

Grupowe Ubezpieczenie LUX MED G/002/2023/C

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce

Produkt: Grupowe Ubezpieczenie LUX MED

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy ubezpieczenia i informacje dotyczące umowy są zawarte w innych dokumentach stanowiących integralną część umowy, w tym w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia LUX MED.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Grupowe ubezpieczenie zdrowotne oraz następstw nieszczęśliwych wypadków.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz następstwa nieszczęśliwych wypadków.
- ✓ Ubezpieczający może wybrać jeden albo więcej Modułów, które będą definiować szczegółowy zakres Umowy. Poniżej lista dostępnych 9 Modułów:

Ubezpieczenia ambulatoryjne

- ✓ Opieka Ambulatoryjna;
- ✓ Medycyna Pracy;

Ubezpieczenia szpitalne

- ✓ Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Pełna Opieka (także: Pełna Opieka);
- ✓ Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna (także: Opieka Ortopedyczna Plus);
- ✓ Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna Plus (także: Opieka Ortopedyczna);
- ✓ Koordynacja Opieki Szpitalnej;

Pozostałe ubezpieczenia osobowe

- ✓ Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP (także: BEST HELP);
- ✓ Ubezpieczenie na wypadek Poważnego Zachorowania;
- ✓ Ubezpieczenie Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nasza odpowiedzialność nie obejmuje zdarzeń będących skutkiem:

- × działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, wojny domowej, zamieszek, stanu wyjątkowego, cywilnego zamachu stanu, aktów terroryzmu, służby wojskowej, udziału w misjach wojskowych lub stabilizacyjnych, czynnego uczestnictwa Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach lub strajkach;
- × stosowania naukowo nieuznanych metod leczenia oraz medycyny niekonwencjonalnej, ludowej i orientalnej, stosowania leków niedopuszczonych do użytku w Polsce (lub poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lecz wyłącznie w związku z Modułem Leczenia Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP) oraz ich następstw, jak również udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych, badaniach klinicznych lub podobnych badaniach związanych ze zdrowiem, oraz ich następstw;
- × transplantacji organów lub tkanek, komórek, hodowli komórkowych (pochodzenia naturalnego lub sztucznego), w tym także z wykorzystaniem autoprzeszczepu, wszczepianie implantów i urządzeń, przy czym wyłączenie to nie dotyczy Modułu Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą - BEST HELP;
- × Wyczynowego Uprawiania Sportów lub uprawiania Sportów Wysokiego Ryzyka, przy czym wyłączenie to nie dotyczy Modułu Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą - BEST HELP;

- × stanów klęski żywiołowej, katastrof naturalnych, stanów pandemii oraz stanów epidemii ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej, jeżeli powodują dezorganizację lub brak możliwości świadczenia usług po naszej stronie;
- × działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego oraz czynników biologicznych i chemicznych w zakresie szkodliwym dla człowieka;
- × prowadzenia pojazdu bez uprawnień, prowadzenia pojazdu bez aktualnego badania technicznego zgodnie z obowiązującymi przepisami lub prowadzenia pojazdu pod wpływem alkoholu, narkotyków albo innych środków odurzających, psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii;
- × usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia, świadomego spowodowania rozstroju zdrowia,
- × popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa lub wykroczenia;
- × działania umyślnego, samodzielnego diagnozowania, leczenia, modyfikacji zaleconego leczenia lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego;
- × pozostawania pod wpływem, nadużycia lub zatrucia dobrowolnie spożywanymi: alkoholem, narkotykami, innymi substancjami odurzającymi lub psychotropowymi, lekami stosowanymi niezgodnie z zaleceniem Lekarza oraz nadużycia lub zatrucia tytoniem;
- × detoksykacji, zabiegów odwykowych oraz leczenia odwykowego;
- × leczenia chorób psychicznych, zaburzeń lub innych zakłóceń czynności psychicznych, w tym choroby Alzheimera, i ich następstw;
- × uzyskania świadczeń medycznych za pomocą czynów zakazanych, prób wyłudzenia lub celowego wprowadzenia Ubezpieczyciela w błąd;

Szczegółowy wykaz wyłączeń mających zastosowanie w poszczególnych Modułach znajduje się w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

W wybranych Modułach stosujemy karencję. Jest to okres, który musi upłynąć od początku Okresu Ochrony, zanim Ubezpieczony będzie uprawniony do Świadczenia. W ramach poszczególnych Modułów okres karencji wynosi:

- ! Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED – Pełna Opieka:
 - 3 miesiące dla Hospitalizacji Planowych oraz 10 miesięcy dla Wysokospecjalistycznych Metod Leczenia i Diagnostyki oraz porodu.
- ! Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED – Opieka Ortopedyczna Plus:

- 3 miesiące dla Hospitalizacji Planowych oraz 10 miesięcy dla Wysokospecjalistycznych Metod Leczenia i Diagnostyki.

! Ubezpieczenie leczenia Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP:

- 3 miesiące;
- ! Ubezpieczenie na wypadek Poważnego Zachorowania:
- 3 miesiące.

Poza okresami karencji dodatkowo stosujemy następujące ograniczenia w ramach poszczególnych Modułów:

! Opieka Ambulatoryjna:

jeśli Świadczenia, jakie mają być udzielone Ubezpieczonemu wykraczają ponad zakres Świadczeń medycznie niezbędnych, możemy odpowiednio zredukować Świadczenia do Świadczenia medycznie niezbędnego albo wykonać Świadczenie odpłatnie po uzyskaniu na to zgody Ubezpieczonego.

! Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED – Pełna Opieka oraz Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED – Opieka Ortopedyczna Plus:

nie zrealizujemy Świadczenia Szpitalnego w okresie pierwszych 12 miesięcy od początku nieprzerwanie trwającego Okresu Ochrony w stosunku do Ubezpieczonego, jeżeli jest ono następstwem:

- Chorób, które były obecne, lub zostały zdiagnozowane lub były leczone w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu Ochrony
- Nieszczęśliwych Wypadków i urazów, które wystąpiły lub były leczone lub których skutki były obecne w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu Ochrony;
- objawów chorobowych, które były obecne, wystąpiły lub przyczyny ich wystąpienia były znane Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu w okresie

12 miesięcy poprzedzających początek Okresu Ochrony;

- objawów chorobowych o których, przy zachowaniu należytej staranności, Ubezpieczający lub Ubezpieczony mogli się dowiedzieć w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu Ochrony.

! Ubezpieczenie Leczenia Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP:

- nasza odpowiedzialność nie obejmuje stanów chorobowych powstałych w związku z chorobami, które zdiagnozowano lub leczono lub chorobami, których objawy zostały stwierdzone stosownymi dokumentami medycznymi w okresie 10 lat poprzedzających datę rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej;
- w przypadku, gdy Ochrona ubezpieczeniowa na podstawie Umowy w stosunku do danego Ubezpieczonego wygaśnie, a Ubezpieczony będzie w trakcie leczenia świadczonego poza Rzeczpospolitą Polską w ramach Umowy lub FURTHER wystawił Ubezpieczonemu Promesę leczenia przed wygaśnięciem Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do tego Ubezpieczonego, wówczas Ubezpieczyciel zagwarantuje świadczenia wynikające z Umowy dostępne dla Ubezpieczonego w zakresie i z ograniczeniami, które wskazano w Umowie i Promesie leczenia, lecz z zastrzeżeniem maksymalnego okresu na spełnienie tych świadczeń do 6 miesięcy od daty zakończenia Okresu ochrony w stosunku do danego Ubezpieczonego.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- ✓ W przypadku ubezpieczenia Leczenia Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP również poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.



Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

- Podanie do naszej wiadomości wszystkich znanych sobie okoliczności, o które zapytamy przed zawarciem Umowy.
- Przestrzeganie zaleceń Lekarzy oraz zasad obowiązujących w Przychodniach i Szpitalach;
- Przestrzeganie uzgodnionych z nami terminów wykonania Świadczeń;
- Okazanie dokumentu tożsamości ze zdjęciem przed realizacją Świadczenia.



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Wysokość składki, częstotliwość opłacania składki oraz szczegółowe dane dotyczące sposobu opłacenia podamy na Polisie. Składkę należy opłacić przelewem na wskazany na Polisie nasz rachunek bankowy.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

- ✓ Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po przystąpieniu ubezpieczonego do ubezpieczenia, zawsze 1 dnia miesiąca kalendarzowego.
- ✓ W zależności od tego, które z poniższych wydarzeń nastąpi wcześniej, ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - do dnia zakończenia umowy;
 - do dnia zgonu ubezpieczonego;
 - do dnia wystąpienia ubezpieczonego z umowy;
 - w odniesieniu do poszczególnych Modułów, do ostatniego dnia okresu ochrony, w którym ubezpieczony osiągnął wiek wskazany w OWU jako maksymalny wiek do jakiego udzielamy ochrony ubezpieczeniowej. Maksymalny wiek ubezpieczonego uprawniający do naszej ochrony różni się w zależności od Modułu;
 - w odniesieniu do poszczególnych Modułów, do dnia wyczerpania sumy ubezpieczenia lub limitu kwotowego, jeśli zostały określone dla danego Modułu.



Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia – poprzez złożenie oświadczenia o odstąpieniu.

Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć umowę w dowolnym momencie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Wypowiedzenie należy wysłać na adres naszej siedziby lub elektronicznie.

Umowę uznamy za wypowiedzianą przez ubezpieczającego również w sytuacji, gdy ubezpieczający nie opłaci składki w ustalonym terminie, mimo naszego uprzedniego wezwania do zapłaty w dodatkowym terminie 7 dni.

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia LUX MED

- kod OWU G/002/2023/C

Spis treści

Część Ogólna	3
§1 Kim są strony Umowy Ubezpieczenia?	3
§2 Definicje.....	3
§3 Co jest przedmiotem Umowy?.....	6
§4 Jak skorzystać z ubezpieczenia?.....	6
§5 Czego wymagamy do zawarcia lub zmiany Umowy?	6
§6 Jak zgłosić przystąpienie Ubezpieczonych do Umowy?	7
§7 Jak zgłosić wystąpienie Ubezpieczonego z Umowy w trakcie jej trwania?	7
§8 Na jak długo jest zawierana Umowa i jakie są warunki jej przedłużenia?	7
§9 Kiedy można odstąpić od Umowy lub ją wypowiedzieć?.....	8
§10 Do kiedy obowiązuje ochrona wobec Ubezpieczonego?	8
§11 Jaka jest wysokość Składki i jak ją opłacić?	8
§12 Jakie mamy obowiązki wobec Ubezpieczającego i Ubezpieczonych?.....	9
§13 Jakie są obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego wobec nas?.....	9
§14 Jakie są wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia?.....	9
§15 Czy Ubezpieczony może kontynuować ubezpieczenie, gdy przestanie być objęty Umową?.....	10
§16 Przetwarzanie danych osobowych i powierzenie w zakresie danych osób Ubezpieczonych.....	10
§17 W jaki sposób można złożyć reklamację?	13
§18 Postanowienia końcowe.....	13
Moduł: Opieka Ambulatoryjna	15
§1 Co jest przedmiotem Modułu?	15
§2 Jak skorzystać z Opieki Ambulatoryjnej?.....	15
§3 Jakie są dodatkowe wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu?	16
Moduł: Medycyna Pracy	17
§1 Definicje stosowane w Module.....	17
§2 Co jest przedmiotem Modułu?	17
§3 Zakres Medycyny Pracy.....	17
§4 Jak skorzystać z Medycyny Pracy?.....	18
Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna	19
§1 Definicje stosowane w Module.....	19
§2 Co jest przedmiotem Modułu?	19
§3 Jak skorzystać z Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED Opieka Ortopedyczna?	19
§4 Jakie są dodatkowe wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu?	19
Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna Plus	21
§1 Definicje stosowane w Module.....	21
§2 Co jest przedmiotem Modułu?	21
§3 Jak skorzystać z Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED Opieka Ortopedyczna Plus?.....	22
§4 Jaka jest długość karencji?.....	22
§5 Jakie są dodatkowe wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu?	22

Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Pełna Opieka	24
§1 Definicje stosowane w Module.....	24
§2 Co jest przedmiotem Modułu?.....	24
§3 Jak skorzystać z Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED Pełna Opieka?.....	25
§4 Jaka jest długość karencji?.....	25
§5 Jakie są dodatkowe wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu?	25
Moduł: Koordynacja Opieki Szpitalnej (ubezpieczenie samodzielne, nie powiązane z Ubezpieczeniami szpitalnymi wskazanymi w §3 ust. 2 Części Ogólnej OWU)	27
§1 Definicje stosowane w Module.....	27
§2 Co jest przedmiotem Modułu?.....	27
§3 Zakres Koordynacji Opieki Szpitalnej	27
§4 Jak skorzystać z Koordynacji Opieki Szpitalnej?.....	27
§5 Jakie są wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu?	27
Moduł: Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP	29
§1 Zasady ogólne.....	29
§2 Zakres ubezpieczenia.....	31
§3 Świadczenia należne z tytułu Umowy.....	31
§4 Realizacja świadczeń.....	34
§5 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela	36
Moduł: Ubezpieczenie na wypadek Poważnego Zachorowania	38
§1 Definicje i wyłączenia stosowane w Module	38
§2 Co jest przedmiotem Modułu?.....	40
§3 Jak skorzystać z Ubezpieczenia na wypadek Poważnego Zachorowania?	40
§4 Jaka jest długość karencji?.....	40
§5 Jakie są dodatkowe wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu?	41
Moduł: Ubezpieczenie Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku	42
§1 Co jest przedmiotem Modułu?	42
§2 Jak wskazać Uprawnionych do otrzymania Świadczenia?	42
§3 Jak skorzystać z Ubezpieczenia Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku?.....	42
§4 Jakie są dodatkowe wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu?	42

Wykaz załączników:

1. Załącznik nr 1: Zakres Świadczeń w ramach Opieki Ambulatoryjnej;
2. Załącznik nr 2: Zakres Świadczeń w ramach Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla Głównego Ubezpieczonego, Partnera i Pełnoletniego Dziecka;
3. Załącznik nr 3: Zakres Świadczeń w ramach Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla Niepełnoletniego Dziecka;
4. Załącznik nr 4: Klauzula informacyjna Ubezpieczającego;
5. Załącznik nr 5: Klauzula informacyjna dla Ubezpieczonych.

Informacje zawarte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia LUX MED - kod OWU G/002/2023/C, o których mowa w art. 17. ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Numer zapisu w OWU
Przesłanki, które zobowiązują nas do wypłaty świadczeń	<ul style="list-style-type: none"> • Część Ogólna: §3, §4 ust. 1, 2 • Moduł Opieka Ambulatoryjna: §1, §2 • Moduł Medycyna Pracy: §2, §4 ust. 1 • Moduł Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna: §2, §3 ust. 1, 3 • Moduł Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna Plus: §2, §3 ust. 1, 4 • Moduł Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Pełna Opieka: §2, §3 ust. 1, 4 • Moduł Koordynacja Opieki Szpitalnej: §2, §4 ust. 1, 2 • Moduł Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP: §2 ust. 1, 2, §3, §4 • Moduł Ubezpieczenie na wypadek Poważnego Zachorowania: §2, §3 ust. 1, 2 • Moduł Ubezpieczenie Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku: §1, §3 ust. 2
Ograniczenia oraz wyłączenia naszej odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	<ul style="list-style-type: none"> • Część Ogólna: §5 ust. 3, §14 • Moduł Opieka Ambulatoryjna: §3 • Moduł Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna: §3 ust. 3, §4 • Moduł Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna Plus: §3 ust. 3, 5, §4 ust. 2, 4, §5 • Moduł Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Pełna Opieka: §3 ust. 3, 5, §4 ust. 2, 4, §5 • Moduł Koordynacja Opieki Szpitalnej: §5 • Moduł Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP: §2 ust. 2-3, §5 • Moduł Ubezpieczenie na wypadek Poważnego Zachorowania: §2 ust. 4, §3 ust. 3, §4 ust. 2, 3, §5 • Moduł Ubezpieczenie Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku: §3 ust. 4, §4

Część Ogólna

§1 Kim są strony Umowy Ubezpieczenia?

Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia LUX MED (OWU), LMG Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie, działająca przez oddział pod nazwą LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce (dalej **my** lub **Ubezpieczyciel**, pełne dane Ubezpieczyciela znajdują się w §2 pkt 21 Części Ogólnej OWU), zawiera Umowę Ubezpieczenia z Państwem (dalej **Ubezpieczającym**). Ubezpieczającym może być osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej.

§2 Definicje

Aby zapewnić większą czytelność dokumentu, w OWU używamy rodzaju męskiego niezależnie od płci (np. Ubezpieczony zamiast Ubezpieczony / Ubezpieczona albo Ubezpieczony/a).

Poniżej wprowadzamy definicje wspólne dla większości Modułów OWU. Dodatkowe definicje dotyczące pojedynczego Modułu znajdziecie Państwo w opisie warunku tego Modułu.

1. **Choroba** – nieprawidłowy według ogólnie uznanej wiedzy medycznej stan fizyczny lub psychiczny organizmu.
2. **Ciąża Wysokiego Ryzyka** – ciąża, w której występują czynniki ryzyka ze strony matki lub płodu, zwiększające częstotliwość powikłań przebiegu ciąży i porodu, które są zagrożeniem dla zdrowia lub życia matki lub płodu. Wymaga w rozumieniu niniejszej Umowy opieki albo rozwiązania w ośrodku III poziomu opieki perinatalnej.
3. **Deklaracja Przystąpienia** – oświadczenie Ubezpieczonego, w którym wyraża wolę objęcia go ochroną ubezpieczeniową w oparciu o niniejsze OWU.

4. **Lekarz** – osoba, która posiada wymagane kwalifikacje i uprawnienia potwierdzone odpowiednimi dokumentami do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa polskiego, w tym w szczególności ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarzy i lekarza dentyści.
5. **Lista Ubezpieczonych** (także **Lista**) – wykaz osób zgłaszanych do Umowy Ubezpieczenia, występujących z Umowy Ubezpieczenia oraz wykaz zmian w zakresie ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego. Osoby zgłaszane to osoby, które złożyły Deklarację Przystąpienia (z wyłączeniem Modułu Medycyna Pracy) i przeszły pozytywnie ocenę ryzyka, jeżeli była konieczna. Lista będzie sporządzona według wzoru wskazanego przez nas.
6. **Moduł** – integralna część OWU. Udzielamy ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zdarzeń opisanych w Modułach, które obejmuje Umowa Ubezpieczenia zawarta z Ubezpieczającym. Moduły dostępne w ramach OWU wskazaliśmy w §3 ust. 2 Części Ogólnej OWU. Główny Ubezpieczony może wybrać Moduły, które mają go dotyczyć, spośród Modułów objętych Umową Ubezpieczenia, do której przystępuje. Moduły, które obejmuje dana Umowa Ubezpieczenia, wskazane są w Polisie.
7. **Nieszczęśliwy Wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przez przyczynę niezależną od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, w którym Ubezpieczony doznał obrażeń fizycznych ciała lub naruszenia struktur anatomicznych układu mięśniowo - szkieletowego. Nieszczęśliwym wypadkiem nie są Choroby ani stany chorobowe nawet takie, które występują nagle.
8. **Okres Ochrony** – okres, w którym ponosimy odpowiedzialność w stosunku do Ubezpieczonego za zdarzenia objęte Umową. Rozpoczyna się zawsze 1 dnia miesiąca kalendarzowego. Okres Ochrony nie może być dłuższy niż czas trwania Umowy Ubezpieczenia.
9. **Operator** – podmiot koordynujący w naszym imieniu udzielanie Świadczeń.
10. **Placówka medyczna (Przychodnia)** – podmiot leczniczy udzielający świadczeń ambulatoryjnych w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, działający na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej, realizujący Świadczenia w oparciu o OWU, wskazany przez Operatora.
11. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy. Adresatem Polisy jest Ubezpieczający.
12. **Pracownik** – osoba fizyczna, pozostająca w stosunku prawnym z Ubezpieczającym, na podstawie umowy cywilnoprawnej, umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania albo innej umowy, której przedmiotem jest świadczenie pracy albo usług. Także osoba fizyczna będąca członkiem organu jednostki organizacyjnej Ubezpieczającego.
13. **Rocznica** – dzień w każdym roku obowiązywania Umowy, jeżeli jest ona przedłużana na kolejne roczne okresy ubezpieczenia, który odpowiada dacie zawarcia Umowy.
14. **Składka** – kwota należna nam z tytułu Umowy.
15. **Sporty Wysokiego Ryzyka** – sporty, których uprawianie wiąże się ze szczególnym ryzykiem dla zdrowia. W ramach OWU za takie sporty uznajemy: sporty lotnicze oraz pilotowanie jakichkolwiek samolotów silnikowych, baloniarstwo, skoki spadochronowe, skoki na linie, kolarstwo górskie, sporty motorowe i motorowodne, jazda na skuterach wodnych, kitesurfing, alpinizm, wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, speleologia, taternictwo jaskiniowe, skoki narciarskie, snowboard oraz narciarstwo z wyjątkiem uprawianych rekreacyjnie na wyznaczonych trasach, bobsleje, rafting i inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, sporty walki, myślistwo oraz jazda konna;
16. **Suma Ubezpieczenia** - określona w Module kwota stanowiąca górną granicę naszej odpowiedzialności z tytułu Modułu w stosunku do Ubezpieczonego. Jej wysokość podana jest bezpośrednio w Module, załączniku do OWU lub Polisie.
17. **Szpital** – podmiot leczniczy udzielający świadczeń szpitalnych w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, działający na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej, realizujący Świadczenia w oparciu o OWU. Definicja Szpitala w rozumieniu OWU obejmuje również przychodnie wchodzące w skład Szpitala.
18. **Świadczenie** – usługa, którą zrealizujemy albo kwota, którą wypłacimy Uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia objętego zakresem Umowy Ubezpieczenia.
19. **Transport Medyczny** – obejmuje transport kołowy:
 - a. z miejsca pobytu Ubezpieczonego do Szpitala, wynikający z potwierdzonych przez nas wskazań medycznych (niemożność samodzielnego poruszania się z przyczyn medycznych, konieczność ciągłej opieki i nadzoru medycznego);
 - b. transport międzyszpitalny w przypadku, gdy zlecimy transport medyczny do innej jednostki w ramach kontynuacji leczenia objętego zakresem ubezpieczenia, a także do innego najbliższego Szpitala w ramach kontynuacji leczenia w sytuacji, gdy dalsza diagnostyka i leczenie wykracza poza zakres naszej odpowiedzialności;
 - c. transport ze Szpitala do miejsca pobytu Ubezpieczonego, wynikający z potwierdzonych przez nas wskazań medycznych.
20. **Ubezpieczony** – Główny Ubezpieczony lub Współubezpieczony, który przystąpił do Umowy i został objęty ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli w OWU występuje termin Ubezpieczony oznacza to, że dotyczy on zarówno Głównego Ubezpieczonego, jak i Współubezpieczonego.
 - a. **Główny Ubezpieczony** – Pracownik, na rachunek którego zawarto Umowę, zamieszkały na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, który w dniu rozpoczęcia ochrony miał ukończone 18 lat;
 - b. **Współubezpieczony** – osoba fizyczna, wskazana przez Głównego Ubezpieczonego, którą obejmujemy ochroną w ramach Umowy. Współubezpieczonym, w zależności od Modułu, może być:
 - I. **Partner** – współmałżonek lub osoba prowadząca z Głównym Ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe, niezłączona pokrewieństwem, przysposobieniem lub powinowactwem, która w dniu rozpoczęcia ochrony miała ukończone 18 lat;
 - II. **Rodzic** – matka lub ojciec Głównego Ubezpieczonego lub Partnera;
 - III. **Dziecko** – Dziecko Pełnoletnie i Dziecko Niepełnoletnie;

- **Dziecko Niepełnoletnie** – dziecko własne lub przysposobione Głównego Ubezpieczonego lub Partnera, które nie ukończyło 18 lat. Osobą uprawnioną do składania oświadczeń w imieniu Dziecka Niepełnoletniego jest opiekun prawny;
- **Dziecko Pełnoletnie** - dziecko własne lub przysposobione Głównego Ubezpieczonego lub Partnera, które ukończyło 18 lat.

Zapewniamy Ubezpieczonemu ochronę w ramach wybranego przez niego Modułu lub Modułów, wskazanego lub wskazanych na Liście Ubezpieczonych, do ostatniego dnia Okresu Ochrony, w którym Ubezpieczony osiągnął wiek podany w tabeli poniżej.

Tabela określająca maksymalny wiek świadczenia ochrony ubezpieczeniowej:

	Moduły:								
	Ubezpieczenia ambulatoryjne		Ubezpieczenia szpitalne				Pozostałe ubezpieczenia osobowe		
	Opieka Ambulatoryjna	Medycyna Pracy	Opieka Ortopedyczna	Opieka Ortopedyczna Plus	Pełna Opieka	Koordinacja Opieki Szpitalnej	Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP	Ubezpieczenie na wypadek Poważnego Zachorowania	Ubezpieczenie Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku
Główny Ubezpieczony	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat
Partner	70 lat	-	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat
Dziecko Niepełnoletnie	18 lat	-	18 lat	18 lat	18 lat	18 lat	18 lat	n/d	18 lat
Dziecko Pełnoletnie	26 lat	-	70 lat	70 lat	70 lat	70 lat	26 lat	26 lat	26 lat
Rodzic	80 lat	-	-	-	-	-	-	-	-

- Ubezpieczyciel** - LMG Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Box 27093, Szwecja, zarejestrowana w Urzędzie Rejestracji Przedsiębiorstw pod numerem 516406-0831, kapitał akcyjny: 4 800 000 Euro opłacony w całości, działająca w Polsce poprzez oddział pod nazwą LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie wpisany do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy KRS pod nr KRS 0000395438, NIP: 1080011494, REGON: 145156729, posiadająca status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych.
- Umowa Ubezpieczenia** (także **Umowa**) – Umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU;
- Uprawniony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, uprawniona do otrzymania od nas Świadczenia;
- Wariant dostępności** – usługa pozwalająca na poprawę dostępu do Lekarzy specjalistów dostępnych w ramach Modułu Ambulatoryjnego zgodnie z zasadą, że im wyższy wariant tym większy Współczynnik Dostępności Lekarzy dla Ubezpieczonego, z wyłączeniem przypadków wynikających ze standardów bezpieczeństwa medycznego;
- Wiek Ubezpieczonego** – liczba ukończonych pełnych lat Ubezpieczonego w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a następnie w dniu każdej rocznicy Okresu Ochrony;
- Wniosek Ubezpieczeniowy** (także **Wniosek**) – propozycja zawarcia Umowy, którą składa Ubezpieczający w formie pisemnej, elektronicznej lub dokumentowej na przygotowanym przez nas formularzu.
- Współczynnik Dostępności** – wartość procentowa określająca dostępność wizyt do poszczególnych specjalistów w placówkach LUX MED Medycyna Rodzinna. Obliczamy ją na podstawie 16 pomiarów dziennie dokonanych w ciągu ostatniego roku kalendarzowego. Pomiaru te dotyczą określonych specjalizacji. Pomiaru sprawdzają, czy czas oczekiwania na wizytę do danego specjalisty nie przekracza naszych wewnętrznie ustalonych wymogów. Ze wszystkich pomiarów z ostatniego roku kalendarzowego wyciągamy średnią arytmetyczną, która stanowi Współczynnik dostępności.
- Wyczynowe Uprawianie Sportu** - uprawianie dyscyplin sportowych wymagających aktywności fizycznej, obejmujące: uczestnictwo w treningach w ramach klubu, związku lub stowarzyszenia sportowego, a także uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych, udział we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje, inne imprezy o charakterze sportowym) oraz sportowych obozach kondycyjnych lub szkoleniowych. Dotyczy również wypraw do miejsc o ekstremalnych warunkach klimatycznych lub przyrodniczych. Wyczynowym Uprawianiem Sportu nie jest rekreacyjne uprawianie sportu w wolnym czasie, którego celem jest wyłącznie wypoczynek, regeneracja sił psychofizycznych lub utrzymanie dobrego stanu zdrowia. Wyczynowym Uprawianiem Sportu nie jest również, w rozumieniu niniejszego OWU, uprawianie dyscyplin sportowych przez dzieci do 18 roku życia w ramach klubu, klasy lub szkoły sportowej.
- Zdarzenie Ubezpieczeniowe (Zdarzenie)** – zdarzenie mające miejsce w trakcie trwania Okresu Ochrony, którego konsekwencją jest zgłoszenie nam roszczenia.

§3 Co jest przedmiotem Umowy?

- Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy jest zdrowie Ubezpieczonego oraz następstwa Nieszczęśliwego Wypadku.
- Ubezpieczający może wybrać jeden albo więcej Modułów, które będą definiować zakres Umowy:
 - Ubezpieczenia ambulatoryjne**
 - Opieka Ambulatoryjna;
 - Medycyna Pracy;
 - Ubezpieczenia szpitalne**
 - Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna (także: **Opieka Ortopedyczna**);
 - Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna Plus (także: **Opieka Ortopedyczna Plus**);
 - Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Pełna Opieka (także: **Pełna Opieka**);
 - Koordinacja Opieki Szpitalnej;
 - Pozostałe ubezpieczenia osobowe**
 - Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP;
 - Ubezpieczenie na wypadek Poważnego Zachorowania;
 - Ubezpieczenie Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku.
- Odpowiadamy za zdarzenia, które mają miejsce w Okresie Ochrony.
- Główny Ubezpieczony może wybrać dla siebie jeden z dostępnych w ramach Umowy Ubezpieczenia, do której przystępuje, typów ubezpieczenia w zakresie poszczególnych Modułów. Typ Modułu określa kto będzie zgłoszony przez Głównego Ubezpieczonego do ubezpieczenia:
 - Indywidualny – obejmuje ochroną ubezpieczeniową tylko Głównego Ubezpieczonego;
 - Partnerski – obejmuje ochroną ubezpieczeniową Głównego Ubezpieczonego oraz Partnera lub Dziecko;
 - Rodziny – obejmuje ochroną ubezpieczeniową Głównego Ubezpieczonego, Partnera oraz Dzieci;
 Dodatkowo Główny Ubezpieczony może wybrać typ Rodzic – obejmuje ochroną ubezpieczeniową Rodziców Głównego Ubezpieczonego oraz Rodziców Partnera, w liczbie nie wyższej niż 4 na jednego Głównego Ubezpieczonego.
- Główny Ubezpieczony może wybrać różne typy dla różnych Modułów. Zakres dostępnych typów jest określony w każdym z Modułów. Typ ubezpieczenia dla poszczególnych Modułów w ramach danej Umowy Ubezpieczenia wskazany jest w Polisie.

§4 Jak skorzystać z ubezpieczenia?

- Aby skorzystać z ubezpieczenia, Ubezpieczony powinien powiadomić nas o Zdarzeniu objętym Umową. Sposób zgłoszenia Zdarzenia różni się między Modułami. Szczegółowe informacje jak zgłosić Zdarzenie są opisane w Modułach.
- Jeżeli do określenia czy Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu przysługuje Świadczenie, potrzebne będą dodatkowe dokumenty, informacje, badania lub konsultacje lekarskie poinformujemy o tym osobę zgłaszającą zdarzenie. Informację prześlemy pisemnie lub w inny sposób, na który ta osoba wyraziła zgodę.
- Rozpocznemy realizację Świadczenia nie później niż 30 dni od otrzymania wniosku o realizację Świadczenia. Ubezpieczony może wskazać inny, późniejszy termin.
- Ustalenie czy Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu przysługuje Świadczenie może być niemożliwe w terminie określonym w ust. 3. W takiej sytuacji rozpoczniemy realizację Świadczenia w terminie 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie wszystkich okoliczności było możliwe, przy zachowaniu należytej staranności.
- Weryfikując wniosek o realizację Świadczenia możemy ustalić, że Świadczenie nie przysługuje Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu. Poinformujemy o tym na piśmie osobę składającą wniosek i wskażemy podstawę prawną oraz okoliczności, które uzasadniają odmowę.

§5 Czego wymagamy do zawarcia lub zmiany Umowy?

- Umowę zawieramy na podstawie Wniosku Ubezpieczeniowego, wraz z dołączonymi do niego dokumentami, wskazanymi we Wniosku oraz wymienionymi w §6 ust. 1 Części Ogólnej OWU.
- Ubezpieczający oraz Ubezpieczeni są zobowiązani podać nam wszystkie znane sobie informacje i okoliczności o które pytamy we Wniosku, Deklaracjach Przystąpienia oraz inne informacje niezbędne do zawarcia Umowy, o które zapytamy przed jej zawarciem.
- Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, o których nie zostaliśmy poinformowani przed zawarciem Umowy, jeżeli zapytaliśmy o nie przed jej zawarciem.
- Przyjmujemy Wnioski, które są kompletne i poprawnie wypełnione.
- Wniosek może zostać złożony w formie pisemnej, dokumentowej lub elektronicznej.
- Jeżeli Wniosek Ubezpieczeniowy nie będzie zawierał wszystkich wymaganych informacji lub dokumentów, niezwłocznie zawiadomimy o tym Ubezpieczającego i poprosimy o ich uzupełnienie.
- Jeżeli informacje lub dokumenty nie zostaną uzupełnione we wskazanym przez nas terminie, nie dojdzie do zawarcia Umowy.
- Do zawarcia Umowy dochodzi z chwilą akceptacji przez nas Wniosku Ubezpieczeniowego. Data zawarcia Umowy potwierdzona jest na Polisie.

9. Ubezpieczający może w dowolnym momencie zawnieść o dodanie Modułu do zakresu Umowy. Na tej podstawie przygotowujemy aneks do Wniosku, który musi zostać podpisany przez Ubezpieczającego, aby wywołać skutki prawne. Do zmiany Umowy polegającej na rozszerzeniu zakresu o nowy Moduł dochodzi z datą wskazaną w aneksie do Wniosku. Zmianę potwierdzamy w postaci aneksu do Polisy.

§6 Jak zgłosić przystąpienie Ubezpieczonych do Umowy?

- Osoby zgłaszane do Umowy są obejmowane przez nas ochroną ubezpieczeniową na podstawie:
 - przekazanej nam przez Ubezpieczającego Listy Ubezpieczonych;
 - kompletnych, poprawnie wypełnionych Deklaracji Przystąpienia;
 - innych dokumentów, jeżeli były one przez nas wskazane jako niezbędne do zawarcia Umowy.
- W trakcie trwania Umowy Ubezpieczający może zgłaszać nowe osoby do ubezpieczenia na podstawie dokumentów opisanych w ust. 1.
- Pierwsza Lista Ubezpieczonych wraz ze wszystkimi wymaganymi dokumentami, o których mowa w ust. 1, powinna zostać przekazana do nas nie później niż 10 dni roboczych przed pierwszym dniem obowiązywania Umowy. Kolejne Listy Ubezpieczonych powinny być przekazywane do nas w każdym miesiącu, nie później niż 10 dni roboczych przed końcem miesiąca kalendarzowego.
- Okres Ochrony rozpoczyna się w stosunku do Ubezpieczonych zgłoszonych w ramach pierwszej Listy Ubezpieczonych w dniu wskazanym na Polisie. Przystąpienie nowej osoby w trakcie trwania Umowy następuje pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego po dacie otrzymania przez nas Listy Ubezpieczonych, która zawiera dane przystępującej osoby, pod warunkiem dotrzymania terminu, o którym mowa w ust. 3. W przypadku przekazania Listy po tym terminie uznajemy, że dotyczy ona kolejnego miesiąca. Data przystąpienia osoby do Umowy jest początkiem jej Okresu Ochrony.
- W odniesieniu do wszystkich Modułów z wyłączeniem: Opieki Ambulatoryjnej, Medycyny Pracy, Koordynacji Opieki Szpitalnej oraz Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków, możemy wymagać weryfikacji stanu zdrowia osoby zgłaszanej do Umowy.
- Na etapie weryfikacji stanu zdrowia osoby zgłaszanej do Umowy możemy poprosić o dostarczenie dodatkowych dokumentów lub informacji, w tym na nasz koszt skierować osoby zgłaszane do ubezpieczenia na dodatkowe badania medyczne. Na podstawie przeprowadzonej oceny stanu zdrowia zgłaszanej osoby możemy:
 - przyjąć ją do Umowy;
 - zaproponować zmienione warunki Umowy;
 - odmówić przyjęcia do Umowy.
- W trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczony może dokonać zmiany Modułu w ramach Ubezpieczeń Szpitalnych oraz Wariantu w Module Ubezpieczenie na wypadek Poważnego Zachorowania, o ile są one objęte daną Umową z Ubezpieczającym oraz zmiana taka oznacza zwiększenie dotychczasowego zakresu ubezpieczenia. Zwiększenie dotychczasowego zakresu ubezpieczenia w ramach Ubezpieczeń Szpitalnych oznacza zmianę:
 - Modułu Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna na Moduł Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna Plus lub
 - Modułu Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna Plus na Moduł Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Pełna Opieka lub
 - Modułu Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna na Moduł Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Pełna Opieka.Zwiększenie dotychczasowego zakresu ubezpieczenia w ramach Modułu Ubezpieczenie na wypadek Poważnego Zachorowania oznacza zmianę Wariantu 1 na Wariant 2 w ramach tego Modułu.
- Zmiana zakresu ubezpieczenia na niższy jest możliwa w Rocznicę, pod warunkiem zgłoszenia nam tego, zgodnie z §6 ust. 3 Części Ogólnej OWU.
- Zmiana zakresu ubezpieczenia przez Ubezpieczonego, o której mowa w ust. 7, jest możliwa pod warunkiem przekazania przez Ubezpieczającego:
 - wykazu osób zmieniających zakres ubezpieczenia w formacie określonym przez Ubezpieczyciela;
 - kompletnych i poprawnie wypełnionych Deklaracji Przystąpienia.
- Okresy karencji spowodowane zwiększeniem zakresu ubezpieczenia w ramach Ubezpieczeń Szpitalnych lub zmianą Wariantu w ramach Modułu Ubezpieczenie na wypadek Poważnego Zachorowania na wyższy zostały opisane w poszczególnych Modułach.

§7 Jak zgłosić wystąpienie Ubezpieczonego z Umową w trakcie jej trwania?

- W trakcie trwania Umowy, Ubezpieczający może zgłaszać osoby występujące z ubezpieczenia za pośrednictwem Listy Ubezpieczonych.
- Wystąpienie osoby w trakcie trwania Umowy następuje pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego po dacie otrzymania Listy Ubezpieczonych pod warunkiem dotrzymania terminu, o którym mowa w §6 ust. 3 Części Ogólnej OWU. W przypadku przekazania Listy po tym terminie uznajemy, że dotyczy ona kolejnego miesiąca.
- Wystąpienie Głównego Ubezpieczonego z Umowy jest równoznaczne z końcem Okresu Ochrony w stosunku do zgłoszonych Współubezpieczonych, ze skutkiem na koniec Okresu Ochrony Głównego Ubezpieczonego.
- W ciągu 12 miesięcy od dnia wystąpienia z Umowy, Ubezpieczony nie może ponownie do niej przystąpić, chyba że ponowne przystąpienie jest wynikiem ponownego zatrudnienia Głównego Ubezpieczonego przez Ubezpieczającego.

§8 Na jak długo jest zawierana Umowa i jakie są warunki jej przedłużenia?

- Umowa jest zawierana na okres 12 miesięcy.
- Umowa zostaje przedłużona na kolejne 12 miesięcy z zastrzeżeniem ust. 3-9.

3. Przy przedłużeniu Umowy na kolejny roczny okres, mamy prawo zaproponować zmianę wysokości kwot składających się na Składkę w związku z indeksacją Sum Ubezpieczenia lub wzrostem wartości Świadczeń zdrowotnych. Indeksacja ma na celu dostosowanie wartości Sum Ubezpieczenia do wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych. Wzrost wartości Świadczeń zdrowotnych odzwierciedla wzrost ponoszonych przez nas kosztów w związku ze Świadczeniami udzielanymi przez nas na podstawie Umowy.
4. Indeksacja Sum Ubezpieczenia polega na ich podwyższeniu o wskaźnik indeksacji. Wskaźnik indeksacji ustalamy na poziomie wyższym o maksymalnie 3 punkty procentowe od publikowanego przez Główny Urząd Statystyczny wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych za okres 12 miesięcy, nie później niż 6 miesięcy przed dniem przekazania propozycji nowej wysokości kwot składających się na Składkę.
5. Wzrost wartości Świadczeń zdrowotnych obliczany jest w oparciu o historię szkodowości danej Umowy oraz zmiany kosztów wynagrodzeń w sektorze ochrony zdrowia publikowanych przez GUS.
6. W propozycji zmiany kwot składających się na Składkę podamy zindeksowaną wartość Sum Ubezpieczenia, wskaźnik wzrostu wartości Świadczeń zdrowotnych oraz wysokość kwot składających się na Składkę wynikającą z przeprowadzonych zmian.
7. Propozycję zmiany kwot składających się na Składkę wyślemy na co najmniej 60 dni przed końcem obowiązywania Umowy.
8. Brak odpowiedzi Ubezpieczającego w terminie 30 dni przed datą rozpoczęcia kolejnego rocznego okresu trwania Umowy jest równoznaczny z wyrażeniem zgody na zmianę wysokości kwot składających się na Składkę i nie wymaga zmiany Umowy. Jeżeli Ubezpieczający nie wyrazi zgody na zmianę wielkości kwot składających się na Składkę, Umowa wygaśnie z końcem okresu, na który została zawarta.
9. Umowa nie zostanie przedłużona jeśli, najpóźniej na 30 dni przed końcem jej obowiązywania, przynajmniej jedna ze Stron złoży drugiej Stronie oświadczenie wyrażające brak zgody na przedłużenie.
10. Umowa ulega zakończeniu:
 - a. w dniu w którym otrzymaliśmy odstąpienie od Umowy;
 - b. w dniu rozwiązania Umowy zgodnie z §9 ust. 2 Części Ogólnej OWU;
 - c. w dniu rozwiązania Umowy zgodnie z §9 ust. 3 Części Ogólnej OWU;
 - d. z upływem terminu wypowiedzenia Umowy w przypadku, o którym mowa w §9 ust. 4;
 - e. ostatniego dnia okresu obowiązywania Umowy, jeżeli nie zostanie ona przedłużona na kolejny 12-miesięczny okres, zgodnie z ust. 9.

§9 Kiedy można odstąpić od Umowy lub ją wypowiedzieć?

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia. W takim przypadku zwrócimy Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę w ciągu 14 dni od dnia otrzymania oświadczenia o odstąpieniu. Składka zostanie pomniejszona o należność za okres w którym udzieliliśmy ochrony.
2. Po upływie terminu wskazanego w ust. 1, Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć Umowę w dowolnym momencie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Ubezpieczający może też wskazać inny, późniejszy termin. Wypowiedzenie należy wystąpić na adres naszej siedziby: LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce, 02-676 Warszawa, ul. Postępu 21C lub elektronicznie na adres: ubezpieczenia@luxmed.pl.
3. Ubezpieczyciel ma prawo wypowiedzieć Umowę z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, jeżeli Ubezpieczający nie zgłosi żadnego Ubezpieczonego w ciągu 30 dni od daty wejścia w życie Umowy.
4. Umowę uznamy za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego również w sytuacji, gdy Ubezpieczający nie opłaci Składki w ustalonym terminie, mimo naszego uprzedniego wezwania do zapłaty w dodatkowym terminie 7 dni. W wezwaniu podamy informację, że brak zapłaty będzie skutkowało rozwiązaniem Umowy po upływie jej okresu wypowiedzenia.
5. Ubezpieczający może zawnieść o wycofanie Modułu z zakresu Umowy najpóźniej 30 dni przed upływem 12 miesięcznego okresu obowiązywania Umowy. Na tej podstawie Ubezpieczyciel przygotowuje aneks do Wniosku. Do zmiany Umowy polegającej na wycofaniu Modułu z zakresu Umowy dochodzi z datą wskazaną na aneksie do Wniosku. Zmianę potwierdzamy w postaci aneksu do Polisy.

§10 Do kiedy obowiązuje ochrona wobec Ubezpieczonego?

1. W zależności od tego, które z tych wydarzeń nastąpi wcześniej, Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy:
 - a. do dnia zakończenia Umowy, zgodnie z §8 ust. 10 Części Ogólnej OWU;
 - b. do dnia zgonu Ubezpieczonego;
 - c. do dnia wystąpienia Ubezpieczonego z Umowy zgodnie z §7 ust. 3 Części Ogólnej OWU;
 - d. w odniesieniu do poszczególnych Modułów, do ostatniego dnia Okresu Ochrony, w którym Ubezpieczony osiągnął wiek wskazany w tabeli §2 ust. 20, jako maksymalny wiek do jakiego udzielamy ochrony ubezpieczeniowej. Maksymalny wiek Ubezpieczonego uprawniający do naszej ochrony różni się w zależności od Modułu;
 - e. w odniesieniu do poszczególnych Modułów, do dnia wyczerpania Sumy Ubezpieczenia lub limitu kwotowego, jeśli zostały określone dla danego Modułu.

§11 Jaka jest wysokość Składki i jak ją opłacić?

1. Wysokość cen poszczególnych typów ubezpieczenia w ramach Umowy Ubezpieczenia (składających się na wysokość Składki), częstotliwość oraz terminy płatności Składki wskazane są w Polisie.
2. Wysokość Składki uzależniona jest od:
 - a. typu ubezpieczenia, który wybiorą Ubezpieczeni;
 - b. struktury wiekowo-płciowej grupy osób zgłoszonych do Umowy;

- c. przeprowadzonej przez nas oceny ryzyka, jeżeli ma ona zastosowanie.
- 3. Wysokość Składki należnej od Ubezpieczającego wyliczona zostanie na podstawie sumy składek za Ubezpieczonych i na podstawie sumy składek za wybrane typy ubezpieczenia, z uwzględnieniem osób przystępujących oraz występujących z ubezpieczenia w danym miesiącu ochrony.
- 4. Za dzień opłacenia Składki uznaje się dzień otrzymania przez nas całej należności na rachunku bankowym wskazanym na Polisie.
- 5. W przypadku, gdy wpłacona kwota jest niższa od należnej Składki, Składkę uważa się za niezapłaconą.

§12 Jakie mamy obowiązki wobec Ubezpieczającego i Ubezpieczonych?

1. Przekażemy Ubezpieczającemu OWU wraz z załącznikami przed zawarciem Umowy. Szczegółowy wykaz załączników znajduje się przy Spisie Treści niniejszego dokumentu. Zobowiązemy Ubezpieczającego do przekazania OWU wraz z załącznikami Ubezpieczonym przed złożeniem przez nich Deklaracji Przystąpienia.
2. W ramach potwierdzenia zawarcia Umowy wystawimy i dostarczymy Polisę, a w przypadku zmian do Umowy wymagających zmian na Polisie dostarczymy aneks do Polisy.
3. Poinformujemy Ubezpieczającego, nie później niż w terminie 14 dni, o zmianie naszych adresów korespondencyjnych oraz o zmianie numeru infolinii, w ramach której Ubezpieczony może uzyskać informacje na temat ubezpieczenia.
4. Będziemy prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania wynikające z Umowy, w tym realizację Świadczeń.

§13 Jakie są obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego wobec nas?

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są podać do naszej wiadomości wszystkie znane okoliczności, o które zapytamy przed zawarciem Umowy we Wniosku Ubezpieczeniowym i Deklaracjach Przystąpienia. Jeżeli zawarliśmy Umowę mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do:
 - a. opłacania Składki w wysokości i terminach wskazanych w Polisie;
 - b. dostarczenia nam kompletnych List Ubezpieczonych według wzoru wraz ze wszystkimi wymaganymi dokumentami;
 - c. niezwłocznego powiadomiania nas, nie później niż w terminie 14 dni, o zmianie swojej siedziby lub adresu korespondencyjnego;
 - d. informowania nas o zmianie wszelkich danych dotyczących Ubezpieczonych i Ubezpieczającego, podanych na Liście Ubezpieczonych;
 - e. doręczenia Ubezpieczonym warunków Umowy, w tym w szczególności OWU, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonych zgody na udzielenie im ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli taka zgoda jest wymagana Umową lub jeżeli Ubezpieczony zgadza się na finansowanie kosztu części Składki odpowiadającej udzielonej mu ochronie ubezpieczeniowej - przed wyrażeniem przez niego na to zgody. Obowiązek ten dotyczy również doręczenia dokumentów wprowadzających wszelkie zmiany do Umowy w trakcie jej obowiązywania;
 - f. poinformowania nas o śmierci Ubezpieczonego;
 - g. poinformowania Ubezpieczonych o zmianie numeru infolinii, w ramach której Ubezpieczony może uzyskać informacje na temat ubezpieczenia oraz o zmianach dotyczących Operatora.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest do:
 - a. przestrzegania zaleceń Lekarzy;
 - b. przestrzegania zasad obowiązujących w Przychodniach i Szpitalach;
 - c. stosowania się do poleceń personelu Przychodni i Szpitali;
 - d. przestrzegania uzgodnionych z nami terminów wykonania Świadczeń;
 - e. przybycia w uzgodnionym terminie do Szpitala lub Przychodni wskazanej przez nas lub poinformowania Operatora o rezygnacji ze Świadczenia, nie później niż 12 godzin przed ustalonym terminem jego wykonania. Jeżeli okoliczności nie pozwalają zachować tego terminu, Ubezpieczony powinien poinformować Operatora o rezygnacji niezwłocznie po powstaniu jej przyczyny;
 - f. powstrzymanie się od wszelkich działań utrudniających lub uniemożliwiających udzielenie Świadczenia;
 - g. okazania dokumentu tożsamości ze zdjęciem przed realizacją Świadczenia. W przypadku, gdy korzystającym ze Świadczenia jest Dziecko Niepełnoletnie o okazaniu dokumentu tożsamości może zostać również poproszona osoba pełnoletnia, towarzysząca.

§14 Jakie są wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia?

1. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje zdarzeń (a więc nie udzielimy Świadczenia w przypadkach), które są skutkiem:
 - a. działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, wojny domowej, zamieszek, stanu wyjątkowego, cywilnego zamachu stanu, aktów terroryzmu, służby wojskowej, udziału w misjach wojskowych lub stabilizacyjnych, czynnego uczestnictwa Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach lub strajkach;
 - b. stosowania naukowo nieuznanych metod leczenia oraz medycyny niekonwencjonalnej, ludowej i orientalnej, stosowania leków niedopuszczonych do użytku w Polsce (lub poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lecz wyłącznie w związku z Modułem Leczenia Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP) oraz ich następstw, jak również udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych, badaniach klinicznych lub podobnych badaniach związanych ze zdrowiem, oraz ich następstw;
 - c. transplantacji organów lub tkanek, komórek, hodowli komórkowych (pochodzenia naturalnego lub sztucznego), w tym także z wykorzystaniem autoprzeszczepu, wszczepianie implantów i urządzeń, przy czym wyłączenie to nie dotyczy Modułu Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą - BEST HELP;
 - d. Wyczynowego Uprawiania Sportów lub uprawiania Sportów Wysokiego Ryzyka, przy czym wyłączenie to nie dotyczy Modułu Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą - BEST HELP;

- e. stanów kłęski żywiołowej, katastrof naturalnych, stanów pandemii oraz stanów epidemii ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej, jeżeli powodują dezorganizację lub brak możliwości świadczenia usług po naszej stronie;
 - f. działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego oraz czynników biologicznych i chemicznych w zakresie szkodliwym dla człowieka;
 - g. prowadzenia pojazdu bez uprawnień, prowadzenia pojazdu bez aktualnego badania technicznego zgodnie z obowiązującymi przepisami lub prowadzenia pojazdu pod wpływem alkoholu, narkotyków albo innych środków odurzających, psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - h. usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia, świadomego spowodowania rozstroju zdrowia,
 - i. popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa lub wykroczenia;
 - j. działania umyślnego, samodzielnego diagnozowania, leczenia, modyfikacji zaleconego leczenia lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego;
 - k. pozostawiania pod wpływem, nadużycia lub zatrucia dobrowolnie spożywanymi: alkoholem, narkotykami, innymi substancjami odurzającymi lub psychotropowymi, lekami stosowanymi niezgodnie z zaleceniem Lekarza oraz nadużycia lub zatrucia tytoniem;
 - l. detoksykacji, zabiegów odwykowych oraz leczenia odwykowego;
 - m. leczenia chorób psychicznych, zaburzeń lub innych zakłóceń czynności psychicznych, w tym choroby Alzheimera, i ich następstw;
 - n. uzyskania świadczeń medycznych za pomocą czynów zakazanych, prób wyłudzenia lub celowego wprowadzenia Ubezpieczyciela w błąd;
2. Mając na uwadze standardy bezpieczeństwa medycznego, Przychodnia lub Szpital może udzielić Świadczenia określonego pacjentowi z pierwszeństwem przed innym pacjentami.
 3. Przychodnia lub Szpital ma prawo odmówić Ubezpieczonemu Świadczenia, jeśli narusza on swoim zachowaniem zasady współżycia społecznego lub regulaminu organizacyjnego Przychodni lub Szpitala, a także, jeżeli utrudnia pracę lub funkcjonowanie tej placówki lub jej personelu. W przypadku, gdy powyższe działanie ma charakter uporczywy, zastrzegamy sobie prawo do wyłączenia Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej, ze skutkiem na koniec danego miesiąca kalendarzowego.
 4. Nie zrealizujemy Świadczenia, jeżeli w wyniku stanu kłęski żywiołowej, katastrofy naturalnej, pandemii lub epidemii, ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej, nastąpi brak możliwości świadczenia usług po naszej stronie.
 5. Nie odpowiadamy za zdarzenia wynikłe z:
 - a. błędów medycznych,
 - b. błędów z nienależycie prowadzonej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.
 Za błędy wymienione w ust. 5 pkt a. i b. odpowiada podmiot leczniczy udzielający Świadczenia.

§15 Czy Ubezpieczony może kontynuować ubezpieczenie, gdy przestanie być objęty Umową?

1. Ubezpieczony, który przestaje być objęty Umową w oparciu o niniejsze OWU w związku z:
 - a. wystąpieniem Ubezpieczonego z Umowy, a wobec Współubezpieczonego także wystąpieniem Głównego Ubezpieczonego z Umowy;
 - b. rozwiązaniem Umowy;
 może kontynuować ochronę ubezpieczeniową w zakresie Opieki Ambulatoryjnej lub Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED Pełna Opieka w formie umowy indywidualnej zawartej przez Ubezpieczonego bezpośrednio z nami. Nie zapewniamy kontynuacji Ochrony Ubezpieczeniowej w zakresie Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED Opieka Ortopedyczna oraz Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED Opieka Ortopedyczna Plus.
2. W celu kontynuowania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony powinien skontaktować się z nami telefonicznie: [\(22\) 339 37 33](tel:223393733) oraz złożyć wniosek o zawarcie umowy, nie później niż w ciągu 30 dni od zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w oparciu o niniejsze OWU.
3. Indywidualna umowa ubezpieczenia jest zawierana zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia obowiązującymi w dniu jej zawarcia. Przedstawimy je osobie wnioskującej przed zawarciem indywidualnej umowy ubezpieczenia. Do zawarcia umowy stanowiącej kontynuowanie ochrony ubezpieczeniowej nie wymagamy indywidualnej oceny ryzyka i zaliczamy okres ubezpieczenia w ramach umowy grupowej do okresów ubezpieczenia w zapisach ograniczających naszą odpowiedzialność w ramach umów indywidualnych. Szczegółowe warunki udzielania ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy indywidualnej przedstawimy w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

§16 Przetwarzanie danych osobowych i powierzenie w zakresie danych osób Ubezpieczonych

1. W ramach współpracy pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym, dochodzić będzie do przetwarzania danych osób Ubezpieczonych. Kolejno, celem umożliwienia Ubezpieczonym przystąpienia do ochrony ubezpieczeniowej, w tym prawidłowej weryfikacji ich tożsamości przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczający na polecenie Ubezpieczyciela zbiera dane osobowe Ubezpieczonych i przekazuje je do Ubezpieczyciela w sposób ustalony przez Strony tj. poprzez przygotowanie Listy Ubezpieczonych lub zgromadzeniu wypełnionych przez Ubezpieczonych Deklaracji Przystąpienia. W związku z tym, w ramach należytego uregulowania opisanego procesu, konieczne jest zawarcie dodatkowej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych. W celu uniknięcia wątpliwości, za wskazaną umowę poczytuje się zapisy niniejszego paragrafu w ustępach do 1 do 34.
2. Do przetwarzania danych osobowych znajdują zastosowanie przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (dalej jako **Rozporządzenie**). Przetwarzając dane osobowe Ubezpieczonych w zakresie i celu, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Ubezpieczający będzie występował w roli podmiotu przetwarzającego dane w rozumieniu art. 4 ust. 8 Rozporządzenia działając na polecenie Ubezpieczyciela zgodnie z art. 28 Rozporządzenia.
3. Ubezpieczyciel oświadcza, że jako podmiot wykonujący działalność ubezpieczeniową przetwarza dane osobowe Ubezpieczonych w celu i zakresie niezbędnym dla wykonania obowiązków wynikających z Umowy i występuje w stosunku do tych danych w roli administratora w rozumieniu przepisów Rozporządzenia.

4. Ubezpieczyciel poleca a Ubezpieczający przyjmuje do przetwarzania dane Ubezpieczonych w celu i zakresie oraz na warunkach określonych w Umowie.
5. W celu uniknięcia wątpliwości, z tytułu realizacji obowiązków wynikających z Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczającemu nie przysługuje jakiegokolwiek dodatkowe wynagrodzenie w zakresie obejmującym powierzenie przetwarzania danych osobowych, określone niniejszym paragrafem.
6. Ubezpieczający nie decyduje o środkach i celach przetwarzania powierzonych danych.
7. Przetwarzanie danych osobowych przez Ubezpieczającego polegać będzie na ich zbieraniu, porządkowaniu w formie listy oraz ich przekazywaniu do Ubezpieczyciela na Liście Ubezpieczonych lub zgodnie z dodatkowymi instrukcjami przekazywanymi przez Ubezpieczyciela, a w przypadku, gdy Ubezpieczający na polecenie Ubezpieczyciela gromadzi deklaracje przystąpienia do opieki ubezpieczeniowej – również na zbieraniu i przekazywaniu Ubezpieczonemu tych deklaracji. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania danych osobowych zgodnie z wymogami bezpieczeństwa wynikającymi z Rozporządzenia, w szczególności w przypadku przekazywania danych osobowych na Listach, Ubezpieczający zobowiązany jest to ich szyfrowania. Ubezpieczający jest również zobowiązany do umożliwienia osobom uprawnionym do przystąpienia do ochrony ubezpieczeniowej, których dane przekazuje do Ubezpieczyciela, zapoznanie się z klauzulą informacyjną Ubezpieczyciela stanowiącą załącznik nr 5 do OWU, z zachowaniem zasad rozliczalności m.in. poprzez jej udostępnienie w intranecie Ubezpieczającego lub przekazanie klauzuli wraz z innymi informacjami dotyczącymi warunków ubezpieczenia. Ubezpieczający oświadcza, że będzie przekazywał Ubezpieczycielowi dane osobowe tylko takich osób tj. Ubezpieczonych, które zostały przez niego poinformowane o objęciu ich opieką ubezpieczeniową oraz wobec których zrealizował obowiązek informacyjny w imieniu Ubezpieczyciela (wypełnienie obowiązku wynikającego z art. 13 i 14 Rozporządzenia przez Ubezpieczającego w imieniu Ubezpieczyciela).
8. W zależności od ustaleń Stron dotyczących zasad zgłaszania Ubezpieczonych do opieki Ubezpieczeniowej zgodnie z postanowieniami Umowy Ubezpieczenia oraz niniejszego paragrafu oraz instrukcjami Ubezpieczyciela, powierzone do przetwarzania dane osobowe obejmować będą:
 - a. dane Ubezpieczonych Głównych w zakresie niezbędnym dla Ubezpieczyciela do prawidłowego oznaczenia ich tożsamości i tym samym weryfikacji uprawnień w zakresie przystąpienia do ochrony ubezpieczeniowej, tj. imię, nazwisko, adres e-mail lub numer telefonu, numer PESEL, data urodzenia (w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL) – jeżeli zgłoszenie do ubezpieczenia będzie się odbywało za pośrednictwem udostępnionej platformy on-line – w takim przypadku powierzenie nie obejmuje danych osobowych Współubezpieczonych jeżeli Ubezpieczający nie będzie miał do nich dostępu (jeśli dostęp ten jest to powierzenie również będzie mieć zastosowanie do Współubezpieczonych);
 - b. dane osobowe Ubezpieczonych Głównych oraz Współubezpieczonych w zakresie niezbędnym do oznaczenia ich tożsamości oraz objęcie ich ochroną ubezpieczeniową, tj. imię, nazwisko, numer PESEL, data urodzenia, płeć, a jeżeli Ubezpieczony jest obcokrajowcem – także seria i numer paszportu oraz informacja o obywatelstwie, adres zamieszkania, numer telefonu, adres e-mail, a w przypadku Współubezpieczonych – również informacja o relacji/pokrewieństwie z Ubezpieczonym Głównym. Dotyczy to przypadków, gdy Ubezpieczający pośredniczy w gromadzeniu deklaracji przystąpienia do opieki ubezpieczeniowej i/lub przekazuje dane osobowe w zakresie wskazanym w niniejszym postanowieniu na polecenie Ubezpieczyciela za pośrednictwem List Ubezpieczonych.
9. Jeżeli należyta realizacja obowiązków Ubezpieczającego wynikających z powierzenia będzie tego wymagała, Ubezpieczający może dokonać dalszego powierzenia przetwarzania danych. Uprawnienie do dalszego powierzenia przetwarzania danych osobowych przez Ubezpieczającego nie obejmuje przekazywania danych osobowych do państwa trzeciego w rozumieniu Rozporządzenia. Warunkiem dalszego powierzenia danych osobowych przez Ubezpieczającego w ramach Europejskiego Obszaru Gospodarczego jest uprzednie powiadomienie Ubezpieczyciela o tym fakcie, z jednoczesnym oświadczeniem Ubezpieczającego, iż podmiot któremu zostaną dalej powierzone dane osobowe spełnia wymogi, o których mowa w art. 28 Rozporządzenia i zostanie to zagwarantowane w umowie dalszego powierzenia przetwarzania danych. Uprawnienie, o którym mowa w niniejszym ustępie nie wyłącza możliwości wyrażenia przez Ubezpieczyciela sprzeciwu wobec dalszego powierzenia, który Ubezpieczyciel może wyrazić w terminie 5 dni roboczych od poinformowania go o zamiarze podpowierzenia. Brak odpowiedzi Ubezpieczyciela w terminie, o którym mowa w zdaniu poprzednim jest równoznaczny z brakiem sprzeciwu.
10. W przypadku, gdy Ubezpieczający planuje dokonać dalszego powierzenia przetwarzania danych osobowych, w wyniku którego dojdzie do transferu danych osobowych do państwa trzeciego, Ubezpieczający zobowiązany jest uzyskać uprzednią zgodę Ubezpieczyciela udzieloną w formie pisemnej, elektronicznej lub dokumentowej za pośrednictwem poczty elektronicznej. W tym celu Ubezpieczający zobowiązany jest przedstawić Ubezpieczycielowi informacje na temat podstawy przekazania danych, zgodnie z wymogami rozdziału V Rozporządzenia, jak również – o ile będzie to miało zastosowanie – proponowanych do wdrożenia uzupełniających środków zapewniających odpowiedni stopień ochrony powierzonych danych, a także udzielić wszelkich dodatkowych informacji, jakie mogą się okazać niezbędne dla Ubezpieczyciela do podjęcia decyzji w zakresie udzielenia Ubezpieczającemu zgody na korzystanie z usług podmiotu przetwarzającego z państwa trzeciego.
11. Przetwarzanie danych osobowych przez Ubezpieczającego ma charakter systematyczny i odbywa się w cyklach miesięcznych na potrzeby zgłaszania grup Ubezpieczonych zgłaszanych do objęcia opieką ubezpieczeniową w poszczególnych okresach ubezpieczenia.
12. Ubezpieczający jest uprawniony do przetwarzania powierzonych mu danych osobowych Ubezpieczonych przez okres niezbędny do ich zgromadzenia oraz przekazania do Ubezpieczającego na poszczególnych Listach oraz w ramach gromadzonych Deklaracji Przystąpienia (o ile są one zbierane przez Ubezpieczającego), nie dłużej niż do dnia zakończenia współpracy Stron w tym zakresie.
13. Po przestaniu Listy zawierającej dane osobowe Ubezpieczonych zgłaszanych do ubezpieczenia w zdefiniowanym okresie ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego usuwania danych osobowych tych Ubezpieczonych, których dane zostały przez niego przekazane do Ubezpieczyciela.
14. W celu uniknięcia wątpliwości, również wraz z dniem zakończenia lub rozwiązania Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do trwałego usunięcia wszelkich powierzonych danych osobowych ze wszystkich dostępnych i wykorzystywanych do przetwarzania tych danych nośników. Ubezpieczycielowi przysługuje prawo do wystąpienia z żądaniem udostępnienia protokołu usunięcia przez Ubezpieczającego powierzonych danych osobowych.

15. Dostęp do powierzonych Ubezpieczającemu danych osobowych mogą mieć jedynie pracownicy lub współpracownicy Ubezpieczającego, którzy otrzymali jego upoważnienie do przetwarzania tych danych, poprzedzone złożeniem przez te osoby oświadczenia o zachowaniu tych danych oraz sposobów ich zabezpieczenia w tajemnicy.
16. Ubezpieczający zobowiązany jest zapewnić bezpieczeństwo przetwarzania powierzonych danych osobowych poprzez wdrożenie odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych, adekwatnych do rodzaju powierzonych danych oraz ryzyka naruszenia praw osób, których te dane dotyczą.
17. Ubezpieczający zobowiązany jest współpracować z Ubezpieczycielem w zakresie udzielania odpowiedzi na żądania osoby, której dane dotyczą, opisane w rozdziale III Rozporządzenia (w szczególności: informowanie i przejrzysta komunikacja, dostęp do danych, obowiązek informacyjny, prawo dostępu, prawo do sprostowania danych, usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, prawo sprzeciwu). W tym celu Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować Ubezpieczyciela o każdym żądaniu Ubezpieczonego w ramach wykonywania przez niego praw wynikających z Rozporządzenia oraz udzielania Ubezpieczycielowi wszelkich niezbędnych informacji w tym zakresie.
18. Mając na uwadze charakter przetwarzania powierzonych danych oraz dostępnych Ubezpieczającemu informacji, zobowiązany jest on wspierać Ubezpieczyciela w wywiązywaniu się przez Ubezpieczyciela z obowiązków w zakresie bezpieczeństwa danych, zarządzania naruszeniami ochrony danych osobowych oraz ich zgłaszaniem do organu nadzoru oraz osoby, której dane dotyczą, oceny skutków dla ochrony danych oraz konsultacjami z organem nadzoru (art. 32-36 Rozporządzenia).
19. Ubezpieczający zobowiązany jest niezwłocznie, nie później niż w terminie 24 h po stwierdzeniu naruszenia bezpieczeństwa ochrony danych osobowych poinformować Ubezpieczyciela w formie elektronicznej na adres e-mail: daneosobowe@luxmed.pl. Przekazywana informacja powinna zawierać co najmniej:
 - a. opis charakteru naruszenia oraz - o ile to możliwe - wskazanie kategorii i przybliżonej liczby osób, których dane zostały naruszone i ilości/rodzaju danych, których naruszenie dotyczy,
 - b. imię, nazwisko i dane kontaktowe inspektora ochrony danych lub innej jednostki/osoby, z którą możemy kontaktować się w związku z wystąpieniem naruszenia,
 - c. opis możliwych konsekwencji naruszenia,
 - d. opis zastosowanych lub proponowanych do zastosowania przez Ubezpieczającego środków w celu zaradzenia naruszeniu, w tym minimalizacji jego negatywnych skutków.
20. Zgłoszenie, o którym mowa w ust. 19 powyżej powinno być przesłane w sposób zapewniający bezpieczeństwo przekazywanych informacji, tj. w formie zaszyfrowanego pliku zabezpieczonego hasłem. Hasło do pliku należy przekazać na numer telefonu, który zostanie podany przez Ubezpieczyciela.
21. Zmiana adresu e-mail, o którym mowa powyżej lub zmiana sposobu zgłaszania Ubezpieczycielowi naruszeń ochrony danych osobowych może być dokonana z wykorzystaniem poczty elektronicznej lub listownej i nie stanowi zmiany Umowy.
22. Adres e-mail, o którym mowa w ust. 19 powyżej jest także adresem kontaktowym Ubezpieczyciela, pod którym Ubezpieczający może kierować wszelkie informacje oraz zgłaszać wszelkie kwestie związane z przetwarzaniem danych osobowych powierzonych na mocy Umowy, w tym w szczególności w zakresie zawiadomień, o których mowa w §16 ust. 10 OWU.
23. Ubezpieczający zobowiązuje się na bieżąco śledzić zmiany regulacji ochrony danych osobowych i dostosowywać sposób przetwarzania danych, w szczególności procedury wewnętrzne i sposoby zabezpieczenia danych osobowych do aktualnych wymagań prawnych.
24. Ubezpieczający odpowiada za działania i zaniechania osób, przy pomocy których będzie przetwarzał powierzone dane osobowe, jak za działania lub zaniechania własne.
25. Ubezpieczający zobowiązany jest udzielać Ubezpieczającemu wszelkich informacji niezbędnych dla wykazania przez Ubezpieczającego wywiązywania się ze wszystkich obowiązków określonych w Umowie, niniejszym OWU oraz przepisach prawa, w szczególności Rozporządzenia.
26. Ubezpieczyciel jest uprawniony do przeprowadzania audytów zgodności przetwarzania przez Ubezpieczającego powierzonych danych osobowych z przepisami Rozporządzenia, ustaw oraz Umowy, polegających w szczególności na żądaniu udzielenia pisemnej informacji lub wyjaśnień oraz – w uzasadnionych przypadkach - inspekcjach miejsc przetwarzania danych osobowych przez Ubezpieczającego. Ubezpieczający ma prawo do odmowy udzielenia pisemnej informacji lub wyjaśnień oraz udzielenia dostępu do miejsc przetwarzania danych osobowych w zakresie, w którym audyt mógłby zagrazać ujawnieniu innych danych osobowych, aniżeli powierzonych Ubezpieczającemu na mocy Umowy. W takim przypadku Ubezpieczający zobowiązany jest w sposób jasny i wyczerpujący, w formie pisemnej uzasadnić swoje stanowisko.
27. Informacja o planowanej inspekcji zostanie przekazana Ubezpieczającemu z co najmniej 7-dniowym wyprzedzeniem, z jednoczesnym wskazaniem zakresu inspekcji oraz osób upoważnionych przez Ubezpieczyciela do przeprowadzenia inspekcji. Powyższe nie wyklucza zlecenia wykonania inspekcji przez podmiot zewnętrzny upoważniony przez Ubezpieczyciela, jednakże każda z osób działająca w imieniu podmiotu zewnętrznego może dokonywać inspekcji wyłącznie po uprzednim przedstawieniu Ubezpieczającemu upoważnienia imiennego do dokonania inspekcji oraz wyłącznie w zakresie wskazanym w tym upoważnieniu. W przypadku, gdyby przedstawiony przez Ubezpieczyciela zakres inspekcji bądź narzędzia do wykonania czynności podczas inspekcji stanowiłyby naruszenie przepisów prawa ochrony danych przez Ubezpieczającego, jest on uprawniony do sprzeciwienia się przeprowadzeniu przez Ubezpieczyciela inspekcji jednocześnie zobowiązany do niezwłocznego powiadomienia o tym fakcie Ubezpieczyciela w formie elektronicznej lub pisemnej.
28. Prawo kontroli, o którym mowa w ust. 25-27 powyżej będzie realizowane przez Ubezpieczyciela nie częściej niż raz do roku, z takim zastrzeżeniem, że w przypadku wystąpienia okoliczności poddających pod uzasadnioną wątpliwość zgodność przetwarzania powierzonych Ubezpieczającemu danych z przepisami prawa oraz postanowieniami Umowy Ubezpieczenia lub w przypadku wystąpienia naruszenia

bezpieczeństwa danych osobowych, Ubezpieczyciel ma prawo do wszczęcia dodatkowej kontroli, nieobjętej limitem liczbowym, o którym mowa w zdaniu pierwszym.

29. Ubezpieczycielowi przysługuje prawo wydawania Ubezpieczającemu rekomendacji co do sposobu przetwarzania powierzonych danych oraz stosowanych przez Ubezpieczającego środków technicznych i organizacyjnych zabezpieczających powierzone dane osobowe. Rekomendacje Ubezpieczyciela nie są wiążące dla Ubezpieczającego, jednakże wydana rekomendacja zobowiązuje Ubezpieczającego do weryfikacji możliwości jej wdrożenia w wewnętrzne procedury przetwarzania danych osobowych. Rekomendacje wydane przez Ubezpieczyciela nie mogą zakładać naruszenia przepisów prawa przez Ubezpieczającego w przypadku ich wdrożenia.
30. Ubezpieczający zobowiązany jest niezwłocznie powiadamiać Ubezpieczyciela o wszelkich skargach, pismach, kontrolach organu nadzoru, postępowaniach sądowych i administracyjnych pozostających w związku z powierzonymi danymi osobowymi oraz współdziałać z Ubezpieczycielem w tym zakresie, w szczególności poprzez udostępnianie Ubezpieczycielowi wszelkiej dokumentacji z tym związanej.
31. Ubezpieczający odpowiada za działania i zaniechania osób, przy pomocy których będzie przetwarzał powierzone dane osobowe, jak za działania lub zaniechania własne.
32. W przypadku, gdy w związku z niezgodnym z przepisami Rozporządzenia przetwarzaniem danych osobowych powierzonych Ubezpieczającemu, z przyczyn leżących po stronie jego strony (wina), Ubezpieczyciel poniesie jakiegokolwiek koszty, w szczególności związane z wypłatą zadośćuczynienia lub koszty obsługi prawnej, Ubezpieczający zobowiązany będzie do pokrycia tych kosztów w pełnej wysokości a w przypadku wytoczonego postępowania sądowego - do udzielenia Ubezpieczycielowi wszelkiego wsparcia w takim postępowaniu, a także do przejęcia odpowiedzialności w przypadku przyznania podmiotowi danych odszkodowania w takim postępowaniu, w wysokości odpowiadającej równowartości przyznanego odszkodowania lub kosztów zadośćuczynienia oraz wszelkich kosztów niezbędnych do obrony przed zgłaszanymi roszczeniami a poniesionych przez Ubezpieczyciela w takim postępowaniu.
33. Dodatkowo, odrębnie od powyższych postanowień regulujących kwestie powierzenia przez Ubezpieczyciela do Ubezpieczającego przetwarzania danych osób Ubezpieczonych, w ramach realizacji Umowy, Strony przetwarzać będą także dane osób wyznaczonych do bieżącego kontaktu oraz reprezentacji, w tym dane pracowników oraz współpracowników. W celu uniknięcia wątpliwości, każda ze Stron przetwarza dane osób wskazanych do bieżącej realizacji Umowy drugiej Strony jako ich odrębny i niezależny administrator, zgodnie z treścią art. 6 ust. 1 lit. f Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, czyli na podstawie uzasadnionego interesu administratora, jakim jest zapewnienie należytej reprezentacji podmiotu oraz kontaktu w bieżących sprawach związanych ze współpracą Stron i wykonywaniem Umowy. Zakres danych osobowych, które są udostępniane pomiędzy Stronami obejmuje: imię, nazwisko, służbowy adres e-mail, służbowy numer telefonu, stanowisko zajmowane w organizacji jeden ze Stron.
34. Każda ze Stron zobowiązana jest do stosowania przepisów Rozporządzenia w zakresie danych wskazanych w ust. 33, w tym do zrealizowania obowiązku informacyjnego wobec osób wyznaczonych do reprezentacji i kontaktu drugiej Strony, których dane przetwarza. Klauzula obowiązku informacyjnego Ubezpieczyciela stanowi załącznik nr 4 do OWU. Ubezpieczający zobowiązuje się do przekazania wskazanej klauzuli osobom wyznaczonym do reprezentacji i kontaktu, co stanowić będzie tym samym wypełnienie obowiązku wynikającego z art. 13 i 14 Rozporządzenia.

§17 W jaki sposób można złożyć reklamację?

1. Reklamacje związane z zawarciem lub wykonywaniem Umowy mogą być zgłoszone przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego:
 - a. za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie: <https://www.luxmed.pl/zgloszenie-reklamacji-ubezpieczenia>;
 - b. elektronicznie – na adres mailowy: reklamacje.ubezpieczenia@luxmed.pl;
 - c. pisemnie - przesyłką pocztową wysłaną na adres naszej siedziby: LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce, 02-676 Warszawa, ul. Postępu 21C lub poprzez złożenie pisemnej reklamacji w naszej siedzibie;
 - d. ustnie – telefonicznie na podany numer tel: 22 501 81 60 lub osobiście na spisany protokole podczas wizyty w naszej siedzibie.
2. Reklamacja powinna być skierowana do nas i zawierać zwięzły opis nieprawidłowości, który pozwoli nam na zidentyfikowanie zdarzenia, którego reklamacja dotyczy i ustalenie wszystkich istotnych okoliczności.
3. Odpowiemy na piśmie lub pocztą elektroniczną, (jeżeli osoba składająca reklamację o to zawnioskuje), maksymalnie w ciągu 30 dni od daty otrzymania reklamacji.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach odpowiedź możemy wysłać z opóźnieniem. W takiej sytuacji przed upływem terminu na odpowiedź:
 - a. wyjaśnimy przyczynę opóźnienia;
 - b. wskażemy okoliczności, które muszą zostać dodatkowo ustalone do rozpatrzenia sprawy;
 - c. określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie będzie dłuższy niż 60 dni od daty otrzymania reklamacji.
5. Po wyczerpaniu postępowania reklamacyjnego Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez podmiot uprawniony do rozwiązywania pozasądowych sporów, którym jest Rzecznik Finansowy (szczegóły znajdziesz na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: <https://rf.gov.pl/>).

§18 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa obowiązujące na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla:

- a. miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, albo
 - b. miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, albo
 - c. miejsca zamieszkania lub siedziby Uprawnionego, albo
 - d. miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego.
3. Kierowane do nas wnioski, oświadczenia i powiadomienia, które dotyczą realizacji niniejszej Umowy mogą być składane pod adresem: LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce, 02-676 Warszawa, ul. Postępu 21C lub elektronicznie na adres ubezpieczenia@luxmed.pl.
 4. Wszelkie zmiany Umowy wymagają formy pisemnej, elektronicznej lub dokumentowej pod rygorem nieważności.
 5. Roszczenia z tytułu Świadczeń wynikających z Umowy nie mogą być przedmiotem cesji w rozumieniu przepisów art. 509 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, ani zastawu w rozumieniu art. 327 Kodeksu cywilnego.
 6. Roszczenia są objęte gwarancją Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego w wysokości 50% wierzytelności, nie większej jednak, niż równowartość w złotych kwoty 30.000 euro przeliczonej według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski obowiązującego w dniu ogłoszenia upadłości, oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzenia postępowania upadłościowego albo w dniu zarządzenia likwidacji przymusowej (o ile wystąpiły te zdarzenia).
 7. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego w zakresie zgodności działalności z przepisami polskiego prawa. Wyłączny nadzór nad gospodarką finansową Ubezpieczyciela sprawuje szwedzki organ nadzoru.
 8. Korespondencja związana z Umową wysyłana jest pod ostatni znany adres stron Umowy.
 9. Niniejsze OWU zostało przyjęte i zatwierdzone uchwałą zarządu Ubezpieczyciela i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia **10.01.2024 r.**

Moduł: Opieka Ambulatoryjna

Postanowienia niniejszego Modułu mają zastosowanie w Umowach ubezpieczenia zawartych na podstawie OWU, w których zakres wchodzi Moduł Opieka Ambulatoryjna. O włączeniu Modułu do Umowy Ubezpieczenia decyduje Ubezpieczający.

§1 Co jest przedmiotem Modułu?

1. W ramach Modułu zapewniamy Świadczenia ambulatoryjne oraz pieniężne w razie wystąpienia uzasadnionych wskazań medycznych.
2. W zależności od zakresu określonego w Umowie, Ubezpieczony może skorzystać:
 - a. ze Świadczeń ambulatoryjnych - pełen wykaz Świadczeń ambulatoryjnych dostępnych w ramach umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU jest określony w załączniku nr 1 do OWU.
 - b. ze Świadczeń pieniężnych – do wysokości odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia zgodnie z ust. 3 i 4.

UWAGA! Załącznik nr 1 do OWU zawiera wykaz wszystkich świadczeń możliwych do zaoferowania przez nas w ramach Modułu. Zakres świadczeń zapewnianych przez nas w ramach konkretnej Umowy Ubezpieczenia zależy od wariantu wybranego przez Ubezpieczającego. Warianty oraz zakresy świadczeń dostępne w ramach konkretnej Umowy Ubezpieczenia wskazane są w załączniku do Polisy.

3. Suma ubezpieczenia w Module Opieka Ambulatoryjna jest równa kosztowi usługi zdrowotnej zorganizowanej w okresie ochrony ubezpieczeniowej i opłaconej samodzielnie przez Ubezpieczonego. Usługi zdrowotne, których częściowa lub całkowita refundacja jest objęta ubezpieczeniem są zgodne z zakresem Świadczeń ambulatoryjnych udostępnionych Ubezpieczonemu w ramach Umowy Ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU z zastrzeżeniem §3 ust. 4 i 5.
4. Wysokość Świadczenia pieniężnego wypłaconego przez nas Ubezpieczonemu jest wyliczana jako procent sumy ubezpieczenia zgodnie z załącznikiem do Polisy, przy czym łączna kwota wypłaconych przez nas jednemu Ubezpieczonemu Świadczeń pieniężnych nie może przekroczyć kwartalnie limitu określonego w załączniku do Polisy.
5. Moduł Opieka Ambulatoryjna dostępny jest w następujących typach:
 - a. Indywidualny;
 - b. Partnerski;
 - c. Rodzinny;
 - d. Rodzic.
 Ubezpieczający może wybrać wszystkie lub wybrane typy Modułu, które będą dostępne dla Ubezpieczonych w ramach Umowy.
6. Zakres Świadczeń w ramach Modułu Opieka Ambulatoryjna nie obejmuje świadczeń zdrowotnych udzielanych w celu ratowania życia zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
7. Świadczenia są udzielane na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w lokalizacjach wskazanych przez nas na stronie: www.luxmed.pl/placowki.

§2 Jak skorzystać z Opieki Ambulatoryjnej?

1. Aby skorzystać ze Świadczenia ambulatoryjnego, Ubezpieczony może zgłosić Zdarzenie do Operatora w następujący sposób:

- a. elektronicznie za pośrednictwem Portalu Pacjenta (internetowego portalu udostępnianego przez Operatora);
 - b. telefonicznie za pośrednictwem infolinii (telefon dostępny na stronie www.luxmed.pl);
 - c. osobiście w jednej ze wskazanych przez nas Przychodni na stronie www.luxmed.pl/ubezpieczenia; i uzgodnić miejsce oraz termin realizacji Świadczenia.
2. Ubezpieczony wybiera termin usługi oraz Przychodnię, w której chce zrealizować Świadczenie ambulatoryjne z listy wskazanych przez nas Przychodni. Przychodnie realizują Świadczenia zgodnie z godzinami i zakresem pracy danej placówki.
 3. Prosimy, aby Ubezpieczony odwołał zarezerwowany u Operatora termin wykonania Świadczenia ambulatoryjnego, jeśli nie może w tym terminie z niego skorzystać. Dzięki temu inne osoby będą mogły skorzystać z usług Przychodni. Odwołanie terminu może zostać zgłoszone w dowolny sposób, podobnie jak zgłoszenie Zdarzenia.
 4. Aby skorzystać ze Świadczenia pieniężnego Ubezpieczony może nas powiadomić w formie:
 - a. elektronicznej – na adres mailowy: roszczenia.ubezpieczenia@luxmed.pl;
 - b. pisemnej – wysyłając dokumenty na adres: LMG Försäkrings AB S. A. Oddział w Polsce, 02-676 Warszawa, ul. Postępu 21C, z dopiskiem: Refundacja LMG.
 5. Do podjęcia decyzji o wypłacie Świadczenia potrzebujemy następujących dokumentów:
 - a. kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o realizację Świadczenia;
 - b. kopii rachunku lub faktury za zrealizowaną usługę zdrowotną, spełniających wymagania określone w ust. 6;
 - c. w przypadku usług, które zgodnie z Umową Ubezpieczenia wymagają jako Świadczenie ambulatoryjne skierowania – prosimy o dołączenie kopii skierowania na usługę zdrowotną. W przypadku braku takiej kopii, potwierdzeniem wystawienia skierowania może być również kopia dokumentacji medycznej Ubezpieczonego zawierająca odpowiednią adnotację o wystawieniu skierowania;
 - d. w przypadku rehabilitacji – dodatkowo prosimy o dołączenie kopii dokumentacji medycznej dotyczącej schorzenia będącego powodem zlecenia rehabilitacji.
 6. Faktura (albo rachunek) powinna zawierać:
 - a. dane Ubezpieczonego, na rzecz którego zostały wykonane usługi zdrowotne (co najmniej: imię, nazwisko, adres). W przypadku usług wykonanych na rzecz Dziecka Niepełnoletniego, gdy faktura wystawiona jest na opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego, w treści faktury powinny się znaleźć dane dziecka, na rzecz którego wykonane zostały usługi;
 - b. wykaz wykonanych na rzecz Ubezpieczonego usług, stanowiący treść faktury lub załącznik w postaci specyfikacji wystawiony przez Placówkę medyczną wykonującą te usługi wraz z nazwą usługi lub kopię dokumentacji medycznej dotyczącej zrealizowanej usługi;
 - c. liczbę zrealizowanych usług danego rodzaju;
 - d. datę wykonania usługi;
 - e. cenę jednostkową zrealizowanej usługi.
 7. Jeżeli wartość faktur dołączonych do wniosku przekracza wysokość dostępnego w danym kwartale limitu, wypłata Świadczenia pieniężnego realizowana jest do wysokości pozostałego w tym kwartale limitu. Koszt wykonanych usług zdrowotnych nie może być zaliczony na poczet przyszłych

- kwartałów i limitów. Niewykorzystany limit w danym kwartale nie przechodzi na następny kwartał.
8. Jeżeli usługi zdrowotne objęte Umową są limitowane np. co do liczby ich wykonań, limit ten jest liczony łącznie dla usług zdrowotnych wykonanych zarówno w formie Świadczenia ambulatoryjnego jak i Świadczenia pieniężnego.
 9. Jeżeli usługi zdrowotne są łączone (np. psychoterapia par) warunkiem wypłaty Świadczenia pieniężnego jest posiadanie przez wszystkich Ubezpieczonych korzystających z usługi uprawnień do takiego Świadczenia ambulatoryjnego w ramach Umowy. W takim przypadku kwota wypłacanego Świadczenia pieniężnego jest liczona proporcjonalnie za każdego Ubezpieczonego i odejmowana od limitu kwartalnego.
 10. Realizujemy Świadczenie niezwłocznie po otrzymaniu zgłoszenia, najpóźniej w terminach i zgodnie z zasadami opisanymi w §4 ust 2-5 Części Ogólnej OWU.
3. Nie odpowiadamy za udzielenie przez Przychodnię Świadczeń ambulatoryjnych nieobjętych zakresem Umowy oraz świadczeń zleconych lub wykonanych przez inną Przychodnię niż wskazana przez nas.
 4. Nie zrealizujemy Świadczenia pieniężnego w odniesieniu do usług kupionych przez Ubezpieczonego łącznie z innymi usługami (w pakiecie medycznym, karcie, abonamencie medycznymi) i opłacanych łącznie.
 5. Świadczenie Pieniężne nie obejmuje usług z zakresu medycyny pracy, medycyny orzeczniczej, medycyny sportowej, badań do prawa jazdy, medycyny lotniczej, wizyt domowych, rehabilitacji, usług stomatologicznych.

§3 Jakie są dodatkowe wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu?

1. Oprócz wyłączeń określonych w §14 Części Ogólnej OWU nasza odpowiedzialność w zakresie Modułu Opieka Ambulatoryjna nie obejmuje:
 - a. diagnozowania i leczenia zaburzeń płodności, w tym ciąży będącej wynikiem ww. postępowania, jeżeli jest to Ciąża Wysokiego Ryzyka;
 - b. diagnozowania i leczenia związanego z korektą pęci;
 - c. przeprowadzania zabiegów aborcji oraz leczenia ich następstw;
 - d. prowadzenia Cięży Wysokiego Ryzyka;
 - e. diagnozowania i leczenia protetycznego, ortodontycznego, periodontologicznego, implantologicznego;
 - f. diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetyologii a także leczenia niepożądaných następstw tych procedur;
 - g. diagnozowania i leczenia nie zleconego lub nie wykonanego w placówkach wskazanych przez Ubezpieczyciela;
 - h. wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń, wniosków niezwiązanych z koniecznością kontynuacji procesu diagnostycznego i terapeutycznego prowadzonego w placówce wskazanej przez Ubezpieczyciela (wyłączenie nie dotyczy świadczeń medycyny pracy – o ile jest objęte zakresem Ubezpieczenia, druków ZUS ZLA);
 - i. leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz pobytów rehabilitacyjnych, w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgniarskiej, w której Ubezpieczony przebywa;
 - j. leczenia zakażenia wirusami HIV, wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem w/w zakażeń;
 - k. zdarzeń będących wynikiem uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie licencjonowanych linii lotniczych.
2. Jeśli Świadczenia, jakie mają być udzielone Ubezpieczonemu wykraczają ponad zakres Świadczeń medycznie niezbędnych, Ubezpieczyciel może odpowiednio zredukować Świadczenia medyczne do Świadczenia medycznie niezbędnego albo wykonać Świadczenie odpłatnie po uzyskaniu na to zgody Ubezpieczonego.

Moduł: Medycyna Pracy

Postanowienia niniejszego Modułu mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia, zawartych na podstawie OWU, w których zakres wchodzi Moduł Medycyna Pracy. O włączeniu Modułu do Umowy Ubezpieczenia decyduje Ubezpieczający.

§1 Definicje stosowane w Module

1. **Badania Profilaktyczne** – badania przeprowadzane na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę. W skład Badań Profilaktycznych wchodzi:
 - a. **Badania Kontrolne** - badania lekarskie przeprowadzane dla wszystkich Pracowników po przerwie spowodowanej niezdolnością do pracy w wyniku Choroby trwającej dłużej niż 30 dni;
 - b. **Badania Okresowe** - badania lekarskie przeprowadzane dla wszystkich Pracowników wykonujących pracę na danym stanowisku pracy, dla których kończy się ważność orzeczenia lekarskiego wydanego w ramach poprzedniego badania z zakresu Medycyny Pracy;
 - c. **Badania Wstępne** – badania lekarskie przeprowadzane dla:
 - I. osób przyjmowanych do pracy,
 - II. Pracowników przenoszonych na stanowisko pracy, na którym występują czynniki szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe inne w stosunku do uprzednio zajmowanego stanowiska;
 - III. młodocianych przenoszonych na inne stanowisko;
 - d. **Badania Sanitarno-epidemiologiczne** – badania (wymazy) w kierunku nosicielstwa pałeczek Salmonella i Shigella;
 - e. **Badania Specjalistyczne i Diagnostyczne** – konsultacje u lekarzy oraz dodatkowe badania diagnostyczne wykonywane w procesie medycyny pracy zgodnie ze wskazówkami metodycznymi lub na zlecenie lekarza medycyny pracy, ściśle związane z warunkami pracy i zagrożeniami występującymi na określonym stanowisku pracy.
2. **Jednostki Służby Medycyny Pracy** – Placówki medyczne, które spełniają definicję jednostek, o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy, współpracujące z nami w zakresie udzielania Świadczeń Medycyny Pracy.
3. **Medycyna Pracy** – ochrona zdrowia Pracowników przed wpływem niekorzystnych warunków związanych ze środowiskiem pracy, sposobem wykonania pracy oraz w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad Pracownikami.

§2 Co jest przedmiotem Modułu?

1. Zakres Modułu obejmuje zapewnienie oraz pokrycie kosztów Świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej, a także innych Świadczeń z zakresu Medycyny Pracy na rzecz Pracowników, do których pracodawca zobowiązany jest na podstawie przepisów ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeksu pracy (dalej **Kodeks pracy**).
2. Szczegółowy zakres badań dostępnych w ramach Modułu jest wskazany §3 Modułu Medycyna Pracy.
3. Zorganizujemy oraz pokryjemy koszty świadczeń Medycyny Pracy, które obejmują:
 - a. Badania Profilaktyczne dla Pracowników;
 - b. profilaktyczną opiekę zdrowotną nad Pracownikami, niezbędną z uwagi na warunki pracy, obejmującą badania poza terminami Badań Okresowych i orzekanie o możliwości wykonywania dotychczasowej pracy; skierowanie na przeprowadzenie badania wydaje pracodawca po

zgłoszeniu przez Pracownika niemożności wykonywania dotychczasowej pracy;

- c. wydawanie orzeczeń lekarskich do celów przewidzianych w Kodeksie pracy;
- d. badania profilaktyczne do celów sanitarno-epidemiologicznych;
- e. wizytowanie zakładu pracy celem sprawdzenia prawidłowego zabezpieczenia warunków zdrowotnych stanowisk pracy;
- f. udział lekarza medycyny pracy w zakładowej komisji bezpieczeństwa i higieny pracy powołanej na terenie zakładu pracy w trybie przewidzianym w Kodeksie pracy w przypadkach przewidzianych w Kodeksie pracy.

§3 Zakres Medycyny Pracy

1. Podstawowe akty prawne dotyczące profilaktycznej opieki nad pracującymi:
 - a. ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy – Dział X;
 - b. ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy;
 - c. rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy;
 - d. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń oraz chorób zakaźnych u ludzi.
2. Na potrzeby Medycyny Operator oferuje dostęp do:
 - a. Centrum Umawiania Badań Medycyny Pracy – specjalna infolinia do umawiania badań z zakresu medycyny pracy;
 - b. Dział Medycyny Pracy – wydzielony w placówce medycznej zespół lokalowo-personalny zajmujący się wyłącznie realizacją świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny pracy.
3. Badania dopuszczające do wykonywania czynności zawodowych:
 - a. Badania Wstępne;
 - b. Badania Okresowe;
 - c. Badania Kontrolne;
 - d. Badania Sanitarno-epidemiologiczne.

Powyższe badania mają na celu stwierdzenie braku przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku. Orzeczenia lekarskie o przydatności Pracownika do pracy wydawane są przez lekarzy uprawnionych do wydawania takich orzeczeń. Pracodawca nie może dopuścić do pracy Pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na danym stanowisku. Odpowiedzialność za dopuszczenie Pracownika do pracy bez aktualnych badań lekarskich ciąży na Pracodawcy, a nie na Pracowniku.

W ramach Badań Wstępnych, Okresowych i Kontrolnych lekarz medycyny pracy przeprowadza lub zleca badania niezbędne do wydania Pracownikowi orzeczenia o zdolności do wykonywania pracy na danym stanowisku, zgodnie z wymogami Kodeksu pracy, w tym również Badania Sanitarno-epidemiologiczne.

4. LUX MED dostarcza również:
 - a. Przegląd stanowisk pracy – lekarz medycyny pracy, pielęgniarka medycyny pracy;
 - b. Zapewnienie udziału lekarza medycyny pracy w zakładowych komisjach BHP;
 - c. Przygotowanie opinii dla potrzeb komisji wypadkowej;
 - d. Pomoc w ustaleniu składu apteczki pierwszej pomocy;
 - e. Umawianie grup Pracowników zgłoszonych bezpośrednio przez Pracodawcę.

Uwaga:

Pracodawca zgłasza zapotrzebowanie na uczestnictwo lekarza medycyny pracy w Komisji BHP oraz w zespole oceniającym ryzyko zawodowe. Zgłoszenie powinno nastąpić na co najmniej dwa tygodnie przed dniem, w którym odbywa się posiedzenie (ważne ze względu na konieczność blokady grafiku pracy lekarza medycyny pracy).

5. Usługa dodatkowa: e-skierowanie.
Usługa obejmuje dostęp do Portalu e-Skierowań Medycyny Pracy, systemu elektronicznej obsługi skierowań na badania medycyny pracy, który daje możliwość:
 - a. wystawiania skierowań na badania medycyny pracy w formie elektronicznej, w tym zatwierdzanie ich podpisem elektronicznym przez osoby uprawnione przez pracodawcę
 - b. powiadamiania Pracownika poprzez SMS o wystawieniu skierowania
 - c. przesyłania pocztą elektroniczną do Pracownika oryginału dokumentu skierowania
 - d. informowania osób uprawnionych przez pracodawcę o statusie realizacji badań medycyny pracy
 - e. monitorowania stanu ważności wystawionych orzeczeń, w tym przypominanie o konieczności wystawienia skierowań na kolejne Badania Okresowe i Kontrolne Pracowników
 - f. tworzenia szablonów stanowisk i zarządzanie nimi

§4 Jak skorzystać z Medycyny Pracy?

1. Aby skorzystać ze Świadczeń Medycyny Pracy i pokryć ich koszty, Ubezpieczający wystawia imienne skierowania na badanie w trybie obowiązujących przepisów prawa. Skierowanie powinno zawierać:
 - a. w przypadku Badań Profilaktycznych – określenie rodzaju Badań Profilaktycznych, jakie ma być wykonane (Badanie Wstępne, Badanie Okresowe albo Badanie Kontrolne);
 - b. w przypadku osób przyjmowanych do pracy lub Pracowników przenoszonych na inne stanowiska pracy – określenie stanowiska pracy, na którym osoba podlegająca badaniu jest lub ma być zatrudniona. W tym przypadku pracodawca (Ubezpieczający) może wskazać w skierowaniu dwa lub więcej stanowiska pracy w kolejności odpowiadającej potrzebom zakładu pracy;
 - c. w przypadku Pracowników – określenie stanowiska pracy, na którym Pracownik jest zatrudniony;
 - d. informacje o występowaniu na stanowisku pracy czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych oraz aktualne wyniki badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tych stanowiskach pracy;
 - e. w przypadku Badań Sanitarno-epidemiologicznych – wskazanie wykonywanych prac przez Pracownika, przy których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby.
2. Realizujemy Świadczenie niezwłocznie po otrzymaniu zgłoszenia, najpóźniej w terminach i zgodnie z zasadami opisanymi w §4 ust 2-5 Części Ogólnej OWU.

Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna

Postanowienia niniejszego Modułu mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia, zawartych na podstawie OWU, w których zakres wchodzi Moduł Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna. O włączeniu Modułu do Umowy Ubezpieczenia decyduje Ubezpieczający.

§1 Definicje stosowane w Module

1. **Hospitalizacja** – pobyt na oddziale szpitalnym, mający na celu przeprowadzenie diagnostyki lub leczenie, w tym przeprowadzenie operacji spowodowanych Nieszczęśliwym Wypadkiem. Hospitalizacja obejmuje:
 - a. **Hospitalizację Planową** – pobyt na oddziale szpitalnym, który:
 - I. odbywa się w wyznaczonym terminie;
 - II. może zostać odroczone o co najmniej 7 dni od momentu potwierdzenia konieczności przez Lekarza Szpitala, który kwalifikuje do hospitalizacji, z zastrzeżeniem, że odroczenie nie może przekroczyć terminu, po którym może nastąpić, możliwe do przewidzenia, ciężkie pogorszenie stanu zdrowia lub znaczące zmniejszenie szans na powrót do zdrowia.
 - b. **Hospitalizację Pilną** – pobyt na oddziale szpitalnym, który powinien nastąpić w czasie krótszym niż 7 dni od momentu potwierdzenia konieczności przez Lekarza Szpitala, który kwalifikuje do hospitalizacji z zastrzeżeniem, że czas rozpoczęcia hospitalizacji nie może przekroczyć terminu, po którym może nastąpić, możliwe do przewidzenia, ciężkie pogorszenie stanu zdrowia lub znaczące zmniejszenie szans na powrót do zdrowia.
2. **Izba Przyjęć** – dział Szpitala, który:
 - a. kwalifikuje pacjentów do Hospitalizacji;
 - b. udziela porady i pomocy doraźnej pacjentom niezakwalifikowanym do Hospitalizacji;
 - c. przygotowuje dokumenty niezbędne do rejestracji Hospitalizacji;
 - d. przekazuje pacjenta pod opiekę zespołu oddziału szpitalnego.
3. **Koordinator Opieki Szpitalnej (także KOS)** – przedstawiciel Operatora, którego zadaniem jest obsługa Ubezpieczonego przy realizacji Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED Opieka Ortopedyczna w ramach Koordynacji Opieki Szpitalnej.
4. **Uraz Wielonarządowy (politrauma)** – uraz obejmujący jednocześnie kilka układów lub narządów i powodujący uszkodzenia przynajmniej dwóch okolic ciała w znacznym stopniu, stanowiąc możliwość zaburzenia stabilności krążeniowo-oddechowej osoby poszkodowanej. Każde z tych obrażeń może stanowić stan bezpośrednio zagrażający życiu. W szczególności taki uraz obejmuje stany wymagające pilnych interwencji torakochirurgicznych, neurochirurgicznych oraz pobytu w warunkach oddziału anestezjologii i intensywnej terapii.

§2 Co jest przedmiotem Modułu?

1. W ramach Modułu Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna zapewniamy następujące Świadczenia:
 - a. **Świadczenie Szpitalne** – Świadczenie medyczne związane z Hospitalizacją z zakresu Ortopedii, udzielane w Szpitalu. Szczegółowy zakres Świadczeń Szpitalnych dostępnych w ramach Modułu jest opisany w Załączniku nr 2 (Część I, II) oraz Załączniku nr 3 (Część I, II) do OWU;

b. **Koordynację Opieki Szpitalnej** – której celem jest wsparcie Ubezpieczonego w zakresie korzystania z Modułu, zakres Świadczeń realizowanych przez KOS jest opisany w Załączniku nr 2 (Część IV) oraz Załączniku nr 3 (Część II) do OWU.

2. Zapewniamy ochronę ubezpieczeniową w odniesieniu do zdarzeń będących skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia oraz dla którego świadczenie medyczne związane z Hospitalizacją zgodnie ze wskazaniami medycznymi powinno zostać zrealizowane w okresie nie przekraczającym 30 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku.
3. Ubezpieczony może skorzystać ze Świadczenia Szpitalnego w ramach Modułu w razie otrzymania skierowania na leczenie szpitalne (datą Zdarzenia jest data wystawienia skierowania).
4. Szczegółowy zakres Świadczeń wymienionych w ust. 1-3 znajduje się w następujących załącznikach:
 - a. Załącznik nr 2 do OWU - zakres Świadczeń w ramach Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla Głównego Ubezpieczonego, Partnera i Pełnoletniego Dziecka;
 - b. Załącznik nr 3 do OWU - zakres Świadczeń w ramach Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla Niepełnoletniego Dziecka.
5. Udostępniamy następujące typy Modułu: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna:
 - a. Indywidualny;
 - b. Partnerski;
 - c. Rodzinny.
 Ubezpieczający może wybrać wszystkie lub wybrane typy Modułu, które będą dostępne do wyboru przez Ubezpieczonych w ramach Umowy.
6. Świadczenia są udzielane na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w lokalizacjach wskazanych przez nas, których pełna lista znajduje się na stronie www.opiekaszpitalna.luxmed.pl. Lista lokalizacji zawiera zakres Świadczeń Szpitalnych, jakie dana placówka realizuje.

§3 Jak skorzystać z Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED Opieka Ortopedyczna?

1. Aby skorzystać ze Świadczeń, Ubezpieczony może powiadomić Koordynatora Opieki Szpitalnej o zdarzeniu objętym Module. Dane kontaktowe do KOS są przekazywane Ubezpieczającemu mailowo niezwłocznie po zawarciu Umowy.
2. Do podjęcia decyzji o realizacji Świadczenia potrzebujemy następujących dokumentów:
 - a. kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o realizację Świadczenia;
 - b. kopii skierowania do szpitala oraz kopii posiadanej dokumentacji medycznej;
3. Zrealizujemy Świadczenie Szpitalne, jeżeli wniosek o realizację Świadczenia zostanie do nas złożony nie później niż 30 dni po wystawieniu skierowania do szpitala.
4. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu postępujemy zgodnie z krokami opisanymi w §4 ust 2-5 Części Ogólnej OWU.

§4 Jakie są dodatkowe wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu?

1. Oprócz wyłączeń określonych w §14 Części Ogólnej OWU nasza odpowiedzialność w Module Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna nie obejmuje:

- a. natychmiastowego leczenia stanów nagłych stwierdzonych w dniu przyjęcia do oddziału szpitalnego (m.in. udaru mózgu, zawału m. sercowego, zapalenia trzustki, zatorowości płucnej i innych): w warunkach oddziału intensywnej terapii (w szczególności: Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Oddziału Leczenia Urazów, Oddziału Intensywnej Opieki Neurologicznej, Oddziału Leczenia Stanów Astmatycznych) lub z zapewnieniem intensywnej terapii nerkozastępczej, dializy wątrobowej, ECMO, wentylacji mechanicznej, kontrapulsacji.
 - b. rehabilitacji innej niż wymieniona w Załączniku nr 2 lub 3 do OWU;
 - c. leczenia Urazów Wielonarządowych oraz ich następstw;
 - d. wszczepienia protez lub implantów innych niż wymienione w Załączniku nr 2 lub 3 do OWU;
 - e. diagnozowania i leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z aberracjami chromosomalnymi oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność oraz ich następstw;
 - f. diagnozowania i leczenia protetycznego, ortodontycznego, periodontologicznego, implantologicznego oraz ich następstw;
 - g. diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej wynikającej ze wskazań niemedycznych oraz kosmetologii, a także leczenia ich niepożądanych następstw, o ile zakres Świadczenia Szpitalnego nie stanowi inaczej;
 - h. diagnozowania i leczenia niewykonywanego w Szpitalach lub Przychodniach wskazanych przez nas oraz ich następstw;
 - i. wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń i wniosków niezwiązanych z koniecznością kontynuacji procesu diagnostycznego i terapeutycznego prowadzonego w Szpitalu lub Przychodni wskazanej przez nas (wyłączenie nie dotyczy Świadczeń Medycyny Pracy, o ile są objęte zakresem Świadczeń i zaświadczeń o niezdolności do pracy lub nauki);
 - j. leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz pobytów rehabilitacyjnych, w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgniacyjnej, w której Ubezpieczony przebywa;
 - k. leczenia następstw zakażenia wirusem HIV, SARS-CoV-2, wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A);
 - l. leczenia domowego jako kontynuacji terapii szpitalnej z wyłączeniem leczenia będącego następstwem procedur objętych i zrealizowanych w ramach ubezpieczenia;
 - m. opieki medycznej po Hospitalizacji w zakresie opisanym w Załączniku nr 2 lub 3 do OWU związanej z Hospitalizacją wykonaną w innych placówkach niż wskazane przez nas;
 - n. diagnozowania i leczenia bez wskazań medycznych;
 - o. leczenia wynikającego ze wskazań natury psychologicznej;
 - p. detoksykacji, zabiegów odwykowych oraz leczenia odwykowego oraz ich następstw;
 - q. leczenia chorób psychicznych, otępiennych, neurodegeneracyjnych (w tym choroby Alzheimera) oraz ich następstw;
 - r. świadczeń uzyskanych za pomocą czynów zakazanych, prób wyłudzenia lub celowego wprowadzenia nas w błąd.
2. Wyłączona z zakresu ochrony jest Hospitalizacja, która ze względów bezpieczeństwa medycznego, stwierdzonych w dniu przyjęcia do oddziału szpitalnego lub w trakcie pobytu, wymaga jednoczesowego leczenia wysoko i wielospecjalistycznego w placówce medycznej spoza listy, o której mowa §2 ust 7 niniejszego Modułu lub jej zakres wykracza poza zakres opisany w Załączniku nr 2 oraz 3 do OWU.
3. Nie zrealizujemy Świadczenia Szpitalnego w stosunku do Ubezpieczonego, jeżeli jest ono następstwem Nieszczęśliwych Wypadków i urazów, które wystąpiły lub były leczone w okresie poprzedzającym początek Okresu Ochrony.
 4. Nie zrealizujemy Świadczenia, jeżeli w wyniku stanu klęski żywiołowej, katastrofy naturalnej, stanu pandemii lub stanu epidemii, ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej, nastąpi brak możliwości świadczenia usług po naszej stronie.

Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna Plus

Postanowienia niniejszego Modułu mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia, zawartych na podstawie OWU, w których zakres wchodzi Moduł Opieka Ortopedyczna Plus. O włączeniu Modułu do Umowy Ubezpieczenia decyduje Ubezpieczający.

§1 Definicje stosowane w Module

- Choroba Rzadka** – schorzenie, które wg rozporządzenia (WE) nr 1411/2000 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 1999 r. w sprawie sierocych produktów leczniczych, występuje z częstością niższą niż 5 na 10 000 osób w populacji. Jest najczęściej uwarunkowana genetycznie i ma przewlekły oraz często ciężki przebieg. Prowadzi przedwcześnie do zgonu lub powoduje niepełnosprawność. Zazwyczaj ujawnia się w wieku dziecięcym.
- Drobny Uraz** – uraz, który wymaga pomocy chirurgicznej lub ortopedycznej, ale nie wymaga Hospitalizacji ani procedur medycznych w reżimie sali operacyjnej.
- Hospitalizacja** – pobyt na oddziale szpitalnym, mający na celu przeprowadzenie diagnostyki, leczenie, w tym przeprowadzenie operacji spowodowanych Nieszczęśliwym Wypadkiem lub Chorobą. Hospitalizacja obejmuje:
 - Hospitalizację Planową** – pobyt na oddziale szpitalnym, który:
 - odbywa się w wyznaczonym terminie;
 - może zostać odroczone o co najmniej 7 dni od momentu potwierdzenia konieczności przez Lekarza Szpitala, który kwalifikuje do hospitalizacji, z zastrzeżeniem, że odroczenie nie może przekroczyć terminu, po którym może nastąpić, możliwe do przewidzenia, ciężkie pogorszenie stanu zdrowia lub znaczące zmniejszenie szans na powrót do zdrowia.
 - Hospitalizację Pilną** – pobyt na oddziale szpitalnym, który powinien nastąpić w czasie krótszym niż 7 dni od momentu potwierdzenia konieczności przez Lekarza Szpitala, który kwalifikuje do hospitalizacji z zastrzeżeniem, że czas rozpoczęcia hospitalizacji nie może przekroczyć terminu, po którym może nastąpić, możliwe do przewidzenia, ciężkie pogorszenie stanu zdrowia lub znaczące zmniejszenie szans na powrót do zdrowia
- Izba Przyjęć** - dział Szpitala, który:
 - kwalifikuje pacjentów do Hospitalizacji;
 - udziela porady i pomocy doraźnej pacjentom niezakwalifikowanym do Hospitalizacji;
 - przygotowuje dokumenty niezbędne do rejestracji Hospitalizacji;
 - przekazuje pacjenta pod opiekę zespołu oddziału szpitalnego.
- Koordinator Opieki Szpitalnej (także KOS)** – przedstawiciel Operatora, którego zadaniem jest obsługa Ubezpieczonego przy realizacji Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED Opieka Ortopedyczna Plus w ramach Koordynacji Opieki Szpitalnej.
- Opieka Doraźna** – świadczenie medyczne na rzecz osób, których stan zdrowia uległ nagłemu pogorszeniu, a brak niezwłocznie udzielonej pomocy medycznej mógłby skutkować dalszym pogorszeniem. Opieka Doraźna kończy się zaleceniami dotyczącymi dalszego postępowania, uzależnionymi od stanu zdrowia Ubezpieczonego.
- Uraz Wielonarządowy (politrauma)** – uraz obejmujący jednocześnie kilka układów lub narządów i powodujący

uszkodzenia przynajmniej dwóch okolic ciała w znacznym stopniu, stanowiąc możliwość zaburzenia stabilności krążeniowo-oddechowej osoby poszkodowanej. Każde z tych obrażeń może stanowić stan bezpośrednio zagrażający życiu. W szczególności taki uraz obejmuje stany wymagające pilnych interwencji torakochirurgicznych, neurochirurgicznych oraz pobytu w warunkach oddziału anestezjologii i intensywnej terapii.

- Wysokospecjalistyczne Metody Leczenia i Diagnostyki** – najbardziej zaawansowane technicznie lub o dużej rozległości metody lecznicze, zabiegi wymagające użycia materiałów wszczepialnych, implantów lub endoprotez oraz badania diagnostyczne za pomocą skanerów PET-CT / PET-MRI, badania scyntygraficzne, badania MRI serca. Badania diagnostyczne, o których mowa w niniejszej definicji, dotyczą przygotowania do planowanej Hospitalizacji lub opieki medycznej po Hospitalizacji. W uzasadnionych medycznie przypadkach badania diagnostyczne mogą być realizowane doraźnie w trakcie Hospitalizacji objętej ubezpieczeniem, z zastrzeżeniem, że diagnostyka i leczenie, których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych, są wyłączone zgodnie z zapisami Załącznika nr 3 §1 ust. 1 pkt b ppkt I oraz Załącznika nr 4 §1 ust. 1 pkt b ppkt II do OWU.

§2 Co jest przedmiotem Modułu?

- W ramach Modułu Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna Plus zapewniamy następujące Świadczenia:
 - Świadczenie Szpitalne** – świadczenie medyczne związane z Hospitalizacją w zakresie Ortopedii lub Opieką Doraźną, udzielane w Szpitalu, a w niektórych sytuacjach również w Przychodni. Szczegółowy zakres Świadczeń Szpitalnych dostępnych w ramach Modułu jest opisany w Załączniku nr 2 (Część I) oraz Załączniku nr 3 (Część I) do OWU;
 - Szpitalny Przeгляд Zdrowia (także Przeгляд)** – świadczenia z zakresu diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej i konsultacji specjalistycznych, udzielane przez Szpital. Ma na celu profilaktykę zdrowotną. Szczegółowy zakres Świadczeń wchodzących w skład Szpitalnego Przegładu Zdrowia jest opisany w Załączniku nr 2 (Część II) do OWU.
 - Koordynację Opieki Szpitalnej** – której celem jest wsparcie Ubezpieczonego w zakresie korzystania z Modułu. Zakres Świadczeń realizowanych przez KOS jest opisany w Załączniku nr 2 (Część III) oraz Załączniku nr 3 (Część II) do OWU.
- Ubezpieczony może skorzystać ze Świadczenia Szpitalnego w ramach Modułu, gdy wystąpią następujące zdarzenia:
 - otrzymanie skierowania na leczenie szpitalne (datą Zdarzenia jest data wystawienia skierowania);
 - wystąpienie Drobnego Urazu lub stanu zdrowia wymagającego Opieki Doraźnej (datą Zdarzenia jest dzień wystąpienia Drobnego Urazu lub pogorszenia stanu zdrowia).
- Jeżeli przez minimum 2 lata nieprzerwanego Okresu Ochrony nie miało miejsca żadne ze zdarzeń wymienionych w ust. 2, Ubezpieczony może skorzystać ze Szpitalnego Przegładu Zdrowia.
- Szczegółowy zakres Świadczeń wymienionych w ust. 1-3 znajduje się w następujących załącznikach:
 - Załącznik nr 2 do OWU - zakres Świadczeń w ramach Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla Głównego Ubezpieczonego, Partnera i Pełnoletniego Dziecka,
 - Załącznik nr 3 do OWU - zakres Świadczeń w ramach Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla Niepełnoletniego Dziecka.

5. Udostępniamy następujące typy Modułu: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna Plus:
 - a. Indywidualny;
 - b. Partnerski;
 - c. Rodzinny.
 Ubezpieczający może wybrać wszystkie lub wybrane typy Modułu, które będą dostępne do wyboru przez Ubezpieczonych w ramach Umowy.
6. Świadczenia są udzielane na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w lokalizacjach wskazanych przez nas, których pełna lista znajduje się na stronie www.opiekaszpitalna.luxmed.pl. Lista lokalizacji zawiera zakres Świadczeń Szpitalnych, jakie dana placówka realizuje.

§3 Jak skorzystać z Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED Opieka Ortopedyczna Plus?

1. Aby skorzystać ze Świadczeń, Ubezpieczony może powiadomić Koordynatora Opieki Szpitalnej o zdarzeniu objętym Modułem. Dane kontaktowe do KOS są przekazywane Ubezpieczającemu mailowo niezwłocznie po zawarciu Umowy.
2. Do podjęcia decyzji o realizacji Świadczenia potrzebujemy następujących dokumentów:
 - a. kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o realizację Świadczenia;
 - b. w przypadku Hospitalizacji Planowej - kopii skierowania do szpitala oraz kopii posiadanej dokumentacji medycznej.
3. Zrealizujemy Świadczenie Szpitalne, jeżeli wniosek o realizację Świadczenia zostanie do nas złożony nie później niż 30 dni po wystawieniu skierowania do szpitala.
4. W przypadku Drobного Urazu lub Opieki Doraźnej, traktujemy zgodę na podjęcie leczenia jako złożenie wniosku o realizację Świadczenia.
5. W określonych sytuacjach skorzystanie ze Świadczeń w ramach Modułu nie będzie możliwe. Jest to związane z okresem karencji (opisanym w §4 niniejszego Modułu) oraz wyjątkowymi sytuacjami ograniczenia naszej odpowiedzialności (opisanymi w §14 Części Ogólnej OWU i §5 niniejszego Modułu).
6. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu postępujemy zgodnie z krokami opisanymi w §4 ust 2-5 Części Ogólnej OWU.
7. W przypadku wystąpienia Drobного Urazu lub w przypadku świadczenia Opieki Doraźnej weryfikujemy, czy wniosek jest zasadny niezwłocznie po jego otrzymaniu. Informację o uznaniu lub odmowie uznania roszczenia przekazujemy osobie zgłaszającej zdarzenie oraz Ubezpieczonemu, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie.
8. Świadczenie Opieki Doraźnej realizujemy niezwłocznie po uznaniu przez nas roszczenia.

§4 Jaka jest długość karencji?

1. W Module stosujemy karencję. Jest to okres, który musi upłynąć od początku Okresu Ochrony, zanim Ubezpieczony będzie uprawniony do Świadczenia.
2. Okresy karencji stosowane w Module wynoszą:
 - a. 3 miesiące - dla Hospitalizacji Planowych;
 - b. 10 miesięcy - dla Wysokospecjalistycznych Metod Leczenia i Diagnostyki. Ta karencja ma zastosowanie również w odniesieniu do świadczeń w zakresie Hospitalizacji Planowych oraz będących wynikiem Nieszczęśliwego Wypadku, które przyjęliśmy do realizacji. W takim przypadku, w okresie karencji, koszt

Wysokospecjalistycznych Metod i Diagnostyki ponosi Ubezpieczony, podczas gdy my zapewniamy pozostałe Świadczenia zgodnie z OWU.

3. Nie stosujemy karencji wobec Zdarzeń będących wynikiem Nieszczęśliwego Wypadku, a także Zdarzeń uzasadniających Świadczenia w ramach: Koordynacji Opieki Szpitalnej, Opieki Doraźnej i Hospitalizacji Pilnej.
4. W przypadku dodania nowych Współubezpieczonych do Umowy, zostaną oni objęci karencją liczoną od początku ich Okresu Ochrony.
5. Karencji nie stosujemy w przypadku kontynuacji Okresu Ochrony w ramach Modułu na kolejne okresy w takim samym lub większym zakresie Świadczeń w ramach Modułu.
6. Jeżeli Ubezpieczony był objęty ubezpieczeniem, w którym byliśmy Ubezpieczycielem i które obejmowało Hospitalizację w zakresie Ortopedii, wówczas okres trwania poprzedniego ubezpieczenia jest zaliczany do okresów karencji dla Hospitalizacji Planowych - o ile były one objęte poprzednim ubezpieczeniem.
Aby skorzystać z tej zasady, wcześniejsze ubezpieczenie musi być zakończone i nie mogło skończyć się wcześniej niż 3 miesiące przed początkiem ochrony w zakresie niniejszego Modułu. Jeżeli Ubezpieczony był objęty kilkoma ubezpieczeniami spełniającymi ww. warunki, wówczas ta zasada ma zastosowanie tylko do umowy ubezpieczenia z najpóźniejszą datą zakończenia.

§5 Jakie są dodatkowe wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu?

1. Oprócz wyłączeń określonych w §14 Części Ogólnej OWU nasza odpowiedzialność w Module Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna Plus nie obejmuje:
 - a. natychmiastowego leczenia stanów nagłych stwierdzonych w dniu przyjęcia do oddziału szpitalnego (m.in. udaru mózgu, zawału m. sercowego, zapalenia trzustki, zatorowości płucnej i innych): w warunkach oddziału intensywnej terapii (w szczególności: Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Oddziału Leczenia Udarów, Oddziału Intensywnej Opieki Neurologicznej, Oddziału Leczenia Stanów Astmatycznych) lub z zapewnieniem intensywnej terapii nerkozastępczej, dializy wątrobowej, ECMO, wentylacji mechanicznej, kontrapulsacji.
 - b. rehabilitacji innej niż wymieniona w Załączniku nr 2 lub 3 do OWU;
 - c. leczenia Urazów Wielonarządowych oraz ich następstw;
 - d. wszczepienia protez lub implantów innych niż wymienione w Załączniku nr 2 lub 3 do OWU;
 - e. leczenia w oddziałach psychiatrycznych;
 - f. diagnozowania i leczenia zaburzeń płodności oraz ich następstw;
 - g. diagnozowania i leczenia związanego z korektą płci oraz ich następstw;
 - h. diagnozowania i leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z aberracjami chromosomalnymi oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność oraz ich następstw;
 - i. diagnozowania i leczenia Chorób Rzadkich oraz ich następstw;
 - j. przeprowadzania zabiegów aborcji i leczenia powikłań będących jej następstwami;

- k. diagnozowania i leczenia protetycznego, ortodontycznego, periodontologicznego, implantologicznego oraz ich następstw;
 - l. diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej wynikającej ze wskazań niemedycejskich oraz kosmetyologii, a także leczenia ich niepożądanych następstw, o ile zakres Świadczenia Szpitalnego nie stanowi inaczej;
 - m. diagnozowania i leczenia niewykonywanego w Szpitalach lub Przychodniach wskazanych przez nas oraz ich następstw;
 - n. wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń i wniosków niezwiązanych z koniecznością kontynuacji procesu diagnostycznego i terapeutycznego prowadzonego w Szpitalu lub Przychodni wskazanej przez nas (wyłączenie nie dotyczy Świadczeń Medycyny Pracy, o ile są objęte zakresem Świadczeń i zaświadczeń o niezdolności do pracy lub nauki);
 - o. leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz pobytów rehabilitacyjnych, w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgniacyjnej, w której Ubezpieczony przebywa;
 - p. leczenia zakażenia wirusami HIV, SARS-CoV-2, wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem tych zakażeń;
 - q. leczenia domowego jako kontynuacji terapii szpitalnej z wyłączeniem leczenia będącego następstwem procedur objętych i zrealizowanych w ramach ubezpieczenia;
 - r. opieki medycznej po Hospitalizacji w zakresie opisanym w Załączniku nr 2 lub 3 do OWU związanej z Hospitalizacją wykonaną w innych placówkach niż wskazane przez nas;
 - s. diagnozowania i leczenia bez wskazań medycznych;
 - t. leczenia wynikającego ze wskazań natury psychologicznej;
 - u. leczenia Chorób lub następstw Nieszczęśliwych Wypadków, które nie zostały podane do naszej wiadomości w dokumentach wymaganych przez nas do zawarcia Umowy, a które były obecne lub wystąpiły lub przyczyny ich wystąpienia były znane Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu w ciągu 12 miesięcy przed przystąpieniem Ubezpiezonego do Umowy; także Chorób lub następstw Nieszczęśliwych Wypadków, o których przy zachowaniu należytej staranności Ubezpieczony mógł się dowiedzieć w tym okresie;
 - v. detoksykacji, zabiegów odwykowych oraz leczenia odwykowego oraz ich następstw;
 - w. leczenia chorób psychicznych, otępiennych, neurodegeneracyjnych (w tym choroby Alzheimera) oraz ich następstw;
 - x. świadczeń uzyskanych za pomocą czynów zakazanych, prób wyłudzenia lub celowego wprowadzenia nas w błąd.
2. Wyłączona z zakresu ochrony jest Hospitalizacja, która ze względów bezpieczeństwa medycznego, stwierdzonych w dniu przyjęcia do oddziału szpitalnego lub w trakcie pobytu, wymaga jednoczasowego leczenia wysoko i wielospecjalistycznego w placówce medycznej spoza listy, o której mowa §2 ust 7 niniejszego Modułu lub jej zakres wykracza poza zakres opisany w Załączniku nr 2 oraz 3 do OWU.
3. Nie zrealizujemy Świadczenia Szpitalnego w okresie pierwszych 12 miesięcy od początku nieprzerwanie trwającego Okresu Ochrony w stosunku do Ubezpiezonego, jeżeli jest ono następstwem:
- a. Chorób, które były obecne, lub zostały zdiagnozowane lub były leczone w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu Ochrony
 - b. Nieszczęśliwych Wypadków i urazów, które wystąpiły lub były leczone lub których skutki były obecne w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu Ochrony;
- c. objawów chorobowych, które były obecne, wystąpiły lub przyczyny ich wystąpienia były znane Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu Ochrony;
 - d. objawów chorobowych o których, przy zachowaniu należytej staranności, Ubezpieczający lub Ubezpieczony mogli się dowiedzieć w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu Ochrony.
4. Nie zrealizujemy Świadczenia Szpitalnego w okresie pierwszych 12 miesięcy od początku nieprzerwanie trwającego Okresu Ochrony w stosunku do Ubezpiezonego, jeżeli jest ono wynikiem wcześniejszej rezygnacji Ubezpiezonego z pobytu w szpitalu w związku z diagnostyką lub leczeniem w oparciu o skierowanie do szpitala wystawione przed początkiem Okresu Ochrony.
5. Nie zrealizujemy Świadczenia, jeżeli w wyniku stanu klęski żywiołowej, katastrofy naturalnej, stanu pandemii lub stanu epidemii, ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej, nastąpi brak możliwości świadczenia usług po naszej stronie.

Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Pełna Opieka

Postanowienia niniejszego Modułu mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia, zawartych na podstawie OWU, w których zakres wchodzi Moduł Pełna Opieka. O włączeniu Modułu do Umowy Ubezpieczenia decyduje Ubezpieczający.

§1 Definicje stosowane w Module

1. **Choroba Rzadka** – schorzenie, które wg rozporządzenia (WE) nr 1411/2000 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 1999 r. w sprawie sierocych produktów leczniczych, występuje z częstością niższą niż 5 na 10 000 osób w populacji. Jest najczęściej uwarunkowana genetycznie i ma przewlekły oraz często ciężki przebieg. Prowadzi przedwcześnie do zgonu lub powoduje niepełnosprawność. Zazwyczaj ujawnia się w wieku dziecięcym.
2. **Drobny Uraz** – uraz, który wymaga pomocy chirurgicznej lub ortopedycznej, ale nie wymaga Hospitalizacji ani procedur medycznych w reżimie sali operacyjnej.
3. **Hospitalizacja** – pobyt na oddziale szpitalnym, mający na celu przeprowadzenie diagnostyki, przyjęcie porodu lub leczenie, w tym przeprowadzenie operacji spowodowanych Nieszczęśliwym Wypadkiem lub Chorobą. Hospitalizacja obejmuje:
 - a. **Hospitalizację Planową** – pobyt na oddziale szpitalnym, który:
 - I. odbywa się w wyznaczonym terminie;
 - II. może zostać odroczony o co najmniej 7 dni od momentu potwierdzenia konieczności przez Lekarza Szpitala, który kwalifikuje do hospitalizacji, z zastrzeżeniem, że odroczenie nie może przekroczyć terminu, po którym może nastąpić, możliwe do przewidzenia, ciężkie pogorszenie stanu zdrowia lub znaczące zmniejszenie szans na powrót do zdrowia.
 - b. **Hospitalizację Pilną** – pobyt na oddziale szpitalnym, który powinien nastąpić w czasie krótszym niż 7 dni od momentu potwierdzenia konieczności przez Lekarza Szpitala, który kwalifikuje do hospitalizacji z zastrzeżeniem, że czas rozpoczęcia hospitalizacji nie może przekroczyć terminu, po którym może nastąpić, możliwe do przewidzenia, ciężkie pogorszenie stanu zdrowia lub znaczące zmniejszenie szans na powrót do zdrowia
4. **Izba Przyjęć** – dział Szpitala, który:
 - a. kwalifikuje pacjentów do Hospitalizacji;
 - b. udziela porady i pomocy doraźnej pacjentom niezakwalifikowanym do Hospitalizacji;
 - c. przygotowuje dokumenty niezbędne do rejestracji Hospitalizacji;
 - d. przekazuje pacjenta pod opiekę zespołu oddziału szpitalnego.
5. **Koordinator Opieki Szpitalnej (także KOS)** – przedstawiciel Operatora, którego zadaniem jest obsługa Ubezpieczonego przy realizacji Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED Pełna Opieka w ramach Koordynacji Opieki Szpitalnej.
6. **Opieka Doraźna** – świadczenie medyczne na rzecz osób, których stan zdrowia uległ nagłemu pogorszeniu, a brak niezwłocznie udzielonej pomocy medycznej mógłby skutkować dalszym pogorszeniem. Opieka Doraźna kończy się zaleceniami dotyczącymi dalszego postępowania, uzależnionymi od stanu zdrowia Ubezpieczonego.
7. **Uraz Wielonarządowy (politrauma)** – uraz obejmujący jednocześnie kilka układów lub narządów i powodujący

uszkodzenia przynajmniej dwóch okolic ciała w znacznym stopniu, stanowiąc możliwość zaburzenia stabilności krążeniowo-oddechowej osoby poszkodowanej. Każde z tych obrażeń może stanowić stan bezpośrednio zagrażający życiu. W szczególności taki uraz obejmuje stany wymagające pilnych interwencji torakochirurgicznych, neurochirurgicznych oraz pobytu w warunkach oddziału anestezjologii i intensywnej terapii.

8. **Wysokospecjalistyczne Metody Leczenia i Diagnostyki** – najbardziej zaawansowane technicznie lub o dużej rozległości metody lecznicze, chirurgia robotyczna, zabiegi operacyjne dotyczące jelit, trzustki i wątroby, naczyń tętniczych, leczenie endometriozy, Funkcjonalne Endoskopowe Operacje Zatok, zabiegi wymagające użycia materiałów wszczepialnych, implantów lub endoprotez, zabiegi neurochirurgiczne dotyczące krązków międzykręgowych, zabiegi z użyciem kleju naczyniowego oraz badania diagnostyczne za pomocą skanerów PET-CT / PET-MRI, badania scyntygraficzne, badania MRI serca. Badania diagnostyczne, o których mowa w niniejszej definicji, dotyczą przygotowania do planowanej Hospitalizacji lub opieki medycznej po Hospitalizacji. W uzasadnionych medycznie przypadkach badania diagnostyczne mogą być realizowane doraźnie w trakcie Hospitalizacji objętej ubezpieczeniem, z zastrzeżeniem, że diagnostyka i leczenie, których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych, są wyłączone zgodnie z zapisami Załącznika nr 3 §1 ust. 1 pkt b ppkt I oraz Załącznika nr 4 §1 ust. 1 pkt b ppkt II do OWU.

§2 Co jest przedmiotem Modułu?

1. W ramach Modułu Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Pełna Opieka zapewniamy następujące Świadczenia:
 - a. **Świadczenie Szpitalne** – Świadczenie medyczne związane z Hospitalizacją lub Opieką Doraźną, udzielane w Szpitalu, a w niektórych sytuacjach również w Przychodni. Szczegółowy zakres Świadczeń Szpitalnych dostępnych w ramach Modułu jest opisany w Załączniku nr 2 (Część I) oraz Załączniku nr 3 (Część II) do OWU;
 - b. **Szpitalny Przegląd Zdrowia (także Przegląd)** – Świadczenia z zakresu diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej i konsultacji specjalistycznych, udzielane przez Szpital. Ma na celu profilaktykę zdrowotną. Szczegółowy zakres Świadczeń wchodzących w skład Szpitalnego Przeglądu Zdrowia jest opisany w Załączniku nr 2 (Część II) do OWU.
 - c. **Koordynację Opieki Szpitalnej** – której celem jest wsparcie Ubezpieczonego w zakresie korzystania z Modułu. Zakres Świadczeń realizowanych przez KOS, opisany w Załączniku nr 2 (Część III) oraz Załączniku nr 3 (Część II) do OWU.
2. Ubezpieczony może skorzystać ze Świadczenia Szpitalnego w ramach Modułu, gdy wystąpią następujące zdarzenia:
 - a. otrzymanie skierowania na leczenie szpitalne (datą Zdarzenia jest data wystawienia skierowania);
 - b. ciąża (datą Zdarzenia jest data planowanego porodu wpisana w karcie ciąży, w przypadku dwóch dat jest to data wcześniejsza);
 - c. wystąpienie Drobного Urazu lub stanu zdrowia wymagającego Opieki Doraźnej (datą Zdarzenia jest dzień wystąpienia Drobного Urazu lub pogorszenia stanu zdrowia).
3. Jeżeli przez minimum 2 lata nieprzerwanego Okresu Ochrony nie miało miejsca żadne ze zdarzeń wymienionych w ust. 2, Ubezpieczony może skorzystać ze Szpitalnego Przeglądu Zdrowia.
4. Szczegółowy zakres Świadczeń wymienionych w ust. 1-3 znajduje się w następujących załącznikach:

- a. Załącznik nr 2 do OWU - Zakres Świadczeń w ramach Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla Głównego Ubezpieczonego, Partnera i Pełnoletniego Dziecka,
 - b. Załącznik nr 3 do OWU - Zakres Świadczeń w ramach Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED dla Niepełnoletniego Dziecka.
5. Udostępniamy następujące typy Modułu: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Pełna Opieka:
- a. Indywidualny;
 - b. Partnerski;
 - c. Rodzinny.
- Ubezpieczający może wybrać wszystkie lub wybrane typy Modułu, które będą dostępne do wyboru przez Ubezpieczonych w ramach Umowy.
6. Świadczenia są udzielane na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w lokalizacjach wskazanych przez nas, których pełna lista znajduje się na stronie www.opiekaszpitalna.luxmed.pl. Lista lokalizacji zawiera zakres Świadczeń Szpitalnych, jakie dana placówka realizuje.

§3 Jak skorzystać z Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED Pełna Opieka?

1. Aby skorzystać ze Świadczeń, Ubezpieczony może powiadomić Koordynatora Opieki Szpitalnej o zdarzeniu objętym Modułem. Dane kontaktowe do KOS są przekazywane Ubezpieczającemu mailowo niezwłocznie po zawarciu Umowy.
2. Do podjęcia decyzji o realizacji Świadczenia potrzebujemy następujących dokumentów:
 - a. kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o realizację Świadczenia;
 - b. w przypadku Hospitalizacji Planowej (nie dotyczy ciąży) - kopii skierowania do szpitala oraz kopii posiadanej dokumentacji medycznej;
 - c. w przypadku ciąży - kopii posiadanej dokumentacji medycznej dotyczącej ciąży oraz zaświadczenia od lekarza prowadzącego wydanego nie wcześniej niż początek trzeciego trymestru, że ciąża nie jest Ciężką Wysokiego Ryzyka.
3. Zrealizujemy Świadczenie Szpitalne, jeżeli wniosek o realizację Świadczenia zostanie do nas złożony nie później niż 30 dni po wystawieniu skierowania do szpitala. W przypadku ciąży wniosek powinien zostać złożony na początku trzeciego trymestru.
4. W przypadku Drobного Urazu lub Opieki Doraźnej, traktujemy zgodę na podjęcie leczenia jako złożenie wniosku o realizację Świadczenia.
5. W określonych sytuacjach skorzystanie ze Świadczeń w ramach Modułu nie będzie możliwe. Jest to związane z okresem karencji (opisanym w §4 niniejszego Modułu) oraz wyjątkowymi sytuacjami ograniczenia naszej odpowiedzialności (opisanymi w §14 Części Ogólnej OWU i §5 niniejszego Modułu).
6. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu postępujemy zgodnie z krokami opisanymi w §4 ust 2-5 Części Ogólnej OWU.
7. W przypadku wystąpienia Drobного Urazu lub w przypadku świadczenia Opieki Doraźnej weryfikujemy, czy wniosek jest zasadny niezwłocznie po jego otrzymaniu. Informację o uznaniu lub odmowie uznania roszczenia przekazujemy osobie zgłaszającej zdarzenie oraz Ubezpieczonemu, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie.
8. Świadczenie Opieki Doraźnej realizujemy niezwłocznie po uznaniu przez nas roszczenia.

§4 Jaka jest długość karencji?

1. W Module stosujemy karencję. Jest to okres, który musi upłynąć od początku Okresu Ochrony, zanim Ubezpieczony będzie uprawniony do Świadczenia.
2. Okresy karencji stosowane w Module wynoszą:
 - a. 3 miesiące - dla Hospitalizacji Planowych;
 - b. 10 miesięcy - dla Wysokospecjalistycznych Metod Leczenia i Diagnostyki oraz Świadczeń położniczo-neonatologicznych. Ta karencja ma zastosowanie również w przypadku, w którym wystąpi konieczność zastosowania Wysokospecjalistycznych Metod Leczenia i Diagnostyki w ramach Hospitalizacji Planowych oraz będących wynikiem Nieszczęśliwego Wypadku, które przyjęliśmy do realizacji. W takim przypadku, w okresie karencji przewidzianej dla Wysokospecjalistycznych Metod Leczenia i Diagnostyki, koszt Wysokospecjalistycznych Metod Leczenia i Diagnostyki zastosowanych w ramach udzielonych przez nas świadczeń ponosi Ubezpieczony, podczas gdy my zapewniamy pozostałe Świadczenia zgodnie z OWU.
3. Nie stosujemy karencji wobec Zdarzeń będących wynikiem Nieszczęśliwego Wypadku, a także Zdarzeń uzasadniających Świadczenia w ramach: Koordynacji Opieki Szpitalnej, Opieki Doraźnej i Hospitalizacji Pilnej.
4. W przypadku dodania nowych Współubezpieczonych do Umowy, zostaną oni objęci karencją liczoną od początku ich Okresu Ochrony.
5. Karencji nie stosujemy w przypadku kontynuacji Okresu Ochrony w ramach Modułu na kolejne okresy w takim samym lub węższym zakresie Świadczeń w ramach Modułu.
6. Jeżeli Ubezpieczony był objęty ubezpieczeniem, w którym byliśmy Ubezpieczycielem i które obejmowało zakresem świadczenia odpowiadające Świadczeniom w ramach Hospitalizacji, wówczas okres trwania poprzedniego ubezpieczenia jest zaliczany do okresów karencji dla:
 - a. Hospitalizacji Planowych, z wyłączeniem onkologii - o ile były one objęte poprzednim ubezpieczeniem,
 - b. Świadczeń położniczo-neonatologicznych - o ile były one objęte poprzednim ubezpieczeniem.

Aby skorzystać z tej zasady, wcześniejsze ubezpieczenie musi być zakończone i nie mogło skończyć się wcześniej niż 3 miesiące przed początkiem ochrony w zakresie niniejszego Modułu. Jeżeli Ubezpieczony był objęty kilkoma ubezpieczeniami spełniającymi ww. warunki, wówczas ta zasada ma zastosowanie tylko do umowy ubezpieczenia z najpóźniejszą datą zakończenia.

§5 Jakie są dodatkowe wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu?

1. Oprócz wyłączeń określonych w §14 Części Ogólnej OWU nasza odpowiedzialność w Module Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Pełna Opieka nie obejmuje:
 - a. natychmiastowego leczenia stanów nagłych stwierdzonych w dniu przyjęcia do oddziału szpitalnego (m.in. udaru mózgu, zawału m. sercowego, zapalenia trzustki, zatorowości płucnej i innych): w warunkach oddziału intensywnej terapii (w szczególności: Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Oddziału Leczenia Udarów, Oddziału Intensywnej Opieki Neurologicznej, Oddziału Leczenia Stanów Astmatycznych) lub z zapewnieniem

- intensywnej terapii nerkozastępczej, dializy wątrobowej, ECMO, wentylacji mechanicznej, kontrapulsacji.
- b. rehabilitacji innej niż wymieniona w Załączniku nr 2 lub 3 do OWU;
 - c. leczenia Urazów Wielonarządowych oraz ich następstw;
 - d. wszczepienia protez lub implantów innych niż wymienione w Załączniku nr 2 lub 3 do OWU, w szczególności zastępujących narządy zmysłów (np. implant ślimakowy);
 - e. zabiegów chirurgii robotycznej innych niż wymienione w Załączniku nr 2 lub 3 do OWU;
 - f. leczenia w oddziałach psychiatrycznych;
 - g. diagnozowania i leczenia zaburzeń płodności oraz ich następstw;
 - h. diagnozowania i leczenia związanego z korektą płci oraz ich następstw;
 - i. diagnozowania i leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z aberracjami chromosomalnymi oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność oraz ich następstw;
 - j. diagnozowania i leczenia Chorób Rzadkich oraz ich następstw;
 - k. przeprowadzania zabiegów aborcji i leczenia powikłań będących jej następstwami;
 - l. diagnozowania i leczenia protetycznego, ortodontycznego, periodontologicznego, implantologicznego oraz ich następstw;
 - m. diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej wynikającej ze wskazań niemedycznych oraz kosmetologii, a także leczenia ich niepożądanych następstw, o ile zakres Świadczenia Szpitalnego nie stanowi inaczej;
 - n. diagnozowania i leczenia niewykonywanego w Szpitalach lub Przychodniach wskazanych przez nas oraz ich następstw;
 - o. wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń i wniosków niezwiązanych z koniecznością kontynuacji procesu diagnostycznego i terapeutycznego prowadzonego w Szpitalu lub Przychodni wskazanej przez nas (wyłączenie nie dotyczy Świadczeń Medycyny Pracy, o ile są objęte zakresem Świadczeń i zaświadczeń o niezdolności do pracy lub nauki);
 - p. leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz pobytów rehabilitacyjnych, w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgniacyjnej, w której Ubezpieczony przebywa;
 - q. leczenia zakażenia wirusami HIV, SARS-CoV-2, wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem tych zakażeń;
 - r. leczenia domowego jako kontynuacji terapii szpitalnej z wyłączeniem leczenia będącego następstwem procedur objętych i zrealizowanych w ramach ubezpieczenia;
 - s. opieki medycznej po Hospitalizacji w zakresie opisanym w Załączniku nr 2 lub 3 do OWU związanej z Hospitalizacją wykonaną w innych placówkach niż wskazane przez nas;
 - t. diagnozowania i leczenia bez wskazań medycznych;
 - u. leczenia wynikającego ze wskazań natury psychologicznej;
 - v. leczenia Chorób lub następstw Nieszczęśliwych Wypadków, które nie zostały podane do naszej wiadomości w dokumentach wymaganych przez nas do zawarcia Umowy, a które były obecne lub wystąpiły lub przyczyniły ich wystąpienia były znane Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu w ciągu 12 miesięcy przed przystąpieniem Ubezpiezonego do Umowy; także Chorób lub następstw Nieszczęśliwych Wypadków, o których przy zachowaniu należytej staranności Ubezpieczony mógł się dowiedzieć w tym okresie;
 - w. detoksykacji, zabiegów odwykowych oraz leczenia odwykowego oraz ich następstw;
 - x. leczenia chorób psychicznych, otępiennych, neurodegeneracyjnych (w tym choroby Alzheimera) oraz ich następstw;
 - y. świadczeń uzyskanych za pomocą czynów zakazanych, prób wyłudzenia lub celowego wprowadzenia nas w błąd.
2. Wyłączona z zakresu ochrony jest Hospitalizacja, która ze względów bezpieczeństwa medycznego, stwierdzonych w dniu przyjęcia do oddziału szpitalnego lub w trakcie pobytu, wymaga jednoczesnego leczenia wysoko i wielospecjalistycznego w placówce medycznej spoza listy, o której mowa §2 ust 7 niniejszego Modułu lub jej zakres wykracza poza zakres opisany w Załączniku nr 2 oraz 3 do OWU.
 3. Nie zrealizujemy Świadczenia Szpitalnego w okresie pierwszych 12 miesięcy od początku nieprzerwanie trwającego Okresu Ochrony w stosunku do Ubezpiezonego, jeżeli jest ono następstwem:
 - a. Chorób, które były obecne, lub zostały zdiagnozowane lub były leczone w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu Ochrony
 - b. Nieszczęśliwych Wypadków i urazów, które wystąpiły lub były leczone lub których skutki były obecne w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu Ochrony;
 - c. objawów chorobowych, które były obecne, wystąpiły lub przyczyniły ich wystąpienia były znane Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu Ochrony;
 - d. objawów chorobowych o których, przy zachowaniu należytej staranności, Ubezpieczający lub Ubezpieczony mogli się dowiedzieć w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek Okresu Ochrony.
 4. Nie zrealizujemy Świadczenia Szpitalnego w okresie pierwszych 12 miesięcy od początku nieprzerwanie trwającego Okresu Ochrony w stosunku do Ubezpiezonego, jeżeli jest ono wynikiem wcześniejszej rezygnacji Ubezpiezonego z pobytu w szpitalu w związku z diagnostyką lub leczeniem w oparciu o skierowanie do szpitala wystawione przed początkiem Okresu Ochrony.
 5. Nie zrealizujemy Świadczenia, jeżeli w wyniku stanu klęski żywiołowej, katastrofy naturalnej, stanu pandemii lub stanu epidemii, ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej, nastąpi brak możliwości świadczenia usług po naszej stronie.

Moduł: Koordynacja Opieki Szpitalnej (ubezpieczenie samodzielne, nie powiązane z Ubezpieczeniami szpitalnymi wskazanymi w §3 ust. 2 Części Ogólnej OWU)

Postanowienia niniejszego Modułu mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia, zawartych na podstawie OWU, w których zakres wchodzi Moduł Koordynacja Opieki Szpitalnej. O włączeniu Modułu do Umowy Ubezpieczenia decyduje Ubezpieczający.

§1 Definicje stosowane w Module

1. **Hospitalizacja** – pobyt na oddziale szpitalnym, mający na celu przeprowadzenie diagnostyki, przyjęcie porodu lub leczenie, w tym operację. Pobyt odbywa się w wyznaczonym terminie oraz może zostać odroczone o co najmniej 24 godziny od momentu stwierdzenia jego konieczności z zastrzeżeniem, że odroczenie nie może przekroczyć terminu, po którym może nastąpić, możliwe do przewidzenia przez Lekarza, ciężkie pogorszenie stanu zdrowia lub znaczące zmniejszenie szans na powrót do zdrowia.

§2 Co jest przedmiotem Modułu?

1. W ramach Modułu zapewniamy Koordynację Opieki Szpitalnej, której celem jest wsparcie Ubezpieczonego w korzystaniu ze Szpitali wskazanych przez nas. Zakres Świadczeń zapewnianych w ramach Modułu został opisany w §3 Modułu.
2. Ubezpieczony może skorzystać z ubezpieczenia w ramach Modułu w przypadku zajścia Zdarzenia powodującego konieczność skorzystania ze Świadczeń medycznych realizowanych przez Szpital, w szczególności w przypadku:
 - a. otrzymania przez Ubezpieczonego skierowania na leczenie szpitalne;
 - b. planowanego porodu.
3. Koszty świadczeń nie objętych zakresem opisany w §3 Modułu i udzielonych przez Szpitale ponosi Ubezpieczony.
4. Udostępniamy następujące typy Modułu Koordynacja Opieki Szpitalnej:
 - a. Indywidualny,
 - b. Partnerski,
 - c. Rodzinny.
 Ubezpieczający może wybrać wszystkie lub wybrane typy Modułu, które będą dostępne do wyboru przez Ubezpieczonych w ramach Umowy.
5. Świadczenia są udzielane na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w lokalizacjach wskazanych przez nas, których pełna lista znajduje się na stronie www.opiekaszpitalna.luxmed.pl. Lista lokalizacji zawiera zakres świadczeń, jakie dana placówka realizuje.

§3 Zakres Koordynacji Opieki Szpitalnej

Zakres Świadczeń, które oferujemy w ramach Koordynacji Opieki Szpitalnej obejmuje:

1. przyjęcie zgłoszenia od Ubezpieczonego;
2. koordynację opieki nad Ubezpieczonym przed Hospitalizacją:
 - a. przedstawienie propozycji Hospitalizacji – przedstawienie do wyboru dostępnych Szpitali i Lekarzy, a także położnej, w przypadku osoby Ubezpieczonej planującej poród;
 - b. umówienie pobytu zgodnie z wyborem Ubezpieczonego w ramach przedstawionych przez nas opcji;
 - c. pomoc w umówieniu na badania i konsultacje kwalifikujące do Hospitalizacji;

- d. monitorowanie realizacji przez Ubezpieczonego badań i konsultacji;
 - e. przypomnienie Ubezpieczonemu o terminie przyjęcia do Szpitala i wymaganych dokumentach, a także potwierdzenie obecności Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - f. koordynację obiegu dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem;
 - g. przekazanie informacji dotyczących pobytu w Szpitalu.
3. koordynację w trakcie Hospitalizacji:
 - a. przekazanie wszystkich dokumentów niezbędnych do realizacji Świadczenia na rzecz Ubezpieczonego;
 - b. bieżący kontakt ze Szpitalem;
 - c. przekazywanie informacji o bieżącym statusie realizacji procedur medycznych osobie upoważnionej do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym;
 - d. umówienie na wizytę kontrolną po pobycie w Szpitalu, a także przedstawienie planu opieki po Świadczeniu;
 - e. organizację Transportu Medycznego.
 4. koordynację opieki po Hospitalizacji, zgodnie z zaleceniami Lekarza:
 - a. umówienie zleconych Ubezpieczonemu badań lub rehabilitacji;
 - b. organizację Transportu Medycznego, jeżeli wynika on ze wskazań medycznych;
 - c. skompletowanie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.

§4 Jak skorzystać z Koordynacji Opieki Szpitalnej?

1. Niezwłocznie po zawarciu Umowy obejmującej Moduł prześlemy Ubezpieczającemu dane kontaktowe do zespołu Koordynacji Opieki Szpitalnej. Dane zostaną przekazane wiadomością email, wiadomością sms lub listownie, w zależności od tego, jakie dane do kontaktu otrzymaliśmy.
2. Ubezpieczony korzysta z ubezpieczenia w ramach Modułu, kontaktując się z zespołem Koordynacji Opieki Szpitalnej w wybrany przez siebie sposób.
3. Ubezpieczony korzysta ze Świadczeń w ramach Koordynacji Opieki Szpitalnej według swoich potrzeb. Może skorzystać z części lub z całości zakresu Świadczeń oferowanego w ramach Modułu.
4. Po otrzymaniu zawiadomienia o Zdarzeniu postępujemy zgodnie z krokami opisanymi w §4 ust 2-5 Części Ogólnej OWU.

§5 Jakie są wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu?

1. Oprócz wyłączeń określonych w §14 Części Ogólnej OWU nasza odpowiedzialność w zakresie Koordynacji Opieki Szpitalnej nie obejmuje zdarzeń, będących następstwem:
 - a. działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, wojny domowej, zamieszek, stanu wyjątkowego, cywilnego zamachu stanu, aktów terroryzmu, służby wojskowej, udziału w misjach wojskowych lub stabilizacyjnych, czynnego uczestnictwa Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach lub strajkach;
 - b. stosowania naukowo nieuznanych metod leczenia oraz medycyny niekonwencjonalnej, stosowania leków niedopuszczonych do użytku na terenie Unii Europejskiej, udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych, badaniach klinicznych lub podobnych badaniach związanych ze zdrowiem;
 - c. transplantacji organów lub tkanek, komórek, hodowli komórkowych (pochodzenia naturalnego lub sztucznego), w

- tym także z wykorzystaniem autoprzeszczepu, wszczepiania implantów i urządzeń;
- d. działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego oraz czynników biologicznych i chemicznych w zakresie szkodliwym dla człowieka;
 - e. prowadzenia pojazdu bez uprawnień lub prowadzenia pojazdu bez aktualnego badania technicznego, zgodnych z obowiązującymi przepisami lub prowadzenia pojazdu pod wpływem alkoholu, narkotyków albo innych środków odurzających, psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - f. popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa lub wykroczenia;
 - g. detoksykacji, zabiegów odwykowych oraz leczenia odwykowego;
 - h. zakażeniem wirusami HIV i SARS-CoV-2.
2. Nie zrealizujemy Świadczenia, jeżeli w wyniku stanu klęski żywiołowej, katastrofy naturalnej, stanu pandemii lub stanu epidemii, ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej, nastąpi brak możliwości świadczenia usług po naszej stronie.
 3. Nie zrealizujemy Świadczenia w Szpitalach innych, niż wskazane przez nas.

Moduł: Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP

§1 Zasady ogólne

- Ochroną ubezpieczeniową objęte jest zdrowie Ubezpieczonego. Zdarzeniem ubezpieczeniowym w Module Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP jest wystąpienie u Ubezpieczonego Krytycznego stanu chorobowego w Okresie ochrony.
- Określenia użyte poniżej przyjmują w Umowie następujące znaczenie:
 - Krytyczny stan chorobowy** – oznacza następujące Choroby, zabiegi medyczne lub Operacje:

A. CHOROBY

MODUŁ 1: LECZENIE RAKA

- Umowa ubezpieczenia obejmuje leczenie i koszty wchodzące w zakres Umowy w odniesieniu do następującego rodzaju Nowotworu:
 - każdy nowotwór złośliwy, w tym białaczka, mięsak i chłoniak, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz naciekaniami tkanek,
 - każdy rak in situ – nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka, w której powstał, i nienaciekający podścieliska i tkanek otaczających;
 - wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które w oparciu o badanie cytologiczne lub histopatologiczne zostały sklasyfikowane jako ciężka dysplazja lub dysplazja dużego stopnia.

B. ZABIEGI MEDYCZNE

Umowa ubezpieczenia obejmuje niżej wymienione (moduły 2-4) zabiegi medyczne, gdy Choroba będąca przyczyną zabiegu medycznego nie jest związana z leczeniem raka (tj. podstawą zabiegu nie jest leczenie Choroby określonej w pkt A powyżej – moduł 1: Leczenie raka).

MODUŁ 2: KARDIOCHIRURGIA

- pomostowanie naczyń wieńcowych (by-pass), rewaskularyzacja mięśnia sercowego** – zabieg operacyjny wykonany ze wskazań kardiologicznych celem leczenia zwężenia lub niedrożności co najmniej jednego naczynia wieńcowego serca, polegający na wykonaniu omijającego przeszczepu naczyniowego; wykluczone choroby i procedury medyczne: wszelkie zabiegi na tętnicach wieńcowych z zastosowaniem innych technik niż pomostowanie wieńcowe (by-pass), jak na przykład każdy rodzaj angioplastyki, stenty;
- operacja naprawcza zastawki serca** – zabieg operacyjny wykonany ze wskazań kardiologicznych, polegający na wymianie lub plastyce jednej lub więcej zastawek serca;

MODUŁ 3: NEUROCHIRURGIA

zabieg neurochirurgiczny – dowolna operacja chirurgiczna mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych; leczenie operacyjne nowotworów łagodnych rdzenia kręgowego;

MODUŁ 4: PRZESZCZEPY

- przeszczep od żywego dawcy narządów** – przeszczep Ubezpieczonemu jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: nerki, segmentu płata wątroby, płata płuc lub fragmentu trzustki od innego kompatybilnego żywego dawcy;

- przeszczep szpiku kostnego** – przeszczep komórek szpiku kostnego lub komórek macierzystych krwi obwodowej autologiczny lub allogeniczny od dawcy żywego.
- Further – FURTHER Underwriting International SLU („FURTHER”)** z siedzibą przy Paseo Recoletos 12, 28001 Madryt, Hiszpania, zarejestrowana w Rejestrze Handlowym w Madrycie pod nr Strona m-554734, Tom 30823, karta 126 oraz numer identyfikacji podatkowej (CIF) B 86661857, podmiot, za pośrednictwem którego Ubezpieczyciel zapewnia organizację i realizację usług i świadczeń objętych Umową ubezpieczenia w Module Leczenia Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP, w tym nadzór nad organizacją procesu leczenia Ubezpieczonego;
 - Druga opinia medyczna** – Druga opinia medyczna dotycząca Krytycznego stanu chorobowego. Obejmuje przygotowanie raportu zawierającego drugą opinię medyczną, sporządzonego przez Eksperta medycznego, po zebraniu i szczegółowym przeanalizowaniu dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
 - Opieka medyczna za granicą (usługa Medical Concierge)** – Usługa, w ramach której FURTHER, na podstawie zatwierdzonego roszczenia, ustala wszystkie szczegóły dotyczące leczenia Ubezpieczonego, obejmuje nadzór nad danym przypadkiem i organizację podróży i zakwaterowania dla Ubezpieczonego, oraz każdej uprawnionej osoby towarzyszącej;
 - Ekspert medyczny** – praktykujący poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej Lekarz, wyznaczony w ramach usługi Drugiej opinii medycznej do sporządzenia raportu odnośnie stanu zdrowia Ubezpieczonego i wskazań medycznych, którego specjalność oraz doświadczenie odpowiadają potrzebom w zakresie stanu zdrowia Ubezpieczonego;
 - Hospitalizacja** – leczenie w zakresie Chorób lub zabiegów medycznych lub Operacji objętych Ubezpieczeniem w Szpitalu znajdującym się za granicą Rzeczypospolitej Polskiej (z wyjątkiem Kontroli stanu zdrowia po powrocie do Rzeczypospolitej Polskiej § 3 ust. 4.1. pkt 2 – i Siły Wyższej - § 3 ust. 4.2. pkt 3), trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny;
 - Leki** – każda substancja lub połączenie substancji, które mogą być stosowane lub podawane Ubezpieczonemu w celu przywrócenia, skorygowania, poprawienia lub modyfikacji funkcji fizjologicznych organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne, lub w celu postawienia diagnozy; możliwe do uzyskania wyłącznie na receptę wystawioną przez lekarza i wydawane przez licencjonowanego farmaceutę; lekiem jest również produkt leczniczy posiadający taki sam skład jakościowy i ilościowy substancji czynnych, taką samą postać farmaceutyczną, takie same zastosowanie, działanie i dawkowanie jak referencyjny produkt leczniczy wskazany przez Lekarza na recepcie;
 - Proteza** – urządzenie, które zastępuje całość lub część narządu lub zastępuje całość lub część upośledzonej jego funkcjonalności;
 - Szpital** – szpital działający, jako podmiot leczniczy zgodnie z przepisami prawa państwa, w którym ma swoją siedzibę, jako zakład lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest leczenie chorych i całodobowa opieka nad nimi w

warunkach specjalnie do tych celów przystosowanych, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, będący pod stałym kierownictwem medycznym, zatrudniający wykwalifikowaną kadrę lekarską i pielęgniarską;

- 10) **Niezbędne z medycznego punktu widzenia** – usługi medyczne i środki zaopatrzenia medycznego użyte w leczeniu, które są:

- a) przepisane Ubezpieczonemu w celu leczenia Choroby objętej Ubezpieczeniem lub zorganizowania zabiegu medycznego objętego Ubezpieczeniem w celu poprawy stanu zdrowia Ubezpieczonego i;
- b) uznawane za skuteczne dla poprawy stanu zdrowia na podstawie planów leczenia, które są spójne pod względem rodzaju, częstotliwości i czasu trwania z rozpoznaniem, zgodnie z opublikowaną recenzowaną naukową literaturą medyczną (taką jak Pubmed) lub mających naukowe poparcie w amerykańskich, brytyjskich i europejskich wytycznych (w szczególności, do leczenia nowotworów stosowane będą wytyczne NCCN dotyczące praktyki klinicznej w onkologii (moduł 1) oraz;
- c) bardziej efektywne kosztowo w porównaniu z analogicznymi metodami leczenia, które dają podobne wyniki, w tym brak leczenia, i są wymagane z powodów innych niż wygoda Ubezpieczonego lub jego Lekarza.

Sam w sobie fakt, że Lekarz może zalecić, przepisać, zamówić lub zatwierdzić usługę lub środek zaopatrzenia medycznego, niekoniecznie oznacza, że taka usługa lub środek zaopatrzenia medycznego są niezbędne z medycznego punktu widzenia zgodnie z Umową;

- 11) **Promesa leczenia** – pisemne skierowanie wydane przez FURTHER w imieniu Ubezpieczyciela, przed odbyciem Leczenia za granicą we wskazanym Szpitalu, na Świadczenia medyczne wynikające z Umowy, które stanowi jednocześnie zobowiązanie FURTHER do dokonania płatności za świadczenia w niej wskazane, w odniesieniu do każdego leczenia, usług, środków zaopatrzenia medycznego lub recept dotyczących roszczenia.

- 12) **Okres odszkodowawczy** – okres trzydziestu sześciu (36) miesięcy, liczony dla każdego modułu, w ramach Modułu Leczenia Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP, osobno, który rozpoczyna się od daty pierwszej podróży zorganizowanej i opłaconej w ramach Umowy i uznanego roszczenia.

Okres odszkodowawczy to okres, przez który świadczenia w ramach Umowy są realizowane w odniesieniu do wszystkich roszczeń przyjętych w ramach tego samego modułu.

- 13) **Produkty do terapii genowej:** zawierają geny, które prowadzą do osiągnięcia efektu terapeutycznego, profilaktycznego lub diagnostycznego. Działają poprzez wstawianie do organizmu rekombinowanych genów, zwykle w leczeniu różnych chorób, w tym chorób genetycznych, nowotworów lub chorób przewlekłych. Rekombinowany gen to odcinek DNA lub RNA, który jest tworzony w laboratorium, łączący DNA lub RNA z różnych źródeł;

- 14) **Produkty do terapii komórkami somatycznymi:** zawierają komórki lub tkanki, poddane manipulacji w celu zmiany ich cech biologicznych lub komórki lub tkanki nieprzeznaczone do wykorzystania w tych samych podstawowych funkcjach w organizmie. Mogą być używane do leczenia, diagnozowania lub zapobiegania chorobom;

- 15) **Produkty inżynierii tkankowej:** zawierają komórki lub tkanki, które zostały zmodyfikowane w taki sposób, aby można je było wykorzystać do naprawy, regeneracji lub wymiany ludzkiej tkanki;

- 16) **Terapia komórkami CAR-T (terapia komórkami CAR-T z chimerowym receptorem antygenowym):** rodzaj leczenia, w którym limfocyty T pacjenta (rodzaj komórek układu odpornościowego) modyfikowane są w laboratorium taki sposób, aby móc zaatakować komórki nowotworowe. Limfocyty T pobierane są z krwi pacjenta. Następnie w laboratorium dodawany jest gen dla specjalnego receptora, który wiąże się z określonym białkiem na komórkach nowotworowych u pacjenta. Receptor ten nazywany jest chimerowym receptorem antygenowym (CAR). Duża liczba komórek CAR-T hodowana jest w laboratorium i podawana pacjentowi w formie kroplówki.

- 17) **Zaburzenia poznawcze:** zaburzenia, które upośledzają funkcje poznawcze danej osoby do takiego stopnia, że jej normalne funkcjonowanie w społeczeństwie jest niemożliwe bez leczenia, zgodnie z definicją zawartą w najnowszej wersji Diagnostycznego i statystycznego podręcznika zaburzeń psychicznych (DSM-V).

- 18) **Leczenie eksperymentalne:** leczenie, zabieg, przebieg leczenia, sprzęt, lek lub produkt farmaceutyczny, przeznaczony do użytku medycznego lub chirurgicznego, który:

- a) nie został powszechnie uznany za bezpieczny, skuteczny i odpowiedni w leczeniu Chorób lub Urazów przez różne organizacje naukowe uznawane w międzynarodowym środowisku medycznym, lub
- b) który jest w trakcie badań, analiz, testów lub na jakimkolwiek etapie eksperymentów klinicznych.

- 19) **Kontrola stanu zdrowia:** wszelkie badania diagnostyczne i/lub usługi monitorowania/nadzoru (wykonywane przez Lekarza posiadającego specjalistyczną wiedzę na temat leczonego Krytycznego stanu chorobowego) po odbyciu leczenia za granicą, stosowane w celu ustalenia, czy Ubezpieczony cierpi (lub może cierpieć) z powodu nasilenia lub powikłania lezonego Stanu chorobowego, mające na celu zapobieżenie nawrotom lub wznowom tej tego samego Krytycznego stanu chorobowego.

Plan Kontroli stanu zdrowia powinien zostać opracowany przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą i dostarczony Ubezpieczonemu po zakończonej Hospitalizacji, po ukończeniu leczenia.. Plan wskazuje przedziały czasowe oraz rodzaj procedur diagnostycznych, którym Ubezpieczony powinien być poddany.

- 20) **Uraz:** fizyczne uszkodzenie ciała Ubezpieczonego.

- 21) **Choroba:** dowolne zaburzenie organizmu, układu lub struktury bądź funkcji narządu z możliwym do zidentyfikowania i charakterystycznym zestawem oznak i objawów lub spójnymi zmianami anatomicznymi, zdiagnozowane przez Lekarza.

Za Chorobę uważa się wszystkie Urazy i skutki wynikające z tej samej diagnozy, jak również wszystkie dolegliwości spowodowane tą samą przyczyną lub powiązanymi przyczynami. Jeżeli dolegliwość wynika z tej samej przyczyny, która spowodowała poprzednią Chorobę lub z przyczyny pokrewnej, należy ją traktować jako kontynuację poprzedniej Choroby, a nie jako oddzielną Chorobę.

- 22) **Rak nieinwazyjny lub „in situ”:** złośliwy guz nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka, w którym powstał, i nienaciekający podścieliska i tkanek otaczających.

- 23) **Chirurgia rekonstrukcyjna:** zabiegi mające na celu odbudowę danej struktury w celu skorygowania utraconej przez nią funkcji.
- 24) **Operacja:** wszystkie zabiegi przeprowadzane w celu diagnostycznym lub terapeutycznym, w Szpitalu przez Lekarza o specjalności zabiegowej chirurga wykonywane z przerwaniem ciągłości tkanek, w warunkach sali operacyjnej.
- 25) **Leczenie za granicą:** leczenie **Niezbędne z medycznego punktu widzenia** zorganizowane przez FURTHER w czasie trwania Obowiązującego Okresu odszkodowawczego poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i opłacone w ramach Umowy.
- 26) **Lekarz:** osoba posiadająca odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w kraju udzielania świadczeń zdrowotnych.

§2 Zakres ubezpieczenia

1. Zakres Umowy obejmuje następujące świadczenia:
 - 1) Usługi i zabiegi medyczne wskazane w Umowie w Okresie odszkodowawczym,
 - 2) Koszty wszelkich medycznych procedur diagnostycznych, leczenia, usług, środków zaopatrzenia medycznego lub recept objętych Umową, określonych w § 3,
 - 3) Leczenie zorganizowane przez FURTHER zgodnie z procedurą zgłaszania roszczeń określonych w § 4;
 - 4) Koszty leczenia powstałe poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z wyjątkiem
 - a) Kosztów zakupu leków poniesionych w Rzeczypospolitej Polskiej, o których mowa w § 3 ust. E punkt 1
 - b) Kosztów dalszej opieki poniesionych w Rzeczypospolitej Polskiej, o których mowa w § 3 ust. E punkt 2, z wyjątkiem planu dalszej opieki, który jest objęty ubezpieczeniem.
2. FURTHER pokrywa wyłącznie koszty objętych Umową usług Niezbędnych z medycznego punktu widzenia.
3. Sumy ubezpieczenia oraz limity odpowiedzialności Ubezpieczyciela określone są w Polisie lub innym dokumencie Umowy ubezpieczenia.

§3 Świadczenia należne z tytułu Umowy

Umowa ubezpieczenia w Module Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP pokrywa następujące usługi, koszty i świadczenia pieniężne (w ramach limitów wskazanych w Polisie lub innym dokumencie Umowy ubezpieczenia) powstałe w związku z uzasadnionym roszczeniem zgłoszonym w ramach Ubezpieczenia. Usługi muszą zostać zorganizowane, a wydatki poniesione w ramach Obowiązującego Okresu odszkodowawczego.

A USŁUGI OBJĘTE UBEZPIECZENIEM przed rozpoczęciem leczenia za granicą: Druga opinia medyczna

Ubezpieczony ma prawo zwrócenia się do FURTHER, w momencie zgłaszania roszczenia, o sporządzenie Drugiej opinii medycznej w celu potwierdzenia diagnozy Krytycznego stanu chorobowego oraz rekomendacji planu optymalnego leczenia.

O Drugą opinię medyczną można zwrócić się wyłącznie jeden raz w ramach jednego roszczenia.

Druga opinia medyczna składa się z następujących czynności:

- 1) udzielenia Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej do przygotowania raportu przez Eksperta medycznego;
- 2) w przypadkach uzasadnionych medycznie, ponownej oceny histopatologicznej tkanek Ubezpieczonego uprzednio pobranych na koszt Ubezpieczonego, w celu postawienia diagnozy;
- 3) tłumaczenia dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia Ubezpieczonego, niezbędnej do przygotowania raportu przez Eksperta medycznego;
- 4) przekazania przetłumaczonej dokumentacji medycznej Ekspertowi medycznemu;
- 5) sporządzenia raportu przez Eksperta medycznego, zawierającego:
 - a) opinię Eksperta medycznego na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego leczenia,
 - b) propozycję dotyczącą dalszego postępowania i leczenia zalecanego przez Eksperta medycznego,
 - c) odpowiedzi na pytania Ubezpieczonego dotyczące jego przypadku medycznego.
- 6) wydania raportu przez Eksperta medycznego;
- 7) przetłumaczenia raportu Eksperta medycznego na język polski;
- 8) doręczenia raportu Eksperta medycznego Ubezpieczonemu.

B KOSZTY MEDYCZNE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM w trakcie Leczenia za granicą:

Opieka medyczna za granicą (usługa Medical Concierge)

1. W ramach świadczenia Opieka medyczna za granicą (usługa Medical Concierge) FURTHER organizuje i pokrywa poniżej wymienione koszty, powstałe w związku z Krytycznym stanem chorobowym, którego leczenie wymaga usług Niezbędnych z medycznego punktu widzenia, na zasadach określonych w Umowie i do wysokości sumy ubezpieczenia lub limitów określonych w Polisie.
2. Zakres świadczeń Opieki medycznej za granicą (usługa Medical Concierge) obejmuje organizację oraz:
 - 1) pokrycie kosztów leczenia za granicą Rzeczypospolitej Polskiej:
 - a) pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, w tym koszty:
 - i. zakwaterowania, żywienia i usług opiekuńczych świadczonych w okresie Hospitalizacji Ubezpieczonego, koszty pobytu Ubezpieczonego w pokoju, na oddziale lub na oddziale intensywnej terapii, a także na oddziale obserwacyjnym,
 - ii. usług szpitalnych, w tym usług świadczonych przez przychodnię przyszpitalną,
 - iii. dodatkowego łóżka związanego z pobytem w Szpitalu osoby towarzyszącej Ubezpieczonemu (lub dwóch osób towarzyszących, gdy leczony Ubezpieczony jest osobą małoletnią), w przypadku jeżeli Szpital udostępni taką usługę;
 - iv. wykonania Operacji na sali operacyjnej, w tym koszty opieki anestezjologicznej.
 - b) pobytu Ubezpieczonego w poradni przyszpitalnej lub centrum obsługi pacjenta, pod warunkiem że poniesione tam koszty byłyby objęte ubezpieczeniem w związku z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu,
 - c) pobytu na oddziale pobytu dziennego lub w ośrodku pomocy, jeśli Szpital takim dysponuje, ale tylko w przypadku, gdy leczenie, Operacja lub recepta były objęte Umową,
 - d) opieki lekarskiej, w odniesieniu do badania, leczenia lub operacji,

- e) wizyt lekarskich podczas Hospitalizacji,
 - f) znieczulenia i podania środków znieczulających, pod warunkiem że są wykonywane przez wykwalifikowanego anestezjologa,
 - g) badań laboratoryjnych, badań histopatologicznych i, badań rentgenowskich, scyntygrafii, elektrokardiogramów, echokardiografii, mielogramów, elektroencefalogramów, badań naczyniowych, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, oraz innych badań i zabiegów diagnostycznych - które są niezbędne do przeprowadzenia leczenia objętej Ubezpieczeniem Choroby lub przeprowadzenia objętego Ubezpieczeniem zabiegu medycznego, lub Operacji, i na które Lekarz prowadzący za granicą wystawił skierowanie, oraz są wykonywane przez Lekarza lub pod nadzorem Lekarza,
 - h) radioterapii, procedur z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, chemioterapii oraz innych procedur leczniczych - które są niezbędne do przeprowadzenia leczenia objętej Ubezpieczeniem Choroby lub przeprowadzenia objętego Ubezpieczeniem zabiegu medycznego, lub Operacji, i na które Lekarz prowadzący za granicą wystawił skierowanie, oraz są wykonywane przez Lekarza lub pod nadzorem Lekarza,
 - i) transfuzji krwi, osocza i podawania surowicy,
 - j) związanych z terapiami z wykorzystaniem tlenu, stosowaniem płynów dożylnych, jak również iniekcji,
 - k) Chirurgii rekonstrukcyjnej polegającej na naprawie lub odbudowie struktury uszkodzonej lub usuniętej w wyniku zabiegów medycznych zorganizowanych i opłaconych na mocy Umowy.
 - l) leczenia powikłań lub skutków ubocznych bezpośrednio związanych z zabiegami medycznymi zorganizowanymi i opłaconymi na mocy Umowy, które:
 - i. wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w warunkach szpitalnych oraz
 - ii. wymagają leczenia przed uznaniem Ubezpieczonego za zdolnego do podróży w celu powrotu do Rzeczypospolitej Polskiej po zakończeniu etapu Leczenia za granicą.
 - m) Leków przepisanych przez Lekarza po Hospitalizacji związanej z leczeniem Krytycznego stanu chorobowego, poniesionych przez Ubezpieczonego za granicą Rzeczypospolitej Polskiej w ciągu 30 dni od dnia zakończenia procesu leczenia za granicą, pod warunkiem że Leki te zostały zakupione przed powrotem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - n) transferu i transportu medycznego ambulansem naziemnym lub powietrznym, pod warunkiem że został on zalecony przez Lekarza i wcześniej zaakceptowany i zorganizowany przez FURTHER,
 - o) w odniesieniu do świadczeń dla żywego dawcy w trakcie procesu pobrania narządu celem przeszczepienia go Ubezpieczonemu wynikających z:
 - i. kosztu badań wraz z analizą wykonanych w celu zidentyfikowania odpowiedniego dawcy w rodzinie Ubezpieczonego;
 - ii. usług szpitalnych świadczonych dawcy, w tym zakwaterowanie na sali szpitalnej, oddziale lub w dziale, posiłki, usługi z zakresu pielęgniarstwa ogólnego, standardowe usługi świadczone przez personel Szpitala, badania laboratoryjne oraz korzystanie ze sprzętu i innych obiektów Szpitala (z wyłączeniem przedmiotów osobistego użytku, które nie są wymagane podczas procesu pobierania narządu lub tkanki do przeszczepu);
 - iii. kosztów operacji i usług medycznych związanych z pobraniem narządu lub tkanki dawcy celem przeszczepienia Ubezpieczonemu.
 - p) w odniesieniu do usług i środków zaopatrzenia medycznego niezbędnych dla potrzeb posiewów szpiku kostnego w związku z przeszczepem tkanki, który ma zostać przeprowadzony u Ubezpieczonego, ubezpieczenie obejmie jedynie wydatki poniesione od daty wystawienia Promesy leczenia;
3. W przypadku, gdy jakkolwiek siła wyższa lub ograniczenia logistyczne lub operacyjne nałożone przez władze krajowe lub międzynarodowe utrudniają dalszą organizację leczenia za granicą, FURTHER zorganizuje realizację świadczeń określonych w § 3 ust. B pkt 1 w Polsce, pod warunkiem, że te same ograniczenia logistyczne lub operacyjne nie utrudnią zorganizowania równoważnego i medycznie wykonalnego analogicznego leczenia w Polsce. Świadczenia określone w § 3 ust. B pkt 1 będą dostępne w Polsce tylko do czasu, gdy FURTHER będzie w stanie potwierdzić przywrócenie organizacji Leczenia za granicą.
 4. Świadczenia udzielane w Polsce będą wypłacane w kwocie stanowiącej nadwyżkę nad ewentualnym prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym posiadanym przez Ubezpieczonego.

C KOSZTY NIEMEDYCZNE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM w trakcie Leczenia za granicą

1. Umowa obejmie niżej opisane wydatki niemedyczne powstałe w związku z podróżą i zakwaterowaniem zorganizowanymi przez FURTHER w celu zapewnienia Ubezpieczonemu dostępu do leczenia na warunkach określonych w Promesie leczenia.
2. Ubezpieczenie obejmuje koszty podróży i zakwaterowania Ubezpieczonego, osoby towarzyszącej (lub dwóch osób towarzyszących, gdy poddawany leczeniu Ubezpieczony jest osobą małoletnią) w odniesieniu do każdego wyjazdu obejmującego podróż z Rzeczypospolitej Polskiej do miejsca leczenia i powrót oraz organizację niezbędnego zakwaterowania na łączny czas trwania każdej podróży.
3. Daty i czas trwania podróży zostaną określone przez FURTHER na podstawie harmonogramu planu leczenia wskazanego przez Lekarza prowadzącego za granicą (Lekarzy prowadzących za granicą).
4. Ubezpieczenie obejmuje koszty podróży i zakwaterowania w przypadku każdego wyjazdu objętego ubezpieczeniem zgodnie warunkami określonymi poniżej:

4.1. KOSZTY PODRÓŻY związane z odbyciem Leczenia za granicą:

pokrycie kosztów podróży Ubezpieczonego wraz z osobą towarzyszącą (lub dwiema osobami towarzyszącymi, gdy poddawany leczeniu Ubezpieczony jest osobą małoletnią) oraz dawcą (w przypadku przeszczepów) w następującym zakresie:

- a) FURTHER organizuje i pokrywa koszty podróży Ubezpieczonego i osoby towarzyszącej (lub dwóch osób towarzyszących, gdy poddawany leczeniu Ubezpieczony jest osobą małoletnią) oraz dawcy w przypadku przeszczepów za granicą, w związku z leczeniem Ubezpieczonego w zagranicznej placówce medycznej potwierdzonej w Promesie leczenia;
- b) Całość podróży musi zostać zorganizowana przez FURTHER, FURTHER nie pokryje kosztów podróży

zorganizowanej przez Ubezpieczonego lub jakąkolwiek osobę trzecią w imieniu Ubezpieczonego.

FURTHER odpowiada za ustalenie dat podróży dla każdej objętej ubezpieczeniem podróży na podstawie zatwierdzonego harmonogramu leczenia. Daty te zostaną podane Ubezpieczonemu z wyprzedzeniem pozwalającym mu na dokonanie wszelkich niezbędnych osobistych przygotowań;

- c) kosztów podróży lub transportu medycznego, które obejmują:
- i. transport Ubezpieczonego z jego miejsca stałego pobytu do międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego, z którego zgodnie z planem podróży będzie zorganizowany transport do miasta docelowego leczenia,
 - ii. bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej do miasta docelowego leczenia i transport do wskazanego hotelu,
 - iii. transport z hotelu lub Szpitala do lotniska lub międzynarodowego dworca kolejowego,
 - iv. bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej oraz transport z miasta docelowego do miejsca stałego pobytu Ubezpieczonego;
- d) Objęte ubezpieczeniem koszty podróży nie obejmują transferów z hotelu do Szpitala lub Lekarza prowadzącego leczenie za granicą w czasie trwania Leczenia za granicą.

4.2. KOSZTY ZAKWATEROWANIA w trakcie Leczenia za granicą:

pokrycie kosztów zakwaterowania Ubezpieczonego oraz osoby towarzyszącej (lub dwóch osób towarzyszących, gdy poddawany leczeniu Ubezpieczony jest osobą małoletnią) lub dawcy w zakresie opisanym poniżej lit. a – f poniżej

- a) FURTHER organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania Ubezpieczonego i osoby towarzyszącej (lub dwóch osób towarzyszących, gdy poddawany leczeniu Ubezpieczony jest osobą małoletnią) oraz dawcy, w przypadku przeszczepów, związanych z ich pobylem w miejscu wykonywania Operacji;
- b) Całość zakwaterowania w przypadku każdej podróży objętej ubezpieczeniem w ramach Umowy musi być zorganizowana przez FURTHER i FURTHER nie pokryje kosztów żadnego zakwaterowania zorganizowanego przez Ubezpieczonego lub jakąkolwiek osobę trzecią w imieniu Ubezpieczonego.

FURTHER odpowiada za ustalenie terminów rezerwacji zakwaterowania dla każdej podróży objętej ubezpieczeniem na podstawie zatwierdzonego harmonogramu leczenia. Daty te zostaną podane Ubezpieczonemu z wyprzedzeniem pozwalającym mu na dokonanie wszelkich niezbędnych osobistych przygotowań;

- c) FURTHER ustala okres zakwaterowania osób określonych w lit. a powyżej na podstawie uzgodnionego planu leczenia Ubezpieczonego, przy czym w przypadku gdy Ubezpieczony, bez uzasadnienia medycznego oraz bez uzgodnienia z FURTHER zmieni datę zakwaterowania, będzie zobowiązany do zwrotu FURTHER wszelkich kosztów związanych z wprowadzonymi zmianami warunków zakwaterowania, o ile takie wystąpią;
- Organizacja zakwaterowania obejmuje:
- d) zakwaterowanie w pokoju dwuosobowym w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym ze śniadaniem. O wyborze

hotelu będzie decydowała odległość od Szpitala lub Lekarza prowadzącego za granicą, która powinna być nie większa niż 10 km;

- e) wszystkie posiłki (z wyjątkiem śniadań) i związane z tym koszty nie są objęte ubezpieczeniem;
- f) podwyższenie standardu hotelu nie jest możliwe i nie może być sfinansowane przez Ubezpieczonego;

4.3. KOSZTY REPATRIACJI

pokrycie kosztów repatriacji zwłok Ubezpieczonego lub dawcy w zakresie określonym w lit. a-b poniżej:

- a) FURTHER organizuje i pokrywa koszty repatriacji zwłok Ubezpieczonego lub dawcy do miejsca pochówku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli nastąpi śmierć Ubezpieczonego lub dawcy podczas organizowanego przez Ubezpieczyciela procesu leczenia za granicą Rzeczypospolitej Polskiej;
- b) koszty repatriacji zwłok obejmują:
 - i. usługi świadczone przez zakład pogrzebowy zajmujący się repatriacją za granicę, w tym balsamowanie i wszelkie formalności administracyjne.
 - ii. koszt zakupu trumny spełniającej minimalne wymagania
 - iii. transport zwłok zmarłego z lotniska do wyznaczonego miejsca pochówku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

D ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM w trakcie Leczenia za granicą

- 1) wypłatę świadczenia pieniężnego za każdy dzień pobytu w Szpitalu w zakresie określonym w lit. a-b poniżej:
 - a) FURTHER wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie, za każdą pełną dobę Hospitalizacji podczas leczenia szpitalnego Ubezpieczonego za granicą w ramach Opieki medycznej za granicą (usługa Medical Concierge), w kwocie określonej w Polisie lub innym dokumencie Umowy ubezpieczenia;
 - b) FURTHER wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie za każdą dobę pobytu w Szpitalu za okres nieprzekraczający 60 dni, który jest liczony osobno w stosunku do każdego zasadnego roszczenia z tytułu Krytycznego stanu chorobowego;

E KOSZTY MEDYCZNE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM po powrocie z Leczenia za granicą

1) KOSZTY ZAKUPU LEKÓW po powrocie z Leczenia za granicą:

zwrot kosztów poniesionych na zakup Leków, po powrocie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie określonym w lit. a-d poniżej:

Po powrocie do Rzeczypospolitej Polskiej z leczenia za granicą, FURTHER pokryje koszty Leków przepisanych i zakupionych w Rzeczypospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem następujących warunków i ograniczeń:

- i. Lek jest certyfikowany i zatwierdzony przez organ uprawniony do rejestracji wyrobów medycznych i produktów leczniczych w Rzeczypospolitej Polskiej, a jego przepisywanie i podawanie jest regulowane, oraz
- ii. Lek można zakupić w Rzeczypospolitej Polskiej w czasie i w sposób niezbędny do kontynuacji leczenia, oraz
- iii. Lek wymaga wystawienia na receptę przez Lekarza w Rzeczypospolitej Polskiej, oraz

- iv. Lek jest zalecany przez FURTHER zgodnie z zaleceniami Lekarza prowadzącego za granicą, który leczył Ubezpieczonego, jako niezbędny do kontynuacji leczenia, oraz
- v. Lek podawany jest w następstwie Hospitalizacji poza Rzeczpospolitą Polską trwającej co najmniej trzy doby, zatwierdzonej przez FURTHER w Promesie leczenia, oraz
- vi. żadna recepta nie jest wystawiona w ilości do zażywania przez okres dłuższy niż 2 miesiące oraz
- vii. wszystkie recepty wystawiane są przed końcem Okresu odszkodowawczego.

Zakup Leku w ramach § 3 ust. E pkt 1, jeśli zostanie dokonany w Rzeczpospolitej Polskiej, jest organizowany i opłacony bezpośrednio przez Ubezpieczonego. FURTHER zwróci Ubezpieczonemu poniesione koszty po otrzymaniu odnośnej recepty, oryginału faktury i dowodu zapłaty.

Jeżeli koszt Leku został częściowo lub w całości zrefundowany przez publiczną służbę zdrowia Rzeczpospolitej Polskiej, lub z innej polisy ubezpieczeniowej, FURTHER zwróci jedynie te koszty, które nie zostały zrefundowane, czyli zostały poniesione bezpośrednio przez Ubezpieczonego. Wniosek o dokonanie zwrotu powinien jasno wyodrębnić koszty poniesione bezpośrednio przez Ubezpieczonego od części zrefundowanych.

W przypadku, gdy zalecany Lek (lub zamiennie równoważny Lek o podobnej skuteczności), po otrzymaniu potwierdzenia przez FURTHER :

- i. nie jest certyfikowany lub zatwierdzony do stosowania w Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z powyższym warunkiem § 3 ust. E pkt 1.a.i, lub
- ii. nie jest możliwy do kupienia lub dostępny dla Ubezpieczonego w Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z powyższym warunkiem § 3 ust. E pkt 1.a.ii, i
- iii. wszystkie pozostałe warunki § 3 ust. .E pky 1.a.i do vii są nadal spełnione

w ramach Umowy zostaną pokryte również koszty zakupu Leków poza Rzeczpospolitą Polską.

W takim przypadku FURTHER poczyni niezbędne ustalenia dotyczące podróży i zakwaterowania na zasadach opisanych w § 3 ust. C ppkt 4.1. i 4.2. dla Ubezpieczonego i wskazanej osoby towarzyszącej (lub dwóch osób towarzyszących, gdy poddawany leczeniu Ubezpieczony jest osobą małoletnią).

2) Kontrola stanu zdrowia po powrocie do Rzeczpospolitej Polskiej w zakresie określonym w pkt. a-d poniżej:

- a) Po powrocie do Rzeczpospolitej Polskiej po zakończeniu etapu Leczenia za granicą, w ramach Umowy zostaną pokryte wydatki wynikające z Kontroli stanu zdrowia poniesione w Rzeczpospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem następujących warunków i ograniczeń:
 - i. Kontrola stanu zdrowia odbyła się w jednym ze Szpitali wybranych przez FURTHER i
 - ii. Kontrola stanu zdrowia jest dostępna w Rzeczpospolitej Polskiej w czasie i w sposób niezbędny do regularnych badań medycznych, oraz
 - iii. Kontrola stanu zdrowia odbywa się zgodnie z zaleceniami Lekarza prowadzącego za granicą (Lekarzy), który leczył Ubezpieczonego, w zakresie niezbędnym do wykonywania regularnych badań medycznych i monitorowania oraz

iv. faktury związane z Kontrolą stanu zdrowia wystawiane są przed końcem Okresu odszkodowawczego.

- b) Kontrola stanu zdrowia w ramach § 3 ust. E pkt 2, jeśli odbywa się w Rzeczpospolitej Polskiej, jest organizowana i opłacana bezpośrednio przez Ubezpieczonego w Rzeczpospolitej Polskiej. FURTHER zwróci Ubezpieczonemu poniesione koszty po otrzymaniu oryginału faktury i dowodu zapłaty.
- c) W przypadku, gdy Lekarze odpowiedzialni za zorganizowanie Kontroli stanu zdrowia w Rzeczpospolitej Polskiej wskażą, w związku ze zmianą stanu zdrowia Ubezpieczonego, potrzebę aktualizacji wytycznych dotyczących Kontroli stanu zdrowia pierwotnie ustalonych przez Lekarza prowadzącego za granicą, FURTHER poinformuje o tym Lekarza prowadzącego za granicą celem uzyskania akceptacji potwierdzi, w stosownych przypadkach, zwrot takich kosztów zgodnie z nowymi zaakceptowanymi wytycznymi.
- d) Jeżeli koszt Kontroli stanu zdrowia został zrefundowany w części lub w całości przez publiczną służbę zdrowia Rzeczpospolitej Polskiej lub z innej polisy ubezpieczeniowej, FURTHER zwróci jedynie te koszty, które nie zostały zrefundowane, czyli zostały poniesione bezpośrednio przez Ubezpieczonego. Wniosek o dokonanie zwrotu powinien jasno wyodrębnić koszty poniesione bezpośrednio przez Ubezpieczonego od części zrefundowanych.
- e) Na wniosek Ubezpieczonego i pod warunkiem, że powyższe warunki § 3 ust. E pkt 2 a. iii i § 3 ust. .E pkt 2 a. iv są nadal spełnione, FURTHER może również zatwierdzić i zorganizować Kontrolę stanu zdrowia poza Rzeczpospolitą Polską.

W takim przypadku:

- i. Kontrola stanu zdrowia będzie realizowana przez Lekarza prowadzącego za granicą (Lekarzy), który leczył Ubezpieczonego, lub przez jego zespół medyczny.
- ii. FURTHER bezpośrednio pokryje medyczne koszty takich konsultacji i badań diagnostycznych.
- iii. FURTHER poczyni niezbędne ustalenia dotyczące podróży i zakwaterowania na zasadach opisanych w § 3 ust. C pkt 4.1. i 4.2. dla Ubezpieczonego i wskazanej osoby (lub dwóch osób towarzyszących, gdy poddawany leczeniu Ubezpieczony jest osobą małoletnią).

§4 Realizacja świadczeń

1. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Krytycznego stanu chorobowego realizowane jest po zgłoszeniu Ubezpieczycielowi roszczenia, w formie pisemnej, lub za pośrednictwem elektronicznych środków porozumiewania się, najlepiej na formularzu Ubezpieczyciela wraz z wymienionymi w nim załącznikami.
2. Koordynację realizacji świadczeń w zakresie Drugiej opinii medycznej lub Opieki medycznej za granicą będzie realizować w imieniu Ubezpieczyciela FURTHER.
3. Warunkiem skorzystania z usługi Opieki Medycznej za granicą jest potwierdzenie Krytycznego stanu chorobowego w raporcie Eksperta Medycznego (w przypadku wyboru przez Ubezpieczonego świadczenia Drugiej opinii medycznej) lub kompletnej dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego, uznanej przez FURTHER za niezbędną do oceny zasadności roszczenia (w przypadku, gdy Ubezpieczony zdecydował się zrezygnować z Drugiej opinii medycznej).
4. Refundacja kosztów poniesionych na leki, o których mowa w § 3 ust. .E pkt 1 i Kontrolę stanu zdrowia, o której mowa w § 3 ust. E pkt 2, odbywa się na podstawie złożonego przez

Ubezpieczonego wniosku o refundację kosztów wraz z kopią recepty oraz oryginałem faktury i dowodem zapłaty.

Procedura realizacji świadczeń

Zgłoszenie roszczenia

5. Po zgłoszeniu roszczenia odpowiednio zgodnie z ust. 1 powyżej, FURTHER skontaktuje się niezwłocznie z Ubezpieczonym i poinformuje go o działaniach wymaganych celem przekazania FURTHER odpowiednich badań diagnostycznych i dokumentów medycznych niezbędnych do oceny zasadności roszczenia.
6. W przypadku, gdy Ubezpieczony zażąda usługi Drugiej opinii medycznej, usługa ta będzie wymagała wykonania przed potwierdzeniem, iż roszczenie wchodzi w zakres pokrycia udzielanego na mocy Umowy.

Potwierdzenie zasadności roszczenia i wykaz zalecanych Szpitali

7. Po otrzymaniu wszystkich odnośnych badań diagnostycznych i historii choroby, wnioskowanych przez FURTHER, Ubezpieczony zostanie poinformowany, czy roszczenie jest objęte Umową.
8. W przypadku, gdy Ubezpieczony wyrazi wolę podjęcie Leczenia za granicą, FURTHER oceni dostępność Okresu odszkodowawczego, w efekcie czego zaistnieje jeden z następujących scenariuszy:

a) Scenariusz 1: Pełna dostępność

Nie zgłoszono wcześniej roszczenia w ramach odnośnego modułu, w wyniku którego zorganizowano i opłacono leczenie zgodnie z Umową. W związku z tym, FURTHER potwierdzi pełną dostępność 36 miesięcy Okresu odszkodowawczego.

b) Scenariusz 2: Częściowa dostępność

Zgłoszono wcześniejsze roszczenie (roszczenia) w ramach odnośnego modułu, w wyniku czego zorganizowano i opłacono leczenie zgodnie z Umową. W związku z tym, FURTHER potwierdzi dostępność liczby pozostałych miesięcy w Okresie odszkodowawczym.

c) Scenariusz 3: Upiął Okres odszkodowawczy

Zgłoszono wcześniejsze roszczenie (roszczenia) w ramach odnośnego modułu, w wyniku czego zorganizowano i opłacono leczenie zgodnie z Umową, aż do upływu Okresu odszkodowawczego. FURTHER potwierdzi, że roszczenie nie zostanie uznane w ramach Umowy z uwagi na wyczerpanie Okresu odszkodowawczego.

9. W scenariuszach 1 (lit. a) i 2 (lit. b) Ubezpieczonemu zostanie przekazana lista rekomendowanych Szpitali

Promesa leczenia

10. Po otrzymaniu przez FURTHER od Ubezpieczonego potwierdzenia decyzji o leczeniu za granicą w Szpitalu wybranym z wykazu rekomendowanych Szpitali i pod warunkiem, że leczenie ma się rozpocząć przez upływem Okresu odszkodowawczego, FURTHER skoordynuje niezbędne formalności logistyczne oraz medyczne w celu właściwego przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala oraz wystawi Promesę leczenia, ważną wyłącznie dla danego Szpitala.
11. Wykaz rekomendowanych Szpitali oraz Promesa leczenia wystawiane są na podstawie stanu zdrowia Ubezpieczonego w

chwili wystawienia Promesy leczenia przez FURTHER. W związku z możliwą zmianą stanu zdrowia Ubezpieczonego po wystawieniu Promesy leczenia, obydwa dokumenty, tj. wykaz rekomendowanych Szpitali oraz Promesa leczenia zachowują ważność przez okres trzech miesięcy od daty ich wystawienia.

12. W przypadku niewybrania przez Ubezpieczonego Szpitala z wykazu rekomendowanych Szpitali lub nierozpoczęcia leczenia w zatwierdzonym Szpitalu, o którym mowa w Promesie leczenia w terminie trzech miesięcy od wystawienia dokumentu, FURTHER wystawi ponownie wyżej wymienione dokumenty w oparciu o aktualny w tym czasie stan zdrowia Ubezpieczonego.

Okres odszkodowawczy

13. Okres odszkodowawczy w ramach poszczególnych modułów rozpocznie się w dniu pierwszej podróży mającej na celu odbycie Leczenia za granicą. W ramach Umowy zostaną pokryte usługi, wydatki i świadczenia pieniężne (do wysokości limitów wskazanych w Polisie lub innym dokumencie Umowy ubezpieczenia) powstałe w związku z zasadnym roszczeniem zgłoszonym na podstawie Umowy przez czas trwania Okresu odszkodowawczego.
14. W przypadku, gdy na koniec Okresu odszkodowawczego Ubezpieczony podlega Hospitalizacji lub znajduje się pod opieką Szpitala na warunkach określonych w Promesie leczenia, Umowa zapewnia pokrycie kosztów leczenia określonych w § 3 ust. B pkt 1 do momentu najbliższego zaplanowanego na podstawie ustalonego planu leczenia powrotu do Rzeczypospolitej Polskiej.

Powrót z Leczenia za granicą

15. W przypadku, gdy powrót do Rzeczypospolitej Polskiej po zrealizowaniu planu leczenia nastąpi przed końcem

Okresu odszkodowawczego, FURTHER przedstawi Ubezpieczonemu wytyczne dotyczące objętych ubezpieczeniem kosztów leczenia po powrocie z Leczenia za granicą. Wytyczne te oparte będą na zaleceniach Lekarza prowadzącego za granicą.

16. W ramach tego scenariusza Ubezpieczony będzie uprawniony do:
 - a) Korzystania z możliwości zwrotu kosztów Leków, o której mowa w § 3 ust. E pkt 1 i
 - b) Korzystania z tytułu Kontroli stanu zdrowia, o którym mowa w § 3 ust. E pkt 2

aż do końca Okresu odszkodowawczego.

Analiza roszczeń po powrocie z Leczenia za granicą

17. Po powrocie Ubezpieczonego do Rzeczypospolitej Polskiej po zrealizowaniu planu leczenia, stan zdrowia Ubezpieczonego może ulec zmianie, co może spowodować konieczność przeprowadzenia ponownej jego oceny pod kątem dalszego leczenia Niezbędnego z medycznego punktu widzenia. Ubezpieczony ma prawo ponownego zgłoszenia roszczenia FURTHER w celu przeprowadzenia takiej oceny, o ile nadal obowiązuje odnośny Okres odszkodowawczy.
18. FURTHER następnie ponownie poinformuje Ubezpieczonego o niezbędnych wymaganych badaniach diagnostycznych i dokumentacji medycznej, które powinny być dostarczone FURTHER w celu przeprowadzenia takiej oceny..
19. W przypadku, gdy ocena przeprowadzona przez FURTHER potwierdzi, że dalsze leczenie jest Niezbędne z medycznego punktu widzenia, Ubezpieczony otrzyma potwierdzenie w

formie na nowo wystawionej Promesy leczenia, wraz z listą rekomendowanych Szpitali i możliwego Planu leczenia za granicą.

20. Do przeprowadzenia oceny może okazać się konieczne ponowne wykonanie usługi Drugiej Opinii Medycznej, o ile FURTHER uzna to za Niezbędne z medycznego punktu widzenia
21. Umowa będzie nadal obejmować wszystkie usługi i wydatki medyczne (zgodnie ze szczegółowym opisem w § 3) do końca Okresu odszkodowawczego zgodnie z warunkami ostatniej Promesy leczenia.

Współpraca

22. W celu potwierdzenia współpracy Ubezpieczonego z Lekarzem prowadzącym za granicą w ramach leczenia, Ubezpieczony i jego krewni zobowiązani są do wyrażenia zgody na wizyty Lekarzy pracujących dla FURTHER i/lub Ubezpieczyciela oraz na wszelkie zapytania uznane za niezbędne przez FURTHER i/lub Ubezpieczyciela. W tym celu Lekarze, którzy udzielili świadczenia Ubezpieczonemu, zostaną zwolnieni z obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej. Zgoda wydawana będzie bezpośrednio lub pośrednio dla każdej wizyty lub zapytania.
23. Niedopuszczenie do powyższych wizyt zostanie uznane przez Ubezpieczyciela za wyraźne zrzeczenie się prawa do wypłaty świadczeń w odniesieniu do odnośnego roszczenia objętego Umową.

Wydatki

Dopóki warunki Promesy leczenia są spełnione, FURTHER pokryje bezpośrednio, w ramach świadczeń w ramach Umowy, wydatki poniesione przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ograniczeń, wyłączeń i warunków wyszczególnionych w Umowie.

§5 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Oprócz wyłączeń określonych w § 14 OWU Część Ogólna, odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje Krytycznych stanów chorobowych powstałych w związku z:
- 1) Chorobami, które zdiagnozowano leczono, lub których powiązane i udokumentowane medycznie objawy lub oznaki zostały stwierdzone po raz pierwszy w ciągu 3 miesięcy od dnia przystąpienia do Umowy w zakresie Modułu Leczenie Poważnych Zachorowań Chorób za Granicą – BEST HELP;
 - 2) Chorobami, które zdiagnozowano lub leczono lub Chorobami, których objawy zostały stwierdzone stosownymi dokumentami medycznymi w okresie 10 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy w zakresie Modułu Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP;
 - 3) Procedurami medycznymi wymaganymi w związku z AIDS, HIV lub Chorobami związanymi z tymi Chorobami (w tym mięsak Kaposiego), lub leczenia AIDS lub HIV;
 - 4) Leczeniem eksperymentalnym, jak również leczeniem lub czynnościami, które nie zostały powszechnie uznane przez wiodące organizacje w Stanach Zjednoczonych Ameryki oraz Europie uznane przez międzynarodowe środowisko medyczne, za bezpieczne, skuteczne lub właściwe dla celów leczenia danego Krytycznego stanu chorobowego, lub leczeniem będącym, na etapie badania, testowania lub na dowolnym etapie eksperymentów medycznych lub badań klinicznych;

- 5) Roszczeniem, w przypadku którego Ubezpieczony, przed, w trakcie lub po przeprowadzeniu procesu oceny zasadności roszczenia przez FURTHER:
 - a) nie zastosował się do porad, zaleceń lub ustalonego planu leczenia Lekarza prowadzącego za granicą lub
 - b) odmawia poddania się leczeniu lub poddania się dodatkowym analizom diagnostycznym bądź badaniom niezbędnym do postawienia ostatecznej diagnozy lub ustalenia planu leczenia.

Wydatki nieobjęte ubezpieczeniem

2. Oprócz wyłączeń określonych w § 14 OWU Część Ogólna oraz wskazanych w ust. 1 powyżej, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności na podstawie Umowy w zakresie wskazanym poniżej w pkt. 1-12, nawet jeżeli takie świadczenia są uzasadnione lub niezbędne w wyniku wystąpienia Poważnej Choroby, tj. w zakresie:
- 1) wydatków w związku z diagnostyką, leczeniem, usługami, środkami zaopatrzenia medycznego lub receptami dowolnego rodzaju poniesionych w Rzeczypospolitej Polskiej), z wyjątkiem
 - a) wydatków na Leki poniesionych w Rzeczypospolitej Polskiej, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1
 - b) wydatków na Kontrolę stanu zdrowia poniesionych w Rzeczypospolitej Polskiej, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 2
 - 2) kosztów poniesionych przed datą wystawienia Promesy leczenia;
 - 3) opłat za inne leczenie, usługi, środki zaopatrzenia medycznego lub recepty w przypadku Choroby lub stanu chorobowego, dla których najlepszą metodą leczenia według planu Leczenia potwierdzonego przez FURTHER jest przeszczep organu objęty Umową (moduł 4)
 - 4) kosztów poniesionych w innym Szpitalu poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej niż ten, do którego został skierowany Ubezpieczony w Promesie leczenia;
 - 5) kosztów poniesionych w związku opieką domową związaną z rekonwalescencją, pobytem w domu opieki zdrowotnej lub usługami świadczonymi w ośrodku rekonwalescencji lub podobnej instytucji, uzdrowiskach, klinikach i gabinetach medycyny naturalnej, hospicjum lub domu starców;
 - 6) kosztów poniesionych na zakup lub wynajem dowolnego typu protezy lub przyrządów ortopedycznych, gorsetów, bandaży, kul, sztucznych członków lub organów, peruk (nawet jeśli ich zastosowanie zostanie uznane za konieczne podczas chemioterapii), obuwia ortopedycznego, protez dentystycznych, pasów przepuklinowych, wózków, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych, filtrów powietrza, urządzeń lub przedmiotów, z wyjątkiem protez piersi – po mastektomii, i sztucznych zastawek serca, niezbędnych w związku z przebyciem Operacją, zrealizowaną w ramach świadczenia Opieki medycznej za granicą (usługa Medical Concierge);
 - 7) organizacji i pokrycia kosztów medycyny alternatywnej i leczenia niekonwencjonalnego (z uwzględnieniem akupunktury, aromaterapii, chiropraktyki, homeopatii, naturopatii, Ajurwedy, tradycyjnej medycyny chińskiej i osteopatii), nawet jeśli zostało przepisane lub zalecone przez Lekarza podczas leczenia Krytycznego stanu chorobowego;
 - 8) gdy poza leczeniem w ramach świadczeń Opieki medycznej za granicą (usługa Medical Concierge) zajdzie potrzeba leczenia związanego z zaburzeniami poznawczymi, otępieniem starczym lub upośledzeniem mózgu, demencją,

- niezależnie od stanu ich zaawansowania, lub w związku z porodem lub połogiem;
- 9) kosztów poniesionych na tłumacza, z wyjątkiem tłumaczenia zorganizowanego przez FURTHER, dotyczącego prowadzonego w ramach świadczeń z tytułu Opieki medycznej za granicą (usługa Medical Concierge) procesu leczenia;
 - 10) kosztów poniesionych na rozmowy telefoniczne oraz opłaty w odniesieniu do przedmiotów osobistego użytku lub które nie są natury medycznej, lub z tytułu usług świadczonych uprawnionej osobie towarzyszącej;
 - 11) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego lub uprawnioną osobę towarzyszącą, które nie są objęte zakresem Umowy;
 - 12) kosztów z tytułu zakwaterowania lub transportu nie zorganizowanych przez FURTHER.
 - 13) leczenia obejmującego grupy terapii: terapię genową, terapię komórkami somatycznymi, terapię inżynierią tkankową i terapię komórkami CAR-T.
 - 14) wszelkich usług lub środków zaopatrzenia medycznego, które nie są Niezbędne z medycznego punktu widzenia do leczenia Choroby objętej Ubezpieczeniem lub do przeprowadzenia zabiegu medycznego lub Operacji objętych Ubezpieczeniem.
 - 15) leczenia długoterminowych skutków ubocznych, łagodzenie objawów przewlekłych lub rehabilitacji (w tym między innymi fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej oraz terapii językowej i logopedycznej).
 - 16) wszelkich wydatków poniesionych w związku z diagnostyką, leczeniem, usługami, środkami zaopatrzenia medycznego lub receptami dowolnego rodzaju, poniesionych na całym świecie, w przypadku gdy Ubezpieczony w momencie zgłoszenia roszczenia nie może być uznany za stałego/legalnego rezydenta Rzeczypospolitej Polskiej.
 - 17) wszelkich wydatków poniesionych poza Okresem odszkodowawczym, z wyjątkiem wymienionych w § 4 pkt 14
 - 18) wszelkich leków, które nie zostały wydane przez licencjonowanego farmaceutę lub które są dostępne bez recepty.
 - 19) Wszelkich wydatków medycznych niebędących zwyczajową i uzasadnioną opłatą.
 - 20) W odniesieniu do kosztów zakupu Leków określonych w § 3 ust. 1 pkt 1, obowiązują następujące wyłączenia:
 - a) Koszt podania leku.
 - b) Wszelkie zakupy Leków dokonane poza Rzeczypospolitą Polską, chyba że zostały wyraźnie zatwierdzone przez FURTHER.
 - 21) W odniesieniu do kosztów Kontroli stanu zdrowia, o których mowa w § 3 ust. E. pkt 2, obowiązują następujące wyłączenia:
 - a) Wszelkie koszty refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej lub objęte inną polisą ubezpieczeniową posiadaną przez Ubezpieczonego.
 - b) Wszelkie koszty poniesione niezgodnie z wytycznymi ustalonymi przez FURTHER
 - c) Wszelkie koszty poniesione w innym Szpitalu lub placówce medycznej niż autoryzowane przez FURTHER
3. Oprócz wyłączeń określonych w § 14 OWU Część Ogólna oraz wskazanych w ust. 1 i 2 powyżej, odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje:
 - 1) w przypadku nowotworów:
 - a) każda diagnoza raka, w rozumieniu § 1 ust. A Modułu 1: Leczenie raka, w przebiegu zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS);
 - b) każdy rak skóry inny niż czerniak, który nie został histologicznie sklasyfikowany jako powodujący naciekanie poza naskórek (zewnętrzna warstwa skóry).
 - c) wszelkie leczenie obejmujące terapię komórkami CAR-T
 - 2) w przypadku Operacji pomostowania aortalno-wieńcowego:
 - a) wszelkie choroby wieńcowe leczone za pomocą technik innych niż pomostowanie tętnic wieńcowych, jak na przykład każdy rodzaj angioplastyki, stenty.
 - 3) w przypadku przeszczepienia organu od żywego dawcy:
 - a) każde przeszczepienie dokonane, gdy zaistnieje potrzeba przeszczepienia w wyniku choroby wątroby spowodowanej spożywaniem alkoholu;
 - b) każde przeszczepienie, gdy przeszczepienie jest dokonywane jako przeszczep własny, za wyjątkiem przeszczepu szpiku kostnego;
 - c) każde przeszczepienie, gdy Ubezpieczony jest dawcą dla osoby trzeciej;
 - d) wszelkie przeszczepienia od dawcy martwego;
 - e) wszelkie przeszczepienia organu wiążące się z leczeniem komórkami macierzystymi;
 - f) przeszczepienie umożliwiające dzięki zakupowi organów dawcy.
 4. W przypadku przeszczepu szpiku kostnego:
 - a) przeszczepienie krwiotwórczych komórek macierzystych (HCT) z wykorzystaniem krwi pępowinowej
 5. W przypadku, gdy Ochrona ubezpieczeniowa na podstawie Umowy w stosunku do danego Ubezpieczonego wygaśnie, a:
 - 1) Ubezpieczony będzie w trakcie leczenia świadczonego poza Rzeczypospolitą Polską w ramach Umowy; lub
 - 2) FURTHER wystawił Ubezpieczonemu Promesę leczenia przed wygaśnięciem Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do tego Ubezpieczonego.
 Ubezpieczyciel zagwarantuje świadczenia wynikające z Umowy dostępne dla Ubezpieczonego w zakresie i z ograniczeniami, które wskazano w Umowie i Promesie leczenia, lecz z zastrzeżeniem maksymalnego okresu na spełnienie tych świadczeń do 6 miesięcy od daty zakończenia Okresu ochrony w stosunku do danego Ubezpieczonego.

Moduł: Ubezpieczenie na wypadek Poważnego Zachorowania

Postanowienia niniejszego Modułu mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia, zawartych na podstawie OWU, w których zakres wchodzi Moduł Ubezpieczenie na wypadek Poważnego Zachorowania. O włączeniu Modułu do Umowy Ubezpieczenia decyduje Ubezpieczający.

§1 Definicje i wyłączenia stosowane w Module

1. **Poważne Zachorowanie** – Choroby lub stany chorobowe określone poniżej:

a. **Nowotwór złośliwy (Rak)** - Nieprawidłowy i nadmierny rozrost tkanek ustroju, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Definicja nowotworu złośliwego obejmuje również białaczkę, chłoniaka złośliwego i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina). Warunkiem uznania nowotworu złośliwego za Poważne zachorowanie jest:

- I. wynik badania histopatologicznego, potwierdzającego nowotwór złośliwy;
- II. potwierdzenie rozpoznania przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności onkologia lub hematologia;
- III. konieczność leczenia chirurgicznego, radioterapeutycznego lub chemioterapeutycznego.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:

- I. wszelkie zmiany opisane histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości i nieinwazyjne; w tym carcinoma in situ (Tis) oraz Ta według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care, Seventh Edition TNM Classification);
- II. wszystkie nowotwory skóry, poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC;
- III. nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC;
- IV. nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 2 cm i opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC;
- V. wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, w tym także (ale nie wyłącznie) chłoniak i mięsak Kaposiego.

b. **Ostry zawał serca (MI)** - Sytuacja kliniczna wskazująca na ostre niedokrwienie mięśnia sercowego, przy dowodach na obecność martwicy mięśnia sercowego. Rozpoznanie zawału musi być postawione przez prowadzącego leczenie Lekarza w oparciu o czasowy związek i spełnienie jednego z poniższych kryteriów:

- I. Wykrycie wzrostu i/lub spadku wartości biomarkera sercowego [najlepiej troponiny sercowej (cTn)], przy co najmniej jednej wartości powyżej 99. centyla górnej granicy wartości referencyjnej (URL) oraz co najmniej jedno z następujących:
 - objawy niedokrwienia;
 - nowe lub przypuszczalnie nowe, znamienne zmiany odcinka ST–złamka T (ST–T) lub nowy blok lewej odnogi pęczka Hisa (LBBB);
 - powstanie patologicznych załamków Q w EKG;
 - nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;

- obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionego badaniem angiograficznym lub w autopsji.

II. Wzrost (związany z przeszłą interwencją wieńcową - PCI) wartości cTn ($> 5 \times 99.$ centyla URL) u pacjentów z prawidłowymi wartościami wyjściowymi ($\leq 99.$ centyla URL) lub wzrost wartości cTn $> 20\%$, jeśli wartości początkowe były podwyższone i stabilne lub spadały. Dodatkowo wymagane są:

- objawy wskazujące na niedokrwienie mięśnia sercowego lub
- nowe zmiany niedokrwienne w EKG, lub
- obraz angiograficzny zgodny z powikłaniami zabiegu, lub
- uwidocznienie za pomocą badań obrazowych nowego ubytku żywotnego mięśnia sercowego lub nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości;

III. Wykrycie (związany z zakrzepicą w stencie) zakrzepicy za pomocą koronarografii lub autopsji w przypadku niedokrwienia mięśnia sercowego ze wzrostem i/lub spadkiem wartości biomarkerów sercowych, gdy co najmniej jedna wartość przekracza 99. centyl URL.

IV. Wzrost (związany z pomostowaniem tętnic wieńcowych - CABG) wartości cTn ($> 10 \times 99.$ Centyla URL) u pacjentów z prawidłowymi wartościami wyjściowymi cTn ($\leq 99.$ centyla URL). Dodatkowo konieczne jest stwierdzenie:

- nowych patologicznych załamków Q lub nowego LBBB lub
- udokumentowanie w badaniu angiograficznym nowego zamknięcia pomostu lub natywnej tętnicy wieńcowej pacjenta, lub
- uwidocznienie nowego ubytku żywotnego mięśnia sercowego lub nowych
- odcinkowych zaburzeń kurczliwości.

Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) i wszelkie inne postacie ostrych incydentów wieńcowych.

c. **Udar mózgu** - Nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmoźgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 3 miesięcy od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać postawione przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: neurologa lub neurochirurga i być potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR). Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:

- I. epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
- II. uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem;
- III. patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia błędniaka lub zaburzenia widzenia takie jak zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki;
- IV. przebytego bezobjawowo udaru mózgu, rozpoznanego na podstawie badań obrazowych.

d. **Przeszczep głównych organów** - Przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub szpiku kostnego. Leczenie przeszczepem musiało być skutkiem nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności

- narządu, zaś jego wykonanie musiało być jedynym sposobem leczenia Choroby, potwierdzonym przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: transplantologia kliniczna lub kardiologia lub chirurgia ogólna lub chirurgia klatki piersiowej lub onkologia kliniczna lub hematologia. Zakresem ubezpieczenia nie są objęte inne przeszczepy niż wymienione powyżej, w tym w szczególności wykorzystujące komórki macierzyste i przeszczepy wysp trzustkowych.
- e. **Łagodny guz mózgu** - Zagrożający życiu guz mózgu, powodujący wystąpienie trwałych ubytków neurologicznych z ewidentnymi zaburzeniami ruchowymi lub czuciowymi, utrzymującymi się stale przez okres 6 miesięcy. Istnienie guza musi być potwierdzone przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: neurologia lub neurochirurgia oraz badaniami wizualizacyjnymi, takimi jak CT lub MRI. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są torbiele, ziarniniaki, patologie tętniczych i żylnych naczyń mózgowych, krwaki, ropnie, nerwiaki nerwu słuchowego, guzy (w tym gruczolaki) przysadki mózgowej, zmiany w obrębie opon mózgowo-rdzeniowych i rdzenia kręgowego.
- f. **Utrata kończyn** - Amputacja co najmniej dwóch kończyn będąca skutkiem Choroby lub wypadku, na poziomie stawu skokowego lub powyżej w przypadku kończyny dolnej lub na poziomie nadgarstków lub powyżej w przypadku kończyny górnej. Konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: chirurgia ogólna lub ortopedia i traumatologia narządu ruchu.
- g. **Operacja zastawki serca** - Przeprowadzona na otwartym sercu z otwarciem klatki piersiowej, wymiana lub naprawa chorobowo zmienionej jednej lub więcej zastawek serca. Konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: kardiologia lub kardiochirurgia i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych. Operacje wykonane przy użyciu technik śródnaczyniowych są wykluczone z zakresu ubezpieczenia.
- h. **Śpiączka** - Stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby naturalne, utrzymujący się przez okres co najmniej 96 godzin, wymagający intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia w warunkach szpitalnych. Skutkiem tego stanu, musi być dodatkowo zaistnienie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni od momentu wystąpienia utraty przytomności i nierokującego możliwości poprawy. Rozpoznanie i zakres zmian musi być potwierdzone przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: neurologia lub neurochirurgia lub anestezjologii i intensywnej terapii. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje śpiączki farmakologicznej lub pozostającej w związku z nadużyciem alkoholu lub narkotyków lub będących skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej.
- i. **Stwardnienie rozsiane** - Choroba, u której podłoża leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie Choroby, postawione w sposób jednoznaczny (wykluczające inne przyczyny w tym naczyniowe), przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: neurologia, musi być potwierdzone:
- I. istnieniem trwałych deficytów neurologicznych z ewidentnymi zaburzeniami ruchowymi lub czuciowymi, utrzymującymi się stale przez okres 6 miesięcy;
 - II. charakterystycznym dla stwardnienia wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego, nieprawidłowym wynikiem badania wzrokowych i słuchowych potencjałów wywołanych oraz badaniem rezonansu magnetycznego (MRI), potwierdzającym istnienie rozsianych ognisk demielinizacji w ośrodkowym układzie nerwowym.
- j. **Operacyjne leczenie choroby wieńcowej (by-pass)** - Operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona badaniami wykazującym istnienie zwężenia tętnicy wieńcowej, zaś jej wykonanie musiało być jedynym sposobem leczenia Choroby i być potwierdzone opinią prowadzącego leczenie lekarza o specjalności: kardiochirurgia. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki wieńcowej (PTCA) ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.
- k. **Oparzenia trzeciego stopnia** - Poparzenie trzeciego stopnia co najmniej 20% powierzchni ciała. Rozpoznanie musi być postawione przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: chirurgia ogólna lub chirurgia klatki piersiowej lub chirurgia plastyczna i stwierdzać stopień i zakres oparzenia, zgodnie z obowiązującymi standardami klinicznymi ich określania.
- l. **Utrata wzroku** - Całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach, spowodowana chorobą lub wypadkiem. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez prowadzącego Leczenie lekarza o specjalności: okulistyka. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym.
- m. **Utrata słuchu** - Całkowita, stała, obustronna i nieodwracalna utrata słuchu w zakresie wszystkich dźwięków spowodowana chorobą lub wypadkiem. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: otolaryngologia oraz dodatkowo wynikiem badania audiometrycznego tonalnego i audiometrii impedancyjnej. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym aparatem słuchowym i leczeniem operacyjnym.
- n. **Niewydolność nerek** - Schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitym, nieodwracalnym i nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, stanowiące bezwzględne wskazanie do rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii. Fakt rozpoczęcia dializoterapii oraz konieczność jej stosowania musi być potwierdzony przez prowadzącego leczenie lekarza o specjalności: nefrologia. Ostra niewydolność nerek wymagająca okresowej dializoterapii nie jest objęta zakresem ubezpieczenia.
- o. **Operacja aorty** - Operacja chirurgiczna tętniaka, koartacji lub rozwarstwienia aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii, polegająca na usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej grafem. Konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: chirurgia naczyniowa lub kardiochirurgia i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych. W rozumieniu niniejszej definicji za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszna, z wykluczeniem jej odgałęzień. Metody chirurgiczne stosujące mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym przeszczepne operacje naprawcze nie są objęte zakresem ubezpieczenia.
- p. **Niedowład (paraliż)** - Całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana urazem lub chorobą i uniemożliwiająca Ubezpieczonemu samodzielne wykonywanie co najmniej 3 z 5 niżej wymienionych codziennych czynności:

- I. kąpiel – zdolność umycia się w wannie lub pod prysznicem (w tym wejście i wyjście z wanny lub prysznicza);
- II. ubieranie się – zdolność zakładania i zdejmowania odzieży;
- III. przemieszczanie się – zdolność do przemieszczania się (w tym wejścia na schody);
- IV. toaleta – zdolność do korzystania z ubikacji;
- V. odżywianie się – zdolność do spożycia przygotowanego i podanego posiłku.

Niedowład musi mieć charakter nierokujący poprawy i występować przez okres minimum 3 miesięcy. Rozpoznanie i zakres zmian musi być potwierdzone przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: neurologia lub neurochirurgia. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychicznymi lub psychiatrycznymi lub będących skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej.

- q. **Utrata mowy** - Całkowita, trwała i nieodwracalna utrata funkcji mowy spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krtani lub uszkodzeniem ośrodka mowy w mózgu w wyniku urazu, rozrostu guza lub Choroby. Całkowita utrata mowy musi występować przez minimum 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez prowadzącego leczenie Lekarza o specjalności: otolaryngologia lub audiologia i foniatria. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków utraty mowy spowodowanych zaburzeniami psychicznymi lub psychiatrycznymi.

§2 Co jest przedmiotem Modułu?

1. Zakres Modułu Ubezpieczenie na wypadek Poważnego Zachorowania obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego, po raz pierwszy w jego życiu, Poważnego Zachorowania. Zakres Poważnych Zachorowań objętych ochroną zależy od wariantu wybranego przez Ubezpieczającego.

Wariant 1	Wariant 2
<ul style="list-style-type: none"> • Nowotwór złośliwy (Rak); • Ostry zawał serca (MI); • Udar mózgu; • Przeszczep głównych organów; • Łagodny guz mózgu; • Utrata kończyn; • Operacja zastawki serca; • Śpiączka. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nowotwór złośliwy (Rak); • Ostry zawał serca (MI); • Udar mózgu; • Przeszczep głównych organów; • Łagodny guz mózgu; • Utrata kończyn; • Operacja zastawki serca; • Śpiączka; • Stwardnienie rozsiane; • Operacyjne leczenie choroby wieńcowej (by-pass); • Oparzenia trzeciego stopnia; • Utrata wzroku; • Utrata słuchu; • Niewydolność nerek; • Operacja aorty; • Niedowład (paraliż); • Utrata mowy.

2. Datą Zdarzenia objętego ubezpieczeniem, tj. datą wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania jest:
 - a. dzień postawienia przez Lekarza ostatecznej diagnozy potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z opisem Poważnego Zachorowania.
 - b. dzień zabiegu operacyjnego w przypadku zabiegów operacyjnych w związku z wystąpieniem Poważnego Zachorowania.

3. W razie wystąpienia Poważnego Zachorowania wypłacimy Świadczenie pieniężne w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia określonej poniżej:

Wariant 1	Wariant 2
30.000 zł	50.000 zł

4. Z tytułu ubezpieczenia w ramach Modułu jednemu Ubezpieczonemu przysługuje jedno Świadczenie, niezależnie od liczby Poważnych Zachorowań w Okresie Ochrony.
5. Udostępniamy następujące typy Modułu: Ubezpieczenie na wypadek Poważnego Zachorowania:
 - a. Indywidualny,
 - b. Partnerski,
 - c. Rodzinny,
 - d. Rodzic.
 Ubezpieczający może wybrać wszystkie lub wybrane typy Modułu, które będą dostępne do wyboru przez Ubezpieczonych w ramach Umowy.
6. W ramach Modułu zapewniamy ochronę ubezpieczeniową na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

§3 Jak skorzystać z Ubezpieczenia na wypadek Poważnego Zachorowania?

1. Aby skorzystać z ubezpieczenia, Ubezpieczony może powiadomić nas o wystąpieniu Poważnego Zachorowania, w formie:
 - a. elektronicznej – na adres mailowy: roszczenia.ubezpieczenia@luxmed.pl;
 - b. pisemnej – wysyłając dokumenty na adres: LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce, 02-676 Warszawa, ul. Postępu 21C, z dopiskiem: Refundacja LMG.
2. Do podjęcia decyzji o wypłacie Świadczenia potrzebujemy następujących dokumentów:
 - a. kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o realizację Świadczenia;
 - b. kopii posiadanej dokumentacji medycznej potwierdzającej ostateczną diagnozę Poważnego Zachorowania lub przeprowadzenie zabiegu operacyjnego;
3. W określonych sytuacjach skorzystanie z ubezpieczenia nie będzie możliwe. Jest to związane z okresem karencji (opisanym w §4 niniejszego Modułu) oraz wyjątkowymi sytuacjami ograniczenia naszej odpowiedzialności (opisanymi w §14 Części Ogólnej OWU i §5 niniejszego Modułu).
4. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu postępujemy zgodnie z krokami opisanymi w §4 ust 2-5 Części Ogólnej OWU.

§4 Jaka jest długość karencji?

1. W Module stosujemy karencję. Jest to okres, który musi upłynąć od początku Okresu Ochrony, zanim Ubezpieczony będzie uprawniony do Świadczenia.
2. W przypadku dodania nowych Współubezpieczonych do Umowy, zostaną oni objęci karencją liczoną od początku ich Okresu Ochrony.
3. Karencja w odniesieniu do Poważnych Zachorowań wynosi 3 miesiące.
4. Nie stosujemy karencji wobec Zdarzeń będących wynikiem Nieszczęśliwego Wypadku.

5. Jeżeli Ubezpieczony był objęty ubezpieczeniem, w którym byliśmy Ubezpieczycielem i które obejmowało zakresem Poważne Zachorowanie, wówczas okres trwania poprzedniego ubezpieczenia jest zaliczany do okresu karencji w zakresie odpowiadającym wcześniej posiadanemu wariantowi Modułu. Aby skorzystać z tej zasady, wcześniejsze ubezpieczenie musi być zakończone i nie mogło skończyć się wcześniej niż 3 miesiące przed początkiem ochrony w zakresie niniejszego Modułu. Jeżeli Ubezpieczony był objęty kilkoma ubezpieczeniami, wówczas ta zasada ma zastosowanie tylko do umowy ubezpieczenia z najpóźniejszą datą zakończenia.

§5 Jakie są dodatkowe wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu?

Oprócz wyłączeń określonych w §1 ust. 1 niniejszego Modułu oraz §14 Części Ogólnej OWU nasza odpowiedzialność w Module: Ubezpieczenie na wypadek Poważnego Zachorowania, nie obejmuje Zdarzeń będących następstwem:

- a. Zakażenia wirusami HIV, SARS-CoV-2, wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem tych zakażeń;
- b. Uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nielicencjonowanych linii lotniczych.

Moduł: Ubezpieczenie Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku

Postanowienia niniejszego Modułu mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia, zawartych na podstawie OWU, w których zakres wchodzi Moduł Ubezpieczenie Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku. O włączeniu Modułu do Umowy Ubezpieczenia decyduje Ubezpieczający.

§1 Co jest przedmiotem Modułu?

1. Zakres Modułu obejmuje śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, która nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od daty Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Udostępniamy następujące typy Modułu – Ubezpieczenie Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku:
 - a. Indywidualny,
 - b. Partnerski,
 - c. Rodzinny.
 Ubezpieczający może wybrać wszystkie lub wybrane typy Modułu, które będą dostępne do wyboru przez Ubezpieczonych w ramach Umowy.
3. Z tytułu Zdarzenia wypłacimy Świadczenie pieniężne w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia.
4. Suma Ubezpieczenia z tytułu zgonu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku wynosi 50.000 zł
5. W ramach Modułu zapewniamy ochronę ubezpieczeniową na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

§2 Jak wskazać Uprawnionych do otrzymania Świadczenia?

1. Ubezpieczony może wskazać Uprawnionego do otrzymania Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego zarówno przed przystąpieniem do Umowy obejmującej Moduł, jak i w każdym momencie trwania ochrony ubezpieczeniowej w ramach Modułu na podstawie Umowy. W każdym momencie trwania ochrony ubezpieczeniowej w ramach Modułu Ubezpieczony ma prawo zmienić lub odwołać wskazanie Uprawnionego oraz zmienić przysługujący Uprawnionemu procent Świadczenia.
2. Ubezpieczony może wskazać nam jedną lub kilka osób Uprawnionych do otrzymania Świadczenia wynikającego z Modułu oraz wskazać procent ich udziału w Świadczeniu.
3. Ubezpieczony wskazuje Uprawnionego, składając nam wniosek o wskazanie lub zmianę Uprawnionego. Zmiana dotycząca wskazania Uprawnionego obowiązuje od następnego dnia po złożeniu wniosku.
4. W przypadku śmierci Uprawnionego lub utraty przez niego prawa do Świadczenia, jego prawo do Świadczenia przejmują pozostałe osoby wskazane jako Uprawnione (jeżeli było wskazanych więcej osób, niż jedna), proporcjonalnie do przyznanego im procentowego udziału w Świadczeniu.

5. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uprawnionych lub wszyscy Uprawnieni zmarli przed datą śmierci Ubezpieczonego lub utracili prawo do Świadczenia, wówczas Uprawnionymi stają się:
 - a. małżonek, a w przypadku jego braku;
 - b. dzieci (w częściach równych), a w przypadku ich braku;
 - c. rodzice (w częściach równych), a w przypadku ich braku;
 - d. rodzeństwo (w częściach równych), a w przypadku ich braku;
 - e. inni spadkobiercy wynikający z przepisów prawa, z wyłączeniem gminy i Skarbu Państwa.

§3 Jak skorzystać z Ubezpieczenia Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku?

1. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku wypłacimy Uprawnionemu.
2. Świadczenie wynikające z niniejszego Modułu wypłacimy Uprawnionemu po dostarczeniu nam:
 - a. kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o realizację Świadczenia;
 - b. kopii aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - c. kopii protokołu policji/prokuratury lub postanowienie sądu opisujące przebieg Nieszczęśliwego Wypadku będących w posiadaniu Ubezpieczonego.
3. Dokumenty wymienione w ust. 2 mogą być nam przekazane w formie
 - a. pisemnej – poprzez osobiste dostarczenie lub wysyłkę na adres: LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce, 02-676 Warszawa, ul. Postępu 21C, z dopiskiem: Refundacja LMG
 - b. elektronicznej – poprzez wysyłkę czytelnego skanu dokumentów na adres: roszczenia.ubezpieczenia@luxmed.pl
4. W określonych sytuacjach skorzystanie z ubezpieczenia w ramach Modułu nie będzie możliwe. Jest to związane wyjątkowymi sytuacjami ograniczenia naszej odpowiedzialności (opisanymi w §14 Części Ogólnej OWU i §4 niniejszego Modułu).
5. Po otrzymaniu zawiadomienia o Zdarzeniu postępujemy zgodnie z krokami opisanymi w §4 ust 2-5 Części Ogólnej OWU.

§4 Jakie są dodatkowe wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu?

Oprócz wyłączeń określonych w §14 Części Ogólnej OWU nasza odpowiedzialność w zakresie Modułu Ubezpieczenie Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku nie obejmuje lotniczych Nieszczęśliwych Wypadków, w których Ubezpieczony uczestniczył w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nielicencjonowanych linii lotniczych.

Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia LUX MED - kod OWU G/002/2023/C

ZAKRES ŚWIADCZEŃ W RAMACH OPIEKI AMBULATORYJNEJ

Spis treści

Konsultacje specjalistów	2
Konsultacje dietetyka	2
Konsultacje specjalistów: psychiatra, psycholog, androlog, seksuolog, logopeda	3
Konsultacje online	3
Zabiegi pielęgniarstwa	4
Konsultacje lekarzy dyżurnych	4
Konsultacje profesorskie	4
Zabiegi ambulatoryjne	4
Szczepienia przeciwko grypie i tężcowi	7
Dodatkowe zalecane szczepienia profilaktyczne	7
Panel badań laboratoryjnych bez skierowania	7
Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa	7
Testy alergiczne	18
Prowadzenie ciąży	19
Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia	20
Przebieg zdrowia po przebyciu COVID-19	21
Fizjoterapia	22
Terapia oddechowa	25
Stomatologia	26
Wizyty domowe	36
Interwencja karetki do zakładu pracy	37
Interwencja karetki do miejsca wskazania	37
Transport medyczny	37
Druga Opinia Medyczna	37
Program Profilaktyki Onkologicznej	38
HARMONIA w Biznesie – program profilaktyczny	40
Osobisty Opiekun Pacjenta VIP	41
Koordinacja Opieki Szpitalnej	41
Wariant dostępności pakietu - Srebrny	42
Wariant dostępności pakietu - Złoty	42
Wariant dostępności pakietu - Platynowy	42
Rabat 10% na pozostałe usługi świadczone przez LUX MED i Medycynę Rodzinną	42
Rabat 10% na procedury medyczne oferowane w PROFEMED	42

Konsultacje specjalistów

Usługa obejmuje nielimitowany dostęp do konsultacji Lekarzy w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela, w sytuacjach chorobowych, pomocy w nagłych zachorowaniach oraz poradnictwa ogólnomedycznego. Konsultacje specjalistyczne obejmują: wywiad, poradę lekarza specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia.

Ubezpieczonych powyżej 18 r.ż. – wizyty bez skierowania dotyczą konsultacji w następującym zakresie:

- interny
- medycyny rodzinnej
- alergologii
- chirurgii ogólnej
- dermatologii
- diabetologii
- endokrynologii
- gastroenterologii
- ginekologii
- ginekologii endokrynologicznej
- hematologii
- kardiologii
- laryngologii
- nefrologii
- neurologii
- okulistyki
- onkologii
- ortopedii
- proktologii
- pulmonologii
- reumatologii
- urologii

Ubezpieczonych do 18 r.ż. – wizyty bez skierowania dotyczą konsultacji w następującym zakresie:

- pediatrii
- chirurgii
- dermatologii
- ginekologii (od 16 r.ż.)
- neurologii
- okulistyki
- ortopedii
- laryngologii

Ubezpieczonych powyżej 18 r.ż. – wizyty wymagają skierowania od Lekarza Placówki medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela

i dotyczą konsultacji w następującym zakresie:

- anesteziologii
- angiologii
- audiologii
- balneologii i medycyny fizykalnej
- chirurgii naczyniowej
- chirurgii onkologicznej
- chorób zakaźnych
- flebologii
- foniatryi
- geriatryi
- ginekologii onkologicznej
- hepatologii
- hipertensjologii (leczenie nadciśnienia tętniczego)
- immunologii
- medycyny podróży
- neurochirurgii
- rehabilitacji medycznej

Ubezpieczonych do 18 r.ż. – wizyty wymagają skierowania od Lekarza Placówki medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela i dotyczą konsultacji w następującym zakresie:

- alergologii
- anesteziologii
- chorób zakaźnych
- diabetologii
- endokrynologii
- gastroenterologii
- ginekologii (do 16 r.ż.)
- hematologii
- immunologii
- kardiologii
- medycyny podróży
- nefrologii
- neonatologii
- neurochirurgii
- onkologii
- pulmonologii
- lekarza rehabilitacji medycznej
- reumatologii
- urologii

Uwaga:

Usługa nie obejmuje: konsultacji Lekarzy dyżurnych, konsultacji Lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również Lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego. Również pozostałe konsultacje są odpłatne.

Konsultacje dietetyka

Usługa umożliwia skorzystanie przez Ubezpieczonego z porad dietetyka, obejmujących wywiad, zalecenia dietetyczne (bez indywidualnego ułożenia diety) w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela.

Ubezpieczonych powyżej 18 r.ż.– wizyty bez skierowania

Ubezpieczonych do 18 r.ż.– wizyty wymagają skierowania od Lekarza Placówki medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela.

Konsultacje specjalistów: psychiatra, psycholog, androlog, seksuolog, logopeda

Usługa umożliwia Ubezpieczonemu skorzystanie ogółem łącznie z 3 konsultacji w 12-miesięcznym Okresie ubezpieczenia w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela, w zakresie:

Ubezpieczonych powyżej 18 r.ż.– wizyty **bez skierowania**, dotyczą konsultacji w zakresie:

- psychiatrii
- seksuologii
- logopedii
- psychologii
- andrologii

Ubezpieczonych do 18 r.ż.– wizyty **bez skierowania**, dotyczą konsultacji w zakresie:

- psychiatrii
- psychologii
- logopedii

Uwaga:

Usługa obejmuje: wywiad, poradę specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Usługa nie obejmuje konsultacji profesorskich, surdo- i neurologopedii jak również prowadzenia terapii.

Konsultacje online

Konsultacja online jest Świadczeniem medycznym realizowanym przez Operatora za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Ubezpieczyciel udostępnia Ubezpieczonemu możliwość interaktywnej indywidualnej rozmowy ze specjalistą medycznym (lekarzem, położną lub pielęgniarką) za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość tj. Portalu Pacjenta. Z Konsultacji online mogą skorzystać Ubezpieczeni, którzy posiadają pełny dostęp do Portalu Pacjenta. Dostępność czasowa Konsultacji online z udziałem lekarza, położnej, oraz pielęgniarki wynika z grafiku specjalistów medycznych i widoczna jest w zakładce "Konsultacje online". Ubezpieczony może wybrać kanał komunikacji: wideo, audio lub tekst.

Specjaliści medyczni odpowiadający na pytania mają wgląd do dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, dzięki czemu w sytuacjach uzasadnionych medycznie mogą zlecić określone badania lub skierować do innego specjalisty. Konsultacja online udzielana jest wyłącznie po zalogowaniu przez Ubezpieczonego do Portalu Pacjenta, a treść Konsultacji online jest zapisywana i stanowi część dokumentacji medycznej Ubezpieczonego. W zakres Konsultacji online wchodzi wymienione porady specjalistów medycznych, w zakresie nie wymagającym osobistego kontaktu ze specjalistą.

Usługa obejmuje e-Konsultacje medyczne w następującym zakresie:

- interny/medycy rodzinnej (od 18 r.ż.)
- pediatrii (do 18 r.ż.)
- położnictwa
- pielęgniarstwa pediatrycznego

Uwaga:

Konsultacja online ze specjalistą nie zastępuje konsultacji stacjonarnej ponieważ nie umożliwia badania bezpośredniego. W celu skorzystania z Konsultacji online Ubezpieczony po zalogowaniu się do konta na Portalu Pacjenta w zakładce „Konsultacje online” ustawia się w kolejce oczekujących na skorzystanie z usługi. Świadczenie usług w postaci Konsultacji online odbywa się wyłącznie na rzecz Ubezpieczonego, który zawarł Umowę lub który jest wskazany, jako osoba uprawniona do Świadczeń medycznych z tytułu Konsultacji online. Ubezpieczony nie może udostępnić usługi w postaci Konsultacji online innej osobie. Ubezpieczony ponosi pełną odpowiedzialność zarówno cywilną, jak i karną za to, że podane przez niego dane są zgodne ze stanem faktycznym. W ramach Konsultacji online Ubezpieczony otrzymuje Świadczenie medyczne, w tym w ramach usługi mogą być wystawione skierowanie na badania, skierowanie do innego specjalisty w celu uzyskania innej Porady Telemedycznej lub skierowanie do innego specjalisty w celu uzyskania Świadczenia medycznego w ramach usługi stacjonarnej, e-recepta na leki do kontynuacji leczenia przewlekłego, e-recepta de novo w oparciu o dokumentację medyczną oraz wskazania medyczne wynikające z przebiegu Konsultacji online, orzeczenie w przypadku zaistnienia wskazań medycznych.

W uzasadnionych medycznie przypadkach specjalista medyczny w trakcie Konsultacji online może odmówić zdalnej porady i skierować Ubezpieczonego na stacjonarną wizytę lekarską, pielęgniarską lub położniczą. Podczas Konsultacji online nie są wystawiane e-zwolnienia, oraz skierowania na badania, podczas których wykorzystuje się promieniowanie jonizujące oraz skierowania na biopsje, badania endoskopowe i próby wysiłkowe. Ostateczna decyzja o wystawieniu e-recepty podczas Konsultacji online należy do Lekarza, który może odmówić wystawienia e-recepty kierując się wskazaniami medycznymi oraz dobrem Ubezpieczonego. Lekarz podczas Konsultacji online nie wystawia e-recepty na szczepionki, leki silnie działające, leki niosące za sobą możliwość uzależnienia, antykoncepcja postkoitalna (antykoncepcja awaryjna).

Zabiegi pielęgniarskie

Usługi obejmujące pomiary podstawowe, drobne zabiegi w tym diagnostyczne, zgodnie z kompetencjami wykonywane przez pielęgniarkę lub położną samodzielnie lub na zlecenie Lekarza, w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych uzależniony jest od zakresu konsultacji Lekarza, do których Ubezpieczony jest uprawniony w ramach zakresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i dostępności zabiegu w Placówce medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela.

Zabiegi pielęgniarskie obejmują:

Zabiegi ambulatoryjne pielęgniarskie:

- Iniekcja dożylna
- Iniekcja podskórna / domięśniowa
- Kroplówka w sytuacji doraźnej
- Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej
- Pomiar temperatury ciała (bez skierowania Lekarza)
- Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunków małych
- Pobranie krwi
- Mierzenie RR / ciśnienia (bez skierowania Lekarza)
- Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania Lekarza)
- Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi

Uwaga:

Materiały i środki medyczne takie, jak: opatrunki, bandaże, wenflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa, środki dezynfekujące, użyte do ww. zabiegów, są bezpłatne. Za pozostałe materiały i środki medyczne zużyte do ww. zabiegów od Ubezpieczonego pobierana jest opłata.

Konsultacje lekarzy dyżurnych

Usługa obejmuje wyłącznie pomoc doraźną, podstawową w nagłym zachorowaniu lub w urazach wymagających wstępnego zaopatrzenia, które wystąpiły w ciągu 24 h od momentu przyjęcia zgłoszenia chęci odbycia konsultacji przez Operatora. Lekarze dyżurni są dostępni w godzinach pracy Placówek medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela, wyłącznie w dniu jej zgłoszenia. Usługa nie obejmuje świadczeń zdrowotnych udzielanych w celu ratowania życia i zdrowia zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006.191.1410 ze zm.).

Usługa zawiera: wywiad, poradę Lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia wstępnej diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej i dotyczy konsultacji w następującym zakresie (o ile nw. konsultacje są dostępne w placówce):

- interny
- pediatrii
- lekarz medycyny rodzinnej

W przypadku Ubezpieczonych powyżej 18 r.ż., dodatkowo (o ile nw. konsultacje są dostępne w placówce):

- chirurgii ogólnej
- ortopedii

Konsultacje profesorskie

Usługa umożliwi Ubezpieczonemu skorzystanie za skierowaniem od Lekarza z Placówki medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela z konsultacji Lekarza ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również Lekarza będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego. Usługa (o ile jest dostępna w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela) obejmuje ten sam zakres konsultacji, jaki przysługuje Ubezpieczonemu na podstawie Umowy spośród Konsultacji specjalistów.

Zabiegi ambulatoryjne

Usługi obejmujące pomiary podstawowe, zabiegi w tym diagnostyczne, niewymagające hospitalizacji oraz reżimu sali operacyjnej. Zgodnie z kompetencjami wykonywane przez Lekarza lub pielęgniarkę lub położną, podczas właściwej dla zabiegu konsultacji lekarskiej lub poza konsultacją lekarską w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych uzależniony jest od zakresu konsultacji Lekarza, do których Ubezpieczony jest uprawniony w ramach zakresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i dostępności zabiegu w Placówce medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela.

Zabiegi ambulatoryjne obejmują:

Zabiegi ambulatoryjne ogólnolekarskie:

- Mierzenie RR / ciśnienia
- Pomiar wzrostu i wagi ciała

Zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne:

- Szycie rany do 1,5 cm
- Usunięcie kleszcza – chirurgiczne
- Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne
- Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały (niewymagający opracowania chirurgicznego)
- Usunięcie innego ciała obcego bez nacięcia
- Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach wykonywanych w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela
- Usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza Placówkami medycznymi wskazanymi przez Ubezpieczyciela –

Zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:

- Badanie trąbek słuchowych przedmuchiwanie
- Katetyzacja trąbki słuchowej
- Płukanie ucha
- Usunięcie ciała obcego z nosa / ucha
- Proste opatrunki laryngologiczne
- Koagulacja naczyń przegrody nosa
- Elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa
- Usunięcie tamponady nosa
- Zaopatrzenie krwotoku z nosa – dwie strony
- Zaopatrzenie krwotoku z nosa – jedna strona
- Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach

Zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:

- Standardowe* badanie dna oka
- Dobór szkieł korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową)

- Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne

kwalifikacja przypadku po ocenie Lekarza (nie wykonujemy zdejmowania szwów po porodzie)

- Szycie rany do 3 cm (w nagłych przypadkach wymagających niezwłocznej pomocy)
- Usunięcie czyraka / drobnego ropnia powłok skórnych (do 2 cm)
- Wycięcie chirurgiczne met. klasyczną zmiany skórnej do 1,5 cm ze wskazań medycznych (nie obejmuje zmian usuwanych ze wskazań estetycznych, plastycznych) wraz z standardowym badaniem histopatologicznym – materiał z usuniętej zmiany skórnej

laryngologicznych wykonywanych w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela

- Usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza Placówkami medycznymi wskazanymi przez Ubezpieczyciela – kwalifikacja przypadku po ocenie Lekarza
- Donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa w sytuacji doraźnej
- Założenie / zmiana / usunięcie sęciska w przewodzie słuchowym zewnętrznym
- Wlewka krtaniowa

- Gonioskopia (ocena kąta przesączania)
- Usunięcie ciała obcego z oka
- Badanie ostrości widzenia
- Standardowe* badanie autorefraktometrem

- Operacja skóry usunięcie ciała obcego – z opracowaniem rany (usunięcie ciała obcego z powłok skórnych z opracowaniem rany)
- Pobranie tkanki skóry do badania specjalistycznego
- Oczyszczenie / wycięcie rany
- Operacja skóry nacięcie krwiaka / ropnia z drenażem
- Operacja paznokcia – oczyszczenie / usunięcie
- Operacja wrastającego paznokcia (plastyka paznokcia) – dwustronnie
- Operacja wrastającego paznokcia (plastyka paznokcia) – jednostronnie

- Podcięcie wędzidełka języka w jamie ustnej
- Nacięcie krwinków przegrody nosa
- Nacięcie krwinków małżowiny usznej
- Punkcja zatok
- Kriochirurgia (nie dotyczy leczenia chrapania)
- Nastawienie nosa zamknięte
- Obliteracja żyłaków nasady języka
- Płukanie zatok metodą Pretza
- Płukanie zatok

- Podanie leku do worka spojówkowego
- Standardowy* pomiar ciśnienia śródgałkowego
- Standardowe* badanie widzenia przestrzennego

- Płukanie kanalików łzowych (dot. Ubezpieczonych powyżej 18 r.ż.)

Zabiegi ambulatoryjne ortopedyczne:

- Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – małe stawy
- Nastawienie zwichnięcia lub złamania
- Przygotowanie gips tradycyjny – opaska
- Wykonanie iniekcji dostawowej i okołostawowej
- Punkcja dostawowa – pobranie materiału do badań
- Założenie gipsu
- Zdjęcie gipsu – kończyna dolna
- Zdjęcie gipsu – kończyna górna
- Blokada dostawowa i okołostawowa
- Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały
- Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – duże stawy
- Unieruchomienie typu Dessault mały / duży
- Założenie gipsu tradycyjnego typu gorset

Zabiegi ambulatoryjne dermatologiczne (nie obejmują zmian usuwanych ze wskazań estetycznych, plastycznych):

- Standardowa* dermatoskopia
- Zabieg dermatologiczny – Lampa PUVA
- Zabieg dermatologiczny – ścięcie i koagulacja włókniaków skóry
- Zabieg dermatologiczny metodą krioterapii 1 do 6 zmian
- Zabieg dermatologiczny metodą elektroterapii 1 do 6 zmian
- Zabieg dermatologiczny metodą krioterapii 7 do 10 zmian
- Zabieg dermatologiczny metodą elektroterapii 7 do 10 zmian
- Zabieg dermatologiczny Wyłyżeczkowanie / zniszczenie zmiany skórnej

Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne:

- Pobranie standardowej* cytologii z szyjki macicy
- Usunięcie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej
- Wprowadzenie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej
- Zabiegi w obrębie szyjki macicy kriokoagulacja – leczenie nadżerki
- Zabiegi w obrębie szyjki macicy i sromu metodą kriokoagulacji

Zabiegi ambulatoryjne alergologiczne:

- Odczulanie wraz z konsultacją alergologa

Znieczulenia:

- Znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchowne
- Znieczulenie proste do kolonoskopii
- Znieczulenie (proste) do zabiegu gastrokopii
- Znieczulenie miejscowe (powierzchnowe) do endoskopii

Biopsje wraz z standardowym badaniem histopatologicznym – materiał z biopsji cienkoigłowe / materiał z biopsji gruboigłowej:

- Biopsja cienkoigłowa skóry / tkanki podskórnej
- Biopsja cienkoigłowa sutka
- Biopsja cienkoigłowa ślinianki
- Biopsja cienkoigłowa tarczycy
- Biopsja cienkoigłowa węzłów chłonnych
- Biopsja – gruboigłowa prostaty pod kontrolą USG

Inne:

- Usunięcie cewnika Foleya
- Wykonanie enemii
- Założenie cewnika Foleya
- Usunięcie polipa do 1cm podczas kolonoskopii
- Usunięcie polipa do 1cm podczas gastrokopii

Uwaga:

Materiały i środki medyczne takie, jak: gips tradycyjny i syntetyczny, opatrunki, bandaże, venflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa, środki dezynfekujące, szwy i nici chirurgiczne, użyte do ww. zabiegów, są bezpłatne. Za pozostałe materiały i środki medyczne zużyte do ww. zabiegów, od Ubezpieczonego pobierana jest opłata.

* Standardowe – powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP

Szczepienia przeciwko grypie i tężcowi

Usługa obejmuje w ramach profilaktyki chorób zakaźnych szczepienia przeciwko grypie sezonowej oraz przeciwko tężcowi (anatoksyna przeciwteżcową).

Usługa składa się z:

- konsultacji lekarskiej przed szczepieniem
- wykonania usługi pielęgniarstwa w postaci iniekcji
- szczepionki (preparat)

Szczepienia przeciwko grypie realizowane są w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może zorganizować również wyjazdowe szczepienia p / grypie sezonowej w miejscu wskazanym przez Ubezpieczającego – dla grup powyżej 30 osób.

Dodatkowe zalecane szczepienia profilaktyczne

Usługa jest dostępna w ramach dodatkowej profilaktyki chorób zakaźnych w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela, na podstawie skierowania Lekarza z ww. Placówki. Usługa obejmuje szczepienia przeciwko następującym chorobom (dotyczy również szczepionek skojarzonych):

- odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowych
- wirusowemu zapaleniu wątroby typu A
- wirusowemu zapaleniu wątroby typu A i B
- różyczce, śwince, odrze

Usługa składa się z:

- konsultacji lekarskiej przed szczepieniem
- wykonania usługi pielęgniarstwa w postaci iniekcji
- szczepionki (preparat)

Panel badań laboratoryjnych bez skierowania

Usługa jest dostępna dla Ubezpieczonych, którzy ukończyli 18 r.ż. i jest realizowana wyłącznie w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela. Usługa obejmuje **jednorazowe** wykonanie bez skierowania Lekarza (w ciągu 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia), panelu badań laboratoryjnych, zawierającego:

- Mocz – badanie ogólne
- Cholesterol całkowity
- Standardowa* cytologia szyjki macicy (dostępna dla Ubezpieczonych już od 16 r.ż.)
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- Glukoza na czczo

* Standardowe – powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP

Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa

Usługa obejmuje niżej wymienione badania diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i czynnościowej, wykonywane w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela. Liczba realizowanych badań nie jest limitowana. Wszystkie badania diagnostyczne dostępne w ramach usługi wykonywane są na podstawie skierowań wystawionych przez Lekarzy Placówek medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela, wyłącznie ze wskazań medycznych w przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego prowadzonego ww. Placówkach.

Diagnostyka laboratoryjna:

Badania hematologiczne i koagulologiczne wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- Eozynofilia bezwzględna w rozmazie krwi
- Rozmaz ręczny krwi
- APTT
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- Płytki krwi
- Fibrynogen
- OB / ESR
- INR / Czas protrombinowy
- Białko S wolne
- Czas trombinowy – TT
- AntytrombinIII
- D – Dimery
- Białko C aktywność

- Czynniki V Leiden met. PCR

Badania biochemiczne i hormonalne oraz markery nowotworowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- CRP ilościowo
- Transaminaza GPT / ALT
- Transaminaza GOT / AST
- Amylaza
- Albuminy
- Białko całkowite
- Białko PAPP – a
- Bilirubina całkowita
- Bilirubina bezpośrednia
- Chlorki / Cl
- Cholesterol
- HDL Cholesterol
- LDL Cholesterol
- LDL Cholesterol oznaczany bezpośrednio
- CK (kinaza kreatynowa)
- LDH – dehydrogen. mlecz.
- Fosfataza zasadowa
- Fosfataza kwaśna
- Fosfor / P
- GGTP
- Test obciążenia glukozą (4pkt, 75g, 0, 1, 2, 3h)
- Glukoza na czczo
- Glukoza 120' / 120' po jedzeniu
- Glukoza 60' / 60' po jedzeniu
- Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 4 godzinach
- Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 5 godzinach
- Kreatynina
- Kwas moczowy
- Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)
- Magnez / Mg
- Mocznik / Azot Mocznikowy/ BUN
- Potas / K
- Proteinogram
- Sód / Na
- Trójglicerydy
- Wapń / Ca
- Żelazo / Fe
- Immunoglobulin IgE (IgE całkowite)
- Immunoglobulin IgA
- Immunoglobulin IgG
- Immunoglobulin IgM
- Kwas foliowy
- Witamina B12
- Całkowita zdolność wiązania żelaza / TIBC – zastępuje Saturację Fe
- Żelazo / Fe 120 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 180 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 240 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 300 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 60 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Ferrytyna
- Ceruloplazmina
- Transferyna
- Tyreoglobulina
- Apolipoproteina A1
- Lipaza
- 17 – OH Progesteron
- Aldosteron
- Miedź
- Kortyzol po południu
- Kortyzol rano
- Prolaktyna 120' po obciążeniu MCP 1 tabl.
- Prolaktyna 30' po obciążeniu MCP 1 tabl.
- Prolaktyna 60' po obciążeniu MCP 1 tabl.
- Prolaktyna
- TSH / hTSH
- Estradiol
- FSH
- T3 Wolne
- T4 Wolne
- Total Beta-hCG
- LH
- Progesteron
- Testosteron
- Testosteron wolny
- AFP – alfa-fetoproteina
- PSA – wolna frakcja
- PSA całkowite
- CEA – antygen carcinoembrionalny
- CA 125
- CA 15.3 – antyg. raka sutka
- CA 19.9 – antyg. raka przewodu pokarmowego
- CA 72 – 4 – marker nowotworowy jelita grubego
- ALFA 1 – Antytyrypsyna
- Alfa – 1 – kwaśna glikoproteina (Orozomukoid)
- Androstendion
- Beta – 2 – Mikroglobulina
- Ceruloplazmina
- Cholinesteraza
- Cholinesteraza krwinkowa / Acetylocholinesteraza krwinkowa
- CYFRA 21 – 1 – marker nowotworowy płuc
- Cynk
- Dehydroepiandrosteron (DHEA)
- DHEA – S
- Cynkoprotoporfiryny w erytrocytach (ZnPP)
- Erytropoetyna
- Estriol wolny
- Fosfataza kwaśna sterczowa
- Fosfataza zasadowa – frakcja kostna
- Gastryna
- Haptoglobina
- Hb A1c – Hemoglobina glikowana
- Homocysteina
- Hormon adenokortykotropowy (ACTH)
- Hormon wzrostu (GH)
- IGF – BP 3
- Insulina – Insulina 120'
- Insulina – Insulina 60'
- Insulina – na czczo
- Insulina – po 75 g glukozy po 1 godzinie
- Insulina – po 75 g glukozy po 2 godzinach
- Insulina – po 75 g glukozy po 3 godzinach
- Insulina – po 75 g glukozy po 4 godzinach
- Insulina – po 75 g glukozy po 5 godzinach
- CK – MB – aktywność
- CK – MB – mass

- BNP
- NT pro – BNP
- Kalcytonina
- Klirens kreatyniny
- Mioglobina
- Osteokalcyna (marker tworzenia kości)
- Parathormon
- Peptyd C
- Utajona zdolność wiązania żelaza (UIBC)
- Witamina D3 – metabolit 1,25 (OH)2
- Witamina D3 – metabolit 25 OH
- T3 Całkowite
- T4 Całkowite
- Somatomedyna – (IGF – 1)
- PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA / PSA)
- Retikulocyty
- SCC – antygen raka płaskonabłonkowego
- SHBG
- Łańcuchy lekkie kappa w surowicy
- Łańcuchy lekkie lambda w surowicy
- NSE – Neuroswoista enolaza
- Cystatyna C
- Makroprolaktyna
- Aktywność reninowa osocza
- Enzym konwertujący angiotensynę
- Leptyna
- TPS
- S100
- BRCA1 met. PCR
- Apo A1
- Aldolaza

Badania serologiczne i diagnostyka infekcji wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR
- ASO ilościowo
- ASO jakościowo
- RF – CZYNNIK REUMATOIDALNY – ilościowo
- Odczyn Waaler-Rose
- Test BTA
- Grupa krwi AB0, Rh, p / ciała przeglądowe
- P / ciała odpornościowe przeglądowe / alloprzeciwiata (zastępuje P / ciała anty Rh / – /)
- HBs Ag / antygen
- P / ciała a – mikrosomalne / Anty TPO
- P / ciała a – tyreoglobulinowe / Anty TG
- CMV IgG
- CMV IgM
- HBs Ab / przeciwiata
- HCV Ab / przeciwiata
- Helicobacter Pylori IgG ilościowo
- HIV I / HIV II
- EBV / Mononukleozę – lateks
- EBV / Mononukleozę IgG
- EBV / Mononukleozę IgM
- Różyczka IgG
- Różyczka IgM
- Toksoplazmoza IgG
- Toksoplazmoza IgM
- P / ciała p / chlamydia trachomatis IgA
- P / ciała p / chlamydia trachomatis IgG
- P / ciała p / chlamydia trachomatis IgM
- HbC Ab IgM
- C1 – inhibitor
- C1 – inhibitor – (aktywność)
- C3 składowa dopełniacza
- C4 składowa dopełniacza
- Anty – HAV – IgM
- Anty – HAV – total
- Antykoagulant toczniowy
- Bąblowica (Echinococcus granulosus) IgG
- Borelia burgdorferii met. PCR – jakościowo
- Borelioza IgG
- Borelioza IgG – met. western – blot (test potwierdzenia)
- Borelioza IgM
- Borelioza IgM – met. western – blot (test potwierdzenia)
- Bruceloza – IgG
- Bruceloza – IgM
- Glista ludzka (ASCARIS) IGG
- CMV (Cytomegalovirus) met. PCR – jakościowo
- Cytomegalia – IgG test awidności
- HbC Ab total
- HBe Ab
- Hbe Ag
- HBV – met. PCR ilościowo
- HBV – met. PCR jakościowo
- HCV met. PCR – ilościowo
- HCV met. PCR – jakościowo
- HPV (Human papillomavirus) met. PCR, jakościowo – wymaz
- HSV / Herpes 1 i 2 – IgG – jakościowo
- HSV / Herpes 1 i 2 – IgM – jakościowo
- HSV / Herpes 1 i 2 – IgG – jakościowo
- hsCRP
- Mycoplasma pneumoniae – IgG
- Mycoplasma pneumoniae – IgM
- Odczyn – FTA
- Odczyn – TPHA
- Odra – IgG
- Odra – IgM
- Ospas (varicella) IgG
- Ospas (varicella) IgM
- Oznaczenie antygenu HLA B27
- P / c. p. antygenem cytoplazmy neutrofilów ANCA (pANCA i cANCA) met. IIF
- P / c. p. mięśniom poprzecznie prążkowanym i p. mięśniowi sercowemu (miasthenia gravis) met. IIF
- P / c. p. nukleosomom (ANuA) (IMMUNOBLOT)
- P / ciała antykardiolipinowe – IgG
- P / ciała antykardiolipinowe – IgM
- P / ciała antykardiolipinowe – IgM i IgG
- P / ciała p. mikrosomom wątroby i nerki (anty – LKM) met. IIF
- P / ciała p. transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) – w kl. IgA met. ELISA

- P / ciała p. transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) – w kl. IgG met. ELISA
- P / ciała p / – Beta – 2 – glikoproteinie – 1 IGG
- P / ciała p / – Beta – 2 – glikoproteinie – 1 IGM
- P / ciała p / – Beta – glikoproteinie IGG i IGM (łącznie)
- P / ciała p / – CCP
- P / ciała p / – endomysium i gliadynie w kl. IgA (łącznie) met. IIF
- P / ciała p / – endomysium i gliadynie w kl. IgG (łącznie) met. IIF
- P / ciała p / – endomysium i gliadynie w kl. IgA i IgG (łącznie) met. IIF
- P / ciała p / – fosfatydyloinozitolowi IGG
- P / ciała p / – fosfatydyloinozitolowi IGM
- P / ciała p / – korze nadnerczy
- P / ciała p / – protrombinie IGG
- P / ciała p / – protrombinie IGM
- P / ciała p / – transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) w kl. IgG i IgA met. ELISA
- P / ciała p / – wyspom trzust., kom. zewnątrzwydzielniczym trzust. i kom. kubkowatym jelit met. IIF
- P / ciała p / Coxackie
- P / ciała p / chlamydia pneumoniae IgA
- P / ciała p / chlamydia pneumoniae IgG
- P / ciała p / chlamydia pneumoniae IgM
- P / ciała p / czynnikowi wew. Castlea i kom. okładzinowym żołądka (APCA) met. IIF
- P / ciała p / DNA dwuniciowemu / natywnemu – dsDNA (nDNA)
- P / ciała p / endomysium – IgA – EmA IgA
- P / ciała p / endomysium – IgG – EmA IgG
- P / ciała p / endomysium IgG, IgA EmA
- P / ciała p / gliadynie (AGA) – w kl. IgG i IgA (łącznie) met. IIF
- P / ciała p / gliadynie klasy IgA – AGA
- P / ciała p / gliadynie klasy IgG – AGA
- P / ciała p / jądrowe – i p.cytoplazmatyczne (ANA1), test przesiewowy met. IIF
- P / ciała p / komórkom mięśnia sercowego (HMA)
- P / ciała p / komórkom okładzinowym żołądka – (APCA) met.IIF
- P / ciała p / mięśniom gładkim ASMA
- P / ciała p / mitochondrialne AMA
- P / ciała p / mitochondrialne AMA typ M2
- P / ciała p / Yersinia enterocolitica – IgG
- P / ciała p / Yersinia enterocolitica – IgG, IgM, IgA (łącznie)
- P / ciała p / Yersinia enterocolitica – IgM
- P / ciała panel wątrobowy – (anty – LKM, anty – LSP, anty – SLA) met. IIF
- P / ciała panel wątrobowy pełny – (ANA2, AMA, ASMA, anty – LKM, anty – LSP, anty – SLA) met. IIF, DID
- P / ciała przeciw receptorom acetylocholiny (AChR – Ab)
- P / ciała przeciw receptorom TSH (TRAb)
- P / ciała przeciwjądrowe – (m.in. histonowe, Ku, rib – P – Protein) (ANA3) met. Immunoblotingu
- P / ciała przeciwjądrowe – i p. cytoplazmatyczne (ANA2) met. IIF, DID
- Krztusiec – IgA
- Krztusiec – IgG
- Krztusiec – IgM
- Listerioza – jakościowo
- Parvovirus B19 – IgG i IgM
- PCR – HSV – opryszczka, jakościowo
- Pneumocystoza – IgG – jakościowo
- Pneumocystoza – IgM – jakościowo
- Toksoplazmoza – IgG test awidności
- Toxocarozę IgG (półilościowo)
- Świnka – IgG
- Świnka – IgM
- SLE – półilościowo
- Serologia kiły – test potwierdzenia – FTA – ABS
- P / c p. ds.. DNA met. IIF
- P / c. p. kanalikom żółciowym met. IIF
- P / c. p. antygenowi cytoplazmatycznemu wątroby typu 1 (anty – LC – 1) met. Immunobloting
- P / c. p. retikulinie (ARA) w kl. IgA met. IIF
- P / c. p. retikulinie (ARA) w kl. IgG met. IIF
- P / c. p. retikulinie (ARA) w kl. IgA i IgG (łącznie) met. IIF
- P / c. p. fosfatydyloserynie w kl. IgG
- P / c. p. fosfatydyloserynie w kl. IgM
- P / c p. antygenom jajnika met. IIF
- P / c p. mięśniom poprzecznie prążkowanym met. IIF
- P / c p. błonie podstawnej kłęb. Nerkowych (anty – GMB) i błonie pęch. Płucnych met. IIF
- Panel jelitowy (p / c p. kom. Zewnątrzwydziel. Trzustki i kom. Kubk. Jelit., ASCA, ANCA) met. IIF
- P / c. p. Saccharomyces cerevisiae (ASCA) igG met. IIF
- P / c. p. pemphigus i pemphigoid met. IIF
- Hemochromatoza met. PCR
- P / c p. gliście ludzkiej IgG
- P / c. p. endomysium, retikulinie i gliadynie IgA+IgG
- P / c. p. endomysium, retikulinie i gliadynie IgG
- P / c. p Endomysium i retikulinie IgA
- P / c. p Endomysium i retikulinie IgG

- EBV met. PCR, ilościowo
- EBV met. PCR, jakościowo
- Mycoplasma pneumoniae met. PCR, jakościowo
- Ureaplasma urealyticum met. PCR, jakościowo
- Odkleszczowe zapalenia mózgu przeciwciała w kl. IgM
- Włośnica IgG
- Toxoplasma gondii met. PCR, jakościowo
- P / c p. dekarboksylazie kw. glutaminowego (anty GAD)
- P / c p. fosfatazie tyrozynowej (IA2)

Badania moczu wraz z pobraniem materiału (mocz) do badania:

- Mocz – badanie ogólne
- Kwas wanilinomigdałowy (VAM) w moczu
- Białko w moczu
- Białko całkowite / DZM
- Fosfor w moczu
- Fosfor w moczu / DZM
- Kreatynina w moczu
- Kreatynina w moczu / DZM
- Kwas moczowy w moczu / DZM
- Kwas moczowy w moczu
- Magnez / Mg w moczu
- Magnez / Mg w moczu DZM
- Mocznik / Azot Mocznikowy / BUN / w moczu DZM
- Mocznik / Azot Mocznikowy / BUN w moczu
- Sód / Na w moczu
- 17 – ketosterydy w DZM
- Sód / Na w moczu / DZM
- Wapń w moczu
- Wapń w moczu / DZM
- Kwas delta – aminolewulinowy (ALA)
- Kwas delta – aminolewulinowy (ALA) w DZM
- Potas / K w moczu
- Potas / K w moczu / DZM
- Katecholaminy (Noradrenalina, Adrenalina) w DZM
- Kortyzol w DZM
- Metoksykatecholaminy w DZM
- Ołów / Pb w moczu
- Albumina w DZM
- Albumina w moczu
- Aldosteron w DZM
- Amylaza w moczu
- Białko Bence Jonesa w moczu
- Chlorki / Cl w moczu
- Chlorki / Cl w moczu / DZM
- Glukoza i ketony w moczu
- Kadm w moczu
- Koproporfiryny w moczu
- Kwas 5 – hydroksyindolooctowy w DZM (5 – HIAA)
- Kwas hipurowy w moczu / DZM
- Wskaźnik albumina / kreatynina w moczu (ACR) – (d. Mikroalbuminuria w moczu)
- Rtęć / Hg w moczu
- Łańcuchy lekkie kappa w moczu
- Łańcuchy lekkie lambda w moczu
- Białko Bence`a – Jonesa w moczu
- Szczawiany w DZM
- 17 – hydroksykortykosteroidy w DZM
- Skład chemiczny kamienia nerkowego
- Pyrylinks D (marker resorpcji kości)

Badania bakteriologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej):

- Posiew moczu
- Kał posiew ogólny
- Wymaz z gardła / migdałków – posiew tlenowy
- Wymaz z jamy ustnej – posiew tlenowy
- Wymaz z ucha – posiew beztlenowy
- Wymaz z ucha – posiew tlenowy
- Wymaz z oka – posiew tlenowy
- Wymaz z nosa
- Wymaz z nosa – posiew tlenowy
- Wymaz z nosogardła – posiew beztlenowy
- Wymaz z nosogardła – posiew tlenowy
- Wymaz z odbytu i pochwy w kierunku pać. hem. GBS
- Wymaz z pochwy – posiew beztlenowy
- Wymaz z pochwy – posiew tlenowy
- Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy
- Wymaz z rany
- Wymaz z rany – posiew beztlenowy
- Kał posiew w kierunku SS
- Czystość pochwy (biocenoza pochwy)
- Posiew nasienia tlenowy
- Posiew plwociny
- Wymaz z kanału szyjki macicy
- Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew beztlenowy
- Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy
- Kał posiew w kier. E.Coli patogenne u dzieci do lat 2
- Kał posiew w kierunku Yersinia enterocolitica
- Wymaz z cewki moczowej
- Wymaz z cewki moczowej – posiew beztlenowy
- Posiew pokarmu – z piersi lewej – tlenowy
- Posiew pokarmu – z piersi prawej – tlenowy
- Posiew treści ropnia
- Posiew treści ropnia – beztlenowy
- Posiew w kierunku GC (GNC) – wymaz z cewki moczowej

- Seton z ucha – lewego – posiew tlenowy
- Seton z ucha – prawego – posiew tlenowy
- Wydzielina z piersi – posiew tlenowy
- Wymaz spod napletka – posiew tlenowy
- Wymaz z czyraków
- Wymaz z dziąseł – posiew tlenowy
- Wymaz z języka – posiew tlenowy
- Wymaz z krtani – posiew tlenowy
- Wymaz z krtani – w kierunku *Pneumocistis carini*
- Wymaz z odbytu – posiew tlenowy
- Wymaz z odbytu – posiew w kierunku SS
- Wymaz z owrzodzenia – posiew tlenowy
- Wymaz z pępka – posiew tlenowy
- Wymaz z prącia – posiew tlenowy
- Wymaz z warg sromowych – posiew tlenowy
- Wymaz ze zmian skórnych – posiew tlenowy
- Chlamydia pneumoniae antygen met. IIF wymaz
- Chlamydia pneumoniae antygen met. IIF wymaz – inny materiał
- Chlamydia pneumoniae antygen met. IIF wymaz – z gardła
- Chlamydia pneumoniae PCR wymaz
- Chlamydia trachomatis antygen met. IIF wymaz – inny materiał
- Chlamydia trachomatis antygen met. IIF wymaz – z cewki moczowej
- Chlamydia trachomatis antygen met. IIF wymaz – z kanału szyjki macicy
- Chlamydia trachomatis met. PCR – jakościowo (wymaz z pochwy, cewki moczowej lub mocz)
- Eozynofile w wymazie z nosa
- Mycoplasma hominis i *Ureaplasma urealyticum* – wymaz z cewki moczowej
- Mycoplasma hominis i *Ureaplasma urealyticum* – wymaz z kanału szyjki macicy
- Płyn stawowy – badanie cytologiczne
- Płyn stawowy – badanie ogólne
- Płyn z zatoki – posiew – tlenowy
- Owsiki – wymaz z odbytu

Badania kału wraz z pobraniem materiału do badania:

- Kał badanie ogólne
- Kał na pasożyty 1 próba
- Krew utajona w kale / F.O.B.
- Kał na Rota i Adenowirusy
- Kał na *Lamblię* ELISA
- *Helicobacter Pylori* – antygen w kale
- Kał – *Clostridium difficile* – antygen GDH i toksyna A / B

Badania cytologiczne wraz z pobraniem materiału do badania:

- Standardowa* cytologia szyjki macicy
- Standardowe* cytologiczne badanie błony śluzowej nosa

Badania mykologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej):

- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów paznokcie stopy
- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów paznokcie ręki
- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów włosów
- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów wymaz ze skóry
- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów zeszkrobiny skórne
- Kał posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Posiew moczu w kierunku grzybów drożdż.
- Posiew plwociny w kierunku grzybów drożdż.
- Posiew treści ropnia w kierunku grzybów drożdż.
- Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych wydzielin
- Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych wymaz
- Wymaz z cewki moczowej posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z gardła/ migdałków posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z kanału szyjki macicy posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z nosa posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z nosogardła posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z oka posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z pochwy posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z rany posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z ucha posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z jamy ustnej posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów – naskórek dłoni – zeszkrobiny
- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów – naskórek stóp – zeszkrobiny

- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów – skóra owłosiona głowy – zeszkrobiny
- Posiew nasienia w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz spod napletka – posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z dziąseł – posiew w kierunku grzybów drożdż.

- Wymaz z języka – posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z krtani – posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z okolicy odbytu – posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z owrzodzenia – posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z prącia – posiew w kierunku grzybów drożdż.

- Wymaz z warg sromowych – posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz ze zmian skórnych – posiew w kierunku grzybów drożdż.

Badania toksykologiczne wraz z pobraniem materiału (krew do badania):

- Digoksyna
- Ołów
- Karbamazepina
- Kwas walproinowy

- Kwasy żółciowe
- Lit
- Badanie toksykologiczne – methemoglobina ilościowo

- Fenytoina, ilościowo
- Cyklosporyna A, ilościowo

Szybkie testy paskowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- CRP – test paskowy
- Cholesterol badanie paskowe

- Glukoza badanie glukometrem
- Troponina – badanie paskowe

- Wymaz z gardła w kierunku Streptococcus A. – szybki test

Diagnostyka obrazowa:

Badania elektrokardiograficzne:

- Badanie EKG – spoczynkowe
- Próba wysiłkowa
- Próba wysiłkowa EKG wysiłkowe na cykloergometrze

- Założenie standardowego* Holtera EKG (na 24h) w gabinecie
- Założenie Holtera EKG z 12 odprowadzeniami (na 24h)

- Założenie Holtera RR (na 24h) w gabinecie

Badania rentgenowskie (wynik badania na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce medycznej):

- RTG czaszki oczodoły
- RTG oczodołów + boczne (2 projekcje)
- RTG czaszki PA + bok
- RTG czaszki PA + bok + podstawa
- RTG czaszki podstawa
- RTG czaszki półosiowe wg Orleya
- RTG czaszki siodło tureckie
- RTG czaszki styczne
- RTG czaszki kanały nerwów czaszkowych
- RTG twarzoczaszki
- RTG jamy brzusznej inne
- RTG jamy brzusznej na leżąco
- RTG jamy brzusznej na stojąco
- RTG klatki piersiowej
- RTG klatki piersiowej – RTG tomograf
- RTG klatki piersiowej + bok
- RTG klatki piersiowej bok z barytem
- RTG klatki piersiowej inne

- RTG klatki piersiowej PA + bok z barytem
- RTG klatki piersiowej tarczycy, tchawicy
- RTG kości krzyżowej i guzicznej
- RTG nosa boczne
- RTG podudzia (goleni) AP + bok
- RTG podudzia (goleni) AP + bok obu
- RTG uda + podudzia
- RTG kości udowej AP + bok lewej
- RTG kości udowej AP + bok prawej
- RTG barku / ramienia – osiowe
- RTG barku / ramienia – osiowe obu
- RTG barku / ramienia AP + bok
- RTG barku / ramienia AP + bok obu – zdjęcie porównawcze
- RTG barku / ramienia AP

- RTG barku / ramienia AP obu – zdjęcie porównawcze
- RTG przedramienia AP + bok
- RTG przedramienia obu przedramion AP + bok
- RTG łokcia / przedramienia AP + bok
- RTG łokcia / przedramienia obu AP + bok
- RTG kości skroniowych transorbitalne
- RTG kości skroniowych wg Schullera / Steverssa
- RTG piramid kości skroniowej transorbitalne
- RTG ręki bok
- RTG ręki PA
- RTG ręki PA obu
- RTG palec / palce PA + bok / skos
- RTG palec / palce PA + bok / skos obu rąk
- RTG kości łódeczkowatej
- RTG stopy AP + bok / skos

- RTG stopy AP + bok / skos – na stojąco
- RTG stopy AP + bok / skos obu
- RTG stopy AP + bok / skos obu – na stojąco
- RTG stóp AP (porównawczo)
- RTG kości śródstopia
- RTG palca / palców stopy AP + bok / skos
- RTG pięty + osiowe
- RTG pięty boczne
- RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok
- RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok + skos
- RTG kręgosłupa lędźwiowego bok
- RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego skosy
- RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego AP + bok
- RTG czynnościowe kręgosłupa lędźwiowego
- RTG kręgosłupa piersiowego
- RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok
- RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok + skos
- RTG kręgosłupa piersiowego bok
- RTG kręgosłupa piersiowego skosy
- RTG kręgosłupa szyjnego
- RTG kręgosłupa szyjnego AP + bok
- RTG kręgosłupa szyjnego bok
- RTG kręgosłupa szyjnego bok + skosy (3 projekcje)
- RTG kręgosłupa szyjnego skosy
- RTG czynnościowe kręgosłupa szyjnego
- RTG kręgosłupa AP na stojąco (skolioza)
- RTG kręgosłupa AP na stojąco + bok (skolioza)
- RTG łopatki
- RTG miednicy i stawów biodrowych
- RTG mostka AP
- RTG mostka / boczne klatki piersiowej
- RTG żuchwy
- RTG zatok przynosowych
- RTG żeber (1 strona) w 2 skosach
- RTG nadgarstka boczne
- RTG nadgarstka boczne – obu
- RTG nadgarstka PA + bok
- RTG nadgarstka PA + bok obu
- RTG ręki PA + skos
- RTG ręki PA + skos obu
- RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos lewego
- RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos prawego
- RTG obu nadgarstków / dłoni PA + bok / skos
- RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos obu
- RTG rzepki osiowe obu
- RTG rzepki osiowe obu w 2 ustawieniach
- RTG rzepki osiowe obu w 3 ustawieniach
- RTG stawów krzyżowo-biodrowych – PA
- RTG stawów krzyżowo-biodrowych – skosy
- RTG stawu biodrowego AP
- RTG stawu biodrowego AP obu
- RTG stawu biodrowego osiowe
- RTG stawu kolanowego AP + bok
- RTG stawu kolanowego AP + bok obu
- RTG stawu kolanowego AP + bok obu – na stojąco
- RTG stawu kolanowego boczne
- RTG stawu łokciowego
- RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok
- RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok obu
- RTG czynnościowe stawów skroniowo żuchwowych
- Urografia (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi)
- RTG nosogardła
- RTG barku (przez klatkę)
- RTG barku AP + osiowe
- RTG obojczyka
- RTG jelita grubego – wlew doodbytniczy (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi)
- RTG klatki piersiowej – RTG tomogram
- RTG krtani – tomogram
- RTG pasaż jelita cienkiego (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi)
- RTG przełyku, żołądka i 12 cy (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi)
- RTG teleradiogram – cefalometria cyfrowa

Badania ultrasonograficzne:

- USG jamy brzusznej
- USG układu moczowego
- USG piersi
- USG tarczycy
- USG prostaty przez powłoki brzuszne
- USG ginekologiczne transwaginalne
- USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne
- USG narządów moszny (jąder)
- USG ślinianek
- USG transrektalne prostaty
- USG / doppler tętnic szyjnych i kręgowych
- USG / doppler tętnic kończyn dolnych
- USG / doppler tętnic kończyn górnych
- USG / doppler żył kończyn dolnych
- USG / doppler żył kończyn górnych
- USG / doppler żył kończyn dolnych
- USG / doppler żył kończyn górnych
- USG / doppler aorty brzusznej i tętnic biodrowych
- USG / doppler naczyń wątroby (ocena krążenia wrotnego)
- USG / doppler tętnic nerkowych
- USG / doppler tętnic wewnątrzczaszkowych

- USG stawów biodrowych dzieci
- USG stawów biodrowych + konsultacja ortopedyczna stawów biodrowych (do 1 roku życia)
- USG stawu biodrowego
- USG stawu kolanowego
- USG stawu łokciowego
- USG stawu skokowego
- USG stawu barkowego
- USG tkanki podskórnej (tłuszczaki, włókniaki etc.)

- USG krwiaka pourazowego mięśni
- USG węzłów chłonnych
- USG krtani
- USG nadgarstka
- USG więzadeł, mięśni, drobnych stawów
- USG śródstopia
- USG rozcięgna podeszwowego
- USG stawów śródreżca i palców
- USG ścięgna Achillesa

- USG układu moczowego + TRUS
- USG przeziemiączkowe
- Echokardiografia – USG serca
- USG gałek ocznych i oczodołów
- USG ciąży – rozszerzone badanie (4 D)
- USG opłucnej
- Echokardiografia – USG serca – płodu

Badania endoskopowe wraz z pobraniem wycinków endoskopowych:

- Anoskopia
- Gastroskopia (z testem ureazowym)
- Rektoskopia
- Sigmoidoskopia
- Kolonoskopia

Rezonans magnetyczny wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi:

- MR – Rezonans magnetyczny głowy
- MR – Rezonans magnetyczny angio głowy
- MR – Rezonans magnetyczny głowy+ angio
- MR - Rezonans magnetyczny głowy i przysadki mózgowej
- MR – Rezonans magnetyczny twarzoczaszki
- MR – Rezonans magnetyczny jamy brzusznej
- MR – Rezonans magnetyczny miednicy mniejszej
- MR – Rezonans magnetyczny miednicy kostnej
- MR – Rezonans magnetyczny jamy brzusznej i miednicy mniejszej
- MR – Rezonans magnetyczny klatki piersiowej
- MR – Rezonans magnetyczny kręgosłupa lędźwiowego
- MR – Rezonans magnetyczny kręgosłupa piersiowego
- MR – Rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego
- MR – Rezonans magnetyczny oczodołów
- MR – Rezonans magnetyczny zatok
- MR – Rezonans magnetyczny przysadki
- MR – Rezonans magnetyczny stawu barkowego

- MR – Rezonans magnetyczny stawu łokciowego
- MR – Rezonans magnetyczny stawu kolanowego
- MR – Rezonans magnetyczny nadgarstka
- MR – Rezonans magnetyczny stawu skokowego
- MR – Rezonans magnetyczny stawu biodrowego
- MR – Rezonans magnetyczny stawów krzyżowo-biodrowych
- MR – Rezonans magnetyczny stopy
- MR – Rezonans magnetyczny podudzia
- MR – Rezonans magnetyczny uda
- MR – Rezonans magnetyczny przedramienia
- MR – Rezonans magnetyczny ramienia
- MR – Rezonans magnetyczny ręki
- MR – Rezonans magnetyczny – szyi
- MR – Rezonans magnetyczny – arteriografia tętnic kończyn dolnych
- MR – Rezonans magnetyczny – badanie serca z ilościową oceną funkcji skurczowej, żywotności, perfuzji w

- Badanie histopatologiczne – materiału z biopsji endoskopowej
- Endoskopia laryngologiczna
- spoczynku oraz oceną żywotności
- MR – Rezonans magnetyczny – Cholangiografia MR
- MR – Rezonans magnetyczny – Mammografia MR
- MR – Rezonans magnetyczny – morf serca z ilościową oceną funkcji skur. i oceną żywotności
- MR – Rezonans magnetyczny – serca z ilościową oceną funkcji skur.
- MR – Rezonans magnetyczny – serca z ilościową oceną przepływu krwi
- MR – Rezonans magnetyczny – Angio wielkich naczyń klatki piersiowej
- MR – Rezonans magnetyczny – Arteriografia tętnic nerkowych
- MR – Rezonans magnetyczny – jamy brzusznej i cholangiografia
- MR – artrografia nadgarstka
- MR – Rezonans magnetyczny – nadnerczy
- MR – Rezonans magnetyczny – płodu
- MR – Rezonans magnetyczny – staw z chrząstkogramem kolorowym

- MR – artrografia stawu barkowego
- MR – artrografia stawu kolanowego

Tomografia komputerowa wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi:

- TK – Tomografia komputerowa głowy
- TK – Tomografia komputerowa twarzoczaszki
- TK – Tomografia komputerowa przysadki mózgowej
- TK – Tomografia komputerowa zatok
- TK – Tomografia komputerowa oczodołów
- TK – Tomografia komputerowa kości skroniowych
- TK – Tomografia komputerowa szyi
- TK – Tomografia komputerowa krtani
- TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej
- TK - Tomografia komputerowa - klatki piersiowej niskodawkowa
- TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej (HRCT)
- TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej
- TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej Trójfazowa
- TK – Tomografia komputerowa miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa miednicy kostnej
- TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej i jamy brzusznej
- TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa szyi, klatki

- MR – artrografia stawu łokciowego
- MR – artrografia stawu skokowego

- TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej, miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego + krzyżowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + lędźwiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + piersiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + piersiowego + lędźwiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego + lędźwiowego
- TK – Tomografia komputerowa stawu biodrowego
- TK – Tomografia komputerowa stawu kolanowego
- TK – Tomografia komputerowa stawu skokowego
- TK – Tomografia komputerowa nadgarstka
- TK – Tomografia komputerowa stawu barkowego
- TK – Tomografia komputerowa stawu łokciowego
- TK – Tomografia komputerowa stopy
- TK – Tomografia komputerowa uda
- TK – Tomografia komputerowa podudzia

- MR – Rezonans magnetyczny – Urografia

- TK – Tomografia komputerowa ramienia
- TK – Tomografia komputerowa przedramienia
- TK – Tomografia komputerowa ręki
- TK – Tomografia komputerowa – Angio aorty brzusznej
- TK – Tomografia komputerowa – Angio głowy – badanie żył i zatok mózgu
- TK – Tomografia komputerowa – Angio głowy – tętnice
- TK – Tomografia komputerowa – Angio aorty piersiowej
- TK – Tomografia komputerowa – Angio jamy brzusznej i miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa – Angio klatki piersiowej
- TK – Tomografia komputerowa – Angio kończyn dolnych
- TK – Tomografia komputerowa – Angio kończyny górnej
- TK – Tomografia komputerowa – Angio nadbrzusze
- TK – Tomografia komputerowa – Angio tętnic miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa – Angio tętnic szyjnych
- TK – Tomografia komputerowa – Bronchografia TK
- TK – Tomografia komputerowa – Kolonografia
- TK – Tomografia komputerowa – naczyń wieńcowych – tętnice
- TK – artrografia nadgarstka

- TK – artrografia stawu barkowego
- TK – artrografia stawu kolanowego

Badania EEG:

- EEG standardowe*

Badania EMG:

- Badanie EMG – elektromiografia – zespół cieśni nadgarstka
- Badanie EMG – elektromiografia – badanie ilościowe mięśnia
- Badanie EMG – elektromiografia – choroba neuronu ruchowego / stwardnienie boczne zanikowe (MND / SLA)
- Badanie EMG – elektromiografia – nerw twarzowy

Badania elektroneurograficzne:

- Elektroneurografia (ENG) – nerw czuciowy

Badania scyntygraficzne:

- Scyntygrafia – kości
- Scyntygrafia – nerek (Renoscyntygrafia)

Inne badania diagnostyczne:

- Spirometria bez leku
- Spirometria – próba rozkurczowa
- Audiometr standardowy*
- Audiometr standardowy – audiometria nadprogowa
- Audiometr standardowy – audiometria słowna
- Tympanometria
- Densytometria kręgosłupa lędźwiowego (ocena kości beleczkowej) – screening
- Densytometria szyjka kości udowej (ocena kości korowej) – screening
- Badanie uroflowmetryczne
- Kolposkopia
- Mammografia
- Mammografia – zdjęcie celowane

- TK – artrografia stawu łokciowego
- TK – artrografia stawu skokowego

- Badanie EEG standardowe* – (dzieci)

- Badanie EMG – elektromiografia – neurazowe uszkodzenie nerwu
- Badanie EMG – elektromiografia – ocena czynności spoczynkowej mięśnia
- Badanie EMG – elektromiografia – polineuropatia / miopatia
- Badanie EMG – elektromiografia – pourazowe uszkodzenie nerwu

- Elektroneurografia (ENG) – nerw ruchowy (długi)

- Scyntygrafia – serca – obciążeniowa
- Scyntygrafia – serca – spoczynkowa

- Komputerowe pole widzenia
- Badanie adaptacji do ciemności
- Pachymetria
- Badanie GDx
- Badanie OCT – dwoje oczu
- Badanie OCT – jedno oko
- Palestezjometria (czucie wibracji)
- Próba błędnikowa
- Próba oziębieniowa
- Próba oziębieniowa – z termometrią skórną i próbą uciskową
- Angiografia fluoresceinowa
- Badanie na anomaloskopie
- ABR – diagnostyka różnicowa
- ABR – latencje
- Audiometria impedancyjna – z tympanometrią i oceną

- TK – Tomografia komputerowa – szczęka, żuchwa – badanie stomatolog (implantologia)

- Badanie EMG – elektromiografia – Próba ischemiczna (tężyczkowa)
- Badanie EMG – elektromiografia – Próba miasteniczna
- Badanie EMG – elektromiografia – uszkodzenie splotu

- Elektroneurografia (ENG) – nerw ruchowy (krótkie odcinki)

- Scyntygrafia – tarczycy

- odruchów z mięśnia strzemiączkowego (AI)
- Badanie słuchu – Charakterystyka szumu usznego (ChS)
- Badanie słuchu – Oznaczenie proggu dyskomfortu słyszenia (UCL)
- Badanie słuchu – próba szeptu
- Otoemisja akustyczna
- Elektronystagmografia (ENG)
- Tilt Test
- Videonystagmografia (VNG)

Uwaga:

W związku z rozwojem technologii nazwy lub metody wykonania poszczególnych badań diagnostycznych mogą ulegać zmianie, co nie będzie ograniczać zakresu usług określonych w Umowie ubezpieczenia. Jeżeli efektem zastosowania nowej metody, będzie rozszerzenie ww. zakresu usług, to usługi wynikające z rozszerzenia zakresu, nie będą objęte zakresem pakietu. Wynik badania wydawany jest na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce. O ile nie zaznaczono inaczej diagnostyka obrazowa w zakresie TK, MR i USG obejmuje prezentację 2D bez dodatkowych opcji (w tym rozszerzonego USG genetycznego).

* Standardowe – powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP

Testy alergiczne

Usługa obejmuje testy alergiczne skórne, testy alergiczne płatkowe lub kontaktowe oraz testy alergiczne wykonywane z krwi. Testy wykonywane są na zlecenie Lekarza Placówki medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela, w następującym zakresie:

— Konsultacja alergologa – kwalifikacja do testów

— **Testy alergiczne skórne** – testy wykonywane metodą nakłuć wraz z preparatem do testów alergicznych:

- testy alergiczne skórne 1 punkt
- testy alergiczne skórne panel pokarmowy
- testy alergiczne skórne panel wziewny

— **Testy płatkowe / kontaktowe** – testy wykonywane metodą płatkową wraz z preparatem do testów alergicznych:

- Testy płatkowe / kontaktowe – 1 punkt
- Testy płatkowe / kontaktowe – panel fryzjerski
- Testy płatkowe / kontaktowe – panel kosmetyki
- testy płatkowe / kontaktowe – panel owrzodzenia podudzi
- testy płatkowe / kontaktowe – panel podstawowy

— **Testy alergiczne z krwi** wraz z pobraniem materiału do badania (krew):

- IGE SP. Acarus Siro D70 (w kurzu)
- IGE SP. Alternaria Tenuis M6
- IGE SP. Amoksycyklina C204
- IGE SP. Aspergillus Fumigatus M3
- IGE SP. Babka lancetowata W9
- IGE SP. Banan F92
- IGE SP. Białko jaja F1
- IGE SP. Brzoza Brodawkowata T3
- IGE SP. Bylica Pospolita W6
- IGE SP. Candida Albicans M5
- IGE SP. Cebula F48
- IGE SP. Chironimus Plumosus 173
- IGE SP. Chwasty – mieszanka: bylica pospolita (W6), pokrzywa zwyczajna (W20), nawłóć pospolita (W12), babka lancetowata (W9), komosa biała (W10)
- IGE SP. Cladosporium Herbarum M2
- IGE SP. Czekolada F105
- IGE SP. Dorsz F3
- IGE SP. Drożdże browarnicze F403
- IGE SP. Drzewa – mieszanka: olsza (T2), brzoza (T3), leszczyna (T4), dąb (T7), wierzba (T12)
- IGE SP. Fasola F15
- IGE SP. FP5 – mieszanka żywności (dziecięca): dorsz (F3), białko jaja (F1), orzech ziemny (F13), mleko krowie (F2), soja (F14), mąka pszenna (F4)
- IGE SP. Glista ludzka P1
- IGE SP. Gluten (Gliadyna) F79
- IGE SP. GP4 – mieszanka traw późnych: tomka wonna (G1), życica trwała (G5), tymotka łąkowa (G6), trzcina pospolita (G7), żyto (G12), kłosówka wełnista (G13)
- IGE SP. Groch F12
- IGE SP. Gruszka F94
- IGE SP. Gryka F11
- IGE SP. Indyk F284
- IGE SP. Jabłko F49
- IGE SP. Jad Osy Vespuła SP.I3
- IGE SP. Jad Pszczoły I1
- IGE SP. Jad Szerszenia Europejskiego I5
- IGE SP. Jagnię (baranina) F88
- IGE SP. Jajko całe F245
- IGE SP. Jęczmień F6
- IGE SP. Kakao F93
- IGE SP. Karaluch – Prusak I6
- IGE SP. Kawa F221
- IGE SP. Kazeina F78
- IGE SP. Kiwi F84
- IGE SP. Komar I71
- IGE SP. Komosa Biała W10
- IGE SP. Koperek 277
- IGE SP. Kostrzewa łąkowa G4
- IGE SP. Krupówka Pospolita G3
- IGE SP. Kukurydza F8
- IGE SP. Kurczak F83
- IGE SP. Kurz – mieszanka (Bencard)
- IGE SP. Lateks K82
- IGE SP. Lepidoglyphus Destructor D71

- IGE SP. Leszczyna Pospolita T4
- IGE SP. Marchew F31
- IGE SP. mieszanka naskórków EP1: psa (E5), kota (E1), konia (E3), krowy (E4)
- IGE SP. mieszanka pleśni MP1: Alternaria tenuis (M6), Penicilium notatum (M1), Cladosporium herbarum (M2), Aspergillus fumigatus (M3), Candida albicans (M5)
- IGE SP. Mleko krowie – Beta – Laktoglobulina F77
- IGE SP. Mleko Krowie F2
- IGE SP. Mleko krowie – alfa – laktoalbumina F76
- IGE SP. Mucor Racemosus M4
- IGE SP. Musztarda F89
- IGE SP. Naskórek chomika E84
- IGE SP. Naskórek królika E82
- IGE SP. Naskórek owcy E81
- IGE SP. Naskórek świnki morskiej E6
- IGE SP. Odchody gołębia E7
- IGE SP. Ogórek F244
- IGE SP. Olcha T2
- IGE SP. Orzech laskowy F17
- IGE SP. Orzech włoski F256
- IGE SP. Orzech ziemny F13
- IGE SP. Owies F7
- IGE SP. Panel alergenów oddechowych
- IGE SP. Panel mieszany
- IGE SP. Panel pokarmowy
- IGE SP. Penicilium Notatum M1
- IGE SP. Pieprz czarny F280
- IGE SP. Pierze mieszane EP71 kacze pióra (E86), gęsie pióra (E70), kurze pióra, pierze indyka
- IGE SP. Pierze (pióra gęsi) E70
- IGE SP. Pietruszka F86
- IGE SP. Pióra kaczkę E86
- IGE SP. Pióra kanarka E201
- IGE SP. Pióra papużki falistej E78
- IGE SP. Pomarańcza F33
- IGE SP. Pomidor F25
- IGE SP. Pszenica F4
- IGE SP. Pyłki żyta G12
- IGE SP. Roztocze Dermathopag Pteronys. D1
- IGE SP. Roztocze Dermathophag Farinae D2
- IGE SP. Ryż F9
- IGE SP. Seler F85
- IGE SP. Ser cheddar F81
- IGE SP. Sierść konia E3
- IGE SP. Sierść kota E1
- IGE SP. Sierść psa E2
- IGE SP. Soja F14
- IGE SP. Topola T14
- IGE SP. Trawy – mieszanka GP1 (G3 kupkówka, G4 kostrzewa, G5 życica, G6 tymotka, G8 wiechliną)
- IGE SP. Truskawka F44
- IGE SP. Tuńczyk F40
- IGE SP. Tymotka łąkowa G6
- IGE SP. Tyrophagus Putescentiae
- IGE SP. Wierzbowa F26
- IGE SP. Wierzbowa T12
- IGE SP. Wołowina F27
- IGE SP. Ziemniak F35
- IGE SP. Żółtko jaja F75
- IGE SP. Żyto F5
- IGE SP. mieszanka FP2 – ryby, skorupiaki, owoce morza: dorsz (F3), krewetka (F24), łosoś (F41), maślak jadalny (F37), tuńczyk (F40)

Uwaga:

W związku z rozwojem technologii nazwy lub metody wykonania poszczególnych badań diagnostycznych mogą ulegać zmianie, co nie będzie ograniczać zakresu usług określonych w umowie ubezpieczenia. Jeżeli efektem zastosowania nowej metody, będzie rozszerzenie ww. zakresu usług, to usługi wynikające z rozszerzenia zakresu, nie będą objęte zakresem pakietu.

Prowadzenie ciąży

Usługa obejmuje prowadzenie ciąży o przebiegu fizjologicznym przez Lekarza w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela zgodnie ze standardami Operatora i składa się z czynnego poradnictwa zdrowotnego w zakresie fizjologii przebiegu ciąży i porodu w następującym zakresie:

- Konsultacja ginekologa – prowadzenie ciąży
- Glukoza na czczo
- Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 1 godzinie
- Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 2 godzinach
- Grupa krwi AB0, Rh, p / ciąża przeglądowe
- Estriol wolny
- HBs Ab / przeciwciała
- HBs Ag / antygen
- HCV Ab / przeciwciała
- HIV I / HIV II
- Mocz – badanie ogólne
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- P / ciąża odpornościowe przeglądowe / alloprzeciwciała (zastępuje P / ciąża anty Rh – /)
- Różyczka IgG
- Różyczka IgM
- Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP)
- Standardowa* cytologia szyjki macicy
- Toksoplazmoza IgG
- Toksoplazmoza IgM
- Total Beta-hCG
- Wymaz z odbytu i pochwy w kierunku pać. hem. GBS
- Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy
- Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy
- USG ciąży
- USG ciąży transwaginalne
- USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne
- USG ginekologiczne transwaginalne

Uwaga:

Usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej; badania ultrasonograficzne obejmują prezentację 2D i nie obejmują rozszerzonego USG genetycznego. Realizacja ww. zakresu badań jest dostępna na podstawie okazania karty przebiegu ciąży wydanej Ubezpieczonej przez Placówkę medyczną wskazaną przez Ubezpieczyciela. Ww. zakres badań nie ogranicza możliwości skierowania na badania spoza programu i umowy, ale nie obejmuje ich kosztów – również w przypadku pojawienia się podczas ciąży Ubezpieczonej, wskazań medycznych do wykonania badań, nieobjętych powyższym programem i zakresem umowy.

* Standardowe – powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP

Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia

Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia to coroczny (dostępny **1 raz** w Okresie ubezpieczenia) przegląd stanu zdrowia, uwzględniający wiek i płeć Ubezpieczonego, obejmujący poszerzony zakres badań i konsultacji dla osób powyżej 18 r.ż.

Przeegląd rozpoczyna się wizytą internistyczną, podczas której zostanie przeprowadzony wywiad lekarski z wystawieniem skierowań na badania (zgodnie ze wskazaniami). Przegląd kończy konsultacja internistyczna, w ramach której Ubezpieczony uzyskuje zalecenia na przyszłość dotyczące swojego stanu zdrowia.

Dla kobiet zakres przeglądu obejmuje:

- Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego
- Konsultacja ginekologiczna
- Konsultacja kardiologiczna
- Konsultacja okulistyczna
- Konsultacja dermatologa z dermatoskopią standardową*
- Badania laboratoryjne:
 - Mocz – badanie ogólne
 - Krew utajona w kale / F.O.B.
 - Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
 - OB / ESR
 - Transaminaza GPT / ALT
 - TSH / hTSH
 - Kreatynina
 - Kwas moczowy
 - T4 Wolne
 - HBs Ag / antygen
 - HCV Ab / przeciwciała
 - Standardowa* cytologia szyjki macicy
 - Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)
 - Glukoza na czczo
- Badania obrazowe:
 - USG piersi lub mammografia – kobiety w zależności od wskazań lekarskich
 - RTG klatki piersiowej PA – w przypadku istnienia wskazań medycznych
 - USG jamy brzusznej
 - USG tarczycy
 - USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne lub USG ginekologiczne transwaginalne
- Badania czynnościowe:
 - Echokardiografia – USG serca
 - Badanie EKG – spoczynkowe
- Konsultacja internistyczna – konsultacja zamykająca program

Dla mężczyzn zakres przeglądu obejmuje:

- Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego
- Konsultacja kardiologiczna
- Konsultacja urologiczna
- Konsultacja okulistyczna

- Konsultacja dermatologa z dermatoskopią standardową*
- Badania laboratoryjne:
 - Mocz – badanie ogólne
 - Krew utajona w kale / F.O.B.
 - Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
 - OB / ESR
 - Transaminaza GPT / ALT
 - PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA / PSA)
 - TSH / hTSH
 - Kreatynina
 - Kwas moczowy
 - T4 Wolne
 - HBs Ag / antygen
 - HCV Ab / przeciwciała
 - Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)
 - Glukoza na czczo
- Badania obrazowe:
 - RTG klatki piersiowej PA – w przypadku istnienia wskazań medycznych
 - USG transrektalne prostaty
 - USG tarczycy
 - USG jąder
 - USG jamy brzusznej
- Badania czynnościowe:
 - Badanie EKG – spoczynkowe
 - Echokardiografia – USG serca
- Konsultacja internistyczna – konsultacja zamykająca program

Uwaga:

Przegląd realizowany jest w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela. Aby umówić się na realizację przeglądu należy zgłosić ten fakt korzystając z formularza dostępnego na stronie <https://www.luxmed.pl/strona-glowna/kontakt/infolinia.html>

* Standardowe – powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP

Przegląd zdrowia po przebyciu COVID-19

Przegląd zdrowia po przebyciu COVID-19 to coroczny (dostępny 1 raz w Okresie ubezpieczenia) przegląd obejmujący zakres badań i konsultacji, dedykowany Ubezpieczonym powyżej 18 r.ż., którzy przechorowali lub podejrzewają przechorowanie koronawirusa SARS-CoV-2.

Przegląd rozpoczyna się telefoniczną konsultacją internistyczną, podczas której zostanie przeprowadzony wywiad lekarski z wystawieniem skierowań na badania (zgodnie ze wskazaniami). Przegląd kończy stacjonarna konsultacja internistyczna, w ramach której Ubezpieczony uzyskuje zalecenia na przyszłość dotyczące swojego stanu zdrowia. W przypadku wskazań medycznych Ubezpieczony kierowany jest na dodatkowe badania diagnostyczne, które realizowane są poza zakresem Przeglądu zdrowia po przebyciu COVID-19.

Zakres przeglądu obejmuje:

- Konsultacja telefoniczna internistyczna – wizyta pierwsza
- Badania laboratoryjne
 - Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
 - Test COVID-19 przeciwciała IgG z krwi
 - CRP – ilościowo
 - NT pro BNP
 - D – Dimery
 - Sód / Na
 - Potas / K
 - Kreatynina / Creatininie
 - Transaminaza GPT / ALT
 - Mocz - badanie ogólne
- Badania czynnościowe
 - EKG spoczynkowe
- Badania obrazowe
 - RTG klatki piersiowej – w przypadku istnienia wskazań medycznych ze strony układu oddechowego
- Konsultacja internistyczna - wizyta zamykająca

Uwaga:

Przegląd realizowany jest w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela. Aby umówić się na realizację przeglądu należy zgłosić ten fakt korzystając z formularza dostępnego na stronie <https://www.luxmed.pl/strona-glowna/kontakt/infolinia.html>

Fizjoterapia

W ramach usługi Ubezpieczonemu przysługuje nielimitowany dostęp do **konsultacji fizjoterapeuty**. Usługa zawiera: wywiad, badanie funkcjonalne, poradę fizjoterapeuty wraz z czynnościami niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej oraz ustalenia trybu rehabilitacji.

Usługa obejmuje wyłącznie rehabilitację narządu ruchu i realizowana jest z następujących wskazań (kryteriów kwalifikacyjnych) - dotyczy Ubezpieczonych:

- po urazach ortopedycznych;
- cierpiących na chorobę zwyrodnieniową stawów;
- cierpiących z powodu chorób zawodowych związanych z narządem ruchu (potwierdzonych odpowiednim orzeczeniem);
- cierpiących z powodu neurologicznych zespołów bólowych.
- z zaburzeniami napięcia mięśniowego (dot. rehabilitacji neurokinezyjologicznej dla dzieci do 18 r.ż.)
- z wadami postawy (dot. rehabilitacji wad postawy dla dzieci do 18 r.ż.)

Zabiegi są realizowane na podstawie skierowań fizjoterapeutów lub Lekarzy (przyjmujących w zakresie ortopedii, neurologii, neurochirurgii, reumatologii, rehabilitacji medycznej, balneologii) z ambulatoryjnej Placówki medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela, określających zakres i rodzaj zabiegów rehabilitacyjnych i dotyczy fizjoterapii prowadzonej w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela. **Usługa jest nielimitowana za wyjątkiem wykonania ogółem 5 zabiegów rehabilitacji (neurokinezyjologicznej lub wad postawy)** w 12 miesięcznym Okresie ubezpieczenia. Fizjoterapia obejmuje następujący zakres zabiegów fizyko- i kinezyterapii:

- | | | |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| • Fizykoterapia – elektrostymulacja mm. k. dolnej | • Fizykoterapia – fonoforeza staw łokciowy | • Fizykoterapia – galwanizacja staw kolanowy |
| • Fizykoterapia – elektrostymulacja mm. k. górnej | • Fizykoterapia – fonoforeza staw skokowy | • Fizykoterapia – galwanizacja staw łokciowy |
| • Fizykoterapia – fonoforeza kręgosłup lędźwiowy | • Fizykoterapia – fonoforeza stopa | • Fizykoterapia – galwanizacja staw skokowy |
| • Fizykoterapia – fonoforeza kręgosłup piersiowy | • Fizykoterapia – fonoforeza udo | • Fizykoterapia – galwanizacja stopa |
| • Fizykoterapia – fonoforeza kręgosłup szyjny | • Fizykoterapia – galwanizacja kręgosłup lędźwiowy | • Fizykoterapia – galwanizacja udo |
| • Fizykoterapia – fonoforeza nadgarstek | • Fizykoterapia – galwanizacja kręgosłup piersiowy | • Fizykoterapia – jonoforeza kręgosłup lędźwiowy |
| • Fizykoterapia – fonoforeza podudzie | • Fizykoterapia – galwanizacja kręgosłup szyjny | • Fizykoterapia – jonoforeza kręgosłup piersiowy |
| • Fizykoterapia – fonoforeza przedramię | • Fizykoterapia – galwanizacja nadgarstek | • Fizykoterapia – jonoforeza kręgosłup szyjny |
| • Fizykoterapia – fonoforeza ramię | • Fizykoterapia – galwanizacja podudzie | • Fizykoterapia – jonoforeza nadgarstek |
| • Fizykoterapia – fonoforeza ręka | • Fizykoterapia – galwanizacja przedramię | • Fizykoterapia – jonoforeza podudzie |
| • Fizykoterapia – fonoforeza staw barkowy | • Fizykoterapia – galwanizacja ramię | • Fizykoterapia – jonoforeza przedramię |
| • Fizykoterapia – fonoforeza staw biodrowy | • Fizykoterapia – galwanizacja ręka | • Fizykoterapia – jonoforeza ramię |
| • Fizykoterapia – fonoforeza staw kolanowy | • Fizykoterapia – galwanizacja staw barkowy | • Fizykoterapia – jonoforeza ręka |
| | • Fizykoterapia – galwanizacja staw biodrowy | • Fizykoterapia – jonoforeza staw barkowy |

- Fizykoterapia – jonoforeza staw biodrowy
- Fizykoterapia – jonoforeza staw kolanowy
- Fizykoterapia – jonoforeza staw łokciowy
- Fizykoterapia – jonoforeza staw skokowy
- Fizykoterapia – jonoforeza stopa
- Fizykoterapia – jonoforeza udo
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa nadgarstek
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa podudzie
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa przedramię
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa ramię
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa ręka
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa staw barkowy
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa staw biodrowy
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa staw kolanowy
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa staw łokciowy
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa staw skokowy
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa stopa
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa udo
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny nadgarstek
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny podudzie
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny przedramię
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny ramię
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny ręka
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny staw barkowy
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny staw biodrowy
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny staw kolanowy
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny staw łokciowy
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny staw skokowy
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny stopa
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny udo
- Fizykoterapia – pole magnetyczne kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – pole magnetyczne kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – pole magnetyczne kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – pole magnetyczne nadgarstek
- Fizykoterapia – pole magnetyczne podudzie
- Fizykoterapia – pole magnetyczne przedramię
- Fizykoterapia – pole magnetyczne ramię
- Fizykoterapia – pole magnetyczne ręka
- Fizykoterapia – pole magnetyczne staw barkowy
- Fizykoterapia – pole magnetyczne staw biodrowy
- Fizykoterapia – pole magnetyczne staw kolanowy
- Fizykoterapia – pole magnetyczne staw łokciowy
- Fizykoterapia – pole magnetyczne staw skokowy
- Fizykoterapia – pole magnetyczne stopa
- Fizykoterapia – pole magnetyczne udo
- Fizykoterapia – prądy DD kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – prądy DD kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – prądy DD kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – prądy DD nadgarstek
- Fizykoterapia – prądy DD podudzie
- Fizykoterapia – prądy DD przedramię
- Fizykoterapia – prądy DD ramię
- Fizykoterapia – prądy DD ręka
- Fizykoterapia – prądy DD staw barkowy
- Fizykoterapia – prądy DD staw biodrowy
- Fizykoterapia – prądy DD staw kolanowy
- Fizykoterapia – prądy DD staw łokciowy
- Fizykoterapia – prądy DD staw skokowy
- Fizykoterapia – prądy DD stopa
- Fizykoterapia – prądy DD udo
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne nadgarstek
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne podudzie
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne przedramię
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne ramię
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne ręka

- Fizykoterapia – prądy interferencyjne staw barkowy
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne staw biodrowy
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne staw kolanowy
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne staw łokciowy
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne staw skokowy
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne stopa
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne udo
- Fizykoterapia – prądy TENS kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – prądy TENS kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – prądy TENS kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – prądy TENS nadgarstek
- Fizykoterapia – prądy TENS podudzie
- Fizykoterapia – prądy TENS przedramię
- Fizykoterapia – prądy TENS ramię
- Fizykoterapia – prądy TENS ręka
- Fizykoterapia – prądy TENS staw barkowy
- Fizykoterapia – prądy TENS staw biodrowy
- Fizykoterapia – prądy TENS staw kolanowy
- Fizykoterapia – prądy TENS staw łokciowy
- Fizykoterapia – prądy TENS staw skokowy
- Fizykoterapia – prądy TENS stopa
- Fizykoterapia – prądy TENS udo
- Fizykoterapia – ultradźwięki kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – ultradźwięki kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – ultradźwięki kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – ultradźwięki nadgarstek
- Fizykoterapia – ultradźwięki podudzie
- Fizykoterapia – ultradźwięki przedramię
- Fizykoterapia – ultradźwięki ramię
- Fizykoterapia – ultradźwięki ręka
- Fizykoterapia – ultradźwięki staw barkowy
- Fizykoterapia – ultradźwięki staw biodrowy
- Fizykoterapia – ultradźwięki staw kolanowy
- Fizykoterapia – ultradźwięki staw łokciowy
- Fizykoterapia – ultradźwięki staw skokowy
- Fizykoterapia – ultradźwięki stopa
- Fizykoterapia – ultradźwięki udo
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe kręgosłup lędźwiowy
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe kręgosłup piersiowy
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe kręgosłup szyjny
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe nadgarstek
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe podudzie
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe przedramię
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe ramię
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe ręka
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe staw barkowy
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe staw biodrowy
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe staw kolanowy
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe staw łokciowy
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe staw skokowy
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe stopa
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe udo
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające kręgosłup lędźwiowy
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające kręgosłup piersiowy
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające kręgosłup szyjny
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające nadgarstek
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające podudzie
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające przedramię
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające ramię
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające ręka
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające staw barkowy

- Kinezyterapia – ćw. usprawniające staw biodrowy
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające staw kolanowy
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające staw łokciowy
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające staw skokowy
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające stopa
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające udo
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna kręgosłup lędźwiowy
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna kręgosłup piersiowy
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna kręgosłup szyjny
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna nadgarstek
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna podudzie
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna przedramię
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna ramię
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna ręka
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna staw barkowy
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna staw biodrowy
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna staw kolanowy
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna staw łokciowy
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna staw skokowy
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna stopa
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna udo
- Kinezyterapia – wyciąg trakcyjny kręgosłup lędźwiowy
- Kinezyterapia – wyciąg trakcyjny kręgosłup szyjny
- Terapia miorelaksacyjna - masaż leczniczy kręgosłupa
- Terapia indywidualna wg metod neurokinezyjologicznych / neurofizjologicznych dzieci
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające wady postawy dzieci

Uwaga:

Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów fizjoterapii w przypadku: wad wrodzonych i ich następstw, wad postawy, urazów okołoporodowych, przewlekłych chorób tkanki łącznej i ich następstw, chorób demielinizacyjnych i ich następstw, chorób neurodegeneracyjnych i ich następstw; fizjoterapii po: zabiegach operacyjnych nie wykonanych w ramach umowy Grupowego Ubezpieczenia LUX MED, incydentach kardiologicznych, incydentach neurologicznych i naczyńiowo-mózgowych, fizjoterapii uroginekologicznej, fizjoterapii metodami wysokospecjalistycznymi (metody mechaniczne, neurofizjologiczne, techniki osteopatyczne) oraz usług o charakterze diagnostyki i treningu funkcjonalnego, gimnastyki korekcyjnej i fitness. Zakres usługi nie obejmuje fizjoterapii martwic jałowych blizn/ bliznowców, stanów po oparzeniach oraz terapii wisceralnej – terapii narządów wewnętrznych.

Terapia oddechowa

Usługa umożliwia Ubezpieczonemu skorzystanie bez skierowania ogółem łącznie z 6 spotkań z fizjoterapeutą w 12-miesięcznym Okresie ubezpieczenia w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela, w zakresie terapii oddechowej.

Usługa dotyczy Ubezpieczonych powyżej 18 roku życia i realizowana jest z następujących wskazań (kryteriów kwalifikacyjnych):

- uszkodzenie płuc w zakresie wydolności oddechowej (spoczynkowa satO₂<94%),
- stan po uszkodzeniu serca lub przebyłym stanie zapalnym, takim jak zapalenie mięśnia sercowego lub zapalenie osierdzia w okresie wyrównanego krążenia,
- stany lękowe, depresja, zaburzenia snu,
- bóle mięśni lub stawów,
- chroniczne zmęczenie,
- przewlekłe choroby układu oddechowego (np. astma, POCHP, mukowiscydoza).

Uwaga:

Usługa obejmuje poradę fizjoterapeuty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy i podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej, w tym rozpoczęcia terapii oddechowej. W trakcie terapii stosowane są techniki oddechowe i pozycje zmniejszające duszność, ćwiczenia efektywnego kaszlu oraz ćwiczenia ogólnousprawniające. Przeciwwskazaniem do rozpoczęcia terapii oddechowej są: objawy niewydolności krążenia i zaawansowanej niewydolności oddechowej; choroby przewlekłe w okresie zaostrzeń; ostre stany chorobowe; choroby nowotworowe; gruźlica płuc; astma oskrzelowa wymagająca hospitalizacji; rozstrzenie oskrzeli z obfitą wydzieliną i towarzyszącym zapaleniem; stany

przebiegające z krwiopluciem i po niedawno przebytych krwotokach. W trakcie terapii prowadzony jest monitoring stanu zdrowia Ubezpieczonego. W przypadku zaistnienia zagrożenia zdrowia Ubezpieczonego fizjoterapeuta ma prawo do odmowy wykonania usługi.

Stomatologia

Dyżur stomatologiczny

Zakres Dyżuru stomatologicznego, w zależności od Placówki medycznej, obejmuje pokrycie albo zwrot kosztów (Refundacja) do maksymalnej wysokości limitu, tj. kwoty **350 zł** w każdym 12 miesięcznym Okresie ubezpieczenia, wykonywanych przez Lekarzy stomatologów określonych poniżej usług:

- Dewitalizacja miazgi zęba mlecznego z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem pomoc doraźna
- Dewitalizacja miazgi zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem pomoc doraźna
- Nacięcie ropnia zębopochodnego - włącznie z drenażem pomoc doraźna
- Odbarczenie ropnia przyzębnego pomoc doraźna
- Opatrunek leczniczy w zębie mlecznym pomoc doraźna
- Opatrunek leczniczy w zębie stałym pomoc doraźna
- Usunięcie zęba jednokorzeniowego pomoc doraźna
- Usunięcie zęba mlecznego pomoc doraźna
- Usunięcie zęba wielokorzeniowego pomoc doraźna
- Usunięcie zęba wielokorzeniowego mlecznego pomoc doraźna
- Płukanie suchego zębodołu + założenie leku pomoc doraźna
- Usunięcie zęba przez dłutowanie
- wewnątrzzębodołowe pomoc doraźna
- Repozycja i unieruchomienie zwichniętego zęba pomoc doraźna
- Znieczulenie w stomatologii miejscowe nasiękowe pomoc doraźna
- Znieczulenie w stomatologii miejscowe powierzchniowe pomoc doraźna
- Znieczulenie w stomatologii przewodowe wewnątrzustne pomoc doraźna
- RTG punktowe zdjęcie zęba pomoc doraźna

Uwaga:

Usługi w ramach Dyżuru stomatologicznego wykonywane są wyłącznie w razie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku poza godzinami pracy Placówek medycznych Operatora. Warunkiem realizacji usług w ramach Dyżuru stomatologicznego jest zgłoszenie przez Ubezpieczonego potrzeby skorzystania z dyżuru stomatologicznego w wyniku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku poprzez Infolinię (nr tel. 22 33 22 888), a następnie wykonanie usług we wskazanej przez Operatora Placówce medycznej, zgodnie z instrukcją pracownika Infolinii, w przypadku gdy w danej Placówce medycznej nie można zrealizować usługi bezgotówkowo, pokrycie kosztów wykonanych usług zgodnie z obowiązującym w niej cennikiem, złożenie wniosku o Refundację wraz z dołączonymi oryginałami faktur albo rachunków za wykonane na rzecz Ubezpieczonego usługi. Faktura albo rachunek powinny zawierać:

- a. dane Ubezpieczonego do zwrotu kosztów na rzecz, którego zostały wykonane usługi (co najmniej imię, nazwisko, adres). W przypadku usług na rzecz dziecka, gdy faktura wystawiona jest na opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego w treści faktury powinny się znaleźć dane dziecka na rzecz, którego wykonane zostały usługi;
- b. wykaz wykonanych na rzecz Ubezpieczonego usług (stanowiący treść faktury) lub załącznik w postaci specyfikacji wystawiony przez Placówkę medyczną wykonującą te usługi wraz z nazwą usługi, lub kopię dokumentacji medycznej dotyczącej danej, zrealizowanej usługi;
- c. ilość zrealizowanych usług danego rodzaju;
- d. datę wykonania usługi;
- e. cenę jednostkową zrealizowanej usługi.

Jeżeli po dokonaniu zwrotu kosztów usług w trybie Refundacji Ubezpieczyciel uzyska dowody na okoliczność, iż Refundacja została dokonana na podstawie informacji lub faktur albo rachunków niezgodnych ze stanem faktycznym wskazanym we Wniosku lub dołączonych dokumentach (np. przedłożenie wraz z Wnioskiem faktur albo rachunków za usługi wykonane na rzecz osób trzecich), Ubezpieczycielowi przysługuje zwrot wypłaconych nienależnie kwot w ramach Refundacji wraz z odsetkami licznymi od dnia dokonania wypłaty środków w ramach Refundacji.

Wypłata świadczenia z tytułu Refundacji dokonywana jest na podstawie złożonego przez Ubezpieczonego Wniosku o Refundację, wraz z załączonymi oryginałami faktur albo rachunków oraz pozostałymi wymaganymi dokumentami.

Ubezpieczyciel dokona zwrotu kosztów (Refundacji) na wskazany we Wniosku numer rachunku bankowego w terminie do 30 dni od daty otrzymania Wniosku. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Wniosek o Refundację stanowi załącznik do Umowy Grupowego Ubezpieczenia LUX MED i dostępny jest na stronie www.luxmed.pl/ubezpieczenia

Profilaktyka stomatologiczna

Zakres Profilaktyki Stomatologicznej obejmuje wykonanie **1 raz** w 12 miesięcznym Okresie ubezpieczeniaw ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela przeglądu stomatologicznego tj. oceny stanu uzębienia przez Lekarza stomatologa przyjmującego w zakresie stomatologii zachowawczej, oraz zabiegów higieny jamy ustnej przez higienistkę stomatologiczną, i obejmuje następujące usługi:

- Badanie lekarskie stomatologiczne
- Lakierowanie zębów (Fluor Protektor) 1 łuk zębowy
- Lakierowanie zębów (Fluor Protektor) 1/2 łuku zębowego
- Lakierowanie zębów (Fluor Protektor) 2 łuki zębowe
- Instruktaż higieny jamy ustnej
- Polerowanie zębów
- Usunięcie złogów naddziąsłowych /scaling/ uzupełniające
- Usunięcie złogów naddziąsłowych /scaling/ z 1 łuku zębowego
- Usunięcie złogów naddziąsłowych /scaling/ ze wszystkich zębów
- Usuwanie osadu - piaskowanie
- Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym - 1 ząb
- Indywidualna fluoryzacja metodą kontaktową

Znieczulenia

Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela

i obejmuje następujące usługi:

- Znieczulenie w stomatologii aparatem WAND
- Znieczulenie w stomatologii miejscowe nasiątkowe
- Znieczulenie w stomatologii miejscowe powierzchniowe
- Znieczulenie w stomatologii przewodowe wewnątrzustne

Stomatologia zachowawcza

Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela i obejmuje następujące usługi:

- Konsultacja specjalistyczna stomatologia zachowawcza
- Wypełnienie ubytku korony zęba na 1 powierzchni standardowym materiałem światłoutwardzalnym
- Wypełnienie ubytku korony zęba na 2 powierzchniach standardowym materiałem światłoutwardzalnym
- Wypełnienie ubytku korony zęba na 3 powierzchniach standardowym materiałem światłoutwardzalnym
- Odbudowa zniszczonego kąta w zębach siecznych standardowym materiałem światłoutwardzalnym
- Wypełnienie giasjonomer
- Badanie żywotność zęba
- Ćwiek okołomiazgowy
- Kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa - licówka z kompozytu
- Kosmetyczne pokrycie przebarwienia zębiny w zębach przednich - licówka z kompozytu
- Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej
- Opatrunek leczniczy w zębie stałym
- Płukanie kieszonki dziąsłowej i aplikacja leku
- Kauteryzacja brodawki dziąsłowej

Pedodoncja

Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela i obejmuje następujące usługi wraz materiałami:

- Badanie lekarskie stomatologiczne kontrolne pedodontyczne
- Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 1 powierzchni
- Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 1 powierzchni lecznicze
- Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 2 powierzchniach
- Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 2 powierzchniach lecznicze
- Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 3 powierzchniach
- Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 3 powierzchniach lecznicze
- Wizyta adaptacyjna (dzieci) - stomatologia
- Opatrunek leczniczy w zębie mlecznym
- Impregnacja zębiny - każdy ząb
- Amputacja zdewitalizowanej miazgi zęba mlecznego
- Leczenie endodontyczne zęba mlecznego
- Leczenie zgorzeli miazgi zęba mlecznego
- Amputacja przyżyciowa miazgi w zębie z nieuformowanym korzeniem
- Dewitalizacja miazgi zęba mlecznego z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem

Chirurgia stomatologiczna

Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela i obejmuje następujące usługi:

- Konsultacja specjalistyczna chirurga stomatologa
- Nacięcie ropnia zębopochodnego - włącznie z drenażem
- Resekcja wierzchołka korzenia zęba bocznego
- Resekcja wierzchołka korzenia zęba bocznego z wstecznym wypełnieniem kanału
- Resekcja wierzchołka korzenia zęba przedniego
- Resekcja wierzchołka korzenia zęba przedniego z wstecznym wypełnieniem kanału
- Usunięcie zęba jednokorzeniowego
- Usunięcie zęba jednokorzeniowego mlecznego
- Usunięcie zęba przez dłutowanie wewnątrzzębodołowe
- Usunięcie zęba przez dłutowanie zewnątrzzębodołowe z wytworzeniem płata śluzówkowo-okostnowego
- Usunięcie zęba wielokorzeniowego
- Usunięcie zęba wielokorzeniowego mlecznego
- Wycięcie kaptura dziąsłowego w obrębie 1 zęba
- Wycięcie małego guzka, zmiany guzopodobnej, mucocela stomatologia
- Założenie opatrunku chirurgicznego stomatologia
- Płukanie suchego zębodołu + założenie leku
- Pobranie wycinka w jamie ustnej
- Plastyka wędzidełka wargi, policzka, języka stomatologia
- Wyłuszczenie torbieli zębopochodnej
- Operacyjne usunięcie zęba skomplikowane chirurgicznie
- Operacyjne odstąpienie zęba zatrzymanego
- Operacyjne odstąpienie zęba zatrzymanego z doklejeniem zamka
- Operacyjne usunięcie zęba częściowo zatrzymanego
- Repozycja i unieruchomienie zwichniętego zęba

Ponadto Ubezpieczonemu przysługuje **rabat 15%** od cennika ww. placówki na następujące usługi:

- Reimplantacja zęba
- Plastyka wyrostka zębodołowego w obrębie połowy szczęki - przygotowanie do protetyki
- Plastyka wyrostka zębodołowego z użyciem przeszczepu - bez kosztu materiału
- Repozycja i unieruchomienie złamanego wyrostka zębodołowego
- Wyłuszczenie kamienia z przewodu ślinianki stomatologia

- Plastyka połączenia lub przetoki ustno-zatokowej
- Tymczasowe zaopatrzenie złamanej szczęki
- Repozycja i unieruchomienie zwknięcia żuchwy
- Augmentacja zatoki szczękowej 1
- Augmentacja zatoki szczękowej 2
- Augmentacja zatoki szczękowej 3
- Przeszczep tkanki łącznej z podniebienia – pobranie
- Przeszczep tkanki łącznej z podniebienia - pobranie
- Transpozycja nerwu zębodołowego dolnego
- Augmentacja kości 1
- Augmentacja kości 2
- Augmentacja kości 3
- Zabieg wszczepiania Emdogain i Endobon
- Zabieg płytowy z augmentacją preparatem Endobon
- Zabieg płytowy z augmentacją preparatem Endobon i błoną Osseoguard
- Zabieg płytowy z augmentacją preparatem Endobon i preparatem Emdogain
- Regeneracja / Augmentacja zębodołu po ekstrakcji z wykorzystaniem biomateriału
- Szycie rany wargi
- Operacyjne usunięcie zawiązków zębów
- Regeneracja / Augmentacja zębodołu po ekstrakcji z wykorzystaniem stożków kolagenowych
- Autogenny przeszczep kości do 3 zębodołów
- Uzupelnienie zębodołu materiałem kościozastępczym bez kosztu materiału
- Zabieg użycia fibryny bogatopłytkowej (PRP) w stomatologii
- Membrana wraz z zastosowaniem
- Membrana zastępująca tkankę łączną wraz z zastosowaniem
- Membrana kolagenowa wraz z zastosowaniem
- Membrana i-GEN lub siatka tytanowa wraz z zastosowaniem
- Usunięcie membrany i-Gen

Endodoncja

Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela i obejmuje następujące usługi:

- Konsultacja specjalistyczna stomatologia zachowawcza
- Dewitalizacja miazgi zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem
- Chemo-mechaniczne opracowanie kanału korzeniowego
- Udrożnienie kanału korzeniowego
- Wypełnienie kanału korzeniowego
- Usunięcie wkładu koronowo-korzeniowego

Ponadto Ubezpieczonemu przysługuje **rabat 15%** od cennika ww. placówki na następujące usługi:

- Usunięcie złamanego narzędzia z kanału w mikroskopie zabiegowym
- Leczenie endodontyczne zęba przedtrzonowego w mikroskopie zabiegowym etap I
- Leczenie endodontyczne zęba siecznego lub kła w mikroskopie zabiegowym etap I
- Leczenie endodontyczne zęba siecznego lub kła w mikroskopie zabiegowym etap II
- Leczenie endodontyczne zęba przedtrzonowego w mikroskopie zabiegowym etap I
- Leczenie endodontyczne zęba przedtrzonowego w mikroskopie zabiegowym etap II
- Leczenie endodontyczne zęba trzonowego w mikroskopie zabiegowym etap I
- Leczenie endodontyczne zęba trzonowego w mikroskopie zabiegowym etap II
- Leczenie endodontyczne zęba trzonowego w mikroskopie zabiegowym etap I
- Leczenie endodontyczne zęba trzonowego w mikroskopie zabiegowym etap II
- Usunięcie wkładu koronowo-korzeniowego

Protetyka

Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela i obejmuje następujące usługi:

- Konsultacja specjalistyczna protetyczna

Ponadto Ubezpieczonemu przysługuje **rabat 15%** od cennika ww. placówki na następujące usługi:

- Proteza całkowita z metalowym podniebieniem
- Korekta zgryzu
- Modele dla celów diagnostycznych lub planowania lekarz
- Wkład koronowo-korzeniowy lany met.
- Wkład koronowo-korzeniowy lany met. składany
- Wkład koronowo-korzeniowy ze złota
- Wkład koronowo-korzeniowy ze złota składany
- Wkład koronowo-korzeniowy z metalu, ceramiki, szkła - standardowy
- Korona tymczasowa metodą pośrednią
- Korona lana pełnometalowa
- Korona lana ze złota przedtrzonowiec
- Korona porcelanowa na metalu bez stopnia
- Korona porcelanowa na złocie przedtrzonowiec
- Licówka porcelanowa
- Wkład koronowy kompozytowy ONLAY INLAY OVERLAY
- Korona teleskopowa galwaniczna, złota
- Zasuwa / zatrask / punkt retencyjny w protezie szkieletowej
- Wymiana wkładki Rhein - 1 element
- Proteza częściowa osiadająca w zakresie 1-4 brakujących zębów
- Proteza całkowita w szczęce
- Proteza całkowita w zuchwie
- Proteza szkieletowa z zatraskami bez kosztu zatrasku
- Proteza szkieletowa
- Proteza overdenture na zatrasku ze złota
- Naprawa protezy - 1 element
- Podścielenie protezy bezpośrednio
- Podścielenie protezy pośrednie
- Zdjęcie korony protetycznej - 1 element
- Proteza częściowa osiadająca w zakresie 5-8 brakujących zębów
- Proteza częściowa osiadająca w zakresie więcej niż 8 zębów
- Korona porcelanowa na złocie trzonowiec
- Korona porcelanowa na złocie w odcinku przednim
- Korona lana ze złota trzonowiec
- Korona lana ze złota zęb w odcinku przednim
- Wkład koronowy porcelanowy ONLAY INLAY OVERLAY
- Cementowanie korony protetycznej
- Cementowanie mostu
- Proteza częściowa osiadająca - 1 punkt
- Ustalenie zwarcia przy pomocy artykulatora
- Wycisk czynnościowy za pomocą łyżki indywidualnej
- Wkład koronowo - korzeniowy pełnoceramiczny
- Wkład koronowo-korzeniowy lany met. I Etap
- Wkład koronowo-korzeniowy lany met. II Etap
- Wkład koronowo-korzeniowy lany met. składany I Etap
- Wkład koronowo-korzeniowy lany met. składany II Etap
- Wkład koronowo-korzeniowy ze złota I Etap
- Wkład koronowo-korzeniowy ze złota II Etap
- Wkład koronowo-korzeniowy ze złota składany I Etap
- Wkład koronowo-korzeniowy ze złota składany II Etap
- Korona lana pełnometalowa I Etap
- Korona lana pełnometalowa II Etap
- Korona lana ze złota przedtrzonowiec I Etap
- Korona lana ze złota przedtrzonowiec II Etap
- Korona lana ze złota trzonowiec I Etap
- Korona lana ze złota trzonowiec II Etap
- Korona lana ze złota zęb w odcinku przednim I Etap
- Korona lana ze złota zęb w odcinku przednim II Etap
- Korona porcelanowa na metalu bez stopnia I Etap
- Korona porcelanowa na metalu bez stopnia II Etap
- Korona porcelanowa na galwanii I Etap
- Korona porcelanowa na galwanii II Etap
- Korona porcelanowa na złocie przedtrzonowiec I Etap
- Korona porcelanowa na złocie przedtrzonowiec II Etap
- Korona porcelanowa na złocie trzonowiec I Etap
- Korona porcelanowa na złocie trzonowiec II Etap
- Korona porcelanowa na złocie w odcinku przednim I Etap
- Korona porcelanowa na złocie w odcinku przednim II Etap
- Licówka porcelanowa I Etap
- Licówka porcelanowa II Etap
- Wkład koronowy porcelanowy ONLAY INLAY OVERLAY I Etap
- Wkład koronowy porcelanowy ONLAY INLAY OVERLAY II Etap
- Korona teleskopowa galwaniczna, złota I Etap
- Korona teleskopowa galwaniczna, złota II Etap
- Zasuwa / zatrask / punkt retencyjny w protezie szkieletowej I Etap
- Zasuwa / zatrask / punkt retencyjny w protezie szkieletowej II Etap

- Proteza częściowa osiadająca w zakresie 1-4 brakujących zębów I Etap
- Proteza częściowa osiadająca w zakresie 1-4 brakujących zębów II Etap
- Proteza częściowa osiadająca w zakresie 5-8 brakujących zębów I Etap
- Proteza częściowa osiadająca w zakresie 5-8 brakujących zębów II Etap
- Proteza częściowa osiadająca w zakresie więcej niż 8 zębów I Etap
- Proteza częściowa osiadająca w zakresie więcej niż 8 zębów II Etap
- Proteza całkowita w szczęcie I Etap
- Proteza całkowita w szczęcie II Etap
- Proteza całkowita w zuchwie I Etap
- Proteza całkowita w zuchwie II Etap
- Proteza szkieletowa z zatrzaskami bez kosztu zatrzasku I etap
- Proteza szkieletowa z zatrzaskami bez kosztu zatrzasku II etap
- Proteza szkieletowa I Etap
- Proteza szkieletowa II Etap
- WAX UP
- WAX UP INTERDENT
- Wkład koronowo - korzeniowy pełnoceramiczny I Etap
- Wkład koronowo - korzeniowy pełnoceramiczny II Etap
- Most adhezyjny - 1 punkt
- Korona porcelanowa na cyrkonie metodą CAD/CAM lava everest
- Korona porcelanowa na cyrkonie metodą CAD/CAM lava everest I Etap
- Korona porcelanowa na cyrkonie metodą CAD/CAM lava everest II Etap
- Zatrask Rhein 1 element
- Zatrask Bredent 1 element
- Korona porcelanowa na metalu ze stopniem ceramicznym
- Korona porcelanowa na metalu ze stopniem ceramicznym I Etap
- Korona porcelanowa na metalu ze stopniem ceramicznym II Etap
- Korona teleskopowa metalowa
- Korona teleskopowa metalowa I Etap
- Korona teleskopowa metalowa II Etap
- Licówka porcelanowa boczna I Etap
- Licówka porcelanowa boczna II Etap
- Licówka porcelanowa boczna II Etap
- Proteza overdenture na zatrzasku ze złota I Etap
- Proteza overdenture na zatrzasku ze złota II Etap
- Maski dziąsłowa Gradia I Etap
- Maski dziąsłowa Gradia II Etap
- Kontrola i korekta ustawienia zębów w wosku
- Kontrola i korekta metalu protezy szkieletowej
- Szynoproteza
- Wkład koronowy metalowy ONLAY INLAY OVERLAY
- Wkład koronowy ze złota
- Wkłady kulowe
- Szyna ochronna sport
- Szyna ochronna sport kolor
- Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy
- Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy Etap I
- Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy Etap II
- Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy składany Etap I
- Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy składany Etap II
- Modele dla celów diagnostycznych lub planowania lekarza
- Wzmocnienie protezy łukiem
- Wzmocnienie protezy siatką stalową
- Wzmocnienie protezy siatką pozłacaną
- Proteza overdenture na koronach teleskopowych Etap I
- Proteza overdenture na koronach teleskopowych Etap II
- Zamek ASC
- Badanie łukiem twarzowym i osadzenie w artykulatorze
- Mikroproteza akrylowa
- MOCK UP 1 łuk
- MOCK UP 1 punkt
- Wizualizacja efektu leczenia protetycznego na modelu
- Wymiana teflonu
- Korona kompozytowa pełna
- Korona kompozytowa na włóknie szklanym
- Korona pełnoceramiczna na cyrkonie
- Korona pełnoceramiczna na cyrkonie I Etap
- Korona pełnoceramiczna na cyrkonie II Etap
- Korona pełnoceramiczna
- Korona pełnoceramiczna I Etap
- Korona pełnoceramiczna II Etap
- Maryland uzupełnienie brakującego zęba - akryl
- Maryland uzupełnienie brakującego zęba - kompozyt

Ortodoncja

Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela i obejmuje następujące usługi:

- Konsultacja ortodonta

Ponadto Ubezpieczonemu przysługuje **rabat 15%** od cennika ww. placówki na następujące usługi:

- Aparat grubołukowy Bi-helix, Quad - helix
- Aparat blokowy z modyfikacją
- Aparat Derishwailera
- Aparat ortodontyczny ruchomy
- Aparat stały - zamknięty metalowy 1 łuk
- Aparat Stochfischera
- Jeden punkt aparatu metalowego przezroczystego
- Jeden punkt aparatu metalowego stałego
- Lip - bumper
- Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana łuku
- Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana śruby 1
- Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana śruby 2
- Naprawa aparatu ortodontycznego pęknięcie płyty
- Naprawa aparatu ortodontycznego dorobienie elementu drucianego
- Płytki Nance
- Płytki przedścionkowe
- Proca bródkowa
- Przerzut podniebienny
- Przerzut podniebienny NiTi
- Retainer 1
- Retainer 2
- Retainer 3
- Konsultacja ortodonta w przebiegu leczenia aparatem ruchomym
- Konsultacja ortodonta w przebiegu leczenia aparatem stałym
- Wyciąg zewnętrzny
- Zdjęcie aparatu ortodontycznego stałego
- Wizyta z procą bródkową
- Wizyta ze szlifowaniem guzków
- Analiza zgryzu i opracowanie planu leczenia
- Aparat blokowy
- Jeden łuk aparatu stałego zamki porcelanowe
- Jeden łuk aparatu stałego metalowego
- Konsultacja ortodonta z wyciskiem
- Naprawa aparatu dorobienie 1 elementu
- Naprawa aparatu dorobienie 2 elementów
- Naprawa aparatu dorobienie 3 elementów
- Wizyta z płytą przedścionkową
- Wizyta kontrolna w przebiegu leczenia aparatem ruchomym
- Wizyta kontrolna w przebiegu leczenia aparatem stałym x 1
- Wymiana zamka metalowego
- Wymiana zamka porcelanowego
- Łuk segmentowy 1/3
- Łuk segmentowy 1/2
- Wizyta kontrolna - aparat stały, zamki metalowe
- Wizyta kontrolna - aparat stały, zamki kryształowe
- Jeden łuk aparatu stałego zamki kryształowe
- Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe
- Aparat ruchomy - płyta Schwarza
- Aparat stały - zamki estetyczne 1 łuk
- Aparat Hyrax
- Aparat pendulum
- Aparat stały - zamki estetyczne część łuku 1
- Aparat stały - zamki estetyczne część łuku 2
- Aparat grubołukowy Bi-helix, Quad - helix I Etap
- Aparat grubołukowy Bi-helix, Quad - helix II Etap
- Aparat blokowy I Etap
- Aparat blokowy II Etap
- Aparat ruchomy - płyta Schwarza I Etap
- Aparat ruchomy - płyta Schwarza II Etap
- Aparat Hyrax I Etap
- Aparat Hyrax II Etap
- Jeden łuk aparatu stałego zamki kryształowe I Etap
- Jeden łuk aparatu stałego zamki kryształowe II Etap
- Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe I Etap
- Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe II Etap
- Naprawa aparatu ortodontycznego
- Aparat pendulum I Etap
- Aparat pendulum II Etap
- Aparat Nance
- Kontrola retencji
- Stripping - pionowe szlifowanie zębów 1 ząb
- Wykonanie szyny nagryzowej akrylowej
- Założenie wyciągu zewnątrzustnego
- Wykonanie płytki retencyjnej
- Założenie łuku retencyjnego - szczęka
- Założenie łuku retencyjnego - żuchwa
- Zdjęcie łuku retencyjnego
- Aparat stały - zamki bezligaturowe metalowe 1 łuk
- Aparat stały - zamki bezligaturowe estetyczne 1 łuk
- Aparat TWIN - BLOCK
- Aparat TWIN - BLOCK etap I
- Aparat TWIN - BLOCK etap II
- Wizyta kontrolna - aparat stały, zamki porcelanowe
- Aparat Hassa
- Utrzymywacz przestrzeni
- Clear aligner wycisk
- Clear aligner kontrola
- Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 1 łuku zamki ceramiczne

- Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 2 łuków zamki ceramiczne
- Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 1 łuku zamki metalowe
- Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 2 łuków zamki metalowe
- Dodatkowy element ortodontyczny 1
- Dodatkowy element ortodontyczny 2
- Dodatkowy element ortodontyczny 3
- Wymiana zamka estetycznego
- Płytko przedścionkowa - infant trainer
- Aparat stały - zamki bezligaturowe Damona - estetyczne 1 łuk
- Aparat stały - zamki bezligaturowe Damona - metalowe 1 łuk
- Wizyta kontrolna w przebiegu leczenia aparatem stałym z zamkami bezligaturowymi Damona - 1 łuk
- Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe i kryształowe
- Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe i kryształowe I Etap
- Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe i kryształowe II Etap
- Aparat Multi - P
- Aparat wieloczynnościowy Rotator trzonowców
- Aparat Ekspander
- Aparat TWIN - BLOCK ze śrubą - zmodyfikowany
- Aparat TWIN - BLOCK ze śrubą - zmodyfikowany etap I
- Aparat TWIN - BLOCK ze śrubą - zmodyfikowany etap II
- Zawias Herbsta
- Zawias Herbsta etap I
- Zawias Herbsta etap II
- Dystalizer Carriere
- Rozklinowanie typu Guray / OBC
- Aparat stały fragmentaryczny
- Aparat stały - zamki językowe 2D 1 łuk
- Wymiana zamka metalowego językowego 2D
- Wizyta kontrolna - aparat stały, zamki językowe 2D jeden łuk
- Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 1 łuku zamki językowe 2D
- Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 2 łuków zamki językowe 2D
- Aparat MALU
- Aparat grubołukowy - łuk podniebienny
- Aparat grubołukowy - łuk językowy
- Aparat stały 2x4 metalowy
- Szyna akrylowa ortodontyczna
- Korektor drugiej klasy
- Jeden łuk aparatu stałego zamki językowe indywidualne
- Jeden łuk aparatu stałego zamki językowe indywidualne Etap I
- Wymiana łuku zamki językowe indywidualne
- Wymiana zamka językowego indywidualnego
- Jeden łuk aparatu stałego zamki językowe indywidualne Etap II
- Aparat System Benefit etap I
- Aparat System Benefit etap II
- Aparat ortodontyczny elastyczny
- Zabieg separacji zębów
- Wizyta kontrolna w przebiegu leczenia aparatem stałym częściowym
- Przyklejenie zamka ortodontycznego metalowego
- Przyklejenie zamka ortodontycznego kryształowego
- Założenie łuku ortodontycznego
- Aparat stały 2x4 estetyczny
- Aparat stały 2x4 estetyczny I Etap
- Aparat stały 2x4 estetyczny II Etap
- Jeden łuk aparatu stałego zamki beznikłowe
- Jeden łuk aparatu stałego zamki beznikłowe I Etap
- Jeden łuk aparatu stałego zamki beznikłowe II Etap
- Retencja łuk retencyjny 1 ząb
- Planowanie leczenia ortognatycznego
- Płytkoproteza dziecięca
- Płytkoproteza dziecięca I Etap
- Płytkoproteza dziecięca II Etap
- Retencja łuk retencyjny 6 zębów
- Modele dla celów diagnostycznych lub planowania ortodonta

Biostomatologia

Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela i obejmuje ponadto **rabat 15%** od cennika ww. placówki na następujące usługi:

- Badanie śliny za pomocą testu Saliva-Check Buffer (GC)
- Badanie poziomu bakterii Streptococcus mutans w ślinie za pomocą Saliva-Check Mutans (GC)
- Kontrola płytki nazębnej – Tri Plaque ID Gel (GC)
- Test molekularno-biologiczny do oznaczania patogenów wywołujących periodontitis/periimplantitis
- metodą Real-Time PCR – PET standard (MIP PHARMA)
- Test molekularno-biologiczny do oznaczania patogenów wywołujących periodontitis/periimplantitis

- metodą Real-Time PCR – PET plus (MIP PHARMA)
- Test molekularno-biologiczny do oznaczania patogenów wywołujących periodontitis/periimplantitis metodą Real-Time PCR – PET deluxe (MIP PHARMA)
- Infiltracja próchnicy – ICON (DMG)
- Minimalnie inwazyjna terapia próchnicy z wykorzystaniem technologii szklanej hybrydy – EQUIA FORTE
- Zastosowanie bioaktywnego substytutu zębiny – Biodentine (Septodont)
- Biorekonstrukcja utraconych tkanek zęba z zastosowaniem materiału ACTIVA (Pulpdent)
- Rekonstrukcja utraconych tkanek zęba z wykorzystaniem BPA-free Gaenial
- Miejscowe stosowanie MI VARNISH (GC) uwalniającego biodostępny wapń, fosforan i fluor
- Terapia podtrzymująca z wykorzystaniem biodostępnego wapnia, fosforanu i fluoru – GC MI Paste Plus
- Remineralizacja szkliwa preparatem Tooth Mousse

Periodontologia

Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela i obejmuje następujące usługi:

- Konsultacja specjalistyczna periodontologiczna

Ponadto Ubezpieczonemu przysługuje **rabat 15%** od cennika ww. placówki na następujące usługi:

- Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej - ozonoterapia lekarz
- Kiretaż zwykły w obrębie 1/4 łuku
- Kiretaż otwarty w obrębie 1 zęba
- Unieruchomienie zębów ligaturą drucianą - ząb
- Unieruchomienie zębów szyną z kompozytu - 1 ząb
- Unieruchomienie zębów szyną z kompozytu z dodatkowymi wzmocnieniami - 1 ząb
- Zabieg wszczepiania Biomateriału 1
- Zabieg wszczepiania Emdogain 1 ząb
- Zabieg pokrycia obnażonych korzeni zębów
- Założenie opatrunku periodontologicznego
- Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej - ozonoterapia higienistka
- Zabieg wszczepiania Biomateriału 2
- Zabieg wszczepiania Biomateriału 3
- Zabieg wszczepiania Emdogain 2 zęby
- Zabieg wszczepiania Emdogain 3 zęby
- Gingiwoplastyka - w obrębie 1 zęba
- Gingiwoosteoplastyka - w obrębie 1 zęba
- Periodontologia Szynowanie szczęki i zuchwy
- Periodontologia Wydłużenie korony zęba 2-korzeniowego
- Periodontologia Wydłużenie korony zęba 1-korzeniowego
- Periodontologia Sterowanie regeneracji kości
- Periodontologia Przeszczep dziąsłowy - do 2 zębów
- Laser biostymulacyjny stomatologiczny
- Zabieg wszczepienia Nanobone - preparatu kośćcozastępczego
- Test na nowotwór Vizilite plus
- Root planning jeden łuk
- Periodontologia Wydłużenie korony zęba (do 6 - ściu zębów)
- Wykonanie testu na obecność patogenów wywołujących periodontitis / periimplantitis
- Konsultacja specjalistyczna periodontologiczna wizyta kontrolna
- Zabieg pokrycia obnażonych korzeni zębów okolicy 1 zęba
- Zabieg pokrycia obnażonych korzeni zębów okolicy 2 zębów
- Zabieg pokrycia obnażonych korzeni zębów okolicy 3 zębów
- Periodontologia Tunelizacja
- Opracowanie na piśmie planu i kosztów leczenia periodontologicznego
- Kiretaż zwykły w obrębie 1 zęba
- Root planning 1/2 łuku
- Periodontologia Flap (1 ząb)
- Zabieg aparatem Vector periodontologiczny 2 łuki
- Zabieg aparatem Vector periodontologiczny 1 łuk
- Zabieg aparatem Vector protetyczny 2 łuki
- Zabieg aparatem Vector protetyczny 1 łuk
- Zabieg aparatem Vector protetyczny 1 ząb (1do 6 zębów)

- Likwidacja diastemy - za każdy ząb
- Wybielanie zęba metodą wewnętrzną - 1 zabieg
- Wybielanie grupy zębów metodą zewnętrzną - 1 łuk zębowy
- Wybielanie zębów metodą zewnętrzną - zestaw dodatkowy
- Wybielanie zębów metodą zewnętrzną - 1 strzykawka
- Wybielanie zębów Laser - Smile 1 łuk
- Wybielanie zębów Laser - Smile 2 łuki
- Wybielanie zębów Laser - Smile uzupełnienie
- Wybielanie zębów metodą zewnętrzną - 1 strzykawka higienistka
- Wybielanie zębów metodą zewnętrzną - zestaw dodatkowy higienistka
- Wybielanie zębów lampą Beyond 1 łuk zębowy
- Wybielanie zębów lampą Beyond 2 łuki zębowe
- Wybielanie grupy zębów metodą zewnętrzną - 1 łuk zębowy za pomocą lampy LED

Stomatologiczne badania rentgenowskie (wynik badania na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej Placówce medycznej)

Usługa obejmuje wykonanie w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela, na skierowanie Lekarza z ww. placówek, następujących usług:

- RTG punktowe zdjęcie zęba
- Pantomogram

Gwarancja

Ubezpieczonemu przysługuje 24. miesięczna gwarancja na ostateczne wypełnienia zachowawcze zastosowane w zębach stałych. Warunkiem jej uzyskania jest realizacja w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela wizyt kontrolnych co najmniej 1 raz w 12 miesięcznym Okresie ubezpieczenia lub według indywidualnie ustalonego harmonogramu, oczyszczanie zębów z kamienia i osadu oraz fluoryzacja 1 raz w 12 miesięcznym Okresie ubezpieczenia, lub według indywidualnie ustalonego harmonogramu w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela, przestrzeganie zaleceń Lekarza stomatologa, utrzymywanie stanu higieny jamy ustnej wg zaleceń Lekarza stomatologa i/lub higienistki.

Uwaga:

Gwarancji nie podlegają stany powstałe w wyniku: nieprzestrzegania zalecanych wizyt kontrolnych i profilaktycznych, nieprzestrzegania zaleceń Lekarza stomatologa, urazów mechanicznych, nieszczęśliwych wypadków, braków zębowych w odcinkach bocznych (brak stref podparcia), starcia patologicznego (bruksizmu) lub innych zaburzeń czynnościowych narządu żucia, fizjologicznego zaniku kości i zmian w przyzębiu, współistniejących schorzeń ogólnych mających wpływ na układ stomatognatyczny (cukrzyca, osteoporoza, padaczka, przebyta radioterapia i chemioterapia), wypełnień traktowanych jako tymczasowe (np. założonych do czasu wykonania pracy protetycznej).

Usługa nie obejmuje usług wykonywanych w znieczuleniu ogólnym.

Wizyty domowe

Usługa jest realizowana przez Lekarza pomocy doraźnej w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, jeżeli miejsce zamieszkania leży w aktualnym zasięgu terytorialnym realizacji wizyt domowych. Wizyty domowe realizowane są wyłącznie w uzasadnionych medycznie przypadkach, uniemożliwiających Ubezpieczonemu przybycie do ambulatoryjnej Placówki medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia. Do przyczyn uniemożliwiających Ubezpieczonemu zgłoszenie się do placówki nie zalicza się w szczególności: niedogodnego dojazdu do placówki, potrzeby wypisania recepty lub wystawienia zwolnienia.

Wizyta domowa jest świadczeniem pomocy doraźnej udzielanym wyłącznie w dniu zgłoszenia i ma na celu postawienie rozpoznania i rozpoczęcie leczenia, natomiast kontynuacja leczenia, a także wizyty kontrolne odbywają się w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela. W przypadku wizyty domowej nie ma możliwości swobodnego wyboru Lekarza. O przyjęciu lub odmowie wizyty domowej decyduje dyspozytor medyczny wskazany przez Ubezpieczyciela, na podstawie uzyskanego wywiadu.

Aktualny zasięg terytorialny realizacji wizyt domowych opisany jest na stronie www.luxmed.pl. W miastach w których wizyty domowe nie są świadczone, Ubezpieczony otrzyma zwrot kosztów. Szczegóły zwrotu kosztów znajdują się na

w/w stronie. Zwrot kosztów uznaje się za zasadny wyłącznie po uprzedniej kwalifikacji Ubezpieczonego do wizyty domowej przez dyspozytora.

Interwencja karetki do zakładu pracy

Usługa dotyczy wyłącznie Ubezpieczonych Pracowników (Ubezpieczonych głównych) i jest dostępna wyłącznie w przypadku nagłych zachorowań i wypadków. Nagłe zachorowanie jest stanem polegającym na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagające podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Każdorazowo decyzję o wysłaniu karetki podejmuje dyspozytor medyczny (wskazany przez Ubezpieczyciela) po rozmowie z Ubezpieczonym lub świadkiem zdarzenia. W zależności od sytuacji, świadczenie może być realizowane przez zespół interwencyjny Operatora, zespół współpracujący lub zespół Państwowego Systemu Ratownictwa Medycznego. Zespół medyczny, udziela pomocy w zakładzie pracy Ubezpieczającego – Pracodawcy (szczegółowy zasięg terytorialny opisany jest na www.luxmed.pl), a w razie konieczności wykonania badań przewozi Ubezpieczonego do najbliższej Placówki medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela, zaś w przypadku zagrożenia życia do najbliższego szpitala. Usługa ta nie zastępuje świadczeń realizowanych w ramach Państwowego Systemu Ratownictwa Medycznego. Usługa ta jest nielimitowana.

Interwencja karetki do miejsca wskazania

Usługa przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie w przypadku nagłych zachorowań i wypadków. Nagłe zachorowanie objęte usługą jest stanem polegającym na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagające podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Każdorazowo decyzję o wysłaniu karetki podejmuje dyspozytor medyczny (wskazany przez Ubezpieczyciela) po rozmowie z Ubezpieczonym lub jego rodziną lub świadkiem zdarzenia. W zależności od sytuacji, świadczenie może być realizowane przez własny zespół interwencyjny Operatora, zespół współpracujący lub zespół Państwowego Systemu Ratownictwa Medycznego.

Zespół medyczny, udziela pomocy Ubezpieczonemu w miejscu zdarzenia (w tym w zakładzie pracy), jeżeli znajduje się ono na terenie, którego szczegółowy zasięg terytorialny opisany jest na www.luxmed.pl, a w razie konieczności wykonania badań przewozi Ubezpieczonego do Placówki medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela, zaś w przypadku zagrożenia życia do najbliższego szpitala. Usługa ta nie zastępuje świadczeń realizowanych w ramach Państwowego Systemu Ratownictwa Medycznego. Usługa ta jest nielimitowana.

Transport medyczny

Usługa przysługuje w przypadku wskazań medycznych do przewiezienia Ubezpieczonego pomiędzy Placówkami medycznymi lub do Placówki medycznej z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego w sytuacjach:

- konieczności zachowania ciągłości leczenia,
- konieczności podjęcia leczenia w specjalistycznej placówce.

Usługa jest realizowana za pomocą kołowych środków transportu sanitarnego (na terenie Polski jest bezpłatny) i wyłącznie w trybie planowym – wymaga zgłoszenia co najmniej 24 h przed jej realizacją do dyspozytora medycznego wskazanego przez Ubezpieczyciela. Transport medyczny jest realizowany tylko w sytuacjach, gdy nie ma do niego przeciwwskazań medycznych a przewiezienie Ubezpieczonego środkami transportu zbiorowego lub indywidualnego, zagrażałoby jego zdrowiu i życiu. Dodatkowo na wykonanie niniejszej usługi musi być zgoda z placówki, z której Ubezpieczony będzie transportowany, oraz zgoda z placówki docelowej (potwierdzenie przyjęcia). W uzasadnionych przypadkach Ubezpieczyciel może zażądać informacji dodatkowych dotyczących warunków transportu i ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia Ubezpieczonego. Usługa nie obejmuje świadczeń zdrowotnych udzielanych w celu ratowania życia i zdrowia zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006.191.1410 ze zm.). Usługa jest odrębną usługą od transportu realizowanego w ramach Modułu Szpitalnego w Umowie Grupowego Ubezpieczenia LUX MED.

Druga Opinia Medyczna

Ubezpieczony może się zwrócić do Ubezpieczyciela o drugą opinię medyczną od najlepszych na świecie lekarzy specjalizujących się w danej dziedzinie medycyny i uzyskać ją bez konieczności opuszczania Polski. Opinia zostaje wydana na podstawie dokumentacji medycznej dla następujących schorzeń, stanów chorobowych, w których postawiono

rozpoznanie, stwierdzono uszkodzenie ciała lub stwierdzono konieczność przeprowadzenia leczenia operacyjnego, zabiegów:

- nowotwór złośliwy
- niewydolność nerek
- schyłkowa niewydolność wątroby
- przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby
- udar mózgu
- łagodny nowotwór mózgu
- zapalenie mózgu
- zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych
- porażenie kończyn
- stwardnienie rozsiane
- choroba Alzheimera
- choroba Parkinsona
- choroby neuronu ruchowego
- przeszczep narządu
- zawał serca
- angioplastyka naczyń wieńcowych
- operacja pomostowania naczyń wieńcowych
- operacja zastawek serca
- operacja aorty
- bakteryjne zapalenia wsierdza
- niedokrwistość aplastyczna
- rozległe oparzenie
- utrata kończyn
- utrata słuchu
- utrata wzroku
- utrata mowy
- śpiączka
- cukrzyca typu 1 (insulinozależna)
- gruźlica
- zakażenie wirusem HIV

Każdy zgłoszenie objęte ww. zakresem jest kompleksowo analizowane przez najlepszych w świecie lekarzy specjalistów, których wybór jest dokonywany w oparciu o opatentowany medyczny proces analityczny. Uznany lekarz specjalista dokonuje przeglądu diagnozy lub planu leczenia zaproponowanego przez lekarza prowadzącego Ubezpieczonego, a następnie przedstawia swoje szczegółowe zalecenia. W ramach procesu drugiej opinii medycznej gromadzona jest dokumentacja medyczna, wyniki badań obrazowych oraz próbki do badań histopatologicznych. Lekarz specjalista przeprowadza szczegółowy przegląd wszystkich danych, a następnie sporządza kompleksowe sprawozdanie, które potwierdza wcześniejszą diagnozę i sposób leczenia lub zaleca jego zmianę w formie raportu wraz z tłumaczeniem na język polski. W ramach usługi Ubezpieczony może również uzyskać od lekarza specjalisty drogą elektroniczną odpowiedzi na podstawowe pytania dotyczące danego schorzenia bez przedstawiania pełnej dokumentacji medycznej, a jedynie w oparciu o szczegółowy wywiad przeprowadzony drogą telefoniczną.

Dodatkowo Ubezpieczony ma prawo do uzyskania, w postaci raportu, propozycji trzech lekarzy specjalistów spoza Polski, posiadających najlepsze kompetencje do dalszego leczenia, a także do uzyskania pomocy w organizacji konsultacji z wybranym lekarzem specjalistą leczenia. Usługa obejmuje pomoc (ale nie obejmuje kosztów) poza granicami Polski przy: umawianiu wizyt u tych lekarzy, załatwieniu spraw związanych z terapią jak i organizacją przyjęcia do szpitala, wizyty, zakwaterowania w hotelu, transportu i obsługi Ubezpieczonego, monitoring opieki medycznej, nadzór nad jakością opieki medycznej, obsługę i poprawność naliczonych opłat oraz negocjowanie korzystnych rabatów na usługi zdrowotne.

Program Profilaktyki Onkologicznej

Program Profilaktyki Onkologicznej to przegląd stanu zdrowia ukierunkowany na wczesne wykrywanie najczęstszych nowotworów złośliwych. Program Profilaktyki Onkologicznej przeznaczony jest wyłącznie dla Pracowników (Ubezpieczonych Głównych) od 18 do 70 r.ż.

Zakres programu obejmuje:

Badania profilaktyczne

Usługa obejmuje przeprowadzenie **1 raz** w 12 miesięcznym Okresie ubezpieczenia wywiadu lekarskiego, z wystawieniem skierowań na badania zgodnie ze wskazaniami medycznymi i aktualnymi rekomendacjami towarzystw naukowych, z uwzględnieniem wieku, płci, wywiadu rodzinnego i indywidualnych czynników ryzyka onkologicznego, oraz konsultację internistyczną zamykającą, w ramach której Pracownik uzyskuje zalecenia na przyszłość dotyczące swojego stanu zdrowia, w tym zalecenia dotyczące sposobów ograniczania ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe.

Zakres profilaktyki indywidualnej obejmuje:

- Konsultację internistyczną – zebranie wywiadu zdrowotnego
- Konsultację dermatologiczną z dermatoskopią standardową*
- Badania laboratoryjne za skierowaniem:
 - Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
 - PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA / PSA)

- Standardowa* cytologia szyjki macicy
- Badania obrazowe i endoskopowe ze skierowaniem:
 - USG jamy brzusznej
 - USG piersi
 - Mammografia klasyczna (RTG)
 - USG ginekologiczne - transwaginalne
 - TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej (protokół niskodawkowy)
 - Kolonoskopia ze znieczuleniem miejscowym
- Konsultację internistyczną – konsultacja zamykająca program.

Uwaga:

Usługi dostępne są w wybranych Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela i opisanych na stronie www.luxmed.pl/program-profilaktyki-onkologicznej-LUXMED-placowki.

Koordinację diagnostyki

Usługa obejmuje wsparcie koordynatora onkologicznego w przypadku podejrzenia zachorowania na nowotwór złośliwy potwierdzonego przez Lekarzy Placówek medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela w zakresie:

- doradztwa dotyczącego:
 - sposobów uzyskania karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO) uprawniającej do tzw. szybkiej ścieżki diagnostyki onkologicznej i ew. leczenia finansowanych ze środków publicznych (NFZ),
 - wyboru odpowiednich do diagnostyki i leczenia poszczególnych nowotworów złośliwych specjalistycznych ośrodków onkologicznych finansowanych ze środków publicznych (NFZ),
- pomocy w umówieniu pierwszej wizyty w rekomendowanej przez Ubezpieczyciela specjalistycznej placówce diagnostyki onkologicznej finansowanej ze środków publicznych (NFZ),
- organizacji i wydania Opinii Onkologicznej, tj. wydanie przez Lekarza onkologa, wskazanego przez Ubezpieczyciela, opinii medycznej na podstawie przedstawionej przez Pracownika dokumentacji medycznej potwierdzającej rozpoznanie nowotworu złośliwego. Na postawione rozpoznanie jednej choroby nowotworowej Ubezpieczyciel zapewnia wydanie maksymalnie jednej Opinii Onkologicznej.

Uwaga:

Opinia Onkologiczna przysługuje Pracownikowi w ciągu 30 dni po potwierdzeniu diagnozy nowotworu złośliwego, przed rozpoczęciem leczenia i realizowana jest w ciągu 10 dni roboczych od dnia złożenia wniosku o wydanie Opinii Onkologicznej, pod warunkiem, że wniosek o wydanie Opinii Onkologicznej zostanie złożony w terminie 20 dni od dnia potwierdzenia diagnozy nowotworu złośliwego. Jeżeli Pracownik rozpoczął leczenie przed złożeniem wniosku o wydanie Opinii Onkologicznej albo Pracownikowi wygasła albo została zamknięta karta DiLO – w takich przypadkach Opinia Onkologiczna nie przysługuje.

Koordinacja diagnostyki przysługuje Pracownikowi także w ciągu 3 miesięcy po rozwiązaniu, wygaśnięciu Umowy ubezpieczenia albo wykreśleniu Pracownika z Listy Ubezpieczonych (Umowy ubezpieczenia), o ile podejrzenie zachorowania na nowotwór złośliwy potwierdzone przez Lekarzy Placówek medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela nastąpiło przed rozwiązaniem, wygaśnięciem Umowy ubezpieczenia albo wykreśleniem Pracownika z Listy Ubezpieczonych (Umowy ubezpieczenia).

Edukację

Usługa obejmuje przeprowadzenie w siedzibie Ubezpieczającego uzgodnioną wcześniej z Ubezpieczycielem liczbę dni edukacyjnych w 12 miesięcznym Okresie ubezpieczenia składających się z:

- seminarium profilaktycznego,
- indywidualnych konsultacji profilaktycznych pielęgniarki onkologicznej.

Uwaga:

Dzień edukacyjny realizowany jest każdorazowo dla grupy maksymalnie 300 Pracowników.

* Standardowe – powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP

HARMONIA w Biznesie – program profilaktyczny

HARMONIA w Biznesie – program profilaktyczny to kompleksowy program ukierunkowany na profilaktykę zdrowia psychicznego składający się z 4 modułów – analiza, edukacja, psychoterapia oraz telefoniczna pomoc psychologiczna. Program HARMONIA w Biznesie przeznaczony jest wyłącznie dla Ubezpieczonych Głównych powyżej 18 r.ż. – dalej jako „Program”

Poniższe moduły składają się na jedną usługę podstawową w zakresie opieki medycznej służącą profilaktyce, zachowaniu i poprawie zdrowia psychicznego jej uczestników. Wszystkie moduły służą zidentyfikowaniu zagrożeń w zakresie zdrowia psychicznego, zachowaniu i poprawie zdrowia oraz profilaktyce i przeciwdziałaniu powyższym zagrożeniom. W konsekwencji, Program tworzy jedną, nierozłączną całość – Ubezpieczający otrzymuje dostęp do 4 modułów w ramach jednej usługi medycznej, na zasadach wskazanych w niniejszym Załączniku. Moduły są wzajemnie współzależne i wspólnie maksymalizują efekt Programu – profilaktykę i poprawę zdrowia psychicznego uczestników.

Zakres Programu obejmuje:

Analizę

Moduł obejmuje, 1 raz w 12 miesięcznym Okresie ubezpieczenia, przeprowadzenie anonimowego badania ankietowego wśród wszystkich zgłoszonych do opieki Ubezpieczonych Głównych za pomocą eksperckiego narzędzia opracowanego przez psychologów Ubezpieczyciela - Ankieta Profilaktyczna, które zostanie udostępnione Ubezpieczonym Głównym za pośrednictwem dedykowanego linka przekazanego Ubezpieczającemu. Ankieta Profilaktyczna służy zbadaniu poziomu samopoczucia Ubezpieczonych Głównych w następujących obszarach: satysfakcja z wykonywanej pracy, wypalenie zawodowe, depresja. Ankieta Profilaktyczna ma na celu, wychwycenie także pierwszych symptomów wypalenia i depresji oraz przekazanie Ubezpieczonym Głównym zaleceń co do możliwości działań zmierzających do ich eliminacji.

Po wypełnieniu Ankiety profilaktycznej, każdy jej uczestnik otrzyma raport mający na celu uświadomienie uczestnika o dotykających go zagrożeniach w zakresie zdrowia psychicznego, jak również wstępną identyfikację konieczności rozpoczęcia leczenia.

Po zebraniu danych za pośrednictwem Ankiety Profilaktycznej Ubezpieczyciel przygotowuje na rzecz Ubezpieczającego Raport prezentujący wyniki przeprowadzonej Ankiety Profilaktycznej. Wyniki zostaną przedstawione w oparciu o zbiorcze dane, w sposób zapewniający pełną anonimowość osób biorących udział w ankiecie. Podczas przeprowadzania Ankiety Profilaktycznej nie są zbierane i przetwarzane żadne dane medyczne.

Edukację

Moduł obejmuje przeprowadzenie, 1 raz w 12 miesięcznym Okresie ubezpieczenia, w siedzibie Ubezpieczającego jednego (1) dnia edukacyjnego w czasie którego:

- Ubezpieczyciel przeprowadzi seminarium profilaktyczne tematycznie dostosowane do wyników przedstawionych w Raporcie,
- jeden (1) psycholog podczas 5 godzinnego dyżuru będzie udzielać chętnym Ubezpieczonym Głównym indywidualnych konsultacji profilaktycznych.

Seminarium profilaktyczne pozwala zidentyfikować zagrożenia w zakresie zdrowia psychicznego, które mogą dotyczyć uczestników oraz wskazać dostępne formy leczenia i działania profilaktyczne, pozwalające na uniknięcie powyższych zagrożeń. Powyższy moduł stanowi pogłębioną analizę służącą profilaktyce, zachowaniu i poprawie zdrowia psychicznego i jest kontynuacją i rozszerzeniem Analizy profilaktycznej przeprowadzonej w ramach modułu „Analiza”. W konsekwencji, dostarcza on uczestnikom indywidualnej informacji o potencjalnej konieczności rozpoczęcia leczenia w ramach psychoterapii.

Uwaga:

Jeden dzień edukacyjny przysługuje na każdą zgłoszoną do Programu 100 osobową grupę Ubezpieczonych Głównych. Każde kolejne seminarium profilaktyczne wykraczające poza zakres Programu realizowane jest na podstawie dodatkowego zlecenia za odrębnym wynagrodzeniem w kwocie 2 600 PLN (słownie: dwa tysiące sześćset PLN)

Seminarium może zostać przeprowadzone zdalnie w postaci webinarium. Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego o miejscu umieszczenia linku oraz o terminach jego dostępności.

Psychoterapię

Moduł ten umożliwi Ubezpieczonemu Głównemu, w 12 miesięcznym Okresie ubezpieczenia, skorzystanie bez skierowania z 3 indywidualnych spotkań z psychoterapeutą w placówkach wskazanych przez Ubezpieczyciela.

Spotkanie indywidualne obejmuje: wywiad, poradę specjalisty wraz z czynnościami niezbędnymi do postawienia diagnozy, przeprowadzenie niezbędnej diagnostyki psychoterapeutycznej, zdefiniowanie obszaru problematyki wraz określeniem kierunku i harmonogramu dalszego leczenia. Usługa dostępna jest w wybranych Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela i opisanych na stronie <https://harmonia.luxmed.pl/harmonia-w-biznesie-program-profilaktyczny-wykaz-placowek/>

Uwagi:

Spotkania z psychoterapeutą w ramach usługi odbywają się wyłącznie jako spotkania indywidualne, i nie obejmują spotkań w ramach prowadzonych psychoterapii grupowych, rodzinnych, psychoterapii dla par, psychoanalizy, coachingu, mentoringu, spotkań z psychotraumatologiem, psychoterapii z wykorzystaniem metody EMDR oraz konsultacji i psychoterapii w zakresie seksuologii. O rodzaju zastosowanej diagnostyki psychoterapeutycznej oraz ostatecznej formie i także rodzaju zastosowanej psychoterapii decyduje psychoterapeuta po zapoznaniu się ze stanem medycznym, problematyką i oczekiwaniami Pacjenta. Psychoterapeuta w porozumieniu z Pacjentem ustala harmonogram spotkań i plan leczenia, którego Pacjent w celu osiągnięcia właściwych efektów terapeutycznych zobowiązany jest przestrzegać. Psychoterapia nie zastępuje leczenia w ramach konsultacji u psychiatry, jest uzupełnieniem prowadzonego leczenia psychiatrycznego. Po wykorzystaniu przysługującego limitu usługi realizowane są zgodnie z cennikiem placówki.

Telefoniczna Pomoc Psychologiczna

Moduł obejmuje możliwość skorzystania z telefonicznej pomocy psychologicznej udzielanej przez psychologów, pod numerem ogólnopolskiej infolinii Harmonia. Porady nie zastępują konsultacji stacjonarnych. W uzasadnionych przypadkach psycholog może odmówić porady i skierować Pacjenta na stacjonarne spotkanie indywidualne z psychologiem, zadecydować o wezwaniu karetki pogotowia.

Uwagi:

Świadczenie usług w postaci Telefonicznej Pomocy Psychologicznej odbywa się wyłącznie na rzecz Pacjenta, który zawarł Umowę lub który jest wskazany, jako osoba uprawniona do Świadczeń zdrowotnych z tytułu Programu. Pacjent nie może udostępniać usługi w postaci Telefonicznej Pomocy psychologicznej innej osobie. Pacjent ponosi pełną odpowiedzialność zarówno cywilną, jak i karną za to, że podane przez niego dane są zgodne ze stanem faktycznym.

Osobisty Opiekun Pacjenta VIP

Każdemu Ubezpieczonemu zostaje przydzielony Osobisty Opiekun Pacjenta VIP. Opiekun jest w stałym kontakcie telefonicznym z Ubezpieczonym, organizuje badania, konsultacje lekarskie w wybranych ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela.

Koordinacja Opieki Szpitalnej

W przypadku zajścia zdarzenia powodującego konieczność skorzystania ze świadczeń medycznych Szpitala, w szczególności w przypadku otrzymania przez Ubezpieczonego skierowania na leczenie szpitalne lub planowanego porodu Ubezpieczony może skorzystać z Koordinacji Opieki Szpitalnej.

Wsparcie zespołu Koordinacji Opieki Szpitalnej obejmuje koordynację hospitalizacji Ubezpieczonego m.in. w niżej wymienionym zakresie:

- przedstawienie propozycji Hospitalizacji i umówienie pobytu zgodnie z wyborem Ubezpieczonego,
- pomoc w umówieniu na badania i konsultacje kwalifikujące do Hospitalizacji,
- monitorowanie realizacji przez Ubezpieczonego badań i konsultacji,
- koordynacja obiegu dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem,
- przekazywanie informacji o bieżącym statusie realizacji procedur medycznych osobie upoważnionej do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym,
- umówienie na wizytę kontrolną po pobycie w Szpitalu,
- umówienie zgodnie z zaleceniami Lekarza badań lub rehabilitacji po Hospitalizacji,
- organizacja Transportu Medycznego, jeżeli wynika on ze wskazań medycznych.

Koordinacja Opieki Szpitalnej realizowana jest w Szpitalach wskazanych na stronie www.luxmed.pl/ubezpieczenia/oferta-/koordinacja-opieki-szpitalnej-dla-klienta-indywidualnego-i-korporacyjnego

Koszty świadczeń udzielanych przez Szpitale ponosi Ubezpieczony.

Szczegółowe informacje dotyczące ubezpieczenia oraz definicje pojęć zapisanych wielką literą znajdują się w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED – Koordynacja dla klientów grupowych.

Wariant dostępności pakietu - Srebrny

Usługa polegająca na zapewnieniu poprawy dostępu do Lekarzy specjalistów - Czas dostępności dla Wariantu Srebrnego jest większy niż 70%. W ramach wariantu Ubezpieczonemu przysługuje Refundacja kosztów świadczeń na warunkach określonych poniżej. Ubezpieczyciel dokona zwrotu poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów w wysokości 70% ceny jednostkowej wykonanego w Okresie Refundacji w Placówce medycznej innej niż wskazana przez Ubezpieczyciela, Świadczenia ambulatoryjnego przysługującego Ubezpieczonemu w ramach Umowy i posiadanego Zakresu ubezpieczenia, do wysokości Limitu Refundacji wynoszącego 650 zł kwartalnie na Ubezpieczonego.

Wariant dostępności pakietu - Złoty

Usługa polegająca na zapewnieniu poprawy dostępu do Lekarzy specjalistów - Czas dostępności dla Wariantu Złotego jest większy niż 80%. W ramach wariantu Ubezpieczonemu przysługuje Refundacja kosztów świadczeń na warunkach określonych poniżej.

Ubezpieczyciel dokona zwrotu poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów w wysokości 90% ceny jednostkowej wykonanego w Okresie Refundacji w Placówce medycznej innej niż wskazana przez Ubezpieczyciela, Świadczenia ambulatoryjnego przysługującego Ubezpieczonemu w ramach Umowy i posiadanego Zakresu ubezpieczenia, do wysokości Limitu Refundacji wynoszącego 650 zł kwartalnie na Ubezpieczonego.

Wariant dostępności pakietu - Platynowy

Usługa polegająca na zapewnieniu poprawy dostępu do Lekarzy specjalistów - Czas dostępności dla Wariantu Platynowego jest większy niż 90%. W ramach wariantu Ubezpieczonemu przysługuje Refundacja kosztów świadczeń na warunkach określonych poniżej.

Ubezpieczyciel dokona zwrotu poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów w wysokości 100% ceny jednostkowej wykonanego w Okresie Refundacji w Placówce medycznej innej niż wskazana przez Ubezpieczyciela, Świadczenia ambulatoryjnego przysługującego Ubezpieczonemu w ramach Umowy i posiadanego Zakresu ubezpieczenia, do wysokości Limitu Refundacji wynoszącego 650 zł kwartalnie na Ubezpieczonego.

Rabat 10% na pozostałe usługi świadczone przez LUX MED i Medycynę Rodzinną

Ubezpieczonemu przysługuje **10% rabatu** na świadczenia zdrowotne, z wyłączeniem świadczeń zdrowotnych w zakresie stomatologii, oferowane we wskazanych przez Ubezpieczyciela Placówkach medycznych – dotyczy placówek sieci LUX MED i Medycyny Rodzinnej wymienionych na stronie www.luxmed.pl. Rabat naliczany jest od cennika dostępnego w ww. placówce. Rabatów nie sumuje się.

Rabat 10% na procedury medyczne oferowane w PROFEMED

Ubezpieczonemu przysługuje **10% rabatu** na wszystkie usługi medyczne świadczone w placówkach PROFEMED. Rabat naliczany jest od cennika dostępnego w ww. placówce. Rabatów nie sumuje się.

Załącznik nr 2 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia LUX MED - kod OWU G/002/2023/C

Zakres świadczeń:	Opieka Ortopedyczna	Opieka Ortopedyczna Plus	Pełna Opieka
Świadczenia szpitalne:			
Hospitalizacja	Ortopedia (w oparciu o skierowanie do szpitala)	Ortopedia Planowa	√
Konsultacje psychologiczne			√
Świadczenia położniczo-neonatologiczne			√
Opieka medyczna przed Hospitalizacją	W zakresie Ortopedii	W zakresie Ortopedii Planowej	√
Opieka medyczna po Hospitalizacji	W zakresie Ortopedii	W zakresie Ortopedii Planowej	√
Rehabilitacja	W zakresie Ortopedii	W zakresie Ortopedii Planowej	√
Opieka Doraźna		√	√
Szpitalny Przegląd Zdrowia		√	√
Koordinacja Opieki Szpitalnej	W zakresie Ortopedii	√	√

Spis treści

CZĘŚĆ I: ŚWIADCZENIE SZPITALNE	2
Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna	2
§1 Hospitalizacja	2
Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna Plus	2
§1 Hospitalizacja	2
§2 Opieka Doraźna	2
Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Pełna Opieka	3
§1 Hospitalizacja	3
§2 Opieka Doraźna	4
§3 Konsultacje psychologiczne	4
§4 Świadczenia położniczo-neonatologiczne	4
CZĘŚĆ II: DODATKOWE ŚWIADCZENIA SZPITALNE DOSTĘPNE WE WSZYSTKICH WARIANTACH	5
§1 Opieka medyczna przed Hospitalizacją	5
§2 Opieka medyczna po Hospitalizacji	5
§3 Rehabilitacja	5
CZĘŚĆ III: SZPITALNY PRZEGLĄD ZDROWIA	6
CZĘŚĆ IV: KOORDYNACJA OPIEKI SZPITALNEJ	7

ZAKRES ŚWIADCZEŃ W RAMACH UBEZPIECZENIA SZPITALNEGO LUX MED, DLA GŁÓWNEGO UBEZPIECZONEGO, PARTNERA ORAZ PEŁNOLETNIEGO DZIECKA.

CZĘŚĆ I: ŚWIADCZENIE SZPITALNE

Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna

§1 Hospitalizacja

Hospitalizacja spowodowana Nieszczęśliwym Wypadkiem (ze skierowaniem na zabieg lub operację, będącymi konsekwencją urazu, który miał miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej Opieka Ortopedyczna i realizowanych w okresie do 30 dni od jego wystąpienia). W zakres wchodzi:

1. **Ortopedia**
 - a. obejmuje zabiegi operacyjne ortopedyczne, ortopedyczne materiały zespalające;
 - b. nie obejmuje:
 - I. endoprotez
 - II. wydłużania kończyn;
 - III. zabiegów osseointegracji;
 - IV. operacji kręgosłupa.

Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna Plus

§1 Hospitalizacja

1. Zapewniamy Hospitalizację Pilną oraz Hospitalizację Planową w zakresie ortopedii:
 - b. obejmuje zabiegi operacyjne ortopedyczne, w tym endoprotezy i ortopedyczne materiały zespalające;
 - c. nie obejmuje:
 - I. wydłużania kończyn;
 - II. zabiegów osseointegracji;
 - III. operacji kręgosłupa.

§2 Opieka Doraźna

1. Konsultacja Lekarza Opieki Doraźnej, jest możliwa pod warunkiem, że Koordynator Opieki Szpitalnej potwierdzi, że konsultacja jest konieczna i właściwa z medycznego punktu widzenia.
2. W ramach Opieki Doraźnej zapewnimy, w zależności od wskazań medycznych oraz od zakresu dostępnych usług w danej lokalizacji:
 - a. interwencję zespołu ratownictwa medycznego;
 - b. udzielenie niezbędnej pomocy medycznej w miejscu pobytu Ubezpieczonego (nie obejmuje lekarskich wizyt domowych);
 - c. udzielenie niezbędnej pomocy medycznej w Przychodni lub Szpitalu wskazanym przez nas;
 - d. wydanie zaleceń odnośnie dalszego trybu postępowania zachowawczego;
 - e. transport do szpitala.

Zakres usług dostępnych w ramach Opieki Doraźnej w danej lokalizacji jest wskazany na stronie www.opiekaszpitalna.luxmed.pl.

3. Opieka Doraźna nie zastępuje pomocy udzielanej w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Operator ma prawo skierować Ubezpieczonego do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności, jeżeli stan zdrowia i bezpieczeństwo medyczne będzie tego wymagało. Nie stanowi to nieprawidłowego wykonania Umowy.
4. Nasza odpowiedzialność w zakresie Opieki Doraźnej nie obejmuje wizyt domowych oraz sytuacji zdrowotnych, w których każde opóźnienie w udzieleniu pomocy medycznej, dostępnej w najbliższym podmiocie leczniczym, niesie bezpośrednie zagrożenie dla życia Ubezpieczonego. W szczególności dotyczy to: utraty przytomności; wstrząsu anafilaktycznego; zadławienia; stanu padaczkowego; ostrych i nasilonych reakcji uczuleniowych będących efektem ukąszenia, czy użądlenia przez jadowite zwierzęta; zatrucia lekami, środkami chemicznymi lub gazami; porażenia prądem; podtopienia; dokonanej próby samobójczej; upadku z dużej wysokości; rozległej rany będącej efektem urazu, w tym urazowe amputacje kończyn lub elementów kończyn; urazów wielonarządowych; nagłych zaburzeń narządu wzroku lub słuchu; urazów twarzowo-czaszkowych.
5. Ust. 4 nie zwalnia Operatora z udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenia życia lub zdrowia, wynikającego z art. 15 Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. Nr 112, poz. 654) tj. z dnia 16 marca 2021 r. (Dz.U. z 2021 r. poz. 711) z późn. zm.

Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Pełna Opieka

§1 Hospitalizacja

Zapewniamy Hospitalizację Pilną oraz Hospitalizację Planową w zakresie następujących obszarów medycznych:

1. **Diagnostyka i leczenie w ramach oddziału zachowawczego**
 - a. obejmuje pobyt oraz przeprowadzenie kompleksowej diagnostyki i leczenia stanów chorobowych w oddziałach: chorób wewnętrznych, kardiologii, pulmonologii, alergologii, neurologii, diabetologii, gastroenterologii, dermatologii, reumatologii, endokrynologii, chorób zakaźnych oraz nefrologii;
 - b. nie obejmuje:
 - I. diagnostyki i leczenia, których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych;
 - II. programów lekowych wskazanych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia jako świadczenie gwarantowane, które odbywa się z zastosowaniem innowacyjnych, kosztownych substancji czynnych, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń gwarantowanych;
 - III. Hospitalizacji w celu planowanego zastosowania terapii farmakologicznej chorób przewlekłych;
 - IV. diagnostyki i leczenia następstw udarów;
 - V. przewlekłego leczenia nerkozastępczego, realizowanego poza okresem niezbędnej Hospitalizacji mieszczącej się w zakresie Umowy.
2. **Ortopedia**
 - a. obejmuje zabiegi operacyjne ortopedyczne, w tym endoprotezy i ortopedyczne materiały zespalające;
 - b. nie obejmuje:
 - I. wydłużania kończyn;
 - II. zabiegów osseointegracji.
3. **Chirurgia ogólna**
 - a. obejmuje zabiegi operacyjne z zakresu chirurgii ogólnej;
 - b. nie obejmuje:
 - I. chirurgicznego leczenia otyłości;
 - II. zabiegów chirurgicznych klatki piersiowej (tj. torakochirurgicznych).
4. **Chirurgia naczyniowa**
 - a. obejmuje zabiegi operacyjne na żyłach i tętnicach obwodowych;
 - b. nie obejmuje:
 - I. zabiegów operacyjnych wykonywanych w krążeniu pozaustrojowym;
 - II. operacji tętniaków i malformacji naczyniowych;
 - III. zabiegów embolizacji zmian patologicznych;
 - IV. zabiegów na naczyniach wewnątrzczaszkowych.
5. **Ginekologia**
 - a. obejmuje zabiegi operacyjne z zakresu ginekologii;
 - b. nie obejmuje diagnostyki i leczenia zaburzeń płodności kobiecej oraz wspomaganego rozrodu.
6. **Laryngologia**
 - a. obejmuje zabiegi laryngologiczne;
 - b. nie obejmuje:
 - I. zabiegów wszczepienia implantów narządu słuchu i innych zastępujących funkcje zmysłów;
 - II. zabiegów wymagających asysty neurochirurgicznej;
 - III. leczenia następstw urazów twarzowo-czaszkowych, w szczególności zabiegów rekonstrukcyjnych twarzoczaszki.
7. **Urologia**
 - a. obejmuje zabiegi z zakresu urologii, w tym chirurgię robotyczną gruczołu krokowego;
 - b. nie obejmuje:
 - I. zabiegów pobrania lub wszczepienia nerki, przewlekłego leczenia nerkozastępczego realizowanego poza okresem niezbędnej Hospitalizacji mieszczącej się w zakresie Umowy;
 - II. zabiegów urologicznych powiązanych z korekcją wielkości lub kształtu narządów płciowych;
 - III. leczenia zaburzeń erekcji;
 - IV. implantacji sztucznych zwieraczy dróg moczowych;
 - V. leczenia zaburzeń płodności męskiej, np. rewazektomii.
8. **Okulistyka**
 - a. obejmuje zabiegi okulistyczne;
 - b. nie obejmuje:
 - I. korekty chirurgicznej wad wzroku (np. laserowa korekta wad wzroku lub wszczepienie soczewek fakijnych), za wyjątkiem wszczepienia soczewek korygujących podczas jednoczasowej operacji zaćmy;
 - II. zabiegów przeszczepu rogówki;
 - III. leczenia operacyjnego stożka rogówki;
 - IV. zabiegów protezowania zmysłu wzroku.

9. Neurochirurgia kręgosłupa

- a. obejmuje zabiegi neurochirurgiczne krążków kręgosłupa;
- b. nie obejmuje:
 - I. leczenia wtórnych i pierwotnych skolioz kręgosłupa;
 - II. zabiegów operacyjnych dotyczących trzech i więcej krążków międzykręgowych;
 - III. zabiegów neurochirurgicznych dotyczące mózgowia i czaszki;
 - IV. zabiegów na rdzeniu kręgowym i korzeniach nerwowych.

10. Onkologia

- a. obejmuje:
 - I. leczenie chirurgiczne zmian nowotworowych, w tym: plastyczną rekonstrukcję piersi po mastektomii;
 - II. zabiegi profilaktyczne ze wskazań onkologicznych obejmujące owariektomię i mastektomię z plastyczną rekonstrukcją piersi;
 - III. zaawansowane metody leczenia nowotworów prostaty, w tym chirurgię robotyczną nowotworów prostaty;
- b. nie obejmuje:
 - I. rozległych zabiegów operacyjnych nowotworów głowy i szyi, w tym w szczególności krtani;
 - II. terapii systemowych (chemioterapii, immunoterapii, CAR-T i innych) oraz radioterapii onkologicznej, jako leczenia izolowanego lub jako elementu leczenia skojarzonego;
 - III. leczenia zmian nowotworowych mózgowia, płuc, nowotworów hematologicznych;
 - IV. rekonstrukcji piersi, w przypadku przeciwwskazań medycznych do wykonania takiego zabiegu.

Zapewniamy tylko Hospitalizację Planową w odniesieniu do następującego obszaru medycznego:

11 Kardiologia inwazyjna

- a. obejmuje planowe zabiegi z zakresu kardiologii inwazyjnej, w tym także niezbędne w okresie pozabiegowym pobytu w warunkach oddziału intensywnej terapii (Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego);
- b. nie obejmuje:
 - I. leczenia ostrych zespołów wieńcowych, według aktualnych kryteriów rozpoznania Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego;
 - II. operacji kardiochirurgicznych;
 - III. implantacji kardiostymulatorów, zastawek serca, kardiowerterów-defibrylatorów (ICD) i urządzeń o analogicznej lub zbliżonej funkcji.

§2 Opieka Doraźna

1. Konsultacja Lekarza Opieki Doraźnej, jest możliwa pod warunkiem, że Koordynator Opieki Szpitalnej potwierdzi, że konsultacja jest konieczna i właściwa z medycznego punktu widzenia.
2. W ramach Opieki Doraźnej zapewnimy, w zależności od wskazań medycznych oraz od zakresu dostępnych usług w danej lokalizacji:
 - a. interwencję zespołu ratownictwa medycznego;
 - b. udzielenie niezbędnej pomocy medycznej w miejscu pobytu Ubezpieczonego (nie obejmuje lekarskich wizyt domowych);
 - c. udzielenie niezbędnej pomocy medycznej w Przychodni lub Szpitalu wskazanym przez nas;
 - d. wydanie zaleceń odnośnie dalszego trybu postępowania zachowawczego;
 - e. transport do szpitala.

Zakres usług dostępnych w ramach Opieki Doraźnej w danej lokalizacji jest wskazany na stronie www.opiekaszpitalna.luxmed.pl.

3. Opieka Doraźna nie zastępuje pomocy udzielanej w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Operator ma prawo skierować Ubezpieczonego do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności, jeżeli stan zdrowia i bezpieczeństwo medyczne będzie tego wymagało. Nie stanowi to nieprawidłowego wykonania Umowy.
4. Nasza odpowiedzialność w zakresie Opieki Doraźnej nie obejmuje wizyt domowych oraz sytuacji zdrowotnych, w których każde opóźnienie w udzieleniu pomocy medycznej, dostępnej w najbliższym podmiocie leczniczym, niesie bezpośrednie zagrożenie dla życia Ubezpieczonego. W szczególności dotyczy to: utraty przytomności; wstrząsu anafilaktycznego; zadławienia; stanu padaczkowego; ostrych i nasilonych reakcji uczuleniowych będących efektem ukąszenia, czy użądlenia przez jadowite zwierzęta; zatrucia lekami, środkami chemicznymi lub gazami; porażenia prądem; podtopienia; dokonanej próby samobójczej; upadku z dużej wysokości; rozległej rany będącej efektem urazu, w tym urazowe amputacje kończyn lub elementów kończyn; urazów wielonarządowych; nagłych zaburzeń narządu wzroku lub słuchu; urazów twarzowo-czaszkowych.
5. Ust. 4 nie zwalnia Operatora z udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenia życia lub zdrowia, wynikającego z art. 15 Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. Nr 112, poz. 654) tj. z dnia 16 marca 2021 r. (Dz.U. z 2021 r. poz. 711) z późn. zm.

§3 Konsultacje psychologiczne

Dla Ubezpieczonych ze zdiagnozowanym nowotworem złośliwym, korzystających ze Świadczenia Hospitalizacji w obszarze Onkologii, oferujemy konsultacje psychologiczne. Konsultacje mogą zostać przeprowadzone w trybie stacjonarnym lub zdalnym. Oferujemy do 5 konsultacji w ciągu 12 miesięcy. Datą zdiagnozowania nowotworu jest data wykonania badania histopatologicznego.

§4 Świadczenia położniczo-neonatologiczne

1. Świadczenia położniczo-neonatologiczne obejmują:

- a. przyjęcie porodu drogami natury lub poprzez cięcie cesarskie;
 - b. indywidualną opiekę położną podczas porodu;
 - c. udział w szkole rodzenia;
 - d. opiekę neonatologiczną nad noworodkiem.
2. Nasza odpowiedzialność w zakresie Świadczeń położniczo-neonatologicznych nie obejmuje:
- a. prowadzenia Cięży Wysokiego Ryzyka;
 - b. Hospitalizacji, wynikających z patologicznego przebiegu ciąży (zarówno patologie matki, jak i płodu), jeżeli ciąża wymaga opieki albo rozwiązania w ośrodku III poziomu opieki perinatalnej;
 - c. porodów, w przypadku których względy bezpieczeństwa medycznego, w szczególności bliskość w sytuacji nagłej akcji porodowej, powodują konieczność skorzystania z usług Szpitala innego niż wymienione na liście lokalizacji, o której umowa w §3 ust 8 OWU;
 - d. wykonywania testów genetycznych płodu, amniopunkcji i kordocentezy;
 - e. opieki neonatologicznej nad noworodkiem wymagającym intensywnej terapii w warunkach ośrodka III poziomu opieki perinatalnej.

CZĘŚĆ II: DODATKOWE ŚWIADCZENIA SZPITALNE DOSTĘPNE WE WSZYSTKICH WARIANTACH

§1 Opieka medyczna przed Hospitalizacją

1. Zakresem objęte są świadczenia diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej i konsultacji specjalistycznych niezbędne do przygotowania do Hospitalizacji. Zakres wszystkich badań oraz konsultacji określimy w trakcie przygotowania Ubezpieczonego do Hospitalizacji, po zaakceptowaniu wniosku o realizację Świadczenia. Nie zrealizujemy badań oraz konsultacji w zakresie opieki medycznej przed Hospitalizacją zleconych przez inną placówkę medyczną niż wskazana przez nas. Opieka medyczna przed Hospitalizacją, jest niezbędna do:
 - a. określenia konieczności Hospitalizacji Planowej, jej typu, metody i zakresu zabiegu;
 - b. zakwalifikowania Ubezpieczonego do Hospitalizacji;
 - c. określenia terminu przeprowadzenia operacji, zabiegu;
 - d. opracowania planu leczenia.
2. Opieka medyczna przed Hospitalizacją nie jest tym samym co:
 - a. postawienie diagnozy;
 - b. monitorowanie leczenia;
 - c. poradnictwo ogólnomedyczne;
 - d. wydanie drugiej opinii medycznej.
3. Zakres nie obejmuje prowadzenia ciąży.

§2 Opieka medyczna po Hospitalizacji

1. Opieka po Hospitalizacji obejmuje 3 wizyty kontrolne we wskazanej przez nas placówce medycznej. Służą one monitorowaniu efektów przeprowadzonego zabiegu i procesu powrotu do zdrowia realizowane w okresie do 30 dni od wypisu ze Szpitala.
2. Zapewniamy opiekę także w przypadku nagłego pogorszenia się stanu zdrowia Ubezpieczonego, po udzielonym Świadczeniu. W takim przypadku, zakres opieki dostosowany jest do sytuacji i zapotrzebowania medycznego i ma na celu poprawę lub przywrócenie prawidłowego stanu zdrowia Ubezpieczonego. Zakres Świadczenia określa wskazany przez nas Lekarz.
3. Opiekę medyczną po Hospitalizacji zapewniamy wyłącznie w odniesieniu do Świadczenia przeprowadzonego w ramach Umowy Ubezpieczenia.

§3 Rehabilitacja

1. Rehabilitacja po Hospitalizacji obejmuje:
 - a. niezbędne zabiegi z zakresu fizykoterapii i kinezyterapii wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego po zabiegach ortopedycznych, rozpoczynające się w okresie do 2 tyg od daty zabiegu ortopedycznego i trwające przez okres do 6 tygodni od momentu rozpoczęcia
 - b. niezbędne zabiegi z zakresu fizykoterapii i fizjoterapii wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego po zabiegach neurochirurgicznych przez okres do 10 tygodni od daty zabiegu;
 - c. niezbędne zabiegi z zakresu drenażu limfatycznego po zabiegach chirurgicznych (np. mastektomii) wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego do 6 tygodni po zabiegu.
2. Szczegółowy zakres rehabilitacji określimy przed końcem Hospitalizacji. Nie zrealizujemy rehabilitacji zleconej przez inną placówkę medyczną niż wskazana przez nas.
3. Nasza odpowiedzialność w zakresie rehabilitacji nie obejmuje:
 - a. zabiegów rehabilitacyjnych wynikających ze wskazań innych niż następstwa zabiegu operacyjnego zrealizowanego w ramach ochrony ubezpieczeniowej;
 - b. terapii złamań za pomocą stymulatorów zrostu kostnego wykorzystujących oddziaływanie fizyczne (np. falę ultradźwiękową).
4. Rehabilitację zapewniamy wyłącznie w odniesieniu do Świadczenia przeprowadzonego w ramach Umowy Ubezpieczenia.

CZĘŚĆ III: SZPITALNY PRZEGLĄD ZDROWIA**(dostępny w wariancie Opieka Ortopedyczna Plus oraz Pełna Opieka)**

1. Szpitalny Przejąd Zdrowia jest przeprowadzany we wskazanym przez nas Szpitalu, w ciągu jednego dnia, w terminie uzgodnionym z Ubezpieczonym. Wydłużenie czasu realizacji Przejądu Stanu Zdrowia powyżej jednego dnia może mieć miejsce w przypadkach uzasadnionych medycznie, jak np. konieczność powtórzenia badania w warunkach szpitalnych.
2. W zależności od oficjalnych wytycznych, w tym wytycznych wewnętrznych Szpitala związanych z sytuacją epidemiczną, wykonanie Szpitalnego Przejądu Zdrowia, może być uwarunkowane uzyskaniem przez Ubezpieczonego negatywnego wyniku rekomendowanego testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 (wirus wywołujący COVID-19) ważnego w dniu realizacji Przejądu. Test finansujemy i udostępniamy przed planowanym Przejądem.
3. Szczegółowy zakres świadczeń, zależy od płci i wieku ubezpieczonego:

Szpitalny Przejąd Zdrowia dla kobiety do 40 roku życia

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pomiar ciśnienia • Pomiar wzrostu i wagi • Mocz – badanie ogólne • Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny • Badania laboratoryjne: OB./ESR, Transaminaza ALT, GGTP, Kreatynina, TSH, FT4, HCV Ab przeciwciała, HBS antygen, kwas moczowy, lipidogram, D-dimery, glukoza na czczo, Witamina D3 metabolit 25 (OH), Sód, Potas, Grupa krwi, Ferrytyna | <ul style="list-style-type: none"> • Badanie EKG – spoczynkowe • RTG klatki piersiowej • USG serca, jamy brzusznej, piersi, tarczycy, ginekologiczne • Cytologia szyjki macicy • Konsultacja internisty i ginekologa |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Raport stanu zdrowia i zalecenia**Szpitalny Przejąd Zdrowia dla kobiety w wieku 40 lat i więcej**

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pomiar ciśnienia • Pomiar wzrostu i wagi • Mocz – badanie ogólne • Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny • Badania laboratoryjne: OB./ESR, Transaminaza ALT, GGTP, Kreatynina, TSH, FT4, HCV Ab przeciwciała, HBS antygen, kwas moczowy, lipidogram, Homocysteina, D-dimery, glukoza na czczo, HbA1C, Insulina/Insulina na czczo, Witamina D3 metabolit 25 (OH), Witamina B12, Wapń, Fosfor, Sód, Potas, Grupa krwi, FSH, Testosteron, Ferrytyna | <ul style="list-style-type: none"> • Badanie EKG – spoczynkowe • Próba wysiłkowa • RTG klatki piersiowej • USG serca, jamy brzusznej, piersi, tarczycy, ginekologiczne • Mammografia • Cytologia szyjki macicy • Konsultacja internisty, ginekologa i kardiologa |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Raport stanu zdrowia i zalecenia**Szpitalny Przejąd Zdrowia dla mężczyzny do 40 roku życia**

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pomiar ciśnienia • Pomiar wzrostu i wagi • Mocz – badanie ogólne • Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny • Badania laboratoryjne: OB./ESR, Transaminaza ALT, GGTP, Kreatynina, TSH, FT4, HCV Ab przeciwciała, HBS antygen, kwas moczowy, lipidogram, D-dimery, glukoza na czczo, Witamina D3 metabolit 25 (OH), Sód, Potas, Grupa krwi, Testosteron | <ul style="list-style-type: none"> • Panel PSA • PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA/PSA) • Badanie EKG – spoczynkowe • RTG klatki piersiowej • USG serca, jamy brzusznej, tarczycy, jąder, prostaty • Konsultacja internisty i urologa |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Raport stanu zdrowia i zalecenia**Szpitalny Przejąd Zdrowia dla mężczyzny w wieku 40 lat i więcej**

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pomiar ciśnienia • Pomiar wzrostu i wagi • Mocz – badanie ogólne • Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny | <ul style="list-style-type: none"> • PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA/PSA) • Badanie EKG – spoczynkowe • Próba wysiłkowa • RTG klatki piersiowej • USG serca, jamy brzusznej, tarczycy, jąder, prostaty |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- Badania laboratoryjne: OB./ESR, Transaminaza ALT, GGTP, Kreatynina, TSH, FT4, HCV Ab przeciwciała, HBS antygen, kwas moczowy, lipidogram, Homocysteina, D-dimery, glukoza na czczo, HbA1C, Insulina/Insulina na czczo, Witamina D3 metabolit 25 (OH), Witamina B12, Wapń, Fosfor, Sód, Potas, Grupa krwi, Testosteron
- Konsultacja internisty, urologa i kardiologa

Raport stanu zdrowia i zalecenia

4. Nie przeprowadzimy Szpitalnego Przehłądu Zdrowia, jeżeli Ubezpieczony ma stwierdzoną infekcję, jej podejrzenie lub inny rozstrój zdrowia, który może zaburzyć wyniki Świadczenia.
5. W przypadku wskazań medycznych, na wniosek Lekarza prowadzącego Szpitalny Przehłąd Zdrowia możemy rozszerzyć zakres usług zrealizowanych podczas Przehłądu o dodatkowe badania, których łączny koszt nie przekroczy kwoty 1000 zł brutto.
6. Możemy odstąpić od wykonania lub ograniczyć zakres Szpitalnego Przehłądu Zdrowia, w razie przeciwwskazań medycznych do wykonania określonych badań.

CZĘŚĆ IV: KOORDYNACJA OPIEKI SZPITALNEJ

1. Niezwłocznie po rozpoczęciu Okresu Ochrony, przekazemy Ubezpieczonemu dane kontaktowe do zespołu Koordynacji Opieki Szpitalnej. Dane zostaną przekazane wiadomością email, wiadomością sms lub listownie, w zależności od tego, jakie dane do kontaktu otrzymaliśmy.
2. Ubezpieczony korzysta z Koordynacji Opieki Szpitalnej według swoich potrzeb. Może skorzystać z części lub z całości oferowanego zakresu.
3. Zakres świadczeń, które oferujemy w ramach Koordynacji Opieki Szpitalnej obejmuje:
 - a. przyjęcie od Ubezpieczonego wniosku o realizację Świadczenia oraz bieżący kontakt z Ubezpieczonym w trakcie weryfikacji wniosku, a także w trakcie trwania Umowy.
 - b. koordynację opieki nad Ubezpieczonym w przypadku Opieki Doraźnej:
 - I. weryfikację uprawnień do Świadczenia;
 - II. przekazanie Ubezpieczonemu wskazówek co do dalszego postępowania;
 - III. kontakt z Izbą Przyjęć lub Przychodnią;
 - IV. pomoc w przyjęciu do Szpitala lub Przychodni i w bieżącej organizacji niezbędnych badań i konsultacji zgodnie z zaleceniami Lekarza;
 - V. pomoc w kompletowaniu dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
 - VI. kontakt z osobą upoważnioną do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym.
 - c. koordynację opieki nad Ubezpieczonym przed Hospitalizacją:
 - I. weryfikację uprawnień do Świadczenia, w tym uzyskanie decyzji Ubezpieczyciela w związku ze złożonym wnioskiem;
 - II. przedstawienie propozycji Hospitalizacji – przedstawienie do wyboru dostępnych Szpitali i Lekarzy, a także położnej, w przypadku osoby Ubezpieczonej planującej poród;
 - III. umówienie pobytu i zgodnie z wyborem Ubezpieczonego;
 - IV. pomoc w umówieniu na badania i konsultacje kwalifikujące do Hospitalizacji;
 - V. monitorowanie realizacji przez Ubezpieczonego badań i konsultacji;
 - VI. przypomnienie Ubezpieczonemu o terminie przyjęcia do Szpitala i wymaganych dokumentach, a także potwierdzenie obecności Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - VII. koordynację obiegu dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem;
 - VIII. przekazanie informacji dotyczących pobytu w Szpitalu.
 - d. koordynację w trakcie Świadczenia Szpitalnego:
 - I. przekazanie wszystkich dokumentów niezbędnych do Świadczenia Ubezpieczonego;
 - II. bieżący kontakt ze Szpitalem;
 - III. przekazywanie informacji o bieżącym statusie realizacji procedur medycznych osobie upoważnionej do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym;
 - IV. umówienie na wizytę kontrolną po pobycie w Szpitalu, a także przedstawienie planu opieki po Świadczeniu;
 - V. organizację Transportu Medycznego.
 - e. koordynację opieki po Hospitalizacji, zgodnie z zaleceniami Lekarza:
 - I. umówienie zleconych Ubezpieczonemu badań lub rehabilitacji;
 - II. organizację Transportu Medycznego, jeżeli wynika on ze wskazań medycznych;
 - III. skompletowanie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.
 - f. koordynację Szpitalnego Przehłądu Zdrowia:
 - I. weryfikację uprawnień do Świadczenia;
 - II. przedstawienie propozycji Szpitala i Lekarza realizujących Szpitalny Przehłąd Zdrowia;
 - III. umówienie Szpitalnego Przehłądu Zdrowia zgodnie z wyborem Ubezpieczonego;
 - IV. przypomnienie Ubezpieczonemu o terminie Świadczenia, wymaganych dokumentach oraz potwierdzenie obecności w Szpitalu;
 - V. monitorowanie realizacji Szpitalnego Przehłądu Zdrowia;
 - VI. koordynację obiegu dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem;
 - VII. przekazanie ogólnych informacji dotyczących realizacji Szpitalnego Przehłądu Zdrowia.

Załącznik nr 3 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia LUX MED - kod OWU G/002/2023/C

ZAKRES ŚWIADCZEŃ W RAMACH UBEZPIECZENIA SZPITALNEGO LUX MED – PEŁNA OPIEKA, DLA NIEPEŁNOLETNIEGO DZIECKA.

Spis treści

CZĘŚĆ I: ŚWIADCZENIE SZPITALNE	2
Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna	2
§1 Hospitalizacja.....	2
Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna Plus	2
§1 Hospitalizacja.....	2
§2 Opieka Doraźna.....	2
Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Pełna Opieka	3
§1 Hospitalizacja.....	3
§2 Opieka Doraźna.....	3
CZĘŚĆ II: DODATKOWE ŚWIADCZENIA SZPITALNE DOSTĘPNE WE WSZYSTKICH WARIANTACH	4
§1 Opieka medyczna przed Hospitalizacją.....	4
§2 Opieka medyczna po Hospitalizacji.....	4
§3 Rehabilitacja.....	4
CZĘŚĆ III: KOORDYNACJA OPIEKI SZPITALNEJ	5

CZĘŚĆ I: ŚWIADCZENIE SZPITALNE

Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna

§1 Hospitalizacja

Hospitalizacja spowodowana Nieszczęśliwym Wypadkiem (ze skierowaniem na zabieg lub operację, będącymi konsekwencją urazu, który miał miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej Opieka Ortopedyczna i realizowanych w okresie do 30 dni od jego wystąpienia). W zakres wchodzi:

1. **Ortopedia**
 - a. obejmuje zabiegi operacyjne ortopedyczne, i ortopedyczne materiały zespalające;
 - b. nie obejmuje:
 - I. endoprotez;
 - II. wydłużania kończyn;
 - III. zabiegów osseointegracji.

Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Opieka Ortopedyczna Plus

§1 Hospitalizacja

1. Zapewniamy Hospitalizację Pilną oraz Hospitalizację Planową w zakresie ortopedii:
 - a. obejmuje zabiegi operacyjne ortopedyczne, w tym endoprotezy i ortopedyczne materiały zespalające;
 - b. nie obejmuje:
 - I. wydłużania kończyn;
 - II. zabiegów osseointegracji.

§2 Opieka Doraźna

1. Konsultacja Lekarza Opieki Doraźnej, jest możliwa pod warunkiem, że Koordynator Opieki Szpitalnej potwierdzi, że konsultacja jest konieczna i właściwa z medycznego punktu widzenia.
2. W ramach Opieki Doraźnej zapewnimy, w zależności od wskazań medycznych oraz od zakresu dostępnych usług w danej lokalizacji:
 - a. interwencję zespołu ratownictwa medycznego;
 - b. udzielenie niezbędnej pomocy medycznej w miejscu pobytu Ubezpieczonego (nie obejmuje lekarskich wizyt domowych);
 - c. udzielenie niezbędnej pomocy medycznej w Przychodni lub Szpitalu wskazanym przez nas;
 - d. wydanie zaleceń odnośnie dalszego trybu postępowania zachowawczego;
 - e. transport do szpitala.Zakres usług dostępnych w ramach Opieki Doraźnej w danej lokalizacji jest wskazany na stronie www.opiekaszpitalna.luxmed.pl.
3. Opieka Doraźna nie zastępuje pomocy udzielanej w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Operator ma prawo skierować Ubezpieczonego do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności, jeżeli stan zdrowia i bezpieczeństwo medyczne będzie tego wymagało. Nie stanowi to nieprawidłowego wykonania Umowy.
4. Nasza odpowiedzialność w zakresie Opieki Doraźnej nie obejmuje wizyt domowych oraz sytuacji zdrowotnych, w których każde opóźnienie w udzieleniu pomocy medycznej niesie bezpośrednie zagrożenie dla życia Ubezpieczonego. W szczególności dotyczy to: utraty przytomności; wstrząsu anafilaktycznego; zadławienia; stanu padaczkowego; ostrych i nasilonych reakcji uczuleniowych będących efektem ukąszenia, czy użądlenia przez jadowite zwierzęta; zatrucia lekami, środkami chemicznymi lub gazami; porażenia prądem; podtopienia; dokonanej próby samobójczej; upadku z dużej wysokości; rozległej rany będącej efektem urazu, w tym urazowe amputacje kończyn lub elementów kończyn; urazów wielonarządowych; nagłych zaburzeń narządu wzroku lub słuchu; urazów twarzowo-czaszkowych.
5. Ust. 4 nie zwalnia Operatora z udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie która potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenia życia lub zdrowia, wynikającego z art. 15 Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. Nr 112, poz. 654) tj. z dnia 16 marca 2021 r. (Dz.U. z 2021 r. poz. 711) z późn. zm.

Moduł: Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED Pełna Opieka

§1 Hospitalizacja

Zapewniamy Hospitalizację Pilną oraz Hospitalizację Planową w zakresie następujących obszarów medycznych:

1. **Diagnostyka i leczenie w ramach oddziału zachowawczego**
 - a. obejmuje pobyt oraz przeprowadzenie kompleksowej diagnostyki i leczenia stanów chorobowych w oddziałach: pediatrii, kardiologii, neurologii, diabetologii, gastroenterologii, dermatologii, reumatologii, chorób zakaźnych oraz nefrologii;
 - b. nie obejmuje:
 - I. diagnostyki i leczenia, których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych;
 - II. programów lekowych wskazanych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia jako świadczenie gwarantowane, które odbywa się z zastosowaniem innowacyjnych, kosztownych substancji czynnych, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń gwarantowanych;
 - III. Hospitalizacji w celu planowanego zastosowania terapii farmakologicznej chorób przewlekłych;
 - IV. diagnostyki i leczenia następstw udarów;
 - V. przewlekłego leczenia nerkozastępczego, realizowanego poza okresem niezbędnej Hospitalizacji mieszczącej się w zakresie Umowy.
2. **Ortopedia**
 - a. obejmuje zabiegi operacyjne ortopedyczne, w tym endoprotezy i ortopedyczne materiały zespalające;
 - b. nie obejmuje:
 - I. wydłużania kończyn;
 - II. zabiegów osseointegracji.
3. **Chirurgia dziecięca**
 - a. obejmuje zabiegi operacyjne z zakresu chirurgii ogólnej;
 - b. nie obejmuje:
 - I. chirurgicznego leczenia otyłości;
 - II. zabiegów chirurgicznych klatki piersiowej (tj. torakochirurgicznych).
4. **Ginekologia**
 - a. obejmuje zabiegi operacyjne z zakresu ginekologii dla Dzieci powyżej 16 roku życia;
 - b. nie obejmuje diagnostyki i leczenia zaburzeń płodności kobiecej oraz wspomaganego rozrodu.
5. **Laryngologia**
 - a. obejmuje zabiegi laryngologiczne;
 - b. nie obejmuje:
 - I. zabiegów wszczepienia implantów narządu słuchu i innych zastępujących funkcje zmysłów;
 - II. zabiegów wymagających asysty neurochirurgicznej;
 - III. leczenia następstw urazów twarzowo-czaszkowych, w szczególności zabiegów rekonstrukcyjnych twarzoczaszki.
6. Świadczenia szpitalne obejmują również świadczenia położniczo-neonatologiczne w przypadkach, które takiego świadczenia wymagają. Zakres świadczenia położniczo-neonatologicznego jest zgodny z §3 Załącznika nr 1 do OWU - zakres Świadczeń dla Głównego Ubezpieczonego, Partnera i Pełnoletniego Dziecka.

§2 Opieka Doraźna

1. Konsultacja Lekarza Opieki Doraźnej, jest możliwa pod warunkiem, że Koordynator Opieki Szpitalnej potwierdzi, że konsultacja jest konieczna i właściwa z medycznego punktu widzenia.
2. W ramach Opieki Doraźnej zapewnimy, w zależności od wskazań medycznych oraz od zakresu dostępnych usług w danej lokalizacji:
 - a. interwencję zespołu ratownictwa medycznego;
 - b. udzielenie niezbędnej pomocy medycznej w miejscu pobytu Ubezpieczonego (nie obejmuje lekarskich wizyt domowych);
 - c. udzielenie niezbędnej pomocy medycznej w Przychodni lub Szpitalu wskazanym przez nas;
 - d. wydanie zaleceń odnośnie dalszego trybu postępowania zachowawczego;
 - e. transport do szpitala.Zakres usług dostępnych w ramach Opieki Doraźnej w danej lokalizacji jest wskazany na stronie www.opiekaszpitalna.luxmed.pl.

3. Opieka Doraźna nie zastępuje pomocy udzielanej w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Operator ma prawo skierować Ubezpieczonego do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności, jeżeli stan zdrowia i bezpieczeństwo medyczne będzie tego wymagało. Nie stanowi to nieprawidłowego wykonania Umowy.
4. Nasza odpowiedzialność w zakresie Opieki Doraźnej nie obejmuje wizyt domowych oraz sytuacji zdrowotnych, w których każde opóźnienie w udzieleniu pomocy medycznej niesie bezpośrednie zagrożenie dla życia Ubezpieczonego. W szczególności dotyczy to: utraty przytomności; wstrząsu anafilaktycznego; zadławienia; stanu padaczkowego; ostrych i nasilonych reakcji uczuleniowych będących efektem ukąszenia, czy użądlenia przez jadowite zwierzęta; zatrucia lekami, środkami chemicznymi lub gazami; porażenia prądem; podtopienia; dokonanej próby samobójczej; upadku z dużej wysokości; rozległej rany będącej efektem urazu, w tym urazowe amputacje kończyn lub elementów kończyn; urazów wielonarządowych; nagłych zaburzeń narządu wzroku lub słuchu; urazów twarzowo-czaszkowych.
5. Ust. 4 nie zwalnia Operatora z udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie która potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenia życia lub zdrowia, wynikającego z art. 15 Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. Nr 112, poz. 654) tj. z dnia 16 marca 2021 r. (Dz.U. z 2021 r. poz. 711) z późn. zm.

CZĘŚĆ II: DODATKOWE ŚWIADCZENIA SZPITALNE DOSTĘPNE WE WSZYSTKICH WARIANTACH

§1 Opieka medyczna przed Hospitalizacją

1. Zakresem objęte są wszystkie świadczenia z zakresu diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej i konsultacji specjalistycznych niezbędne do przygotowania do Hospitalizacji. Opieka medyczna przed Hospitalizacją, jest niezbędna do:
 - a. określenia konieczności Hospitalizacji Planowej, jej typu, metody i zakresu zabiegu;
 - b. zakwalifikowania Ubezpieczonego do Hospitalizacji;
 - c. określenia
 - d. terminu przeprowadzenia operacji, zabiegu;
 - e. opracowania planu leczenia.
2. Opieka medyczna przed Hospitalizacją nie jest tym samym co:
 - a. postawienie diagnozy;
 - b. monitorowanie leczenia;
 - c. poradnictwo ogólnomedyczne;
 - d. wydanie drugiej opinii medycznej.
3. Zakres nie obejmuje prowadzenia ciąży.

§2 Opieka medyczna po Hospitalizacji

1. Opieka po Hospitalizacji obejmuje 3 wizyty kontrolne we wskazanej przez nas placówce medycznej. Służą one monitorowaniu efektów przeprowadzonego zabiegu i procesu powrotu do zdrowia w okresie do 30 dni od wypisu ze Szpitala.
2. Zapewniamy opiekę także w przypadku nagłego pogorszenia się stanu zdrowia Ubezpieczonego, po udzielonym Świadczeniu. W takim przypadku, zakres opieki dostosowany jest do sytuacji i zapotrzebowania medycznego i ma na celu poprawę lub przywrócenie prawidłowego stanu zdrowia Ubezpieczonego. Zakres Świadczenia określa wskazany przez nas Lekarz.
3. Opiekę medyczną po Hospitalizacji zapewniamy wyłącznie w odniesieniu do Świadczenia przeprowadzonego w ramach Umowy Ubezpieczenia.

§3 Rehabilitacja

1. Rehabilitacja po Hospitalizacji obejmuje niezbędne zabiegi z zakresu fizykoterapii i kinezyterapii wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego po zabiegach ortopedycznych rozpoczynające się w okresie do 2 tyg od daty zabiegu ortopedycznego i trwające przez okres do 6 tygodni od momentu rozpoczęcia.
2. Szczegółowy zakres rehabilitacji określimy przed końcem Hospitalizacji. Nie zrealizujemy rehabilitacji zleconej przez inną placówkę medyczną niż wskazana przez nas.
3. Nasza odpowiedzialność w zakresie rehabilitacji nie obejmuje:

- a. zabiegów rehabilitacyjnych wynikających ze wskazań innych niż następstwa zabiegu operacyjnego zrealizowanego w ramach ochrony ubezpieczeniowej;
 - b. terapii złamań za pomocą stymulatorów zrostu kostnego wykorzystujących oddziaływania fizyczne (np. fale ultradźwiękowe).
4. Rehabilitację zapewniamy wyłącznie w odniesieniu do Świadczenia przeprowadzonego w ramach Umowy Ubezpieczenia.

CZĘŚĆ III: KOORDYNACJA OPIEKI SZPITALNEJ

1. Niezwłocznie po rozpoczęciu Okresu Ochrony przekazemy opiekunowi prawnemu Dziecka Niepełnoletniego dane kontaktowe do zespołu Koordynacji Opieki Szpitalnej. Dane zostaną przekazane wiadomością email, wiadomością sms lub listownie, w zależności od tego, jakie dane do kontaktu otrzymaliśmy.
2. Ubezpieczony poprzez opiekuna prawnego korzysta z Koordynacji Opieki Szpitalnej według swoich potrzeb. Może skorzystać z części lub z całości oferowanego zakresu.
3. Zakres świadczeń, które oferujemy w ramach Koordynacji Opieki Szpitalnej obejmuje:
 - a. przyjęcie od Ubezpieczonego wniosku o realizację Świadczenia oraz bieżący kontakt z Ubezpieczonym w trakcie weryfikacji wniosku, a także w trakcie trwania Umowy.
 - b. koordynację opieki nad Ubezpieczonym w przypadku Opieki Doraźnej:
 - I. weryfikację uprawnień do Świadczenia;
 - II. przekazanie Ubezpieczonemu wskazówek co do dalszego postępowania;
 - III. kontakt z Izbą Przyjęć lub Przychodnią;
 - IV. pomoc w przyjęciu do Szpitala lub Przychodni i w bieżącej organizacji niezbędnych badań i konsultacji zgodnie z zaleceniami Lekarza;
 - V. pomoc w kompletowaniu dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
 - VI. kontakt z osobą upoważnioną do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym.
 - c. koordynację opieki nad Ubezpieczonym przed Hospitalizacją:
 - I. weryfikację uprawnień do Świadczenia, w tym uzyskanie decyzji Ubezpieczyciela w związku ze złożonym wnioskiem;
 - II. przedstawienie propozycji Hospitalizacji – przedstawienie do wyboru dostępnych Szpitali i Lekarzy, a także położnej, w przypadku osoby Ubezpieczonej planującej poród;
 - III. umówienie pobytu i zgodnie z wyborem Ubezpieczonego;
 - IV. pomoc w umówieniu na badania i konsultacje kwalifikujące do Hospitalizacji;
 - V. monitorowanie realizacji przez Ubezpieczonego badań i konsultacji;
 - VI. przypomnienie Ubezpieczonemu o terminie przyjęcia do Szpitala i wymaganych dokumentach, a także potwierdzenie obecności Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - VII. koordynację obiegu dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem;
 - VIII. przekazanie informacji dotyczących pobytu w Szpitalu.
 - d. koordynację w trakcie Świadczenia Szpitalnego:
 - I. przekazanie wszystkich dokumentów niezbędnych do Świadczenia Ubezpieczonego;
 - II. bieżący kontakt ze Szpitalem;
 - III. przekazywanie informacji o bieżącym statusie realizacji procedur medycznych osobie upoważnionej do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym;
 - IV. umówienie na wizytę kontrolną po pobycie w Szpitalu, a także przedstawienie planu opieki po Świadczeniu;
 - V. organizację Transportu Medycznego.
 - e. koordynację opieki po Hospitalizacji, zgodnie z zaleceniami Lekarza:
 - I. umówienie zleconych Ubezpieczonemu badań lub rehabilitacji;
 - II. organizację Transportu Medycznego, jeżeli wynika on ze wskazań medycznych;
 - III. skompletowanie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.
 - f. koordynację Szpitalnego Przehłądu Zdrowia:
 - I. weryfikację uprawnień do Świadczenia;
 - II. przedstawienie propozycji Szpitala i Lekarza realizujących Szpitalny Przehłąd Zdrowia;
 - III. umówienie Szpitalnego Przehłądu Zdrowia zgodnie z wyborem Ubezpieczonego;
 - IV. przypomnienie Ubezpieczonemu o terminie Świadczenia, wymaganych dokumentach oraz potwierdzenie obecności w Szpitalu;
 - V. monitorowanie realizacji Szpitalnego Przehłądu Zdrowia;
 - VI. koordynację obiegu dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem;
 - VII. przekazanie ogólnych informacji dotyczących realizacji Szpitalnego Przehłądu Zdrowia.

KLAUZULA OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO LMG FÖRSÄKRINGS AB S.A. ODDZIAŁ W POLSCE

Poniżej znajdziesz wszelkie niezbędne informacje dotyczące przetwarzania Twoich danych w ramach relacji biznesowych, w szczególności na potrzeby umożliwienia zawarcia umowy oraz zapewnienia kontaktów służbowych.

Kto jest administratorem moich danych?	Administratorem Twoich danych osobowych jest LMG Försäkrings AB S.A. z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Szwecja, Box 27093, działająca przez Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-676) przy ul. Postępu 21C (dalej jako „LMG”).	
Z kim mogę się skontaktować w kwestiach związanych z przetwarzaniem moich danych osobowych?	We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem Twoich danych osobowych przez LMG możesz skontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych, Panią Katarzyną Pisarzewską pisząc na adres e-mail: daneosobowe@luxmed.pl .	
Jakie jest źródło moich danych – skąd są pozyskiwane?	Twoje dane osobowe są udostępniane bezpośrednio przez Ciebie lub przez Twojego pracodawcę bądź reprezentowany przez Ciebie podmiot. Twoje dane mogą być również niekiedy pozyskiwane ze źródeł publicznie dostępnych takich jak np. rejestr KRS czy CEIDG.	
Jaki jest zakres przetwarzanych przez LMG moich danych osobowych?	Przetwarzamy Twoje dane osobowe w zakresie imienia, nazwiska, numeru telefonu, adresu e-mail, stanowiska, nazwy reprezentowanego podmiotu oraz siedziby tego podmiotu. Jeżeli występujesz w roli pełnomocnika czy organu kontrahenta LMG albo jesteś współnikiem spółki cywilnej czy też osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, to LMG może przetwarzać Twoje dane osobowe w szerszym zakresie obejmującym także numer PESEL oraz wszelkie inne dane osobowe zawarte w publicznych rejestrach oraz w ramach przedstawionego pełnomocnictwa.	
Jaki jest cel i podstawa prawna przetwarzania moich danych osobowych?	Cel przetwarzania	Podstawa prawna (pełne nazwy aktów prawnych znajdziesz na końcu formularza)
	Kontaktujemy się z Tobą w bieżących sprawach lub udzielamy odpowiedzi na kierowane przez Ciebie do nas pytania lub sprawy. Zazwyczaj wykonujemy te czynności w ramach realizacji umowy pomiędzy LMG a Twoim pracodawcą lub reprezentowanym przez Ciebie podmiotem.	Art. 6 ust. 1 lit. f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, którym jest zapewnienie kontaktu w bieżących sprawach wynikających z prowadzonej przez LMG działalności.
	Jeżeli jesteś osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą albo współnikiem spółki cywilnej, to przetwarzamy Twoje dane w celu zawarcia i realizacji umowy, w tym także w ramach rozliczeń i zapewnienia bieżącej korespondencji służbowej.	Art. 6 ust. 1 lit. b RODO, tj. wykonanie umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub podjęcie działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy
	Jako administrator danych będący przedsiębiorcą mamy prawo do dochodzenia roszczeń z tytułu prowadzonej przez nas działalności gospodarczej, obrony przed tymi roszczeniami i tym samym przetwarzania Twoich danych w tym celu.	Art. 6 ust. 1 lit. f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, którym jest dochodzenie naszych roszczeń i obrona naszych praw.
Jako przedsiębiorca prowadzimy także księgi rachunkowe oraz spoczywają na nas obowiązki podatkowe – wystawiamy np. rachunki za wykonane przez nas usługi, co może się wiązać z koniecznością przetwarzania Twoich danych osobowych.	Art. 6 ust. 1 lit. c RODO, tj. wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (np. w ramach przepisów prawa podatkowego)	

	Z racji tego, że pozostajemy ze sobą w stałych stosunkach gospodarczych, możemy w ramach łączącej nas współpracy przysyłać Ci informacje o naszej działalności, oferty czy inne treści informujące Ciebie o możliwości współpracy z LMG.	Art. 6 ust. 1 lit. f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, którym jest budowanie i utrzymywanie relacji z naszymi kontrahentami.
Komu przekazywane są moje dane osobowe?	Z uwagi na konieczność zapewnienia nam odpowiedniej organizacji np. w zakresie infrastruktury informatycznej czy bieżących sprawach dotyczących naszej działalności jako przedsiębiorcy, Twoje dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców: 1. dostawcom usług zaopatrujących LMG w rozwiązania techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające realizację naszych obowiązków oraz zarządzanie naszą organizacją (w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, firmom kurierskim i pocztowym), 2. dostawcom usług prawnych i doradczych oraz wspierających LMG w dochodzeniu należnych roszczeń (w szczególności kancelariom prawnym, firmom windykacyjnym).	
Czy moje dane są przekazywane poza Unię Europejską?	Z uwagi na to, że korzystamy z usług innych dostawców, np. w zakresie poczty elektronicznej, Twoje dane osobowe mogą być przekazywane poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego (na który składają się państwa członkowskie Unii Europejskiej oraz Norwegia, Islandia i Lichtenstein). Zapewniamy, że w takim przypadku przekazywanie danych odbywać się będzie w oparciu o stosowną umowę pomiędzy LMG a tym podmiotem, zawierającą standardowe klauzule ochrony danych przyjęte przez Komisję Europejską albo na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony danych osobowych.	
Przez jaki czas przetwarzane są moje dane osobowe?	Przetwarzamy Twoje dane osobowe przez okres łączącej nas współpracy czy też współpracy pomiędzy LMG a Twoim pracodawcą lub reprezentowanym przez Ciebie podmiotem a kolejno po jej zakończeniu przez okres przedawnienia roszczeń. Jeżeli Twoje dane osobowe były przetwarzane w ramach wypełnienia przez LMG obowiązków prawnych – przez okres wskazany w przepisach prawa. Po upływie wyżej wymienionych okresów Twoje dane są trwale usuwane lub poddawane anonimizacji.	
Czy podanie danych jest moim obowiązkiem?	Jeżeli podajesz nam swoje dane, odbywa się to na zasadzie dobrowolności. Niepodanie danych może jednak skutkować niemożnością udzielenia odpowiedzi na Twoje zapytanie lub przekazania Ci innych treści, o które nas prosisz, a niekiedy również brakiem możliwości zawarcia umowy z kontrahentem.	
Jakie mam prawa?	Jako administrator Twoich danych, zapewniamy Ci prawo dostępu do Twoich danych, możesz je również sprostować, żądać ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Możesz także skorzystać z uprawnienia do złożenia wobec LMG sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych oraz prawa do przenoszenia danych do innego administratora danych. Jeżeli chcesz skorzystać z któregośkolwiek z tych uprawnień - skontaktuj się z nami pisząc na adres siedziby lub mailowo: daneosobowe@luxmed.pl. Informujemy także, że przysługuje Ci prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych.	
Definicje i skróty	RODO - Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.	

KLAUZULA OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO LMG FÖRSÄKRINGS AB S.A. ODDZIAŁ W POLSCE

Poniżej znajdziesz wszelkie niezbędne informacje dotyczące przetwarzania Twoich danych osobowych w związku z objęciem Cię opieką ubezpieczeniową

<p>Kto jest administratorem Twoich danych?</p>	<p>Administratorem Twoich danych osobowych przetwarzanych na potrzeby objęcia Cię opieką ubezpieczeniową jest LMG Försäkrings AB S.A. z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Szwecja, Box 27093, działająca przez Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-676) przy ul. Postępu 21C (dalej jako my lub „Ubezpieczyciel”).</p> <p>W przypadku wyrażenia dodatkowej zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych lub w ramach otrzymywania od nas komunikacji marketingowej z wykorzystaniem adresu e-mail/i lub numeru telefonu, administratorem Twoich danych osobowych są podmioty z Grupy LUX MED, których lista znajduje się na stronie internetowej www.luxmed.pl w zakładce dane osobowe.</p>
<p>Z kim możesz się skontaktować w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych?</p>	<p>We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem Twoich danych osobowych przez nas możesz skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, Panią Katarzyną Pisarzewską pisząc na adres e-mail: daneosobowe@luxmed.pl.</p>
<p>Jakie jest źródło danych – skąd są pozyskiwane?</p>	<p>Objęcie opieką ubezpieczeniową odbywa się na podstawie umowy zawartej pomiędzy nami a Ubezpieczającym, który zgłasza Cię do opieki ubezpieczeniowej. W przypadku jeśli składasz deklarację poprzez platformę elektroniczną, Twoje dane osobowe w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • imienia • nazwiska • numeru PESEL (w przypadku braku data urodzenia) • adresu e-mail <p>są przekazywane są nam przez Ubezpieczającego. Jeżeli jesteś współubezpieczonym, to powyższe dane są nam przekazywane przez Ubezpieczonego Głównego zgłaszającego Cię do opieki ubezpieczeniowej.</p> <p>W przypadku jeśli przystępujesz do opieki ubezpieczeniowej poprzez wypełnienie papierowej deklaracji, to deklaracja wraz z Twoimi pełnymi danymi osobowymi, które uzupełniasz w zakresie wskazanym w poniższym punkcie jest nam przekazywana za pośrednictwem podmiotu zgłaszającego Cię do opieki ubezpieczeniowej (nie dotyczy to kwestionariusza medycznego, który – o ile jest wymagany – jest nam dostarczany bezpośrednio przez Ciebie). Pozostałe dane niezbędne do zapewnienia Ci możliwości realizacji objętych ubezpieczeniem świadczeń podajesz nam sam korzystając z opieki ubezpieczeniowej.</p>
<p>Jaki jest zakres danych osobowych, które przetwarzamy?</p>	<p>Przetwarzamy dane osobowe w zakresie niezbędnym do weryfikacji Twojej tożsamości, przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz realizacji świadczeń objętych ubezpieczeniem. Zakres przetwarzanych przez nas danych obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • imię i nazwisko • numer PESEL • płeć • datę urodzenia • adres zamieszkania • główną miejscowość opieki <p>W przypadku jeśli jesteś obcokrajowcem dodatkowo poprosimy Cię o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • obywatelstwo • numer paszportu <p>Aby umożliwić Ci złożenie deklaracji przystąpienia do opieki ubezpieczeniowej za pośrednictwem platformy elektronicznej oraz usprawnić późniejszy proces świadczenia usług możemy również poprosić o Twój:</p> <ul style="list-style-type: none"> • numer telefonu • adres e-mail <p>W zależności od treści Umowy Ubezpieczenia, którą zawarł z nami Ubezpieczający możemy Cię poprosić o wypełnienie kwestionariusza medycznego, który jest elementem oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Znajdą się w nim pytania dotyczące Twojego: wieku, wagi, wzrostu, stanu zdrowia, informacji o wykonywanym zawodzie lub stanowisku służbowym wraz z jego charakterystyką oraz o Twoim pracodawcy. Będziemy mogli zwrócić się do Ciebie lub jeżeli udzieliś nam stosownego upoważnienia, to będziemy mogli się zwrócić do podmiotów leczniczych z których korzystałeś lub korzystasz w celu uzyskania Twojej dokumentacji medycznej, informacji o stanie Twojego zdrowia lub innych informacji koniecznych do podjęcia decyzji o realizacji świadczenia, prawidłowej jego koordynacji albo przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego w związku z zgłoszonym roszczeniem. Jeżeli do realizacji celów, o których mowa w zdaniu poprzednim, konieczne będzie uzyskanie Twojej dokumentacji medycznej, to poprosimy Cię o przekazanie nam</p>



luxmed.pl

LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce
ul. Postępu 21C, 02-676 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10, f: 22 331 85 85

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0000395438
NIP: 108 001 14 94, REGON: 145156729
Wysokość kapitału zakładowego: 4 800 000,00 euro

	<p>jej kopii w niezbędnym zakresie bądź na podstawie udzielonej przez Ciebie zgody zwrócimy się do odpowiednich podmiotów leczniczych z wnioskiem o udostępnienie wskazanej dokumentacji.</p> <p>Zgoda na przetwarzanie danych w celach marketingowych obejmuje wszelkie informacje dotyczące Ciebie, jakich nam udzieliłeś podczas współpracy z nami, w tym mogą być to dane identyfikacyjne takie jak: imię, nazwisko, płeć, data urodzenia, wiek, miejscowość, zakres ubezpieczenia. Zapewniamy jednak, że w ramach wykonywanych działań marketingowych w żadnym wypadku nie sięgamy do Twojej dokumentacji medycznej, którą nam przekazałeś lub którą pozyskujemy od podmiotów leczniczych na podstawie Twojego stosownego upoważnienia – dostęp do tych informacji mają jedynie upoważnione do tego osoby. W ramach wysyłki komunikacji marketingowej, na podstawie odrębnej zgody możemy wykorzystywać Twój adres e-mail/i lub numer telefonu.</p>	
<p>Jaki jest cel przetwarzania Twoich danych osobowych?</p>	<p>Przetwarzamy dane osobowe jako podmiot ubezpieczeniowy a celem tego przetwarzania jest ocena ryzyka ubezpieczeniowego oraz realizacja umowy ubezpieczeniowej, przez co rozumiemy:</p>	
	<p>Cel przetwarzania</p>	<p>Podstawa prawna (pełne nazwy aktów prawnych znajdziesz na końcu formularza)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Ustalenie Twojej tożsamości przed udzieleniem Ci świadczenia oraz umożliwienie nam realizacji umowy i kontakt z Tobą. • Wykonanie oceny ryzyka ubezpieczeniowego przed zawarciem umowy oraz przetwarzanie danych osobowych w ramach jej wykonywania. • Na podstawie odrębnie udzielonych przez Ciebie zgód na pozyskiwanie • od podmiotów leczniczych, z których usług korzystałeś lub korzystasz Twojej dokumentacji medycznej oraz udostępnianie jej podmiotom leczniczym, które w ramach opieki ubezpieczeniowej mają świadczyć usługi medyczne.. LMG przetwarza także informacje o stanie Twojego zdrowia zawarte w przedmiotowej dokumentacji. 	<p>art. 6 ust. 1 lit. b RODO w zw. z art. 41 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Jeżeli podzieliłeś się z nami swoją opinią na temat świadczeń lub złożyłeś reklamację, możemy przetwarzać Twoje dane osobowe w celu rozpatrzenia zgłoszenia oraz udzielenia na nie odpowiedzi. 	<p>art. 6 ust. 1 lit. f Rozporządzenia, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, jakim jest rozpatrzenie roszczeń reklamacyjnych oraz obrona interesów Ubezpieczyciela</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Jako administrator danych będący przedsiębiorcą mamy prawo do dochodzenia roszczeń z tytułu prowadzonej przez nas działalności gospodarczej i przetwarzania Twoich danych w tym celu. 	<p>art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, którym jest dochodzenie naszych roszczeń i obrona naszych praw.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Jako przedsiębiorca prowadzimy księgi rachunkowe oraz spoczywają na nas obowiązki podatkowe – wystawiamy np. rachunki za wykonane przez nas usługi, co może się wiązać z koniecznością przetwarzania danych osobowych. 	<p>art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Jeżeli wyraziłeś zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych, to możemy przetwarzać Twoje dane osobowe w celu kierowania do Ciebie komunikacji marketingowej dotyczącej działalności Grupy LUX MED, takiej jak w szczególności oferty, informacje o usługach, promocjach, wydarzeniach organizowanych przez podmioty z Grupy LUX MED oraz artykuły prozdrowotne. Na podstawie wyrażonej zgody możemy przetwarzać również Twoje dane osobowe pozyskane w trakcie współpracy z nami w 	<p>art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia (dobrowolnie wyrażona zgoda)</p>	

	<p>celach marketingowych. W ramach tej zgody możemy także dokonywać tzw. profilowania, które polega na automatycznej ocenie niektórych czynników osobowych, które Cię dotyczą. Celem profilowania prowadzonego przez LUX MED jest dobranie odpowiednich treści materiałów, które Ci przekazujemy (marketingowych, promocyjnych).</p>	
<p>Czy Twoje dane są przetwarzane w sposób zautomatyzowany?</p>	<p>W ramach prowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, możemy przetwarzać Twoje dane osobowe (w tym dane szczególnej kategorii w zakresie stanu zdrowia) zawarte w uzupełnionej przez Ciebie deklaracji, jak również kwestionariuszu medycznym i będzie się to odbywać w sposób zautomatyzowany, w tym poprzez profilowanie. Oznacza to, że Twoje dane osobowe będą przetwarzane przez system informatyczny bez udziału człowieka, a proces ten skutkować będzie decyzją w zakresie przyjęcia Twojej deklaracji czy też przyporządkowania Cię do konkretnego planu ubezpieczeniowego. Podstawą prawną takiego działania po stronie LMG są przepisy regulujące naszą działalność jako podmiotu ubezpieczeniowego. Informujemy jednak, że masz prawo nie podlegać decyzji opartej o zautomatyzowane przetwarzanie danych osobowych.</p>	
<p>Komu przekazujemy Twoje dane osobowe?</p>	<p>Dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców w związku z prowadzoną przez nas działalnością:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dostawcom usług zaopatrujących nas w rozwiązania techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające świadczenie usług i zarządzanie naszą organizacją (w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, firmom kurierskim i pocztowym), • dostawcom usług prawnych i doradczych oraz wspierających nas w dochodzeniu należnych roszczeń (w szczególności kancelariom prawnym, firmom windykacyjnym), • zakładom reasekuracji, które będą wykonywać działalność w zakresie reasekuracji ryzyka przyjętego przez nas z tytułu umowy, • podmiotom leczniczym wykonującym opiekę zdrowotną w ramach Umowy Ubezpieczenia oraz innym podmiotom leczniczym, z których usług korzystasz, • podmiotom koordynującym w naszym imieniu udzielanie świadczeń zdrowotnych i świadczenie usług objętych Umową Ubezpieczenia. • jeżeli posiadany przez Ciebie pakiet opieki zdrowotnej uprawnia Cię do skorzystania z modułu „Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą”, to Twoje dane osobowe zostaną przekazane odpowiednim specjalistom realizującym konsultacje w tym zakresie. <p>W ramach procesu koordynacji udzielania świadczeń, Twoja dokumentacja medyczna, którą nam przekazałeś lub którą pozyskaliśmy na podstawie Twojej zgody, może zostać udostępniona przez LMG podmiotom leczniczym z których usług korzystasz, za pośrednictwem przydzielonego Tobie koordynatora wspierającego proces Twojej hospitalizacji i leczenia.</p>	
<p>Czy Twoje dane są przekazywane do państw trzecich?</p>	<p>Z uwagi na to, że korzystamy z usług innych dostawców, np. w zakresie struktury teleinformatycznej, Twoje dane osobowe mogą być przekazywane poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego (na który składają się państwa Unii Europejskiej oraz Islandia, Norwegia i Liechtenstein). Zapewniamy, że w takim przypadku przekazywanie danych odbywać się będzie w oparciu o stosowną podstawę prawną, na przykład w ramach umowy zawartej pomiędzy LMG a tym podmiotem, zawierającej standardowe klauzule ochrony danych przyjęte przez Komisję Europejską lub na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony danych. LMG każdorazowo gwarantuje, że przeprowadza odpowiednią weryfikację zapewnienia zgodności i bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych przez dostawcę usług, któremu przekazywane są dane osobowe.</p>	
<p>W jaki sposób LMG może profilować Twoje dane?</p>	<p>Profilowanie polega na tym, że możemy tworzyć profile preferencji w oparciu o informacje o Tobie, i tym samym w oparciu o nie, dostosowywać nasze usługi i treści jakie oni od nas otrzymujesz – przetwarzanie danych osobowych w ramach tego procesu odbywa się na podstawie wyrażonej przez Ciebie zgody marketingowej. Zapewniamy, że w ramach tego procesu nie przetwarzamy danych osobowych w sposób w pełni automatyczny, bez ingerencji człowieka.</p>	
<p>Przez jaki czas przetwarzane są Twoje dane osobowe?</p>	<p>Przechowujemy dane osobowe przez okres trwania umowy, a następnie przez okres przedawnienia roszczeń wynikający z przepisów prawa cywilnego. Wszelkie dane przetwarzane na potrzeby rachunkowości oraz podatkowe przetwarzamy przez 5 lat liczonych od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy. Jeżeli wyraziłeś zgodę na przetwarzanie danych w celach marketingowych, przetwarzamy Twoje dane od chwili wyrażenia zgody do czasu jej cofnięcia. Po upływie wyżej wymienionych okresów dane osobowe są usuwane lub poddawane anonimizacji.</p>	

<p>Czy podanie danych jest obowiązkiem?</p>	<p>Przystąpienie do ubezpieczenia jest w pełni dobrowolne, jednakże jako ubezpieczyciel jesteśmy zobowiązani do oznaczenia Twojej tożsamości i wykonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego z wykorzystaniem danych osobowych. W takim przypadku niepodanie danych może skutkować odmową zawarcia umowy lub realizacji świadczeń. Również ze względów rachunkowych czy podatkowych posiadamy obowiązek prawny przetwarzania danych, brak ich podania może skutkować np. brakiem wystawienia faktury czy imiennego rachunku. Numer telefonu przekazywany jest na zasadzie dobrowolności – brak tej informacji nie ma wpływu na możliwość korzystania z naszych usług, lecz znacznie utrudni nam to kontakt z osobą uprawnioną w procesie realizacji umowy. Wyrażenie którejkolwiek ze zgód marketingowych również odbywa się na zasadzie dobrowolności. Oznacza to, że odmowa ich udzielenia nie ma wpływu na skorzystanie z naszych świadczeń i jednocześnie osobie, która wyraziła zgodę przysługuje prawo do wycofania zgody w dowolnej chwili.</p>
<p>Jakie prawa Ci przysługują?</p>	<p>Jako administrator danych, zapewniamy Ci prawo dostępu do Twoich danych, jak również prawo do ich sprostowania, żądania ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Możesz również skorzystać z uprawnień do złożenia wobec nas sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych oraz prawa do przenoszenia danych do innego administratora danych. Celem skorzystania z któregośkolwiek z tych uprawnień, skontaktuj się z nami poprzez infolinię, za pośrednictwem formularza zawartego na stronie internetowej lub pisząc bezpośrednio do naszego Inspektora Ochrony Danych. Informujemy także, że przysługuje Ci prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych.</p>
<p>Definicje i skróty</p>	<p>RODO – Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE; ustawa o działalności ubezpieczeniowej – ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.</p>



luxmed.pl

LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce
 ul. Postępu 21C, 02-676 Warszawa
 t: 22 450 45 00, 22 450 50 10, f: 22 331 85 85

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
 XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
 nr KRS: 0000395438

NIP: 108 001 14 94, REGON: 145156729
 Wysokość kapitału zakładowego: 4 800 000,00 euro