85 oraz na stronie internetowej www.axa-assistance.pl.
13. Koszty świadczeń realizowanych zgodnie z opisem zawartym w niniejszych OWU, z zakresu Pomocy medycznej i Pomocy opiekuńczej, pokrywane są przez Centrum Pomocy bezpośrednio na rzecz podmiotu lub placówki medycznej realizującej świadczenie.



§ 9. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
 - 1) z upływem Okresu ubezpieczenia, wskazanego w SUU,
 - 2) z dniem następnym po dniu otrzymania przez Agenta lub Ubezpieczyciela oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia,
 - 3) z dniem następnym po dniu otrzymania przez Agenta lub Ubezpieczyciela oświadczenia o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej (wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia),
 - 4) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - 5) z upływem Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończył 75. rok życia,
 - 6) po upływie 30 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający nie opłacił składki ubezpieczeniowej lub składka ubezpieczeniowa została opłacona w niepełnej wysokości.
2. W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia w przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 2- 4 niniejszego paragrafu za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem, że za datę od której liczony jest zwrot składki przyjmuje się w odniesieniu do:
 - 1) ust.1 pkt 2) niniejszego paragrafu – dzień następnym po dniu otrzymania przez Agenta lub Ubezpieczyciela oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia,
 - 2) ust.1 pkt 3) niniejszego paragrafu – dzień następnym po dniu otrzymania przez Agenta lub Ubezpieczyciela oświadczenia o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej (wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia)
 - 3) ust. 1 pkt 4) niniejszego paragrafu – dzień śmierci Ubezpieczonego.

Wysokość składki podlegającej zwrotowi za niewykorzystany Okres ubezpieczenia ustala się proporcjonalnie do niewykorzystanego Okresu ubezpieczenia.

3. W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia w przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 6), Ubezpieczającemu przysługuje zwrot zapłaconej składki ubezpieczeniowej, jeśli została ona opłacona w niepełnej wysokości.
4. Ubezpieczający ma prawo:
 - 1) odstąpić od umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia na podstawie oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia złożonego do Ubezpieczyciela bezpośrednio lub za pośrednictwem Agenta,
 - 2) zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej (wypowiedzieć umowę ubezpieczenia) w każdym czasie jej trwania; postanowienia ust. 2 powyżej stosuje się odpowiednio.
5. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia przed upływem Okresu ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
6. Chcąc odstąpić od umowy ubezpieczenia lub zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej (wypowiedzieć umowę ubezpieczenia) i ubiegać się o zwrot składki Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać do Ubezpieczyciela bezpośrednio lub za pośrednictwem Agenta oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia lub rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej (wypowiedzeniu umowy).
7. Ubezpieczony zobowiązany jest podać nr rachunku, na który należy dokonać zwrotu składki lub wskazać adres, na który należy wysłać przekaz pocztowy
8. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, osoba ubiegająca się o zwrot składki zobowiązana jest przekazać do Ubezpieczyciela odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego, wniosek o zwrot składki ubezpieczeniowej oraz dokument potwierdzający nabycie spadku.
9. Oświadczenia o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej oraz wnioski o zwrot składki muszą być złożone do Ubezpieczyciela bezpośrednio lub za pośrednictwem Agenta wyłącznie w formie pisemnej.

§ 10. ROSZCZENIA REGRESOWE

1. Z dniem realizacji świadczeń wymienionych w Tabeli nr 1, przechodzi na Ubezpieczyciela przysługujące Ubezpieczonemu roszczenie od osoby trzeciej odpowiedzialnej za powstanie szkody, do wysokości wartości zrealizowanego przez Ubezpieczyciela świadczenia (roszczenie regresowe).
2. Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu, przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. Ubezpieczony powinien udzielać pomocy Ubezpieczycielowi przy dochodzeniu roszczeń regresowych wobec osób odpowiedzialnych za zaistnienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, dostarczając niezbędne informacje i dokumenty.



§ 11. POSTĘPOWANIE REKLAMACYJNE

1. Niniejsze postępowanie reklamacyjne określa zasady zgłaszania i rozpatrywania Reklamacji zgłaszanych przez Klienta, dotyczących usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, wynikające z niniejszych OWU, zgodnie z Ustawą z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu Reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
2. Reklamacja może zostać złożona:
 - 1) w formie pisemnej:
 - a) osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub w placówce Agenta
 - b) przesyłką pocztową na adres Ubezpieczyciela:
Dział Jakości
Inter Partner Assistance Polska S.A.
ul. Prosta 68
00-838 Warszawa.
 - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: quality@ipa.com.pl
3. Przesłane Reklamacje powinny zawierać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko Klienta
 - 2) pełen adres korespondencyjny lub
 - 3) adres e-mail, na który należy skierować odpowiedź
 - 4) telefon kontaktowy
 - 5) wskazanie umowy ubezpieczenia (SUU), której dotyczy Reklamacja
 - 6) numer szkody (jeśli dotyczy)
 - 7) opis zgłaszanego problemu oraz przedmiot i okoliczności uzasadniające Reklamację
 - 8) oczekiwane działania
 - 9) w przypadku gdy Klient oczekuje przesłania odpowiedzi drogą elektroniczną – żądanie Klienta w tym zakresie.
4. Reklamacje można zgłaszać przy użyciu formularza reklamacyjnego dostępnego na stronie internetowej Agenta dostępnej pod adresem www.santanderconsumer.pl.
5. Jeżeli w procesie rozpatrywania Reklamacji konieczne będzie uzyskanie dodatkowych informacji związanych ze zgłoszeniem, wnoszący Reklamację zobowiązany jest dostarczyć wszelkie dane i informacje, o których dostarczenie wnosi Ubezpieczyciel, w celu jej rozpatrzenia.
6. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 6, Ubezpieczyciel:

- 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
8. Odpowiedź Ubezpieczyciela zostanie przesłana na adres pocztowy wskazany w ust. 3 pkt 2) chyba, że Klient wnosił o przesłanie mu odpowiedzi pocztą elektroniczną. Wówczas odpowiedź zostanie przesłana drogą elektroniczną na adres e-mail wskazany w ust. 3 pkt 3).
9. Językiem obowiązującym w korespondencji i kontaktach z Ubezpieczycielem jest język polski.
10. Dla umów ubezpieczenia, do których mają zastosowanie niniejsze OWU właściwym jest prawo polskie.
11. Wszelkie spory wynikające lub związane z niniejszą umową ubezpieczenia będą rozstrzygane przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
12. Niezależnie od powyższego Klient może zwrócić się o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego.
13. Klientowi przysługuje prawo złożenia wniosku do Rzecznika Finansowego o przeprowadzenie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporu konsumenckiego związanego z umową ubezpieczenia.
14. Rzecznik Finansowy jest podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich zgodnie z ustawą z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Więcej informacji na ten temat dostępnych jest na stronie internetowej Rzecznika Finansowego pod adresem <https://rf.gov.pl/>.
15. Istnieje możliwość prowadzenia pozasądowego postępowania w celu rozstrzygnięcia sporu między konsumentem mieszkającym na terenie Unii Europejskiej a Ubezpieczycielem za pośrednictwem internetowej platformy ODR pod adresem <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>. Adres poczty elektronicznej Ubezpieczyciela: quality@ipa.com.pl

§ 12. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelkie zawiadomienia, oświadczenia i wnioski w tym wnioski związane ze zmianą danych teleadresowych ubezpieczającego składane przez strony w związku z umową ubezpieczenia, nie związane z Reklamacjami oraz z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej oraz wnioski o zwrot składki powinny być składane na piśmie pocztą tradycyjną lub pocztą mailową na adres quality@axa-assistance.pl i stają się skuteczne z chwilą ich doręczenia do adresata.
2. Wszelkie zawiadomienia związane z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej oraz wnioski o zwrot składki przekazywane są do Agenta.
3. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski nie związane z Reklamacjami, o których mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu zostaną rozpatrzone w terminie do 30 dni licząc od daty ich wpływu do Ubezpieczyciela.
4. Dokumenty przesyłane pocztą tradycyjną strony będą przysyłać na adresy wskazane w SUU.
5. Strony obowiązane są informować się wzajemnie o każdej zmianie adresów.
6. W przypadku jakichkolwiek skarg i zażaleń zgłaszanych przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony może zwrócić się do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta, do Rzecznika Finansowego lub Ubezpieczyciela zgodnie z § 11 niniejszych OWU.
7. Wszelkie spory wynikające lub związane z niniejszą umową ubezpieczenia będą rozstrzygane przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub innej uprawnionej osoby, a w przypadku dochodzenia roszczeń przez spadkobiercę ubezpieczającego, ubezpieczonego lub innej uprawnionej osoby przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczającego, ubezpieczonego lub innej uprawnionej osoby.
8. Dla umów ubezpieczenia, do których mają zastosowanie niniejsze OWU właściwym jest prawo polskie.
9. Obowiązującym językiem w korespondencji i kontaktach z Ubezpieczycielem jest język polski.
10. Administratorem danych osobowych, w tym danych objętych tajemnicą ubezpieczeniową jest Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Prostej 68. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji Umowy i prawnie usprawiedliwionych celów realizowanych przez administratora danych. Pod warunkiem wyrażenia przez Ubezpieczającego zgody, dane osobowe będą także przetwarzane w celu przesłania informacji handlowej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną na wskazany przez Ubezpieczającego adres email lub posłużenie się telefonem, pocztą elektroniczną, automatycznym systemem wywołującym lub innym środkiem komunikacji elektronicznej w celu złożenia propozycji zawarcia umowy.
11. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia.
12. Osobie, której dane zostały podane we SUU przysługuje prawo dostępu do treści danych i prawo ich poprawiania.
13. Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Zarządzeniem Dyrektora Generalnego Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce nr 02./2021 z dnia 18.02.2021 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.03.2021 r.

ZAŁĄCZNIK NR 1 WYKAZ PROCEDUR MEDYCZNYCH

PROCEDURY MEDYCZNE	WARIANTY	
	MediSTANDARD PLUS	MediMAX PLUS
ZABIEGI AMBULATORYJNE		
AMBULATORYJNE ZABIEGI CHIRURGICZNE		
Proste nacięcie i usunięcie ciała obcego, tkanek podskórnych	•	•
Nacięcie i drenaż krwiaka, zbiornika płynu surowiczego lub innego zbiornika płynu	•	•
Usunięcie szwów	•	•
Zmiana opatrunku	•	•
Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; mały staw lub kaletka (np. palce u rąk lub nóg)	•	•
Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; średniej wielkości staw lub kaletka (np. staw skroniowo-żuchwowy, barkowo-obojęczykowy, nadgarstek, staw łokciowy lub skokowy, kaletka maziowa wyrostka łokciowego)	•	•
Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; duży staw lub kaletka (np. staw ramienny, biodrowy, kolanowy, kaletka barkowa)	•	•
Proste zamknięcie powierzchownych ran owłosionej skóry głowy, szyi, pachy, narządów płciowych zewnętrznych, tułowia i/lub kończyn		•
Proste zamknięcie powierzchownych ran twarzy, uszu, powiek, nosa, warg i/lub błon śluzowych		•
Proste usunięcie płytki paznokciowej, częściowe lub całkowite		•
AMBULATORYJNE ZABIEGI LARYNGOLOGICZNE		
Usunięcie ciała obcego, śródnosowe	•	•
AMBULATORYJNE ZABIEGI OKULISTYCZNE		
Usunięcie ciała obcego – z wnętrza gałki ocznej, z przedniej komory oka lub soczewki	•	•
Usunięcia ciała obcego lub złogu w obrębie układu łzowego, przewody łzowe	•	•
Wstrzyknięcie podspojówkowe		•
AMBULATORYJNE ZABIEGI ORTOPEDYCZNE		
Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)	•	•
Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)	•	•
Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)	•	•
Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)	•	•
Zastosowanie długiego opatrunku unieruchamiającego na całą kończynę dolną	•	•
Zastosowanie krótkiego opatrunku unieruchamiającego na kończynie dolnej – podudzie	•	•
Zastosowanie gipsu biodrowego		•
Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od barku do ręki (ramienny)	•	•
Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od łokcia do palca (przedramienia)	•	•
Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, ręka i dolne przedramię (opatrunek rękawiczkowy)	•	•
Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, palec (np. przykurcz)	•	•
Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – ósemkowego		•
Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – gips piersiowo-ramienny		•
Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna górna)	•	•
Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna dolna)	•	•
BADANIA LABORATORYJNE		
Morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi)	•	•
Morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi) z automatycznym zliczaniem odsetków leukocytów	•	•

ZAŁĄCZNIK NR 1 WYKAZ PROCEDUR MEDYCZNYCH CD.

PROCEDURY MEDYCZNE	WARIANTY	
	MediSTANDARD PLUS	MediMAX PLUS
BADANIA LABORATORYJNE CD.		
Morfologia krwi obwodowej; z rozmazem, ocena mikroskopowa oraz ręcznie wykonany wzór odsetkowy leukocytów	•	•
Morfologia krwi obwodowej; retikulocytoza; ręcznie	•	•
Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego); nieautomatycznie	•	•
Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego); automatycznie	•	•
BADANIA RADIOLOGICZNE		
Badanie radiologiczne; czaszka	•	•
Badanie radiologiczne; klatka piersiowa; jedna projekcja – czołowa PA	•	•
Badanie radiologiczne; klatka piersiowa; dwie projekcje – czołowa PA i boczna	•	•
Badanie radiologiczne; żuchwa		•
Badanie radiologiczne; układ kostny twarzy	•	•
Badanie radiologiczne; klatka piersiowa; specjalne projekcje (np. w pozycji leżącej na boku)	•	•
Badanie radiologiczne; żebra; jednostronne	•	•
Badanie radiologiczne; żebra; obustronne	•	•
Badanie radiologiczne; mostek	•	•
Badanie radiologiczne; staw lub stawy mostkowo-obojczykowe	•	•
Badanie radiologiczne; kręgosłup – całość; badanie przeglądowe, projekcja PA lub boczna		•
Badanie radiologiczne; kręgosłup szyjny		•
Badanie radiologiczne; kręgosłup – odcinek piersiowo-lędźwiowy; w pozycji stojącej (skolioza)		•
Badanie radiologiczne; kręgosłup – odcinek piersiowy		•
Badanie radiologiczne; kręgosłup – odcinek piersiowo-lędźwiowy		•
Badanie radiologiczne; kręgosłup – odcinek lędźwiowo-krzyżowy		•
Badanie radiologiczne; miednica		•
Badanie radiologiczne; stawy krzyżowo-biodrowe		•
Badanie radiologiczne; kość krzyżowa i kość ogonowa		•
Badanie radiologiczne; obojczyk; całkowite		•
Badanie radiologiczne; łopatką; całkowite		•
Badanie radiologiczne; bark		•
Badanie radiologiczne; stawy barkowo-obojczykowe	•	•
Badanie radiologiczne; kość ramienna	•	•
Badanie radiologiczne; staw łokciowy	•	•
Badanie radiologiczne; przedramię	•	•
Badanie radiologiczne; nadgarstek		•
Badanie radiologiczne; ręka	•	•
Badanie radiologiczne; palec (palce) ręki	•	•
Badanie radiologiczne; biodro	•	•
Badanie radiologiczne; kość udowa	•	•
Badanie radiologiczne; kolano		•
Badanie radiologiczne; oba kolana; w pozycji stojącej w projekcji PA		•
Badanie radiologiczne; piszczel i strzałka		•
Badanie radiologiczne; staw skokowy		•
Badanie radiologiczne; stopa		•
Badanie radiologiczne; kość piętowa		•
Badanie radiologiczne; jama brzuszna; pojedyncza projekcja PA		•

ZAŁĄCZNIK NR 1 WYKAZ PROCEDUR MEDYCZNYCH CD.

PROCEDURY MEDYCZNE	WARIANTY	
	MediSTANDARD PLUS	MediMAX PLUS
BADANIA LABORATORYJNE CD.		
Badanie ultrasonograficzne; klatka piersiowa	•	•
Badanie ultrasonograficzne; jama brzuszna	•	•
Badanie ultrasonograficzne miednicy	•	•
Badanie ultrasonograficzne moszny i jej zawartości		•
Badanie ultrasonograficzne; kończyna; nienaczyniowe		•
REHABILITACJA		
Ćwiczenia indywidualne – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości	•	•
Ćwiczenia grupowe (do 6 osób) – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości;	•	•
Techniki terapii manualnej (np. metody McKenziego, Cyriax, Mulligana i PNF jeden lub więcej obszarów, mobilizacje i manipulacje	•	•
Wyciągi – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; trakcja mechaniczna	•	•
Rower (rotor), cykloergometr – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów	•	•
Kineziotaping	•	•
Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; diatermia	•	•
Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów podczerwień (sollux)	•	•
Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ultrafiolet	•	•
Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ultradźwięki	•	•
Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; jonoforeza	•	•
Galwanizacja	•	•
Elektrostymulacja	•	•
Tonoliza	•	•
Prądy diadynamiczne	•	•
Prądy interferencyjne	•	•
Prądy Kotza	•	•
Prądy Tens	•	•
Prądy Traberta	•	•
Impulsowe pole magnetyczne	•	•
Laseroterapia (skaner, punktowo)	•	•
Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; okłady ciepłe lub zimne (termożele)	•	•
Krioterapia – miejscowa		•
Krioterapia – zabieg w kriokomorze		•
TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA		
Tomografia komputerowa; głowa lub mózg; bez kontrastu		•
Tomografia komputerowa; oczodoł, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne; bez kontrastu		•
Tomografia komputerowa; okolica szczękowo-twarzowa; bez kontrastu		•
Tomografia komputerowa; tkanki miękkie szyi; bez kontrastu		•
Tomografia komputerowa; klatka piersiowa; bez kontrastu		•
Tomografia komputerowa; kręgosłup szyjny; bez kontrastu		•

ZAŁĄCZNIK NR 1 WYKAZ PROCEDUR MEDYCZNYCH CD.

PROCEDURY MEDYCZNE	WARIANTY	
	MediSTANDARD PLUS	MediMAX PLUS
TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA CD.		
Tomografia komputerowa; odcinek piersiowy kręgosłupa; bez kontrastu		•
Tomografia komputerowa; odcinek lędźwiowy kręgosłupa; bez kontrastu		•
Tomografia komputerowa; miednica; bez kontrastu		•
Tomografia komputerowa; kończyna górna; bez kontrastu		•
Tomografia komputerowa; kończyna dolna; bez kontrastu		•
Tomografia a komputerowa; jama brzuszna; bez kontrastu		•
Tomografia komputerowa; głowa lub mózg; z kontrastem		•
Tomografia komputerowa; oczodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne; z kontrastem		•
Tomografia a komputerowa; okolica szczękowo-twarzowa; z kontrastem		•
Tomografia komputerowa; tkanki miękkie szyi z kontrastem		•
Tomografia komputerowa; klatka piersiowa; z kontrastem		•
Tomografia komputerowa; kręgosłup szyjny; z kontrastem		•
Tomografia komputerowa; odcinek piersiowy kręgosłupa; z kontrastem		•
Tomografia komputerowa; odcinek lędźwiowy kręgosłupa; z kontrastem		•
Tomografia komputerowa; miednica; z kontrastem		•
Tomografia komputerowa; kończyna górna; z kontrastem		•
Tomografia komputerowa; kończyna dolna; z kontrastem		•
Tomografia a komputerowa; jama brzuszna; z kontrastem		•
REZONANS MAGNETYCZNY		
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; oczodół, twarz i szyja; bez kontrastu		•
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu); bez kontrastu		•
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia); bez kontrastu		•
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek szyjny kręgosłupa; bez kontrastu		•
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek piersiowy kręgosłupa; bez kontrastu		•
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek lędźwiowy kręgosłupa; bez kontrastu		•
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; miednica; bez kontrastu		•
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kończyna górna; badanie nieskierowane na stawy; bez kontrastu		•
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej; bez kontrastu		•
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kończyna dolna; badanie nieskierowane na stawy; bez kontrastu		•
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej; bez kontrastu		•
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; jama brzuszna; bez kontrastu		•
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; oczodół, twarz i szyja; z kontrastem		•
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu); z kontrastem		•
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia); z kontrastem		•

ZAŁĄCZNIK NR 1 WYKAZ PROCEDUR MEDYCZNYCH CD.

PROCEDURY MEDYCZNE	WARIANTY	
	MediSTANDARD PLUS	MediMAX PLUS
REZONANS MAGNETYCZNY CD.		
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek szyjny kręgosłupa; z kontrastem		•
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek piersiowy kręgosłupa; z kontrastem		•
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek lędźwiowy kręgosłupa; z kontrastem		•
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; miednica; z kontrastem		•
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kończyna górna; badanie nieskierowane na stawy; z kontrastem		•
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej; z kontrastem		•
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kończyna dolna; badanie nieskierowane na stawy; z kontrastem		•
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej; z kontrastem		•
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; jama brzuszna; z kontrastem		•