

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie z opieką zdrowotną Plan Medyczny – indeks PM/23/09/01 (dalej: OWU) zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	część I pkt 3 część V pkt 1 część VI część X Katalog świadczeń zdrowotnych
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	część VIII

Informacje wstępne

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z opieką zdrowotną Plan Medyczny – indeks PM/23/09/01 (OWU) wraz z dokumentami w nich wskazanymi stanowią podstawę zawarcia umowy ubezpieczenia.

Przed zawarciem umowy zapoznaj się ze wszystkimi dokumentami, które otrzymałeś.

Spis treści

Poznajmy się!	2
I. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	2
II. Zawarcie umowy ubezpieczenia	2
III. Okres ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa	2
IV. Składka	3
V. Śmierć ubezpieczonego	3
VI. Świadczenia zdrowotne	3
VII. Obowiązki	4
VIII. Ograniczenia odpowiedzialności	4
IX. Reklamacje, właściwość sądów, prawo właściwe	5
X. Słownik pojęć	5
XI. Postanowienia końcowe	6
Katalog świadczeń zdrowotnych	7

Poznajmy się!

my – UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Ty, ubezpieczający – podmiot, który zawiera z nami umowę ubezpieczenia.

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. oraz ubezpieczający to strony umowy ubezpieczenia.

I. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Kto może zawrzeć umowę ubezpieczenia?

Umowę ubezpieczenia zawiera z nami ubezpieczający. Ubezpieczającym może być:

- osoba fizyczna, która w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ma ukończonych co najmniej 18 lat i ma miejsce zamieszkania w Polsce, lub
- osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, mająca siedzibę na terenie Polski.

2. Kogo możemy objąć ochroną ubezpieczeniową?

- Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy ubezpieczonego i w zależności od wybranej formy ubezpieczenia – inną osobę współubezpieczoną.
- Ubezpieczonym może być osoba fizyczna, która w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ma ukończonych co najmniej 18 lat i nie ukończyła 70 lat oraz ma miejsce zamieszkania w Polsce. Ubezpieczonym może być:
 - ubezpieczający, czyli Ty – jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana przez osobę fizyczną,
 - inna osoba wskazana przez ubezpieczającego, czyli przez Ciebie – w tym przypadku przed zawarciem umowy powinieneś przekazać jej warunki umowy ubezpieczenia.

Jak liczymy wiek?

Jest to liczba ukończonych pełnych lat życia, liczonych w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia; w każdą rocznicę polisy liczba ta zwiększana jest o 1 (jeden).

- W formie indywidualnej ochroną ubezpieczeniową możemy objąć tylko ubezpieczonego.
- W formie partnerskiej ochroną ubezpieczeniową możemy objąć ubezpieczonego oraz jednego współubezpieczonego, który ma miejsce zamieszkania w Polsce. Może nim być:
 - współmałżonek ubezpieczonego albo
 - partner ubezpieczonego, albo
 - dziecko ubezpieczonego, które nie ukończyło 25 lat.
- W formie rodzinnej ochroną ubezpieczeniową możemy objąć ubezpieczonego oraz współubezpieczonych, którzy mają miejsce zamieszkania w Polsce. Mogą nimi być:
 - współmałżonek albo partner ubezpieczonego oraz
 - dzieci ubezpieczonego lub współmałżonka albo partnera ubezpieczonego.

3. Co obejmuje nasze ubezpieczenie?

- W formie indywidualnej przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego, a w przypadku formy partnerskiej i rodzinnej – życie i zdrowie ubezpieczonego oraz zdrowie współubezpieczonych.
- Zakresem ubezpieczenia obejmujemy:
 - śmierć ubezpieczonego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz
 - udostępnienie ubezpieczonemu lub współubezpieczonym w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej świadczeń zdrowotnych i pokrycie kosztów tych świadczeń zgodnie z Katalogiem świadczeń zdrowotnych, jeżeli zostały one zrealizowane w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej w placówkach medycznych współpracujących z naszym partnerem medycznym, z zastrzeżeniem części VI pkt 3.

- Zakres świadczeń zdrowotnych zależy od wariantu ubezpieczenia, który wybierzesz. Wskazujemy go w polisie.
- Współubezpieczeni obejmowani są tym samym wariantem ubezpieczenia co ubezpieczony.
- Zmiana formy lub wariantu ubezpieczenia możliwa jest w każdą rocznicę polisy. Na Twój wniosek i za naszą zgodą zmiana możliwa jest także w innym terminie.

II. Zawarcie umowy ubezpieczenia

W jaki sposób zawieramy umowę ubezpieczenia?

- Umowę ubezpieczenia zawieramy na podstawie złożonego przez Ciebie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- Zawarcie umowy ubezpieczenia potwierdzamy polisą, w której wskazujemy datę początku ochrony ubezpieczeniowej.
- Możemy nie zaakceptować Twojego wniosku i odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.

III. Okres ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa

1. Na jaki okres zawieramy umowę ubezpieczenia?

- Umowę ubezpieczenia zawieramy na okres 1 roku polisy, licząc od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, którą wskazujemy w polisie.
- Po upływie każdego roku polisy umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu o kolejny rok polisy na tych samych warunkach, o ile żadna ze stron nie postanowi inaczej.
- Każda ze stron może wyrazić wolę nieprzedłużenia umowy ubezpieczenia o kolejny rok polisy – może to zrobić, składając oświadczenie na piśmie lub przesłać je pocztą elektroniczną, nie później niż 30 dni przed rocznicą polisy.

2. Czy warunki ubezpieczenia mogą ulec zmianie?

- Możemy zaproponować Ci zmianę warunków umowy ubezpieczenia na kolejny rok polisy.
- Propozycję zmiany przedstawimy Ci na piśmie lub na innym trwałym nośniku (np. mejlowo), o ile wyraziłeś na to zgodę, nie później niż 30 dni przed rocznicą polisy. Określimy w niej wpływ zmian na wysokość składki lub przysługujących świadczeń.
- W propozycji zmiany wyznaczmy również 14-dniowy termin, w którym możesz opłacić składkę we wskazanej wysokości za kolejny rok polisy. Opłacenie składki w pełnej wysokości uznamy jako wyrażenie przez Ciebie woli przedłużenia umowy o kolejny rok polisy, na zmienionych warunkach. Jeżeli nie opłacisz składki w pełnej wysokości na numer rachunku bankowego i w terminie wskazanych w propozycji, umowa ubezpieczenia rozwiąże się z ostatnim dniem roku polisy.

3. Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

- Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po łącznym spełnieniu następujących warunków:
 - opłaceniu składki w należnej wysokości,
 - zaakceptowaniu przez nas poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy.
- Ochrona ubezpieczeniowa wygasa, gdy rozwiąże się umowa ubezpieczenia oraz w sytuacjach wskazanych w pkt 7.

4. Kiedy możesz odstąpić od umowy ubezpieczenia?

- Od umowy ubezpieczenia możesz odstąpić, składając nam oświadczenie w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy jesteś przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia.
- Jeżeli jesteś konsumentem i nie poinformowaliśmy Cię przed zawarciem umowy ubezpieczenia o prawie odstąpienia, okres 30 dni liczymy od dnia, w którym dowiedziałeś się o prawie odstąpienia.

- 3) Jeżeli odstąpisz od umowy ubezpieczenia, zwrócimy Ci wpłaconą składkę. Pomniejszymy ją o kwotę należną za okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

5. Kiedy możesz wypowiedzieć umowę ubezpieczenia?

Umowę ubezpieczenia możesz wypowiedzieć w każdym czasie ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca polisy. Możesz to zrobić, składając nam wypowiedzenie na piśmie lub przesyłając je pocztą elektroniczną.

6. Kiedy rozwiąże się umowa ubezpieczenia?

Umowa ubezpieczenia rozwiąże się z dniem wystąpienia najwcześniejszego z poniższych zdarzeń:

- a) z dniem złożenia nam przez Ciebie oświadczenia o odstąpieniu od umowy,
- b) z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym złożyłeś nam oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia,
- c) z upływem ostatniego dnia roku polisy, jeżeli przedstawiliśmy Ci propozycję zmiany warunków umowy na kolejny okres, a Ty nie opłaciłeś w wyznaczonym w propozycji terminie składki we wskazanej tam wysokości,
- d) z dniem śmierci ubezpieczonego – jeśli umowa ubezpieczenia zawarta została w formie indywidualnej, a w przypadku gdy została zawarta w formie partnerskiej lub rodzinnej – z upływem ostatniego dnia okresu, za który została opłacona składka,
- e) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym ubezpieczony ukończył 70 lat,
- f) z upływem okresu, na jaki została zawarta umowa, jeśli jedna ze stron wyrazi wolę jej nieprzedłużenia.

7. W jakich sytuacjach wygaśnie ochrona?

Poza przypadkami wskazanymi w pkt 6 ochrona wygasa:

- a) w stosunku do współubezpieczonego w przypadku jego śmierci – w dniu śmierci współubezpieczonego,
- b) w stosunku do współubezpieczonych w przypadku śmierci ubezpieczonego – z upływem ostatniego dnia okresu, za który została opłacona składka,
- c) w stosunku do współubezpieczonego będącego dzieckiem – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym dziecko ukończyło 25 lat,
- d) w stosunku do współubezpieczonych – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym ubezpieczony ukończył 70 lat,
- e) w przypadku określonym w części IV pkt 3 ppkt 2).

8. Czy jest możliwość ponownego zawarcia umowy ubezpieczenia?

Jeżeli umowa ubezpieczenia została rozwiązana, kolejna umowa ubezpieczenia może być zawarta po wyrażeniu przez nas zgody, jednak w terminie nie wcześniejszym niż po upływie 6 miesięcy kalendarzowych od ostatniego dnia ochrony ubezpieczeniowej.

IV. Składka

1. W jaki sposób ustalamy wysokość składki?

- 1) Wysokość składki ustalamy na podstawie taryfy składek, która obowiązuje w dniu:
 - a) złożenia przez Ciebie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - b) przesłania Ci informacji o przedłużeniu umowy na niezmiennych warunkach,
 - c) przesłania Ci propozycji zmiany warunków umowy ubezpieczenia.
- 2) Wysokość składki zależy od wysokości sumy ubezpieczenia, zakresu, formy oraz wariantu ubezpieczenia.
- 3) Wysokość składki wskazujemy we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, informacji o przedłużeniu umowy na niezmiennych warunkach, propozycji zmiany warunków umowy ubezpieczenia oraz w polisie.

2. Jak opłacasz składkę?

Składkę powinieneś opłacać z góry z częstotliwością roczną. Na Twój wniosek i za naszą zgodą składka może być opłacana z inną częstotliwością. Składkę opłacasz na rachunek bankowy wskazany we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Numer rachunku bankowego i terminy płatności potwierdzamy w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia.

3. Co w przypadku, gdy nie opłacisz składki?

- 1) Składkę uważamy za nieopłaconą, jeżeli:
 - a) opłaciłeś składkę lub jej ratę w niższej wysokości niż wskazana w polisie,
 - b) wpłaciłeś składkę lub jej ratę na nieprawidłowy numer rachunku bankowego,
 - c) nie opłaciłeś składki lub jej raty w terminie wymagalności wskazanym w polisie.
- 2) W przypadku gdy nie opłaciłeś kolejnej raty składki w terminie wymagalności, wyślemy do Ciebie prośbę o wpłatę składki w dodatkowym terminie, nie krótszym niż 7 dni od daty otrzymania wezwania. Jeśli nie opłacisz raty składki we wskazanym dodatkowym terminie, nasza odpowiedzialność ustanie w terminie, który wskażemy w wezwaniu, przy czym nie zwalnia Cię to z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim udzielaliśmy ochrony.

V. Śmierć ubezpieczonego

1. Komu i jaką kwotę wypłacimy?

W przypadku śmierci ubezpieczonego w czasie trwania ochrony wypłacimy uposażonemu świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia. Sumę ubezpieczenia wskazujemy we wniosku o zawarcie umowy oraz potwierdzamy w polisie.

2. Czy ubezpieczony może wskazać więcej niż jednego uposażonego?

Ubezpieczony może wskazać jednego uposażonego lub więcej. Świadczenie w przypadku wskazania kilku uposażonych wypłacimy w równych kwotach dla każdego z nich, chyba że ubezpieczony inaczej określi podział świadczenia we wniosku o zawarcie umowy.

3. W jakim terminie zrealizujemy świadczenie?

Wypłatę z ubezpieczenia zrealizujemy w terminie 21 dni, licząc od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o zdarzeniu. Jeśli w tym terminie wyjaśnienie okoliczności, które są konieczne do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia, będzie niemożliwe, świadczenie wypłacimy w terminie 14 dni liczonych od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednak bezsporną część świadczenia spełnimy w terminie 21 dni.

4. Jakie dokumenty muszą zostać nam przekazane, żeby otrzymać wypłatę z ubezpieczenia?

- 1) Żebyśmy mogli dokonać wypłaty, konieczne jest przekazanie nam dokumentów wskazanych w formularzu wniosku o wypłatę świadczenia. Formularz ten znajduje się na naszej stronie internetowej uniqa.pl.
- 2) Dokumenty należy przekazać jako oryginały lub kopie, których zgodność z oryginałem została poświadczona przez:
 - a) notariusza lub
 - b) naszego przedstawiciela, lub
 - c) upoważnionego pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której ubezpieczony był zarejestrowany i leczony – w przypadku dokumentacji medycznej.

VI. Świadczenia zdrowotne

1. Czym są świadczenia zdrowotne?

- 1) Zakresem ubezpieczenia obejmujemy wyłącznie świadczenia zdrowotne:
 - a) wymienione w Katalogu świadczeń zdrowotnych, który stanowi załącznik do OWU, oraz

- b) objęte wybranym wariantem ubezpieczenia.
- 2) Wszelkie świadczenia zdrowotne inne niż wskazane w ppkt 1), a także te realizowane w placówkach medycznych niewspółpracujących z naszym partnerem medycznym, nie są objęte ochroną, z zastrzeżeniem części VI pkt 3).
- 3) Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w wariantcie podstawowym albo wariantcie rozszerzonym. Oba warianty zawierają także świadczenia zdrowotne, które realizowane są z dopłatą. Dopłata jest to część kosztu za świadczenie zdrowotne, którą pokrywa ubezpieczony lub współubezpieczony i która nie jest objęta zakresem ubezpieczenia. Świadczenia zdrowotne realizowane z dopłatą oraz jej wysokość wskazujemy w Katalogu świadczeń zdrowotnych.

2. W jaki sposób realizowane są świadczenia zdrowotne?

- 1) Jeżeli zajdzie potrzeba medyczna, spowodowana stanem zdrowia ubezpieczonego lub współubezpieczonego, udostępniamy tym osobom świadczenia zdrowotne i pokrywamy ich koszty, z zastrzeżeniem pkt 1 ppkt 3).
- 2) Każda z osób objętych ochroną uzyskuje dostęp do platformy internetowej naszego partnera medycznego, której adres podany jest w polisie.
- 3) W celu korzystania z platformy internetowej naszego partnera medycznego konieczne jest założenie konta. Aby to zrobić, należy wejść na adres podany w polisie, a następnie:
 - a) przekazać dane, których wymaga platforma internetowa naszego partnera medycznego, w szczególności kod vouchera, czyli numer PESEL, a w przypadku obcokrajowców jest to numer dokumentu tożsamości, który został wskazany we wniosku o zawarcie umowy, oraz
 - b) zaakceptować regulaminy naszego partnera medycznego, które są dostępne na platformie internetowej.
- 4) Aby skorzystać ze świadczeń zdrowotnych, należy:
 - a) uzgodnić termin telefonicznie za pośrednictwem infolinii medycznej lub zgłosić zapotrzebowanie na platformie internetowej,
 - b) uiścić dopłatę za świadczenie zdrowotne naszemu partnerowi medycznemu, o ile jest wymagana,
 - c) w uzgodnionym terminie przybyć do placówki medycznej i okazać dokument tożsamości.
- 5) Aby skorzystać ze świadczenia telekonsultacji, należy:
 - a) zalogować się do platformy internetowej,
 - b) wybrać specjalizację lekarza, formę telekonsultacji oraz preferowany termin konsultacji,
 - c) w uzgodnionym terminie oczekiwać na kontakt.
- 6) Przed umówionym terminem świadczenia zdrowotnego nasz partner medyczny wysyła przypomnienie w formie wiadomości SMS.
- 7) W przypadku rezygnacji z umówionego świadczenia zdrowotnego należy je odwołać na platformie internetowej zgodnie z zasadami określonymi w regulaminie partnera medycznego dotyczącym udzielania świadczeń zdrowotnych.
- 8) Świadczenia zdrowotne są realizowane na zasadach określonych w regulaminie partnera medycznego dotyczącym udzielania świadczeń zdrowotnych.

3. Czy mogę korzystać ze świadczeń zdrowotnych poza siecią placówek medycznych współpracujących z partnerem medycznym?

- 1) Jeśli realizacja świadczenia zdrowotnego w placówkach współpracujących z naszym partnerem medycznym w terminie, jaki podaliśmy w Katalogu świadczeń zdrowotnych, jest niemożliwa, to osoba objęta ochroną może skorzystać z danego świadczenia zdrowotnego w dowolnej placówce medycznej.
- 2) W sytuacji opisanej w ppkt 1) należy skontaktować się z infolinią medyczną, która wskaże sposób realizacji świadczenia. Na podstawie tego zgłoszenia oraz faktury nasz partner medyczny zwraca koszty poniesione za zrealizowane świadczenia zdrowotne, jeśli są objęte zakresem ubezpieczenia. Jeśli świadczenie zdrowotne objęte jest dopłatą, zwrot zostanie pomniejszony o wartość dopłaty.

VII. Obowiązki

1. Jakie są Twoje obowiązki jako ubezpieczającego?

Masz następujące obowiązki:

- a) opłacać składki,
- b) jeżeli ubezpieczonym lub współubezpieczonym jest inna osoba niż Ty – przekazać jej OWU na piśmie lub na innym trwałym nośniku, jeżeli osoba ta wyraziła na to zgodę; OWU należy przekazać przed zawarciem umowy ubezpieczenia,
- c) powiadamiać nas o zmianie danych osobowych Twoich lub ubezpieczonego bądź współubezpieczonego, w tym danych teled adresowych podanych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
- d) przekazywać ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu informacje o zmianie warunków umowy lub o zmianie prawa właściwego dla umowy i o wpływie tych zmian na wartość świadczeń z ubezpieczenia, zanim wyrazisz na nie zgodę.

2. Jakie są obowiązki ubezpieczonego lub współubezpieczonego?

Ubezpieczony lub współubezpieczony ma obowiązek uiścić dopłatę do wskazanych świadczeń zdrowotnych, o ile jest wymagana.

3. Jakie są nasze obowiązki?

Mamy obowiązek:

- a) udostępnić świadczenia zdrowotne i na warunkach wskazanych w OWU pokryć ich koszty oraz spełnić świadczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego w przypadkach wskazanych w umowie ubezpieczenia,
- b) spełnić inne obowiązki, które wynikają z umowy i przepisów prawa.

VIII. Ograniczenia odpowiedzialności

1. W jakich sytuacjach odmówimy wypłaty lub realizacji świadczenia?

- 1) Nie wypłacimy świadczenia z tytułu śmierci, jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło wskutek:
 - a) wojny, działań wojennych i zbrojnych,
 - b) świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach,
 - c) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego,
 - d) samobójstwa ubezpieczonego popełnionego w okresie 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
- 2) Nie przyznamy świadczenia, jeśli jego wypłata lub realizacja usługi wynikającej z ubezpieczenia mogłyby nas narazić na:
 - a) sankcje, zakazy lub restrykcje wynikające z rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych,
 - b) sankcje handlowe lub gospodarcze wynikające z prawa Unii Europejskiej, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Stanów Zjednoczonych Ameryki lub Rzeczypospolitej Polskiej.

2. W jakiej sytuacji skorzystanie ze świadczeń zdrowotnych może być ograniczone lub ich nie zrealizujemy?

- 1) Ograniczamy możliwość skorzystania ze świadczeń zdrowotnych w okresie karencji. Okres karencji wskazujemy we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzamy w polisie.
- 2) Wykonanie świadczeń zdrowotnych może być opóźnione lub ograniczone na skutek strajków, zamieszek, niepokoju społecznego, zamachów terrorystycznych, wojny domowej lub wojny o zasięgu międzynarodowym, promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, epidemii lub zadziałania siły wyższej.
- 3) Nie zrealizujemy świadczeń zdrowotnych, jeżeli wynikają z:
 - a) leczenia uzależnień,
 - b) diagnozowania i leczenia zaburzeń płodności,
 - c) leczenia wad wrodzonych oraz ich następstw,
 - d) leczenia zakażeń wirusem HIV lub zespołu AIDS,

- e) leczenia dentystycznego,
- f) niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza placówki medycznej współpracującej z naszym partnerem medycznym.

IX. Reklamacje, właściwość sądów, prawo właściwe

1. W jakim trybie można składać reklamacje, skargi i zażalenia?

- 1) Reklamację możesz wnieść w każdym przypadku, o ile jesteś osobą fizyczną będącą ubezpieczającym, ubezpieczonym, inną osobą uprawnioną z umowy ubezpieczenia lub spadkobiercą posiadającym interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, a także o ile jesteś osobą prawną lub spółką nieposiadającą osobowości prawnej będącą ubezpieczającym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej.
- 2) W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do nas jako podmiotu rynku finansowego, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia składane przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające, wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierające zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie, który niezwiązany jest z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową.
- 3) W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do nas, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia dotyczące brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające, wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierające zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie, który niezwiązany jest z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową.
- 4) Reklamacje wnosi się do zarządu naszej spółki. Reklamacja może być złożona w każdej naszej jednostce obsługującej klientów.
- 5) Reklamacje na świadczone przez nas usługi można złożyć:
 - a) elektronicznie – poprzez formularz na stronie uniqa.pl/reklamacje;
 - b) ustnie:
 - telefonicznie pod numerem naszej infolinii +48 22 599 95 22,
 - osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie;
 - c) na piśmie:
 - osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie,
 - przesyłką pocztową na adres: 00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51,
 - na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w ustawie z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych jako rejestru publicznego prowadzonego przez ministra właściwego do spraw informatyzacji, tj. AE:PL-75623-64271-BRDJV-27.
- 6) Odpowiedzi na reklamację udzielimy na piśmie albo w przypadku reklamacji wniesionej przez osobę fizyczną – pocztą elektroniczną, jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek tej osoby, potwierdzimy pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt złożenia reklamacji.
- 7) Odpowiedzi na reklamację udzielimy bezzwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.

- 8) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć reklamacji i udzielić na nią odpowiedzi w terminie 30 dni, poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na reklamację udzielimy nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
- 9) Jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację nie zgadza się z naszym stanowiskiem wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego, a ponadto może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko UNIQA według właściwości określonej w OWU.
- 10) Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
- 11) Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- 12) Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla UNIQA TUnŻ S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa; www.rf.gov.pl).
- 13) Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami ppkt 1)–3), przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażeń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ppkt 4)–9) i 12), z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć skargi lub zażalenia i udzielić odpowiedzi w terminie 30 dni, osobę, która je złożyła, poinformujemy w tym terminie o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na skargę lub zażalenie udzielimy nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

2. Jak uregulowana jest właściwość sądów oraz prawo właściwe?

- 1) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia możesz wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- 2) Powództwo o roszczenie, wynikające z umowy ubezpieczenia, można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- 3) W sprawach nieuregulowanych w OWU do umowy stosuje się przepisy prawa polskiego.

X. Słownik pojęć

Co rozumiemy przez poszczególne pojęcia pojawiające się w OWU?

- 1) **dziecko** – dziecko, które nie ukończyło 25 lat i jest dzieckiem:
 - a) w formie partnerskiej – własnym lub przysposobionym ubezpieczonego albo ubezpieczony jest dla niego rodziną zastępczą niezawodową i jednocześnie opiekunem prawnym, lub
 - b) w formie rodzinnej – własnym lub przysposobionym ubezpieczonego, współmałżonka albo partnera ubezpieczonego lub ubezpieczony, współmałżonek albo partner ubezpieczonego jest dla niego rodziną zastępczą niezawodową i jednocześnie opiekunem prawnym;
- 2) **miesiąc polisy** – miesiąc, który rozpoczyna się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca; jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;
- 3) **partner** – osoba fizyczna wskazana we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia albo w inny sposób uzgodniony z nami, która pozostaje w trwałym wspólnym pożyciu z ubezpieczonym oraz prowadzi z nim wspólne gospodarstwo domowe i która ukończyła 18. rok życia; zarówno ubezpieczony, jak i ta osoba nie mogą być w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego

i opiekuńczego; za partnera nie uznajemy osoby spokrewnionej z ubezpieczonym, tj. pozostającej w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa lub przysposobienia;

- 4) **partner medyczny** – podmiot, który współpracuje z nami, za pośrednictwem którego udzielane są świadczenia zdrowotne zgodnie z OWU;
- 5) **placówka medyczna** – publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarstwa lub położnych, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, które działają na terenie Polski na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWU za placówkę medyczną nie uważamy: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień (w szczególności od alkoholu, narkotyków lub leków), ośrodka sanatoryjnego, szpitala sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
- 6) **platforma internetowa** – oznacza aplikację internetową naszego partnera medycznego dostępną pod adresem podanym w polisie, stanowiącą część systemu teleinformatycznego partnera medycznego, umożliwiającą osobom objętym ochroną między innymi kontakt z lekarzami, którzy świadczą telekonsultacje, oraz zgłaszanie zapotrzebowania na umówienie świadczenia zdrowotnego;
- 7) **polisa** – dokument, który potwierdza zawarcie i warunki umowy ubezpieczenia;
- 8) **rocznica polisy** – każda rocznica początku ochrony, a jeżeli w danym roku kalendarzowym nie ma takiego dnia, ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym rocznica ta przypada;
- 9) **rok polisy** – 12-miesięczny okres, który rozpoczyna się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdą rocznicę polisy, a kończy się w dniu bezpośrednio poprzedzającym rocznicę polisy;
- 10) **siła wyższa** – zdarzenie zewnętrzne niemożliwe do przewidzenia, którego skutkiem nie można zapobiec ani przeciwdziałać, które uniemożliwia, opóźnia lub ogranicza wykonanie umowy w całości lub w części, na stałe lub na pewien czas;
- 11) **suma ubezpieczenia** – wskazana we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz w polisie kwota, która stanowi podstawę do ustalenia wysokości świadczenia;
- 12) **trwały nośnik** – materiał lub narzędzie, które umożliwia ubezpieczającemu lub ubezpieczonemu przechowywanie informacji kie-

rowanych osobiście do niego, w sposób zapewniający dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, pozwalające na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci;

- 13) **ubezpieczający** – zawiera umowę ubezpieczenia i zobowiązuje się do opłacania składek; może nim być:
 - a) osoba fizyczna, która w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ma ukończonych co najmniej 18 lat i ma miejsce zamieszkania w Polsce, lub
 - b) osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, mająca siedzibę na terenie Polski;
- 14) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie tych OWU;
- 15) **uposażony** – osoba wskazana przez ubezpieczonego do otrzymania świadczenia w przypadku jego śmierci;
- 16) **wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia** – dokument, w którym deklarujesz chęć zawarcia z nami umowy ubezpieczenia;
- 17) **współmałżonek** – osoba, która pozostaje z ubezpieczonym w związku małżeńskim.

XI. Postanowienia końcowe

O czym jeszcze powinieneś wiedzieć?

- 1) Strony mogą składać oświadczenia i zawiadomienia, które dotyczą umowy, z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, o ile OWU nie wymagają zachowania formy pisemnej.
- 2) Integralną część tych OWU stanowi Formularz do OWU, czyli informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
- 3) Sprawozdania o naszej wypłacalności i kondycji finansowej publikujemy na naszej stronie internetowej.
- 4) Zasady opodatkowania podatkiem dochodowym kwot otrzymanych przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie określa ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.

Te OWU zatwierdził Zarząd UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 2/03/10/2023 z 3 października 2023 r. i stosujemy je do umów ubezpieczenia zawartych od 1 listopada 2023 r.

Katalog świadczeń zdrowotnych

Załącznik do Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie z opieką zdrowotną Plan Medyczny

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	podstawowy	rozszerzony
Całodobowa pomoc lekarska 24/7/365 Konsultacje w formie rozmowy telefonicznej i czatu z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej (internista, lekarz rodzinny lub pediatra).	bez limitu bez dopłaty	bez limitu bez dopłaty
Telekonsultacje z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej	bez limitu bez dopłaty	bez limitu bez dopłaty
Telekonsultacje realizowane są w ciągu 3 h (w godz. 8.00–22.00) lub w ciągu 4 h (w godz. 22.00–8.00) od momentu zgłoszenia takiej potrzeby. Świadczenie dostępne jest w formie rozmowy telefonicznej, czatu lub wideoczatu przez całą dobę, także w święta i dni wolne. Świadczenie zawiera: wywiad, poradę lekarza, a także konsultację wyników badań, wystawienie e-recepty, wystawienie skierowania na diagnostykę, wystawienie e-zwolnienia.		
internista	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
lekarz rodzinny	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
pediatra (nie dotyczy formy indywidualnej)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Telekonsultacje ze specjalistami	bez limitu bez dopłaty	bez limitu bez dopłaty
Telekonsultacje realizowane są w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia takiej potrzeby. Świadczenie dostępne jest w formie rozmowy telefonicznej, czatu lub wideoczatu przez całą dobę, także w święta i dni wolne. Świadczenie zawiera: wywiad, poradę specjalisty, a także konsultację wyników badań, wystawienie e-recepty, wystawienie skierowania na diagnostykę, wystawienie e-zwolnienia.		
Dla ubezpieczonych i współubezpieczonych powyżej 18. roku życia	17 specjalistów	24 specjalistów
alergolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
chirurg ogólny	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
dermatolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
diabetolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
endokrynolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
gastroenterolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ginekolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
kardiolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
laryngolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
neurolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
okulista	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
onkolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ortopeda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
psycholog	limit: 3 konsultacje/ rok polisy	<input checked="" type="checkbox"/>
pulmonolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
urolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
wenerolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
androlog		<input checked="" type="checkbox"/>
hipertensjolog		<input checked="" type="checkbox"/>
nefrolog		<input checked="" type="checkbox"/>
neurochirurg		<input checked="" type="checkbox"/>
położna		<input checked="" type="checkbox"/>
psychiatra		limit: 3 konsultacje/ rok polisy
traumatolog		<input checked="" type="checkbox"/>

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	podstawowy	rozszerzony
Dla ubezpieczonych poniżej 18. roku życia	11 specjalistów	15 specjalistów
alergolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
chirurg ogólny	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
dermatolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
diabetolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
gastroenterolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
kardiolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
laryngolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
neurolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ortopeda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
psycholog	limit: 3 konsultacje/ rok polisy	<input checked="" type="checkbox"/>
pulmonolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ginekolog		<input checked="" type="checkbox"/>
okulista		<input checked="" type="checkbox"/>
onkolog		<input checked="" type="checkbox"/>
urolog		<input checked="" type="checkbox"/>
Konsultacje lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (internista, lekarz rodzinny lub pediatra)	bez limitu dopłata 40 zł do każdej konsultacji	bez limitu dopłata 40 zł do każdej konsultacji
Konsultacje realizowane są w ciągu 2 dni roboczych od momentu zgłoszenia takiej potrzeby, w placówkach medycznych współpracujących z naszym partnerem medycznym. Świadczenie zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia.		
internista	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
lekarz rodzinny	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
pediatra (nie dotyczy formy indywidualnej)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Konsultacje ze specjalistami	bez limitu dopłata 40 zł do każdej konsultacji	bez limitu dopłata 40 zł do każdej konsultacji
Konsultacje realizowane są w ciągu 5 dni roboczych od momentu zgłoszenia takiej potrzeby, w placówkach medycznych współpracujących z naszym partnerem medycznym. Konsultacje nie wymagają skierowania lekarskiego. Świadczenie zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Nie organizujemy ani nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również lekarzy, którzy są na stanowiskach: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.		
Dla ubezpieczonych i współubezpieczonych powyżej 18. roku życia	16 specjalistów	33 specjalistów
alergolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
chirurg ogólny	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
dermatolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
diabetolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
endokrynolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
gastroenterolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ginekolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
kardiolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
laryngolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
neurolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
okulista	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	podstawowy	rozszerzony
onkolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ortopeda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
pulmonolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
urolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
wenerolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
androlog		<input checked="" type="checkbox"/>
anestezjolog		<input checked="" type="checkbox"/>
audiolog		<input checked="" type="checkbox"/>
chirurg naczyniowy		<input checked="" type="checkbox"/>
chirurg onkolog		<input checked="" type="checkbox"/>
ginekolog-endokrynolog		<input checked="" type="checkbox"/>
hematolog		<input checked="" type="checkbox"/>
hepatolog		<input checked="" type="checkbox"/>
lekarz chorób zakaźnych		<input checked="" type="checkbox"/>
nefrolog		<input checked="" type="checkbox"/>
neurochirurg		<input checked="" type="checkbox"/>
proktolog		<input checked="" type="checkbox"/>
psychiatra		<input checked="" type="checkbox"/>
psycholog		<input checked="" type="checkbox"/>
rehabilitant		<input checked="" type="checkbox"/>
reumatolog		<input checked="" type="checkbox"/>
traumatolog		<input checked="" type="checkbox"/>
Dla ubezpieczonych poniżej 18. roku życia	12 specjalistów	20 specjalistów
alergolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
chirurg ogólny	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
dermatolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
endokrynolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
gastroenterolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ginekolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
kardiolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
laryngolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
neurolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
okulista	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ortopeda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
pulmonolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
chirurg onkolog		<input checked="" type="checkbox"/>
diabetolog		<input checked="" type="checkbox"/>
hematolog		<input checked="" type="checkbox"/>
nefrolog		<input checked="" type="checkbox"/>
psychiatra		<input checked="" type="checkbox"/>
psycholog		<input checked="" type="checkbox"/>
rehabilitant		<input checked="" type="checkbox"/>
urolog		<input checked="" type="checkbox"/>

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	podstawowy	rozszerzony
Zabiegi ambulatoryjne	bez limitu bez dopłaty*	bez limitu bez dopłaty*
<p>Zabiegi ambulatoryjne są wykonywane przez lekarza (w ramach konsultacji lekarskiej) lub przez pielęgniarkę, jeśli istnieje wskazanie medyczne i możliwość ich wykonania w warunkach ambulatoryjnych w placówce medycznej współpracującej z naszym partnerem medycznym. Zabiegi realizowane są bez skierowania lekarskiego.</p> <p>* Świadczenie obejmuje materiały i środki medyczne, takie jak: gips tradycyjny, opatrunki, bandaże, wenflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowicę – antytoksynę tężcową, środki dezynfekujące, szwy i nici chirurgiczne.</p> <p>Za pozostałe materiały i środki medyczne zużyte do zabiegów od ubezpieczonego lub współubezpieczonego pobierana jest opłata zgodnie z cennikiem placówki medycznej.</p>		
Zabiegi chirurgiczne: <ul style="list-style-type: none"> opatrunek chirurgiczny opatrzenie drobnych urazów opatrzenie oparzeń, odmrożeń usunięcie ciała obcego usunięcie kleszcza założenie i zdjęcie gipsu tradycyjnego założenie i zmiana prostego opatrunku zjęcie szwów 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> szycie rany do 3 cm toaleta rany unieruchomienie kończyn i stawów założenie sączka znieczulenie miejscowe 		<input checked="" type="checkbox"/>
Zabiegi dermatologiczne: <ul style="list-style-type: none"> dermatoskopia 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Zabiegi ginekologiczne: <ul style="list-style-type: none"> podstawowa cytologia wymazu szyjki macicy (nie obejmuje badania na podłożu płynnym) 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Zabiegi laryngologiczne: <ul style="list-style-type: none"> donosowe podanie leku obkurczającego odessanie wydzieliny z nosa lub przewodów nosa opatrunek uszny z lekiem pędzlowanie gardła płukanie uszu postępowanie zachowawcze w krwawieniu z nosa przedmuchiwanie trąbki słuchowej usunięcie ciała obcego z ucha, nosa, gardła usunięcie tamponady przedniej założenie tamponady przedniej zjęcie szwów 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Zabiegi okulistyczne: <ul style="list-style-type: none"> badanie dna oka badanie lampą szczelinową badanie ostrości widzenia badanie pola widzenia badanie widzenia przestrzennego dobór szkieł korekcyjnych gonioskopia komputerowe badanie wzroku płukanie dróg łzowych podanie leku przez okulistę pomiar ciśnienia śródgałkowego usunięcie ciała obcego z oka, powieki 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Zabiegi ortopedyczne: <ul style="list-style-type: none"> opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwichnięcia) unieruchomienie kończyn i stawów założenie opaski elastycznej i temblaka zmiana opatrunku i toaleta rany 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> unieruchomienie żeber opatrunkiem plastrowym założenie i zdjęcie gipsu tradycyjnego założenie szyny Kramera założenie szyny Zimmera założenie/dopasowanie ortezy (bez kosztu ortezy) znieczulenie miejscowe 		<input checked="" type="checkbox"/>

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	podstawowy	rozszerzony
Zabiegi pielęgniarские: <ul style="list-style-type: none"> • badanie palpacyjne piersi • iniekcja domięśniowa • iniekcja dożylna • iniekcja podskórna • opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwichnięcia) • pobranie krwi • podanie leku, w tym dożylny wlew kroplowy • pomiar RR, w tym tętna • pomiar temperatury ciała • pomiar wzrostu i wagi • próba uczuleniowa na lek • zdjęcie szwów • zmiana opatrunku i toaleta rany 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Zabiegi urologiczne: <ul style="list-style-type: none"> • cewnikowanie pęcherza moczowego • wymiana cewnika 		<input checked="" type="checkbox"/>
Testy alergologiczne: <ul style="list-style-type: none"> • testy uczuleniowe metodą nakłuć panel pokarmowy (1 punkt) • testy uczuleniowe metodą nakłuć panel pokarmowy (10 punktów) • testy uczuleniowe metodą nakłuć panel wziewny (1 punkt) • testy uczuleniowe metodą nakłuć panel wziewny (10 punktów) • testy alergiczne płatkowe (1 alergen) • testy alergiczne płatkowe (10 alergenów) • odczulanie bez kosztu leku 		<input checked="" type="checkbox"/>
Diagnostyka laboratoryjna Badania realizowane są na podstawie skierowania lekarskiego.	bez limitu bez dopłaty	bez limitu bez dopłaty
Badania biochemiczne z krwi: <ul style="list-style-type: none"> • albumina • ALT • białko całkowite • cholesterol całkowity • cholesterol HDL • cholesterol LDL bezpośredni • CRP ilościowo • glukoza na czczo • sód • trójglicerydy • wapń całkowity • żelazo 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • amylaza • Apo A1 • AST • bilirubina całkowita • bilirubina wolna (pośrednia) • chlorki • CK-MB, aktywność • CPK • CRP jakościowo • dehydrogenaza mleczanowa (LDH) • ferrytyna • fosfataza kwaśna • fosfataza kwaśna sterczowa • fosfataza zasadowa (ALP) • fosfor • GGTP • jonogram • kreatynina • kwas foliowy • kwas moczowy • lipaza • magnez • mocznik • potas • proteinogram 		<input checked="" type="checkbox"/>

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	podstawowy	rozszerzony
<ul style="list-style-type: none"> • próby wątrobowe (ALT, AST, ALP, BIL, GGTP) • test obciążenia glukozą • test obciążenia żelazem – krzywa wchłaniania 120 min po obciążeniu • TIBC • transferyna • troponina ilościowo • ASO ilościowo • odczyn Waalera-Rossego 		☑
Badania hematologiczne z krwi: <ul style="list-style-type: none"> • APTT • morfologia krwi obwodowej bez rozmazu • morfologia krwi obwodowej z rozmazem (pełnym różnicowaniem granulocytów) • OB • płytki krwi • PT (INR) 	☑	☑
<ul style="list-style-type: none"> • czas trombinowy • D-dimer ilościowo • eozynofilia bezwzględna (manualnie) • fibrynogen • rozmaz krwi (manualnie) 		☑
Badania hormonalne z krwi: <ul style="list-style-type: none"> • fT₃ • fT₄ • insulina na czczo • TSH 	☑	☑
<ul style="list-style-type: none"> • beta-HCG • estradiol • estriol wolny • FSH • LH • progesteron • prolaktyna • T₃ • T₄ • testosteron całkowity 		☑
Badania immunologiczne i diagnostyka alergii z krwi: <ul style="list-style-type: none"> • immunoglobulina IgA • immunoglobulina IgG • immunoglobulina IgM • immunoglobuliny E całkowite (IgE) 		☑
Badania kału: <ul style="list-style-type: none"> • kał – badanie ogólne 	☑	☑
<ul style="list-style-type: none"> • badanie kału w kierunku jaj pasożytów • kał – krew utajona (bez diety) • owsiki (wymaz parazytologiczny) 		☑
Badania moczu: <ul style="list-style-type: none"> • mocz – badanie ogólne 	☑	☑
<ul style="list-style-type: none"> • białko w moczu • bilirubina w moczu • kortyzol w moczu • kreatynina w moczu • kwas moczowy w moczu ze zbiórki dobowej • magnez w moczu ze zbiórki dobowej • mocznik w moczu • mocznik w moczu ze zbiórki dobowej • potas w moczu • potas w moczu ze zbiórki dobowej • sód w moczu • sód w moczu ze zbiórki dobowej • wapń w moczu • wapń całkowity w moczu ze zbiórki dobowej • wolny aldosteron w moczu ze zbiórki dobowej 		☑

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	podstawowy	rozszerzony
Badania mykologiczne w kierunku drożdży, grzybów, pleśni z antymykogramem: <ul style="list-style-type: none"> • badanie mykologiczne • kał posiew (bad. mykol.) • płwocina posiew (bad. mykol.) • posiew krwi • posiew moczu (bad. mykol.) • posiew ropy • wymaz z jamy ustnej • wymaz z jamy ustnej (bad. mykol.) • wymaz z języka • wymaz z migdałków • wymaz z nosa • wymaz z nosa (bad. mykol.) • wymaz z rany (bad. mykol.) • wymaz z kanału szyjki macicy – beztlenowo • wymaz z nosogardzieli (bad. bakter.) • wymaz z odbytnicy z kierunku paciorkowców grupy B (GBS) • wymaz z owrzodzenia (bad. bakter.) • wymaz z pępka (bad. bakter.) • wymaz z pochwy (bad. bakter.) • wymaz z pochwy (czystość pochwy) • wymaz z rany (bad. bakter.) 		<input checked="" type="checkbox"/>
Markery nowotworowe – badania z krwi: <ul style="list-style-type: none"> • CA 125 • CA 15-3 • CA 19-9 • CEA • PSA całkowity • PSA wolny 		<input checked="" type="checkbox"/>
Badania serologiczne z krwi: <ul style="list-style-type: none"> • HBs antygen • HBs przeciwciała • HCV przeciwciała • Helicobacter pylori IgA • tyreoglobulina 		<input checked="" type="checkbox"/>
Diagnostyka obrazowa Badania realizowane są na podstawie skierowania lekarskiego.	bez limitu bez dopłaty	bez limitu bez dopłaty
Badania radiologiczne (RTG): <ul style="list-style-type: none"> • mammografia 2-stronna • RTG jamy brzusznej • RTG klatki piersiowej AP • RTG klatki piersiowej bok • RTG klatki piersiowej PA i bok • RTG kończyny dolnej • RTG kończyny górnej 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • RTG czaszki • RTG dłoni • RTG dłoni (ręki) – AP + bok • RTG dłoni (ręki) – porównawcze obu rąk • RTG dłoni (ręki) – AP • RTG dłoni (ręki) – bok • RTG dłoni (ręki) – AP + bok + skos • RTG górnego odcinka przewodu pokarmowego • RTG gruczołów ślinowych • RTG jelit z kontrastem (wlew doodbytniczy) • RTG klatki piersiowej z barytem – AP • RTG klatki piersiowej z barytem – AP + bok • RTG klatki piersiowej z barytem – bok • RTG kolan • RTG kolan – AP + bok • RTG kości podudzia – AP i bok • RTG kości krzyżowej • RTG kości nosa – 2 boki • RTG kości nosowej 		<input checked="" type="checkbox"/>

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	podstawowy	rozszerzony
<ul style="list-style-type: none"> • RTG kości ogonowej – AP + bok • RTG kości ogonowej – bok wraz z kością guziczną • RTG kości ogonowej – bok/AP – jedna projekcja • RTG kości podudzia – ze stawem kolanowym AP • RTG kości podudzia – ze stawem kolanowym bok • RTG kości podudzia – ze stawem skokowym AP • RTG kości podudzia – ze stawem skokowym bok • RTG kości podudzia – porównawcze obu kończyn • RTG kości ramieniowej – porównawcze AP obu kości • RTG kości ramieniowej – porównawcze projekcja osiowa obu kości • RTG kości ramieniowej – AP • RTG kości ramieniowej – AP + bok • RTG kości ramieniowej – ze stawem barkowym osiowe • RTG kości twarzy okolicy czołowej • RTG kości udowej – ze stawem biodrowym AP • RTG kości udowej – ze stawem biodrowym bok • RTG kości udowej – ze stawem kolanowym AP • RTG kości udowej – ze stawem kolanowym bok • RTG kręgosłupa w pozycji stojącej • RTG kręgosłupa całego, tj. kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego – AP • RTG kręgosłupa całego, tj. kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego – AP + bok • RTG kręgosłupa czynnościowe • RTG kręgosłupa lędźwiowego – 2 rzuty • RTG kręgosłupa lędźwiowego – czynnościowe • RTG kręgosłupa lędźwiowego – celowane na stawy krzyżowe AP • RTG kręgosłupa lędźwiowego – celowane na stawy krzyżowe AP + bok • RTG kręgosłupa lędźwiowego – celowane na stawy krzyżowe projekcja skośna • RTG kręgosłupa lędźwiowego – AP • RTG kręgosłupa lędźwiowego – AP + bok • RTG kręgosłupa lędźwiowego – AP + bok + skośna • RTG kręgosłupa lędźwiowego – bok • RTG kręgosłupa lędźwiowego – projekcja skośna • RTG kręgosłupa piersiowego – AP i bok • RTG kręgosłupa piersiowego – AP, bok i skosy • RTG kręgosłupa piersiowego – AP • RTG kręgosłupa piersiowego w projekcji bocznej • RTG kręgosłupa piersiowego w projekcji skośnej • RTG kręgosłupa szyjnego – AP, bok i skosy • RTG kręgosłupa szyjnego – AP i bok • RTG kręgosłupa szyjnego czynnościowe • RTG kręgosłupa szyjnego – AP • RTG kręgosłupa szyjnego w projekcji bocznej • RTG kręgosłupa szyjnego w projekcji skośnej • RTG kręgu szczytowego i obrotowego • RTG krtani • RTG łopatek porównawcze • RTG łopatki – 1 rzut • RTG łuków jarzmowych – 2 rzuty • RTG miednicy • RTG miednicy małej • RTG mostka – AP • RTG mostka – bok • RTG nadgarstka • RTG obojczyka – 1 rzut • RTG oczodołów – 1 rzut • RTG palca • RTG podstawy czaszki • RTG podżebrza • RTG przedramienia – porównawcze AP + bok obu kości • RTG przedramienia – AP • RTG przedramienia – AP + bok • RTG przeglądowe jamy brzusznej • RTG stawów biodrowych – porównawcze obu stawów (dorośli) • RTG stawów biodrowych – AP (dorośli) • RTG stawów biodrowych – projekcja osiowa (dorośli) • RTG stawów krzyżowo-biodrowych – AP • RTG stawów krzyżowo-biodrowych – AP + projekcja skośna • RTG stawów mostkowo-obojczykowych • RTG stawów skokowych – porównawcze obu stawów 		<input checked="" type="checkbox"/>

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	podstawowy	rozszerzony
<ul style="list-style-type: none"> • RTG stawów skokowych – AP + bok • RTG stawu barkowego – AP • RTG stawu barkowego – projekcja osiowa • RTG stawu łokciowego • RTG stóp • RTG ścięgna Achillesa • RTG trzeciego migdała • RTG żeber – projekcja bok • RTG żeber – projekcja skośna • RTG żeber – PA 		☑
<p>Badania ultrasonograficzne (USG): Świadczenie nie obejmuje badań USG w wersji 3D i 4D:</p> <ul style="list-style-type: none"> • USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne • USG ginekologiczne przezpochwowe (transwaginalne) • USG jamy brzusznej • USG tarczycy 	☑	☑
<ul style="list-style-type: none"> • USG drobnych stawów i więzadeł • USG gruczołu krokowego przezodbytnicze (transrektalne) • USG jąder i najądrzy (moszny) • USG miednicy małej • USG mięśni (jedna okolica anatomiczna) • USG nadgarstka • USG narządów rodnych przez powłoki brzuszne • USG palca • USG pęcherza moczowego • USG piersi • USG prostaty • USG przeciemiążczkowe (dzieci) • USG ręki • USG stawów biodrowych (dzieci) • USG stawów łokciowych • USG stawów skokowych • USG stawu barkowego (ramiennego) • USG stawu biodrowego • USG stawu biodrowego (dzieci) • UST stawu kolanowego • USG stopy • USG ścięgna • USG ślinianek • USG tkanek miękkich • USG tkanki podskórnej • USG transrektalne – prostata, odbyt, odbytnica • USG układu moczowego • USG węzłów chłonnych • USG dopplerowskie kończyn dolnych (obie kończyny) • USG dopplerowskie kończyn górnych tętnicy (obie kończyny) • USG dopplerowskie szyi • USG dopplerowskie tętnic domózgowych (tętnic szyi – szyjnych i kręgowych) • USG szyi (w tym krtani) 		☑
<p>Diagnostyka obrazowa specjalistyczna Badania realizowane są na podstawie skierowania lekarskiego.</p>		bez limitu dopłata 140 zł do każdego badania
<p>Badania endoskopowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anoskopia • anoskopia z pobraniem wycinka i badaniem histopatologicznym • gastroskopia • gastroskopia z biopsją (bez znieczulenia) • gastroskopia test ureazowy, pobranie wycinka (bez znieczulenia) • kolonoskopia (bez znieczulenia) • kolonoskopia z biopsją (bez znieczulenia) • rektoskopia • rektoskopia z biopsją • sigmoidoskopia • sigmoidoskopia z biopsją (bez znieczulenia) • sigmoidoskopia z pobraniem wycinka i badaniem histopatologicznym (bez znieczulenia) • znieczulenie miejscowe 		☑

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	podstawowy	rozszerzony
Tomografia komputerowa (TK) w zależności od zalecenia lekarskiego z kontrastem: dożylnym, doustnym lub bez (z wyłączeniem badań w opcji naczyniowej – angiografii/ANGIO): <ul style="list-style-type: none"> TK głowy TK jamy brzusznej i miednicy mniejszej (bez TK aorty) TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo-krzyżowego TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego TK klatki piersiowej TK kości skroniowej (uszu) TK krtani, nosogardła TK miednicy mniejszej TK nerek i nadnerczy TK oczodołów TK stawu kolanowego TK stawów TK stawów biodrowych TK stopy TK szyi TK tętnic jamy brzusznej (w tym aorty) TK twarzoczaszki TK zatok 		☑
Rezonans magnetyczny (RM) w zależności od zalecenia lekarskiego, z kontrastem: dożylnym lub bez (z wyłączeniem badań w opcji naczyniowej – angiografii/ANGIO): <ul style="list-style-type: none"> RM głowy RM jamy brzusznej i miednicy mniejszej RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo-krzyżowego RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego RM klatki piersiowej RM kończyn dolnych RM miednicy RM oczodołów RM przysadki RM stawu barkowego, kolanowego, biodrowych RM stawu łokciowego RM stawu mostkowo-obojczykowego RM szyi RM twarzoczaszki RM zatok 		☑
Badania czynnościowe Badania realizowane są na podstawie skierowania lekarskiego.	bez limitu bez dopłaty	bez limitu bez dopłaty
Badania narządu słuchu: <ul style="list-style-type: none"> audiometria impedancyjna tympanometria 		☑
Badania układu krążenia: <ul style="list-style-type: none"> EKG spoczynkowe bez opisu EKG spoczynkowe z opisem 	☑	☑
<ul style="list-style-type: none"> echokardiografia – ECHO serca (dorośli) EKG wysiłkowe Holter EKG Holter RR (24-godzinne badanie ciśnienia tętniczego) 		☑
Badania układu moczowego: <ul style="list-style-type: none"> badanie uroflowmetryczne urografia 		☑
Badania układu oddechowego: <ul style="list-style-type: none"> spirometria – standardowa bez leku spirometria z lekiem 		☑
Badania profilaktyczne Świadczenie obejmuje wykonanie 1 raz w roku badań profilaktycznych bez skierowania lekarskiego.	bez limitu bez dopłaty	bez limitu bez dopłaty
<ul style="list-style-type: none"> cholesterol całkowity glukoza na czczo mocz – badanie ogólne morfologia + płytki + rozmaz automatyczny podstawowa cytologia wymazu szyjki macicy 	☑	☑

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	podstawowy	rozszerzony
Szczepienia Świadczenie obejmuje konsultację lekarską kwalifikującą do szczepienia, iniekcję oraz koszt szczepionki.	bez limitu bez dopłaty	bez limitu bez dopłaty
anatoksyna przeciw tężcowi (TT)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
szczepienie przeciwko grypie sezonowej		<input checked="" type="checkbox"/>
szczepienie ochronne przeciwko WZW A i B		<input checked="" type="checkbox"/>
Wizyty domowe		bez limitu dopłata 40 zł do każdej wizyty
<p>Świadczenie odbywa się w miejscu wskazanym przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego i obejmuje badanie fizykalne, zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia oraz wystawienie recept. Świadczenie jest realizowane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (internistę, lekarza rodzinnego lub pediatrę), pielęgniarkę lub ratownika medycznego, wyłącznie w przypadkach nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, który uniemożliwia ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu przybycie do placówki medycznej.</p> <p>Świadczenie realizowane jest na terytorium określonym przez partnera medycznego (informacja o organizacji wizyty domowej dostępna jest na infolinii partnera medycznego). Decyzja o konieczności realizacji wizyty domowej podejmowana jest na podstawie przeprowadzonego wywiadu przez infolinię lub po konsultacji telemedycznej z lekarzem, pielęgniarką lub ratownikiem.</p>		
Wizyta domowa lekarska, pielęgniarska lub z ratownikiem medycznym w godz. 8.00–22.00		<input checked="" type="checkbox"/>
Rehabilitacja		20 zabiegów bez dopłaty
<p>Zakres i rodzaj zabiegów realizowany jest na podstawie skierowania lekarskiego w placówkach medycznych wskazanych przez partnera medycznego. Świadczenia realizowane są po urazie, który wystąpił w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.</p>		
Fizykoterapia		
<ul style="list-style-type: none"> • elektrostymulacja • galwanizacja • jonoforeza • krioterapia miejscowa • laser • pole magnetyczne • prądy diadynamiczne (DD) • prądy interferencyjne • prądy TENS • prądy Traeberta • terapuls • ultradźwięki 		<input checked="" type="checkbox"/>
Kinezyterapia		
<ul style="list-style-type: none"> • ćwiczenia usprawniające • masaż wirowy • masaż perełkowy • masaż podwodny 		<input checked="" type="checkbox"/>