



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



DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA UBEZPIECZONEGO – USŁUGI MEDYCZNE

Kod warunków: CSGP56

Wersja dokumentu z 22 listopada 2025 r.

Ten materiał zawiera informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby układu krążenia ubezpieczonego – usługi medyczne, kod warunków: CSGP56 (OWU). Zanim zdecydujesz się zawrzeć umowę, zapoznaj się z OWU. Użyte w OWU definicje mogą odbiegać od powszechnie przyjętego pojęcia, dlatego zwróć na nie szczególną uwagę. Zawarcie umowy jest dobrowolne.

NINIEJSZY DOKUMENT:

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

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA – CZYLI CO UBEZPIECZAMY I JAKIE ZDARZENIA OBEJMUJEMY OCHRONĄ

Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie w okresie ochrony zdarzenia, za które wypłaciliśmy świadczenie z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby układu krążenia ubezpieczonego.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA

W przypadku wystąpienia zdarzenia, za które wypłaciliśmy świadczenie z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby układu krążenia ubezpieczonego, będziesz mógł korzystać z usług medycznych wymienionych w Załączniku do OWU. Z usług medycznych możesz korzystać do wyczerpania się ich limitu (który znajdziesz w Załączniku do OWU) i nie dłużej niż przez okres 24 miesięcy licząc od dnia wydania decyzji potwierdzającej prawo do korzystania z usług medycznych.

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

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ I KOGO UBEZPIECZAMY

Ubezpieczenie dodatkowe zawiera ubezpieczający, który jest zobowiązany do zapłaty składki za ubezpieczenie.

Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby układu krążenia ubezpieczonego.

JAK DŁUGO TRWA UMOWA

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

GDZIE OBOWIĄZUJE UBEZPIECZENIE

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie.

Usługi medyczne realizowane są we wskazanych placówkach medycznych na terenie Polski.

JAK I KIEDY PŁACI SIĘ SKŁADKĘ

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

KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

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

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

Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

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

GŁÓWNE WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Nie zrealizujemy świadczenia w przypadku:

- ponownego wystąpienia tego samego zdarzenia, jeśli za wcześniejsze zdarzenie wypłacono świadczenie,
- niedostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia o ile nie jesteśmy w stanie ustalić swojej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia na podstawie innych dowodów,
- wystąpienia zdarzenia przed okresem naszej ochrony.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności jeśli dane zdarzenie nie jest objęte zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie, lub skończyła się nasza odpowiedzialność oraz w innych przypadkach wskazanych w owu.

JAK ROZWIĄZAĆ UMOWĘ

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie:

- 7 dni od zawarcia umowy – jeśli jest przedsiębiorcą,
- 30 dni od zawarcia umowy – jeśli nie jest przedsiębiorcą.

Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie.

Ubezpieczający może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego poprzez złożenie nam pisemnego oświadczenia o jego nieprzedłużaniu najpóźniej 30 dni przed jego zakończeniem.

WYNAGRODZENIE DYSTRYBUTORA UBEZPIECZENIA

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA

1. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.

2. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć:

- 1) na piśmie – osobiście albo wysłane pocztą w rozumieniu ustawy „Prawo pocztowe”, na przykład pisząc na adres: PZU Życie SA ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres tylko do korespondencji) albo nadane w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej;
 - 2) na piśmie – wysłane na adres do doręczeń elektronicznych PZU Życie SA w rozumieniu ustawy o doręczeniach elektronicznych: AE:PL-50066-37983-FBWRA-37, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o którym mowa w ustawie o doręczeniach elektronicznych;
 - 3) w formie ustnej – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście, co potwierdzamy protokołem podczas wizyty w naszej jednostce;
 - 4) w postaci elektronicznej – wysyłając e-mail na reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl lub na www.moje.pzu.pl.
3. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy najszybciej, jak to możliwe, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia, kiedy ją otrzymaliśmy. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć w ciągu 30 dni, poinformujemy:
- 1) dlaczego odpowiedź się opóźnia;

- 2) jakie okoliczności musimy jeszcze ustalić, aby rozpatrzyć sprawę;
- 3) jaki jest nowy termin naszej odpowiedzi – termin ten nie może być dłuższy niż 60 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy reklamację, skargę lub zażalenie.
4. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy osobie, która je złożyła:
 - 1) w przypadku, gdy klientem jest osoba fizyczna – na piśmie, z tym że odpowiedź dostarczymy elektronicznie wyłącznie na wniosek klienta;
 - 2) w przypadku, gdy klientem jest inny podmiot niż wskazany w ppkt 1 – na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji.
5. Jeśli po rozpatrzeniu reklamacji:
 - 1) nie uwzględniliśmy zgłoszonych roszczeń albo
 - 2) uwzględniliśmy roszczenia, ale w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację nie wykonaliśmy czynności, do których się zobowiązaliśmy– osoba fizyczna, która złożyła reklamację, może napisać wniosek w tej sprawie do Rzecznika Finansowego.
6. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
7. Więcej o reklamacjach można dowiedzieć się z „Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej” oraz z „Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń”.
8. Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
9. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu „Ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich”, właściwym dla PZU Życie do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy. Adres jego strony internetowej to: rf.gov.pl.
10. Jeśli ubezpieczony albo ubezpieczający, uposażony i uprawniony są konsumentami, mogą zwrócić się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
11. Językiem stosowanym przez nas w relacjach z konsumentem jest język polski.
12. W PZU Życie podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

W poniższej tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby układu krążenia ubezpieczonego – usługi medyczne, kod warunków CSGP56 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

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

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1-2 pkt 4-6 pkt 28 pkt 29-31 pkt 32
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 6 pkt 25-26 pkt 27 pkt 32

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

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



Kod OWU: CSGP56

Zarząd PZU Życie SA uchwalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby układu krążenia ubezpieczonego – usługi medyczne uchwałą nr UZ/165/2025 z dnia 14 października 2025 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie 22 listopada 2025 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 grudnia 2025 roku.

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

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

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
 - 1) **dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby układu krążenia ubezpieczonego** – wskazane przez PZU Życie SA w umowie ubezpieczenie dodatkowe na wypadek ciężkiej choroby układu krążenia ubezpieczonego;
 - 2) **placówka medyczna** – przychodnia, gabinet lekarski lub laboratorium świadczące usługi medyczne, których wykaz publikujemy na stronie pzu.pl oraz udostępniamy pod numerem infolinii medycznej (wskazanym w decyzji o przyznaniu prawa do korzystania z usług medycznych) i w każdym naszym oddziale;
 - 3) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
 - 4) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 5) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
 - 6) **usługi medyczne** – świadczenia, których listę znajdziesz w Załączniku do tych OWU.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby układu krążenia ubezpieczonego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

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

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje wystąpienie u Ciebie w okresie ochrony zdarzenia, za które wypłaciśmy świadczenie z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby układu krążenia ubezpieczonego.
5. W razie wystąpienia u Ciebie zdarzenia, za które wypłaciśmy świadczenie z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby układu krążenia ubezpieczonego, będziesz mógł korzystać z usług medycznych wymienionych w Załączniku do tych OWU.
6. Z usług medycznych możesz korzystać do wyczerpania się ich limitu (który znajdziesz w Załączniku do tych OWU), jednak nie dłużej niż przez okres 24 miesięcy licząc od dnia wydania decyzji potwierdzającej prawo do korzystania z usług medycznych.

SKŁADKA

– od czego zależy i kiedy ją opłacać

7. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe:
 - 1) jest stała, ale może zmienić się za porozumieniem stron;
 - 2) zależy od zakresu ubezpieczenia, liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

8. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
9. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO

– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

10. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania, pod warunkiem jednoczesnego zawarcia albo obowiązywania u ubezpieczającego umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby układu krążenia ubezpieczonego.
11. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby układu krążenia ubezpieczonego. Przed przystąpieniem możemy poprosić Cię o wypełnienie ankiety medycznej.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

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

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

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

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

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

15. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
16. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
17. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.
18. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby układu krążenia, skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
19. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, nie skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby układu krążenia.

WYPOWIEDZENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

20. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
21. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
22. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.
23. Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby układu krążenia ubezpieczonego, skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
24. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, nie skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby układu krążenia ubezpieczonego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy Ciebie ubezpieczamy

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

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

27. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:

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

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

– czyli komu należą się usługi medyczne

28. Prawo do świadczenia – usług medycznych przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA

– czyli jak zacząć korzystać z usług medycznych

29. O przyznaniu Ci prawa do korzystania z usług medycznych decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji - wniosek o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby układu krążenia ubezpieczonego jest jednocześnie zgłoszeniem do przyznania prawa do świadczeń z tego ubezpieczenia dodatkowego.
30. Po otrzymaniu decyzji o przyznaniu Ci prawa do korzystania z usług medycznych - będziesz mógł rozpocząć korzystanie z tych usług.
31. Aby korzystać z usług medycznych – za naszym pośrednictwem – umawiasz termin usługi medycznej. Możesz to zrobić za pośrednictwem dostępnych kanałów określonych w Załączniku do tych OWU.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

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

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA UBEZPIECZONEGO – USŁUGI MEDYCZNE

Zakres usług medycznych

JAK UMÓWIĆ SIĘ NA USŁUGĘ MEDYCZNĄ?

Na usługi medyczne umawiamy za pośrednictwem:



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

SERWIS SMS

Potwierdzenie terminu i miejsca realizacji usługi medycznej za pośrednictwem SMS.

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
OPIEKA PODSTAWOWA I SPECJALISTYCZNA	
Konsultacje ambulatoryjne Konsultacje ambulatoryjne realizujemy bez skierowania. Odbývają się w placówce medycznej i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: – fizykalne badanie pacjenta, – zebranie wywiadu chorobowego, – postawienie diagnozy, – zalecenia co do sposobu leczenia, – wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań (w tym e-skierowań) związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.	
Konsultacje ambulatoryjne z zakresu: 1. chirurgii naczyniowej, 2. chorób wewnętrznych, 3. diabetologii, 4. hematologii, 5. kardiologii, 6. kardiologii, 7. logopedii, 8. neurologii, 9. psychiatrii, 10. psychologii, 11. pulmonologii, 12. rehabilitacji medycznej.	bezpłatnie, 5 konsultacji - łączny limit na wszystkie konsultacje (wliczając konsultacje telemedyczne)
Konsultacje telemedyczne Konsultacje telemedyczne realizujemy bez skierowania. Odbývają się telefonicznie, przez czat lub video czat i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: – zebranie wywiadu chorobowego, – postawienie diagnozy, – zalecenia co do sposobu leczenia – wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań (w tym e-skierowań) związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. Z konsultacji telemedycznych można skorzystać od poniedziałku do piątku w godzinach 7:00-22:00. W celu skorzystania z konsultacji telemedycznej konieczne jest zaakceptowanie regulaminu Dostawcy Telemedycznego. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.	
Konsultacje telemedyczne z zakresu: 1. chorób wewnętrznych, 2. diabetologii,	bezpłatnie, 5 konsultacji - łączny limit na wszystkie konsultacje (wliczając konsultacje ambulatoryjne)

3. kardiologii,
4. neurologii,
5. psychologii,
6. pulmonologii.

DIAGNOSTYKA OBRAZOWA

Badania są wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.

Badania ultrasonograficzne (USG)

Ubezpieczenie nie obejmuje badań USG w wersji 3D i 4D.

- USG jamy brzusznej,
- USG naczyń jamy brzusznej – badanie metodą Dopplera,
- USG serca (echokardiografia, ECHO) – badanie przezklatkowe osoby dorosłej,
- USG tętnic i żył jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera,
- USG tętnic i żył obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera,
- USG tętnic i żył szyi – badanie metodą Dopplera,
- USG tętnic jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera,
- USG tętnic obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera,
- USG tętnic nerkowych – badanie metodą Dopplera,
- USG tętnic szyi – badanie metodą Dopplera,
- USG żył jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera,
- USG żył obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera,
- USG żył szyi – badanie metodą Dopplera.

bezpłatnie, 2 badania
- łączny limit na wszystkie wymienione badania

Tomografia komputerowa (CT)

Ubezpieczenie obejmuje koszt kontrastu.

Ubezpieczenie nie obejmuje angio-CT, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, CT-kolonoskopii wirtualnej, HRCT, HRT, OCT, SL-OCT, CT serca.

- tomografia komputerowa głowy,
- tomografia komputerowa klatki piersiowej,
- tomografia komputerowa przysadki mózgowej,
- tomografia komputerowa szyi.

bezpłatnie, 1 badanie
- łączny limit na wszystkie wymienione badania (na CT i MRI)

Rezonans magnetyczny (MRI)

Ubezpieczenie obejmuje koszt kontrastu.

Ubezpieczenie nie obejmuje angio-MRI, enterografii-MRI.

- rezonans magnetyczny głowy,
- rezonans magnetyczny przysadki mózgowej.

bezpłatnie, 1 badanie
- łączny limit na wszystkie wymienione badania (na CT i MRI)

DIAGNOSTYKA SPECJALISTYCZNA

Badania są wykonywane, w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego

Badania kardiologiczne

- całodobowy pomiar ciśnienia tętniczego metodą Holtera,
- EKG – badanie spoczynkowe bez opisu,
- EKG – badanie spoczynkowe z opisem,
- EKG – badanie wysiłkowe,
- EKG – całodobowa rejestracja metodą Holtera.

bezpłatnie, 2 badania
- łączny limit na wszystkie wymienione badania (kardiologiczne i neurologiczne)

Badania neurologiczne

- EEG (elektroencefalografia) – zapis w czuwaniu,
- EMG – badanie ilościowe jednego mięśnia,
- EMG – elektrostymulacyjna próba męczliwości jednego mięśnia (próba miasteniczna),
- EMG – próba ischemiczna (tężyckowa),
- ENG (elektroencefalografia) – badanie przewodnictwa w obwodowych nerwach ruchowych i czuciowych,
- ENG (elektroencefalografia) – badanie przewodnictwa w obwodowych nerwach ruchowych i czuciowych + fala F.

bezpłatnie, 2 badania
- łączny limit na wszystkie wymienione badania (kardiologiczne i neurologiczne)

REHABILITACJA AMBULATORYJNA

Zabiegi rehabilitacyjne są wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania od lekarza lub fizjoterapeuty.

Zabiegi fizykoterapii

- elektrostymulacja,
- galwanizacja,
- jonoforeza,
- kąpiel peretkowa/wirowa częściowa,
- kąpiel peretkowa/wirowa kończyn,
- kinesiotalping (plastrowanie dynamiczne bez kosztu materiału),
- krioterapia miejscowa,
- laseroterapia punktowa,
- magnetoterapia,
- prądy diadynamiczne,
- prądy interferencyjne,
- prądy TENS,
- prądy Traberta,
- Sollux,
- światło spolaryzowane,
- Terapuls,
- ultradźwięki miejscowe,
- ultrafonoforeza/fonoforeza.

bezpłatnie, 80 zabiegów
- łączny limit na wszystkie
zabiegi rehabilitacji
ambulatoryjnej

Zabiegi kinezyterapii

- ćwiczenia bierne,
- ćwiczenia czynne w odciążeniu,
- ćwiczenia czynne wolne,
- ćwiczenia czynne z oporem,
- ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane,
- ćwiczenia instruktąż,
- ćwiczenia izometryczne,
- ćwiczenia ogólnousprawniające,
- ćwiczenia sensomotoryczne/stabilizujące,
- masaż suchy całkowity,
- masaż suchy częściowy,
- masaż pneumatyczny,
- metody reedukacji nerwowo-mięśniowej,
- mobilizacje i manipulacje, neuromobilizacje,
- terapie powięziowe,
- wyciągi.

bezpłatnie, 80 zabiegów
- łączny limit na wszystkie
zabiegi rehabilitacji
ambulatoryjnej