



**OGÓLNE WARUNKI
GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA ŻYCIE I ZDROWIE OPIEKA MEDYCZNA S**

Informacja wskazująca, które z postanowień ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie i zdrowie Opieka Medyczna S, kod warunków Z0GP50, UZGP50 (OWU), dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia.

Informacja stanowi integralną część OWU i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 4 OWU § 14 OWU § 21 OWU § 23 OWU § 25 OWU § 26 OWU § 29 OWU § 30 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia	§ 2 OWU § 5 OWU § 18 OWU § 19 OWU § 20 OWU § 24 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



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

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYĆIE I ZDROWIE OPIEKA MEDYCZNA S



kod warunków: Z0GP50
kod warunków: UZGP50

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów grupowego ubezpieczenia na życie i zdrowie Opieka Medyczna S.

§ 2

1. Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

- choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, która prowadzi do powstania w organizmie zmian funkcjonalnych lub morfologicznych;
- dziecko** – dziecko własne lub przysposobione ubezpieczonego lub jego partnera życiowego, w wieku do 18 lat, a w razie uczęszczania do szkoły w wieku do 25 lat;
- infolinia** – ogólnopolski numer telefoniczny, służący ubezpieczonym lub współubezpieczonym do umawiania świadczeń zdrowotnych, w szczególności poprzez wskazanie przez konsultanta infolinii placówki medycznej oraz terminu realizacji świadczenia;
- nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli i stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością PZU Życie SA;
- okres odpowiedzialności PZU Życie SA** – czas trwania odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego lub współubezpieczonego wyznaczony przez daty początku i końca odpowiedzialności;
- pakiet indywidualny** – zakres podmiotowy ubezpieczenia, w którym ochroną ubezpieczeniową objęta jest jedna osoba – ubezpieczony;
- pakiet partnerski** – zakres podmiotowy ubezpieczenia, w którym ochroną ubezpieczeniową objęte są dwie osoby, to jest ubezpieczony i jeden jego współubezpieczony: partner życiowy lub dziecko;
- pakiet rodzinny** – zakres podmiotowy ubezpieczenia, w którym ochroną ubezpieczeniową objęci są ubezpieczony i jego współubezpieczeni, bez względu na ich liczbę;
- partner życiowy** – osobę pozostającą z ubezpieczonym w związku małżeńskim, albo wskazaną w deklaracji przystąpienia osobę nie będącą w związku małżeńskim, pozostającą z ubezpieczonym – również nie będącym w związku małżeńskim – we wspólnym pożyciu, która w dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie ukończyła 67 roku życia; partner życiowy nie może być spokrewniony z ubezpieczonym;
- placówka medyczna** – przychodnia, gabinet lekarski lub laboratorium należące do sieci świadczeniodawcy, które świadczy usługi medyczne. Wykaz placówek medycznych wskazanych przez PZU Życie SA publikujemy na stronie pzu.pl oraz udostępniamy pod numerem infolinii medycznej i w każdym naszym oddziale;
- polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy pomiędzy ubezpieczającym a PZU Życie SA oraz warunki tej umowy;

- PZU Życie SA** – Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
- rocznica polisy** – każdą kolejną rocznicę potwierdzonego polisą dnia zawarcia umowy;
- sieć świadczeniodawcy** – placówki medyczne znajdujące się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które na podstawie umowy z PZU Życie SA realizują świadczenia zdrowotne na rzecz ubezpieczonych i współubezpieczonych;
- stosunek prawny** – stosunek zatrudnienia, członkostwa, bądź inny zaakceptowany przez PZU Życie SA;
- świadczenia zdrowotne** – wymienione w zakresie świadczeń zdrowotnych usługi medyczne objęte odpowiedzialnością PZU Życie SA, których wykonanie jest uzasadnione wskazaniami medycznymi;
- świadczeniodawca** – podmiot działający na zlecenie PZU Życie SA, który jest organizatorem realizowanych w placówkach medycznych świadczeń zdrowotnych;
- ubezpieczający** – podmiot, który zawarł umowę z PZU Życie SA;
- ubezpieczony** – osobę fizyczną, pozostającą w stosunku prawnym z ubezpieczającym, która przystąpiła do ubezpieczenia;
- uczęszczanie do szkoły** – kształcenie się w publicznej lub niepublicznej szkole lub uczelni, w trybie dziennym, wieczorowym lub zaocznym, z wyłączeniem wszelkich kursów, szkoleń oraz kształcenia korespondencyjnego;
- umowa** – umowę ubezpieczenia zawieraną na wniosek ubezpieczającego na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia i potwierdzoną polisą;
- uposażony** – podmiot wskazany przez ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci ubezpieczonego;
- uszkodzenie ciała** – uszkodzenie ciała, które powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
- uzależnienie** – uzależnienie od alkoholu lub narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii. Uzależnienie i rodzaj substancji, które je wywołuje potwierdza dokumentacja medyczna;
- wada wrodzona** – powstająca w okresie życia wewnątrzmacicznego i obecna przy urodzeniu, wewnętrzna lub zewnętrzna nieprawidłowość morfologiczna umiejscowiona w kategoriach Q00–Q99 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10;
- współubezpieczony** – objętego ubezpieczeniem partnera życiowego albo dziecko;
- zakres świadczeń zdrowotnych** – wybrany przez ubezpieczonego, spośród zakresów uzgodnionych pomiędzy ubezpieczającym a PZU Życie SA, zestaw usług medycznych, z których może skorzystać ubezpieczony lub współubezpieczony w przypadku wystąpienia zdarzenia uprawniającego do otrzymania świadczeń zdrowotnych.

2. W zasadach ustalania świadczeń należnych z tytułu umowy nie ma zastosowania stopa techniczna.
3. Integralną częścią niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia jest informacja wskazująca, które z postanowień dotyczą podstawowych warunków umowy.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest:

- 1) życie ubezpieczonego;
- 2) zdrowie ubezpieczonego i współubezpieczonego.

§ 4

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) śmierć ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA;
 - 2) wystąpienie u ubezpieczonego lub współubezpieczonego choroby lub uszkodzenia ciała skutkujących potrzebą skorzystania przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA ze świadczeń zdrowotnych.
2. W przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności PZU Życie SA wypłaca 100% sumy ubezpieczenia.
3. W przypadku wystąpienia zdarzenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, PZU Życie SA ponosi koszty świadczeń zdrowotnych, które organizowane są dla ubezpieczonego lub współubezpieczonego przez świadczeniodawcę, zgodnie z wybranym zakresem świadczeń zdrowotnych.
4. Ubezpieczający ma prawo wybrać rodzaje pakietów, które będą funkcjonowały w umowie ubezpieczenia.
5. Ubezpieczeni mogą być objęci różnymi zakresami świadczeń zdrowotnych w ramach umowy ubezpieczenia.
6. Współubezpieczeni objęci są tym samym zakresem świadczeń zdrowotnych co ich ubezpieczony.
7. W każdą rocznicę polisy – za zgodą PZU Życie SA – ubezpieczony ma prawo dokonać zmiany zakresu świadczeń zdrowotnych w ramach zakresów określonych we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonych polisą, poprzez złożenie deklaracji – zmiana. Zmiana przez ubezpieczonego pakietu ubezpieczenia z indywidualnego na rodzinny lub partnerski albo z partnerskiego na rodzinny może nastąpić w dowolnym momencie obowiązywania umowy, z zastrzeżeniem ust. 10.
8. Zmiana przez ubezpieczonego pakietu ubezpieczenia z rodzinnego / partnerskiego na indywidualny lub z rodzinnego na partnerski może nastąpić wyłącznie w rocznicę polisy, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. W przypadku śmierci współubezpieczonego, rozwiązania związku małżeńskiego łączącego ubezpieczonego z partnerem życiowym lub rozwiązania przysposobienia zmiana pakietu z rodzinnego / partnerskiego na indywidualny lub z rodzinnego na partnerski może nastąpić, na wniosek ubezpieczonego, w dowolnym czasie, z zastrzeżeniem ust. 10 i 11.
10. Zmiana, o której mowa w ust. 7, 8 lub 9 obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca, jeżeli na co najmniej 5 dni roboczych przed początkiem tego miesiąca wpłynęła do PZU Życie SA deklaracja – zmiana oraz została opłacona składka.
11. PZU Życie SA może zażądać, by ubezpieczony przedstawił do wglądu dokumenty potwierdzające wystąpienie zdarzenia uprawniającego do zmiany pakietu, o którym mowa w ust. 9.

ZAWARCIE UMOWY I PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

§ 5

1. Podmiot, który zamierza zawrzeć umowę składa wniosek o zawarcie umowy oraz podpisane przez osoby zamierzające przystąpić do ubezpieczenia deklarację przystąpienia w liczbie uzgodnionej z PZU Życie SA, wraz z wykazem tych osób.
2. Przed złożeniem wniosku o zawarcie umowy PZU Życie SA przekazuje podmiotowi, o którym mowa w ust. 1 ogólne warunki ubezpieczenia oraz odpowiednie formularze.
3. PZU Życie SA może odmówić zawarcia umowy lub zaproponować zawarcie umowy na warunkach innych niż wnioskowane, w szczególności, gdy liczba deklaracji przystąpienia jest mniejsza, niż wcześniej uzgodniona.
4. PZU Życie SA potwierdza zawarcie umowy polisą.
5. Do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która w dniu podpisania deklaracji przystąpienia:
 - 1) spełnia warunki określone w § 2 ust. 1 pkt 19;
 - 2) nie ukończyła 67 roku życia z zastrzeżeniem ust. 6;
 - 3) nie przebywa w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekłe chorych lub nie jest uznana za niezdolną do pracy lub niezdolną do służby orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.
6. PZU Życie SA może wyrazić zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia osoby, która ukończyła 67 rok życia.
7. Osoba przystępująca do ubezpieczenia składa ubezpieczającemu deklarację przystąpienia, w której oświadcza, że spełnia kryteria przystąpienia, o których mowa w ust. 5 oraz, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w umowie, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia oraz wskazuje zakres świadczeń zdrowotnych, spośród zakresów wybranych przez ubezpieczającego.
8. PZU Życie SA ma prawo odmówić zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, a w przypadku niemożności złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 5 pkt 3, odmawia zgody na przystąpienie do ubezpieczenia. O odmowie zgody na przystąpienie do ubezpieczenia PZU Życie SA poinformuje ubezpieczonego za pośrednictwem ubezpieczającego na piśmie.
9. W przypadku ujawnienia, że przed objęciem odpowiedzialnością PZU Życie SA osoba przystępująca do ubezpieczenia podała w oświadczeniu, o którym mowa w ust. 7, nieprawdziwe informacje, PZU Życie SA może w okresie pierwszych 3 lat od początku odpowiedzialności w stosunku do tego ubezpieczonego odmówić realizacji świadczenia. Jeżeli do podania nieprawdziwych informacji doszło na skutek winy umyślnej ubezpieczonego, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie przewidziane umową i jego następstwa są skutkiem tych nieprawdziwych okoliczności.
10. W celu objęcia ubezpieczeniem, partner życiowy lub dziecko składa w deklaracji przystąpienia oświadczenie, że spełnia kryteria, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 2 lub pkt 9 oraz określone w ust. 5 pkt 3 niniejszego paragrafu oraz że chce skorzystać z zastrzeżenia na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w umowie.
11. Postanowienia ust. 8-9 w stosunku do współubezpieczonego stosuje się odpowiednio.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 6

1. Umowa zawierana jest pomiędzy PZU Życie SA a ubezpieczającym na czas określony, potwierdzony polisą.

- Umowa zostaje przedłużona na następujące po sobie okresy roczne, o ile żadna ze stron nie postanowi inaczej, z tym że oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia umowy na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa została zawarta.
- informować PZU Życie SA o zmianie własnych danych osobowych i teleadresowych oraz danych osobowych i teleadresowych ubezpieczonych, współubezpieczonych i uposażonych, chyba że zmiany te zostały zgłoszone PZU Życie SA przez ubezpieczonego;
- przekazywać do PZU Życie SA składki w terminie określonym zgodnie z § 16 ust. 5;
- przekazywać PZU Życie SA, jednocześnie z przekazaniem składki, rozliczenie składek wraz z odpowiednimi wykazami ubezpieczonych oraz oświadczeniami tych ubezpieczonych, którzy zrezygnowali z ubezpieczenia;
- przekazywać ubezpieczonym i współubezpieczonym, w formie przewidzianej przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, informacje dotyczące zmiany warunków umowy lub zmiany prawa właściwego dla umowy, przed wyrażeniem przez ubezpieczonego i współubezpieczonego zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu umowy;
- przekazywać PZU Życie SA wykaz osób, które nie wyraziły względem ubezpieczającego zgody na zmianę umowy w sytuacji, o której mowa w § 13 OWU oraz – na żądanie PZU Życie SA – przekazywać PZU Życie SA oświadczenia, o których mowa w § 13 zdanie 3 OWU;
- przekazywać inne dokumenty niezbędne do prawidłowego wykonania umowy – na życzenie PZU Życie SA;
- wyznaczyć osobę odpowiedzialną za wykonywanie umowy przez ubezpieczającego oraz poinformować ubezpieczonych i PZU Życie SA o wyznaczeniu oraz każdej zmianie takiej osoby.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 7

- Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy, składając do PZU Życie SA pisemne oświadczenie o odstąpieniu od umowy.
- W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego po przekazaniu składki PZU Życie SA zwraca ubezpieczającemu składkę pomniejszoną o jej część odpowiadającą okresowi odpowiedzialności PZU Życie SA.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 8

- Umowa może być wypowiedziana przez ubezpieczającego w każdym czasie, bez podawania przyczyny, na piśmie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia. Okres wypowiedzenia rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego bezpośrednio po miesiącu, w którym PZU Życie SA otrzymał oświadczenie o wypowiedzeniu.
- W przypadku wypowiedzenia umowy, PZU Życie SA zwraca ubezpieczającemu składkę za niewykorzystany okres odpowiedzialności PZU Życie SA.
- Umowę uważa się za wypowiedzianą przez ubezpieczającego w przypadku zaległości w przekazywaniu składek za wszystkich ubezpieczonych i współubezpieczonych – umowa rozwiązuje się wraz z bezskutecznym upływem terminu do uregulowania zaległości, o którym mowa w § 17 ust. 5, nie wcześniej jednak niż z ostatnim dniem miesiąca następującego po miesiącu, za który nie została optacona należąca składka.

§ 9

Obowiązek przekazywania składek istnieje przez cały czas trwania odpowiedzialności PZU Życie SA.

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON

§ 10

- Ubezpieczający ma prawo przeniesienia, w całości lub w części, prawa i obowiązki z umowy na inny podmiot. W przypadku przeniesienia praw i obowiązków na inny podmiot z chwilą przeniesienia podmiot ten staje się ubezpieczającym. Umowa przeniesienia praw i obowiązków powinna być pod rygorem nieważności zaakceptowana pisemnie przez PZU Życie SA.
- Ubezpieczający jest obowiązany:
 - doręczyć warunki ubezpieczenia oraz zakresy świadczeń zdrowotnych osobom zamierzającym przystąpić do ubezpieczenia przed odebraniem od nich deklaracji przystąpienia;
 - przekazywać PZU Życie SA deklaracje przystąpienia oraz wszelkie dane osobowe złożone przez ubezpieczonych, w tym również złożone w formie elektronicznej zgodnie z wymogami obowiązujących przepisów prawa, w szczególności w zakresie ochrony danych osobowych i tajemnicy ubezpieczeniowej;
 - informować PZU Życie SA o zmianie własnych danych osobowych i teleadresowych oraz danych osobowych i teleadresowych ubezpieczonych, współubezpieczonych i uposażonych, chyba że zmiany te zostały zgłoszone PZU Życie SA przez ubezpieczonego;
 - przekazywać do PZU Życie SA składki w terminie określonym zgodnie z § 16 ust. 5;
 - przekazywać PZU Życie SA, jednocześnie z przekazaniem składki, rozliczenie składek wraz z odpowiednimi wykazami ubezpieczonych oraz oświadczeniami tych ubezpieczonych, którzy zrezygnowali z ubezpieczenia;
 - przekazywać ubezpieczonym i współubezpieczonym, w formie przewidzianej przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, informacje dotyczące zmiany warunków umowy lub zmiany prawa właściwego dla umowy, przed wyrażeniem przez ubezpieczonego i współubezpieczonego zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu umowy;
 - przekazywać PZU Życie SA wykaz osób, które nie wyraziły względem ubezpieczającego zgody na zmianę umowy w sytuacji, o której mowa w § 13 OWU oraz – na żądanie PZU Życie SA – przekazywać PZU Życie SA oświadczenia, o których mowa w § 13 zdanie 3 OWU;
 - przekazywać inne dokumenty niezbędne do prawidłowego wykonania umowy – na życzenie PZU Życie SA;
 - wyznaczyć osobę odpowiedzialną za wykonywanie umowy przez ubezpieczającego oraz poinformować ubezpieczonych i PZU Życie SA o wyznaczeniu oraz każdej zmianie takiej osoby.

§ 11

- Ubezpieczony ma prawo:
 - wskazywać, dowolnie zmieniać i odwoływać uposażonych;
 - dokonać w rocznicę polisy zmiany zakresu świadczeń zdrowotnych w ramach zakresów określonych we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonych polisą, poprzez złożenie deklaracji – zmiana;
 - dokonać zmiany pakietu ubezpieczenia zgodnie z zasadami określonymi w § 4 ust. 8–11 w ramach pakietów określonych we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonych polisą, poprzez złożenie deklaracji – zmiana.
- Ubezpieczony lub współubezpieczony mają prawo:
 - żądać aby PZU Życie SA udzielił informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego lub współubezpieczonego, w szczególności:
 - informacji o sposobie obliczania i optacania składki ubezpieczeniowej,
 - adekwatnej i kompletnej informacji dotyczącej rodzajów ryzyka objętych umową ubezpieczenia, warunków ochrony ubezpieczeniowej i wyłączeń z jej zakresu, zasad dotyczących finansowania ochrony ubezpieczeniowej oraz możliwych przyczyn odmowy wypłaty świadczenia;
 - żądać, by PZU Życie SA wypełniał prawidłowo i terminowo obowiązki wynikające z § 12 oraz z obowiązujących przepisów prawa, w szczególności z przepisów kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej;
 - żądać informacji o postanowieniach umownych pomiędzy PZU Życie SA a podmiotem uczestniczącym w procesie dystrybucji, w zakresie, w jakim dotyczą one jego praw i obowiązków, w tym o sposobie pobierania składki i dochodzenia wypłaty świadczenia.

3. Ubezpieczony lub współubezpieczony ma prawo bez podawania przyczyny w każdej chwili zrezygnować z ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 6.
4. W celu rezygnacji z ubezpieczenia, ubezpieczony składa ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji ubezpieczonego lub współubezpieczonego, które skutkuje końcem odpowiedzialności PZU Życie SA zgodnie z § 19 ust. 1 pkt 6 lub ust. 2 pkt 5.
5. Uprawnienie do rezygnacji z ubezpieczenia przysługuje również współubezpieczonemu – złożenie ubezpieczającemu pisemnego oświadczenia o rezygnacji skutkuje końcem odpowiedzialności PZU Życie SA zgodnie z § 19 ust. 2 pkt 5.
6. Ponowne przystąpienie do umowy ubezpieczenia ubezpieczonego lub współubezpieczonego możliwe jest wyłącznie w rocznicę polisy lub po tej dacie.
7. Ubezpieczony jest obowiązany zgłaszać ubezpieczającemu lub PZU Życie SA zmiany danych osobowych i teleadresowych swoich oraz współubezpieczonych i uposażonych zawartych w deklaracji przystąpienia.

§ 12

PZU Życie SA jest obowiązany:

- 1) prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania przewidziane umową;
- 2) przekazywać ubezpieczającemu, w formie przewidzianej przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej informacje dotyczące zmiany warunków umowy lub zmiany prawa właściwego dla umowy, przed wyrażeniem przez strony umowy zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu umowy;
- 3) przekazywać na żądanie ubezpieczonego lub współubezpieczonego informacje, o których mowa w pkt. 2;
- 4) informować ubezpieczającego lub ubezpieczonego i współubezpieczonego o zajściu zdarzeń objętych odpowiedzialnością PZU Życie SA, jeżeli zdarzenie zostało zgłoszone do PZU Życie SA, a osoby te nie są osobami występującymi z tym zgłoszeniem;
- 5) informować osobę występującą z roszczeniem, pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zobowiązania, o ile jest to niezbędne do prowadzenia dalszego postępowania;
- 6) informować pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie oraz ubezpieczonego i współubezpieczonego, jeśli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia jego roszczenia w całości lub części w przewidzianym terminie, w całości lub części, oraz wypłacić bezsporną część świadczenia;
- 7) informować pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz ubezpieczonego i współubezpieczonego, jeśli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, że świadczenie nie przysługuje w całości lub części, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia, z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
- 8) udostępniać ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, współubezpieczonemu oraz osobie występującej z roszczeniem, osobie uprawnionej do żądania spełnienia świadczenia oraz spadkobiercy ubezpieczonego lub współubezpieczonego, który zgłosił zawiadomienie o zdarzeniu, informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności PZU Życie SA lub wysokości świadczenia; na żądanie ww. osób informacje i dokumenty mogą być udostępniane również w postaci elektronicznej;
- 9) udostępniać na żądanie ubezpieczającego lub ubezpieczonego i współubezpieczonego informację o oświadczeniach

złożonych przez te osoby na etapie zawierania umowy lub przystępowania do ubezpieczenia lub kopie dokumentów sporządzonych na tym etapie;

- 10) realizować obowiązki informacyjne w stosunku do ubezpieczonego i współubezpieczonego, o których mowa w § 11 ust. 2 pkt. 1.

ZMIANA UMOWY

§ 13

Zmiany w umowie są dokonywane w drodze negocjacji, w trybie ofertowym bądź w inny przewidziany ogólnie obowiązującymi przepisami prawa sposób i potwierdzane w formie pisemnej. Do zmiany umowy na niekorzyść ubezpieczonego, współubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci ubezpieczonego wymagana jest zgoda ubezpieczonego lub współubezpieczonego. Oświadczenie obejmujące zgodę ubezpieczony składa ubezpieczającemu.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 14

1. Sumą ubezpieczenia jest kwota stanowiąca podstawę ustalania wysokości świadczeń z tytułu zdarzenia, o którym mowa w § 4 ust. 2.
2. Suma ubezpieczenia jest jednakowa dla wszystkich ubezpieczonych.
3. Suma ubezpieczenia określona jest we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzona polisą.
4. Suma ubezpieczenia jest niezmienna przez cały czas trwania umowy.
5. Suma ubezpieczenia nie ma zastosowania w przypadku świadczeń, o których mowa w § 4 ust. 3.

SKŁADKA

§ 15

1. Składka może pochodzić w całości ze środków finansowych ubezpieczającego lub ubezpieczonego albo w części ze środków finansowych ubezpieczającego i w części ze środków finansowych ubezpieczonego.
2. Składkę uważa się za przekazaną z chwilą uznania rachunku bankowego wskazanego przez PZU Życie SA.

§ 16

1. Wysokość składki określa PZU Życie SA w zależności od: zakresu świadczeń zdrowotnych, pakietu ubezpieczenia, częstotliwości przekazywania składek, liczby, struktury płciowej zatrudnionych w zakładzie pracy oraz liczby osób przystępujących do ubezpieczenia.
2. Dane dotyczące liczby, struktury płciowej osób zatrudnionych w zakładzie pracy oraz liczby osób przystępujących do ubezpieczenia, pozyskane przed zawarciem umowy ubezpieczenia z ubezpieczającym, mogą być wykorzystywane do określenia nowej wysokości składki proponowanej ubezpieczającemu w przypadku propozycji zawarcia kolejnej umowy ubezpieczenia lub zmiany warunków umowy ubezpieczenia w rocznicę polisy.
3. W przypadku propozycji zawarcia kolejnej umowy ubezpieczenia lub zmiany warunków umowy ubezpieczenia w rocznicę polisy dla określenia nowej wysokości składki proponowanej ubezpieczającemu, PZU Życie SA może wykozystać dane dotyczące częstotliwości oraz kosztu realizacji

świadczeń zdrowotnych w grupowym ubezpieczeniu na życie i zdrowie Opieka Medyczna S.

4. Wysokość składki obowiązującej w umowie potwierdzona jest polisą.
5. Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone polisą.
6. Składka nie podlega indeksacji.
7. Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego z góry w pełnej wymaganej kwocie.

§ 17

1. W przypadku zaległości w przekazywaniu całości lub części składek PZU Życie SA wzywa ubezpieczającego do uzupełnienia zaległości, wskazując w wezwaniu o co najmniej 15-dniowy dodatkowy termin oraz informując o skutku nieprzekazania składki, określonym w ust. 3.
2. W przypadku zaległości w przekazywaniu składek przekazywane kwoty przeznaczone są w pierwszej kolejności na pokrycie zaległości.
3. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do wszystkich ubezpieczonych i współubezpieczonych ulega zawieszeniu, po bezskutecznym upływie terminu wskazanego w wezwaniu, o którym mowa w ust. 1, nie wcześniej jednak niż z pierwszym dniem miesiąca następującego po miesiącu, za który nie została wpłacona należna składka.
4. W przypadku uregulowania zaległych składek w okresie zawieszenia odpowiedzialności PZU Życie SA, odpowiedzialność PZU Życie SA ulega wznowieniu z dniem jej zawieszenia, z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności PZU Życie SA, z zastrzeżeniem ust. 7.
5. W przypadku braku uregulowania składek w terminie określonym w ust. 1, PZU Życie SA w pierwszym miesiącu zawieszenia odpowiedzialności, PZU Życie SA wezwie ponownie ubezpieczającego do uregulowania zaległości, wskazując 15-dniowy dodatkowy termin i informując o skutkach nieopłacenia składki, o których mowa w § 19 ust. 1 pkt 3 i § 19 ust. 2 pkt 1 oraz § 8 ust. 3.
6. Nieuregulowanie zaległości w opłacie składek w określonym w ust. 5 terminie skutkuje zakończeniem odpowiedzialności PZU Życie SA, zgodnie z § 19 ust. 1 pkt 3 i § 19 ust. 2 pkt 1.
7. W przypadku wznowienia odpowiedzialności PZU Życie SA, o którym mowa w ust. 4, przystępujące świadczenia zdrowotne dokonane w okresie zawieszenia odpowiedzialności PZU Życie SA realizowane są przez PZU Życie SA na zasadach określonych w § 30.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 18

1. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonych i współubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia wraz z zawarciem umowy rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące wymogi:
 - 1) przed rozpoczęciem tego miesiąca kalendarzowego do PZU Życie SA wpłynęły podpisane przez ubezpieczonych i współubezpieczonych deklaracje przystąpienia wraz z wykazem tych osób;
 - 2) pierwsza składka została przekazana w terminie określonym we wniosku o zawarcie umowy, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do danego ubezpieczonego lub współubezpieczonego który przystąpił do ubezpieczenia wraz z zawarciem umowy rozpoczyna się nie wcześniej niż w dniu zawarcia umowy i nie wcześniej,

niż następnego dnia po tym, gdy osoba ta oświadczyła ubezpieczającemu, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w umowie, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia.

3. W przypadku osób przystępujących do ubezpieczenia w okresie obowiązywania umowy, postanowienia ust. 1–2 stosuje się odpowiednio.

§ 19

1. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:
 - 1) otrzymania przez PZU Życie SA oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy;
 - 2) śmierci ubezpieczonego;
 - 3) po bezskutecznym upływie terminu, o którym mowa w § 17 ust. 5, nie wcześniej jednak niż z końcem miesiąca następującego po miesiącu, za który została przekazana ostatnia składka;
 - 4) rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym ubezpieczony kończy 68 rok życia;
 - 5) upływu okresu, za jaki przekazano składkę, jeżeli w tym okresie ustał stosunek prawny łączący ubezpieczonego z ubezpieczającym, z zastrzeżeniem ust. 3;
 - 6) upływu okresu, za jaki przekazano składkę w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż z końcem miesiąca, w którym doręczono PZU Życie SA oświadczenie o rezygnacji;
 - 7) z końcem miesiąca obowiązywania umowy na dotychczasowych warunkach, jeśli ubezpieczony nie wyraził zgody na zmianę umowy, w sytuacji, o której mowa w § 13;
 - 8) upływu okresu wypowiedzenia umowy;
 - 9) rozwiązania umowy ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do współubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:
 - 1) zakończenia odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego;
 - 2) śmierci współubezpieczonego;
 - 3) rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym partner życiowy kończy 68 rok życia;
 - 4) rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 18 rok życia, a w razie uczęszczania do szkoły – 25 rok życia;
 - 5) upływu okresu, za jaki przekazano składkę w przypadku rezygnacji współubezpieczonego z ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż z końcem miesiąca, w którym doręczono PZU Życie SA oświadczenie o rezygnacji;
 - 6) upływu okresu, za jaki przekazano składkę w przypadku zmiany pakietu ubezpieczenia, który nie obejmuje już danego współubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż z końcem miesiąca, w którym doręczono PZU Życie SA oświadczenie o zmianie pakietu;
 - 7) upływu okresu za jaki przekazano składkę w przypadku powiadomienia PZU Życie SA o rozwiązaniu małżeństwa lub rozwiązaniu przysposobienia, nie wcześniej jednak niż z końcem miesiąca, w którym doręczono PZU Życie SA oświadczenie o tym fakcie;
 - 8) z końcem miesiąca obowiązywania umowy na dotychczasowych warunkach, jeśli współubezpieczony nie wyraził zgody na zmianę umowy, w sytuacji, o której mowa w § 13.
3. Odpowiedzialność PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego i współubezpieczonych zostaje przedłużona o jeden miesiąc po ustaniu stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego z ubezpieczającym, pod warunkiem przekazania składki za ten miesiąc.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU ŻYCIE SA

§ 20

PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności w stosunku do ubezpiezonego lub współubezpieczonego, jeżeli choroba lub uszkodzenie ciała były wynikiem:

- 1) wady wrodzonej;
- 2) niepłodności rozpoznanej przez lekarza prowadzącego leczenie;
- 3) uzależnień.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

§ 21

Prawo do świadczenia z tytułu śmierci ubezpiezonego przysługuje uposażonemu, z zastrzeżeniem § 23 ust. 2.

§ 22

1. Ubezpieczony może wyznaczyć uposażonych w deklaracji przystąpienia.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie zmienić lub odwołać uposażonych.

§ 23

1. W przypadku, gdy ubezpieczony wskazał kilku uposażonych, a niektórzy spośród nich zmarli przed śmiercią ubezpiezonego lub utracili prawo do świadczenia, wówczas przypadająca im część świadczenia zostanie rozdzielona pomiędzy pozostałych uposażonych proporcjonalnie do ich udziału w świadczeniu.
2. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uposażonego albo gdy wszyscy uposażeni zmarli przed śmiercią ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, wówczas świadczenie przysługuje członkom rodziny ubezpieczonego według kolejności pierwszeństwa:
 - 1) małżonek w całości;
 - 2) dzieci w częściach równych;
 - 3) rodzice w częściach równych;
 - 4) inni ustawowi spadkobiercy ubezpieczonego w częściach równych.

§ 24

Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci ubezpieczonego.

§ 25

Prawo do świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 2 przysługuje ubezpieczonemu i współubezpieczonemu.

WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ

§ 26

1. Wnioskujący o wykonanie zobowiązania z tytułu śmierci ubezpieczonego składa do PZU Życie SA:
 - 1) zgłoszenie roszczenia;
 - 2) akt zgonu ubezpieczonego;
 - 3) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na życzenie PZU Życie SA.
2. PZU Życie SA decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1.
3. W przypadku, gdy dokumenty składane przez wnioskującego sporządzone zostały w języku innym niż polski, wnioskujący dostarcza je przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

§ 27

1. W przypadku śmierci ubezpieczonego PZU Życie SA wykonuje zobowiązania najpóźniej w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym odpowiedzialnością PZU Życie SA.
2. W przypadku, gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego albo wysokości zobowiązania okazało się niemożliwe, PZU Życie SA wykonuje zobowiązanie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część świadczenia PZU Życie SA wypłaca w terminie wskazanym w ust. 1.

§ 28

1. Świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego wypłacane są w formie jednorazowej w pełnej należnej kwocie.
2. Jeżeli świadczenie nie przysługuje w całości lub w części, PZU Życie SA informuje o tym niezwłocznie osobę występującą z roszczeniem oraz ubezpieczonego, jeśli nie jest on osobą występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną, uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia, z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W FORMIE BEZGOTÓWKOWEJ

§ 29

1. PZU Życie SA wykonuje zobowiązania w stosunku do ubezpieczonego lub współubezpieczonego, umożliwiając ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu dostęp do świadczeń zdrowotnych po uprzednim umówieniu za pośrednictwem PZU Życie SA, w szczególności poprzez infolinię, zgodnie z określonym w deklaracji zakresem świadczeń zdrowotnych oraz we wskazanej przez PZU Życie SA placówce medycznej, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu przysługuje prawo do określenia własnych preferencji dotyczących wskazań: lokalizacji placówki, terminu konsultacji lub lekarza.
3. W przypadku realizacji świadczeń zdrowotnych we wskazanej przez PZU Życie SA placówce medycznej, czas oczekiwania na konsultację ambulatoryjną wynosi maksymalnie:
 - 1) 2 dni robocze – w przypadku konsultacji z zakresu chorób wewnętrznych (interny), medycyny rodzinnej, pediatrii;
 - 2) 5 dni roboczych – w przypadku pozostałych konsultacji ambulatoryjnych wskazanych w zakresie świadczeń zdrowotnych.
4. W przypadku realizacji preferencji ubezpieczonego lub współubezpieczonego, o których mowa w ust. 2, nie obowiązują parametry dostępności określone w ust. 3, a terminy ustalane są indywidualnie, z uwzględnieniem dostępności danego świadczenia zdrowotnego.
5. W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, maksymalne okresy oczekiwania wskazane w ust. 3 pkt 2 nie mają zastosowania – organizacja konsultacji ambulatoryjnej zależy od jej dostępności w danej lokalizacji.
6. Lista placówek jest dostępna na stronie pzu.pl oraz pod numerem infolinii.

REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W FORMIE PIENIĘŻNEJ

§ 30

1. PZU Życie SA umożliwia ubezpieczonym i współubezpieczonym realizację świadczeń zdrowotnych w formie pieniężnej

- na zasadach określonych w niniejszym paragrafie, w następujących przypadkach:
- 1) o ile strony umowy dojdą do takiego porozumienia – w sytuacji opisanej w ust. 2. Fakt ten zostanie potwierdzony w polisie;
 - 2) w okresie zawieszenia odpowiedzialności, pod warunkiem jej wznowienia.
2. W przypadku wystąpienia zdarzenia uprawniającego do uzyskania świadczenia zdrowotnego, zgodnie z posiadanym zakresem świadczeń zdrowotnych oraz umową, ubezpieczony lub współubezpieczony ma również prawo do skorzystania z niego w wybranej przez siebie placówce medycznej albo w przychodni, gabinecie lekarskim lub laboratorium świadczącym usługi medyczne spoza sieci świadczeniodawcy, działającym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, o ile nie zechce skorzystać z realizacji świadczeń zdrowotnych w formie bezgotówkowej bez względu na przyczynę.
3. PZU Życie SA realizuje świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1, do kwoty określonej dla danego świadczenia zdrowotnego w „Cenniku świadczeń zdrowotnych”, stanowiącym załącznik do umowy.
4. PZU Życie SA decyduje o zasadności roszczenia w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 na podstawie:
- 1) wniosku dotyczącego wypłaty świadczenia, stanowiącego zawiadomienie o zdarzeniu objętym odpowiedzialnością PZU Życie SA;
 - 2) oryginału imiennej faktury, zawierającej nazwy udzielonych świadczeń zdrowotnych, a także ich ceny jednostkowe;
 - 3) innych dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności roszczenia – na życzenie PZU Życie SA.
5. PZU Życie SA wykonuje zobowiązania z tytułu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 najpóźniej w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym odpowiedzialnością PZU Życie SA oraz faktury, o której mowa w ust. 4 pkt 2.
6. W przypadku, gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego albo wysokości zobowiązania okazało się niemożliwe, PZU Życie SA wykonuje zobowiązanie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część świadczenia PZU Życie SA wypłaca w terminie wskazanym w ust. 5.
7. Szczegółowe zasady realizacji świadczeń poza siecią świadczeniodawcy określone są w postanowieniach dokumentu „Zwrot kosztów świadczeń zrealizowanych w ramach ubezpieczenia Opieka Medyczna S – odpowiedzi na podstawowe pytania”, który stanowi załącznik do umowy.

REALIZACJA ŚWIADCZEŃ – POSTANOWIENIA WSPÓLNE

§ 31

1. W przypadku, gdy PZU Życie SA w związku z wykonaniem któregoś z zobowiązań wynikających z umowy obowiązany jest zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa pobrać i odprowadzić jakiegokolwiek kwoty, w tym w szczególności kwoty na poczet zobowiązań podatkowych osób uprawnionych, kwoty pobrane i odprowadzone przez PZU Życie SA pomniejszają kwoty stosownych wypłat płatnych przez PZU Życie SA na podstawie umowy.
2. Opodatkowanie zobowiązań PZU Życie SA regulują obowiązujące przepisy prawa dotyczące podatku dochodowego, w szczególności przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

§ 32

Jeżeli świadczenie nie przysługuje w całości lub w części, PZU Życie SA informuje o tym niezwłocznie osobę występującą z roszczeniem oraz ubezpieczonego lub współubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną, uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia wraz z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 33

1. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby: ubezpieczającego, ubezpieczonego, współubezpieczonego uposażonego lub innego uprawnionego do żądania świadczenia z umowy albo sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy: ubezpieczonego, współubezpieczonego, uposażonego lub innego uprawnionego do spełnienia świadczenia z umowy.
2. Prawem właściwym w stosunkach wynikających z umowy jest prawo polskie.

§ 34

W sprawach nieregulowanych w niniejszej umowie mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 35

1. Wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia PZU Życie SA mające związek z umową wymagają dla swej skuteczności zachowania formy pisemnej lub innej formy uzgodnionej przez ubezpieczającego i PZU Życie SA i wywierają skutek prawny z chwilą doręczenia.
2. Wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia mające związek z umową kierowane do PZU Życie SA, wymagają dla swej skuteczności zachowania formy pisemnej lub innej formy uzgodnionej przez ubezpieczającego i PZU Życie SA i wywierają skutek prawny z chwilą doręczenia.
3. PZU Życie SA, ubezpieczający i ubezpieczony obowiązani są informować o każdej zmianie adresów.

§ 36

1. Reklamację, skargę lub zażalenie składa się w każdej jednostce PZU Życie SA obsługującej klienta.
2. Reklamacja, skarga lub zażalenie mogą być złożone:
 - 1) na piśmie – osobiście albo wysłane przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe, na przykład pisząc na adres: PZU Życie SA ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres tylko do korespondencji);
 - 2) na piśmie – wysłane na adres do doręczeń elektronicznych PZU Życie SA w rozumieniu ustawy o doręczeniach elektronicznych, począwszy od dnia wpisania tego adresu do bazy adresów elektronicznych;
 - 3) w formie ustnej – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce, o której mowa w ust. 1;
 - 4) w postaci elektronicznej – wysyłając e-mail na reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.
3. PZU Życie SA rozpatruje reklamację, skargę lub zażalenie i udziela na nie odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU Życie SA przekazuje osobie, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie informację, w której:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia.
5. Odpowiedź PZU Życie SA na reklamację, skargę lub zażalenie zostanie dostarczona osobie, która je złożyła:
 - 1) w przypadku, gdy klientem jest osoba fizyczna – na piśmie, z tym że odpowiedź można dostarczyć pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek klienta;
 - 2) w przypadku, gdy klientem jest inny podmiot niż wskazany w pkt 1 – na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji.
6. Osobie fizycznej, która złożyła reklamację przysługuje prawo wniesienia do Rzecznika Finansowego wniosku dotyczącego:
 - 1) nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji;
 - 2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą tej osoby w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
7. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrywane są przez jednostki organizacyjne PZU Życie SA, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
8. Reklamacje uregulowane są w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym oraz w ustawie o dystrybucji ubezpieczeń.
9. PZU Życie SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
10. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla PZU Życie SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy, którego adres strony internetowej jest następujący: www.rf.gov.pl.
11. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
12. Językiem stosowanym przez PZU Życie SA w relacjach z konsumentem jest język polski.
13. PZU Życie SA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 37

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/123/2022 Zarządu PZU Życie SA z dnia 1 lipca 2022 roku.
2. Niniejsze ogólne warunki wchodzą w życie z dniem 25 lipca 2022 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 sierpnia 2022 roku.

Opieka Medyczna PZU

KOMFORT PLUS

Rezerwacja świadczeń medycznych

CAŁODOBOWO, BEZ LIMITU

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

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

Serwis SMS

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Potwierdzenie terminu świadczeń za pośrednictwem SMS.

Konsultacje ambulatoryjne

Konsultacje ambulatoryjne realizowane są bez skierowania. Odbywają się we wskazanych przez Świadczeniodawcę godzinach pracy placówek medycznych oraz zgodnie z aktualnym harmonogramem pracy placówek.

Mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: fizykalne badanie pacjenta, zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia, wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym.

Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.

W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, organizacja konsultacji ambulatoryjnej zależy od jej dostępności w danej lokalizacji (nie dotyczy konsultacji ambulatoryjnej z zakresu pediatrii).

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Konsultacje ambulatoryjne z zakresu:

1. chorób wewnętrznych (interny),
2. medycyny rodzinnej,
3. pediatrii,
4. alergologii,
5. anestezjologii,
6. audiologii,
7. chirurgii ogólnej,
8. chirurgii onkologicznej,
9. dermatologii,
10. diabetologii,
11. endokrynologii,
12. gastroenterologii,
13. ginekologii i położnictwa,
14. hematologii,
15. hepatologii,
16. kardiologii,
17. chorób zakaźnych,
18. nefrologii,
19. neurochirurgii,
20. neurologii,
21. okulistyki,
22. onkologii,
23. ortopedii,
24. otolaryngologii,
25. pulmonologii,
26. radiologii,

27. reumatologii,
28. urologii,
29. wenerologii.

BEZPŁATNIE, 4 WIZYTY W ROKU w 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy

30. psychiatrii.

Usługi Telemedyczne

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Usługa dostępna jest 7 dni w tygodniu (także w święta i dni ustawowo wolne od pracy). Konsultacje z internistą i pediatrą dostępne są przez całą dobę. Natomiast konsultacje specjalistyczne w dni robocze w godzinach: 7.00 - 22.00. Kontakt jest możliwy w formie telefonicznej, czat, wideo czat. Pacjent powinien zaakceptować regulamin dostępny na stronie <http://lekarzonline.pzudrowie.pl> oraz telefonicznie do odsłuchania i zaakceptowania przy użyciu klawiatury przed telekonsultacją. 10 minut przed konsultacją telefoniczną wysyłamy przypomnienie SMS o umówionej konsultacji lekarskiej.

Konsultacje telemedyczne z zakresu:

- alergologii,
- alergologii dziecięcej,
- chirurgii ogólnej,
- dermatologii,
- dermatologii dziecięcej,
- diabetologii,
- endokrynologii,
- endokrynologii dziecięcej,
- ginekologii,
- ginekologii dziecięcej,
- chorób wewnętrznych (interny),
- kardiologii,
- kardiologii dziecięcej,
- nefrologii,
- neurologii,
- neurochirurgii,
- onkologii,
- ortopedii,
- ortopedii dziecięcej,
- pediatrii,
- pulmonologii,
- pulmonologii dziecięcej,
- urologii.

Badania i zabiegi ambulatoryjne

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Badania i zabiegi są wykonywane przez lekarza (w ramach konsultacji lekarskiej) lub pielęgniarkę, z zastrzeżeniem że istnieje wskazanie medyczne i możliwość ich wykonania w warunkach ambulatoryjnych w danej placówce bez szkody dla uprawnionego.

1. Pielęgniarskie:

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

2. Ogólnolekarskie:

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

3. Alergologiczne:

- odczulanie (bez kosztu podawanych leków).

4. Chirurgiczne:

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

5. Ginekologiczne:

- pobranie materiału do badania cytologicznego.

6. Okulistyczne:

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

7. Ortopedyczne:

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

8. Otolaryngologiczne:

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

9. Urologiczne:

- zakładanie cewników (bez kosztu cewnika).

Diagnostyka laboratoryjna

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

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

1. Badania hematologiczne i układu krzepnięcia:

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

2. Badania biochemiczne:

- albuminy,
- transaminaza alaninowa (ALT),
- transaminaza asparaginianowa (AST),
- amylaza,
- białko całkowite,
- białko C-reaktywne (CRP),
- bilirubina bezpośrednia,
- bilirubina pośrednia,
- bilirubina całkowita,
- ceruloplazmina,
- chlorki (Cl),
- cholesterol całkowity,
- cholesterol HDL,
- cholesterol LDL,
- dehydrogenaza mleczanowa (LDH),
- fosfataza alkaliczna (AP),
- fosfataza kwaśna całkowita,
- fosfataza sterczowa,
- fosforany,
- gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP),
- glukoza,
- kinaza fosfokreatynowa,
- kreatynina,
- kwas moczowy,
- lipidogram,
- mocznik,
- osteokalcyna,
- potas (K),
- proteinogram,
- sód (Na),
- test obciążenia glukozą,
- trójglicerydy,
- wapń całkowity (Ca),
- witamina B12,
- żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC),
- żelazo (Fe),
- ferrytyna,
- hemoglobina glikowana (HbA1C),
- transferyna.

3. Badania serologiczne i immunologiczne:

- antygen HBs,
- antystreptolizyna O (ASO),
- oznaczenie grupy krwi układu A, B, O, Rh(D) z oceną hemolizyn,
- odczyn Waalera-Rosego,
- odczyn VDRL (USR/RPR),
- przeciwciała przeciw HBs,
- przeciwciała anty - HIV z antygenem p.24 - test COMBO,
- odczyn Coombsa BTA,
- badanie przeglądowe na obecność przeciwciał,
- czynnik reumatoidalny (RF),
- antygen swoisty dla stercza – PSA całkowite,
- immunoglobulina E całkowite (IgE),
- przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej (ATPO),
- przeciwciała przeciw tyreoglobulinie (ATG),
- przeciwciała przeciw Chlamydia trachomatis (IgA, IgG, IgM),
- przeciwciała przeciw Helicobacter pylori,
- antygen HBe,
- przeciwciała przeciw HBe,
- przeciwciała przeciw HCV,
- przeciwciała przeciw HIV,
- przeciwciała przeciw rubella (różyczka) (IgG, IgM),
- przeciwciała przeciw toksoplazmoza gondii (IgG, IgM),
- przeciwciała przeciw mononukleozie zakaźnej/ EBV (IgM).

4. Badania hormonalne:

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

5. Badania bakteriologiczne:

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

6. Badania moczu:

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

7. Badania kału:

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

8. Badania inne:

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

Diagnostyka radiologiczna

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

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

- RTG czaszki,
- RTG okolicy czołowej,
- RTG żuchwy,
- RTG szczęki,
- RTG zatok nosa,
- RTG nosa,
- RTG oczodołu,
- RTG okolicy nadoczodołowej,
- RTG spojenia żuchwy,
- RTG okolicy jarzmowo-szczękowej,
- RTG krtani,
- RTG przewodu nosowo-łzowego,
- RTG nosogardzieli,
- RTG gruczołów ślinowych,
- RTG okolicy tarczycy,
- RTG języczka,

- RTG tkanek miękkich klatki piersiowej,
- RTG kręgosłupa (całego, szyjnego, piersiowego, lędźwiowo-krzyżowego),
- RTG barku,
- RTG łopatki,
- RTG mostka,
- RTG żeber,
- RTG stawów,
- RTG ramienia,
- RTG łokcia,
- RTG przedramienia,
- RTG nadgarstka,
- RTG dłoni,
- RTG palca,
- RTG kończyny górnej,
- RTG kończyny dolnej,
- RTG miednicy,
- RTG biodra,
- RTG uda,
- RTG kolana,
- RTG podudzia,
- RTG kostki,
- RTG stopy,
- RTG przeglądowe jamy brzusznej,
- mammografia,
- urografia (zdjęcie nerek, moczowodów i pęcherza),
- wlew doodbytniczy.

Diagnostyka ultrasonograficzna

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

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

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

Diagnostyka obrazowa TK i NMR

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

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

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

Diagnostyka endoskopowa

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

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

- gastroscopia/ gastrofiberoscopia diagnostyczna (z możliwością wykonania testu urazowego),
- sigmoidoscopia,
- rektoscopia,
- kolonoscopia.

Badania czynnościowe

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

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

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

Prowadzenie ciąży

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

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

Szczepienia ochronne

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

BEZPŁATNIE, RAZ W ROKU w 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy

- szczepienie przeciwko grypie sezonowej.

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- anatoksyna przeciw tężcowi.

Opieka stomatologiczna – stomatologia zachowawcza

BEZPŁATNIE, RAZ W ROKU w 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy

- przegląd stomatologiczny.

20% ZNIŻKI, BEZ LIMITU

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

Wizyty domowe

BEZPŁATNIE, 4 WIZYTY W ROKU w 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy

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

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

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

Zniżki realizowane w stosunku do ceny usługi obowiązującej w placówce medycznej.

Opieka Medyczna PZU

KOMFORT

Rezerwacja świadczeń medycznych

CAŁODOBOWO, BEZ LIMITU

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

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

Serwis SMS

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Potwierdzenie terminu świadczeń za pośrednictwem SMS.

Konsultacje ambulatoryjne

Konsultacje ambulatoryjne realizowane są bez skierowania. Odbywają się we wskazanych przez Świadczeniodawcę godzinach pracy placówek medycznych oraz zgodnie z aktualnym harmonogramem pracy placówek.

Mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: fizykalne badanie pacjenta, zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia, wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym.

Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.

W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, organizacja konsultacji ambulatoryjnej zależy od jej dostępności w danej lokalizacji (nie dotyczy konsultacji ambulatoryjnej z zakresu pediatrii).

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Konsultacje ambulatoryjne z zakresu:

1. chorób wewnętrznych (interny)
2. medycyny rodzinnej,
3. pediatrii,
4. alergologii,
5. anestezjologii,
6. audiologii,
7. chirurgii ogólnej,
8. chirurgii onkologicznej,
9. dermatologii,
10. diabetologii,
11. endokrynologii,
12. gastroenterologii,
13. ginekologii i położnictwa,
14. hematologii,
15. hepatologii,
16. kardiologii,
17. nefrologii,
18. neurologii,
19. okulistyki,
20. onkologii,
21. ortopedii,
22. otolaryngologii,
23. pulmonologii,
24. reumatologii,
25. urologii.

Usługi Telemedyczne

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Usługa dostępna jest 7 dni w tygodniu (także w święta i dni ustawowo wolne od pracy). Konsultacje z internistą i pediatrą dostępne są przez całą dobę. Natomiast konsultacje specjalistyczne w dni robocze w godzinach: 7.00 - 22.00. Kontakt jest możliwy w formie telefonicznej, czat, wideo czat. Pacjent powinien zaakceptować regulamin dostępny na stronie <http://lekarzonline.pzuzdrowie.pl> oraz telefonicznie do odsłuchania i zaakceptowania przy użyciu klawiatury przed telekonsultacją. 10 minut przed konsultacją telefoniczną wysyłamy przypomnienie SMS o umówionej konsultacji lekarskiej.

Konsultacje telemedyczne z zakresu:

- alergologii,
- alergologii dziecięcej,
- chirurgii ogólnej,
- dermatologii,
- dermatologii dziecięcej,
- diabetologii,
- endokrynologii,
- endokrynologii dziecięcej,
- ginekologii,
- ginekologii dziecięcej,
- chorób wewnętrznych (interny),
- kardiologii,
- kardiologii dziecięcej,
- nefrologii,
- neurologii,
- onkologii,
- ortopedii,
- ortopedii dziecięcej,
- pediatrii,
- pulmonologii,
- pulmonologii dziecięcej,
- urologii.

Badania i zabiegi ambulatoryjne

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Badania i zabiegi są wykonywane przez lekarza (w ramach konsultacji lekarskiej) lub pielęgniarkę, z zastrzeżeniem że istnieje wskazanie medyczne i możliwość ich wykonania w warunkach ambulatoryjnych w danej placówce bez szkody dla uprawnionego.

1. Pielęgniarskie:

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

2. Ogólnolekarskie:

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

3. Alergologiczne:

- odczulanie (bez kosztu podawanych leków).

4. Chirurgiczne:

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

5. Ginekologiczne:

- pobranie materiału do badania cytologicznego.

6. Okulistyczne:

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

7. Ortopedyczne:

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

8. Otolaryngologiczne:

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

9. Urologiczne:

- zakładanie cewników (bez kosztu cewnika).

Diagnostyka laboratoryjna

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

1. Badania hematologiczne i układu krzepnięcia:

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

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

2. Badania biochemiczne:

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- albuminy,
- transaminaza alaninowa (ALT),
- transaminaza asparaginianowa (AST),
- amylaza,
- białko całkowite,
- białko C-reaktywne (CRP),
- bilirubina bezpośrednia,
- bilirubina całkowita,
- chlorki (Cl),
- cholesterol całkowity,
- cholesterol HDL,
- cholesterol LDL,
- dehydrogenaza mleczanowa (LDH),
- fosfataza alkaliczna (AP),
- fosfataza kwaśna całkowita,
- fosfataza sterczowa,
- gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP),
- glukoza,
- hemoglobina glikowana (HbA1C),
- kinaza fosfokreatynowa,
- kreatynina,
- kwas moczowy,

- mocznik,
- potas (K),
- lipidogram,
- proteinogram,
- sód (Na),
- test obciążenia glukozą,
- trójglicerydy,
- wapń całkowity (Ca),
- żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC),
- żelazo (Fe).

15% ZNIŻKI, BEZ LIMITU

- osteokalcyna,
- ferrytyna,
- transferyna.

3. Badania serologiczne i immunologiczne:

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

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

15% ZNIŻKI, BEZ LIMITU

- antygen swoisty dla stercza – PSA całkowite,
- immunoglobulina E całkowite (IgE),
- przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej (ATPO),
- przeciwciała przeciw tyreoglobulinie (ATG),
- antygen HBe,
- przeciwciała przeciw HBe,
- przeciwciała przeciw HCV,
- przeciwciała przeciw HIV,
- przeciwciała przeciw rubella (różyczka) (IgG, IgM),
- przeciwciała przeciw toksoplazmoza gondii (IgG, IgM),
- przeciwciała przeciw mononukleozie zakaźnej/ EBV (IgM),
- przeciwciała anty - HIV z antygenem p.24 - test COMBO.

4. Badania hormonalne:

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- hormon tyreotropowy (TSH).

15% ZNIŻKI, BEZ LIMITU

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

5. Badania bakteriologiczne:

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

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

6. Badania moczu:

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

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

7. Badania kału:

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

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

8. Badania inne:

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

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

15% ZNIŻKI, BEZ LIMITU

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

Diagnostyka radiologiczna

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

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- RTG czaszki,
- RTG okolicy czotowej,
- RTG żuchwy,
- RTG szczęki,
- RTG zatok nosa,
- RTG nosa,
- RTG oczodołu,
- RTG okolicy nadoczodołowej,
- RTG spojenia żuchwy,
- RTG okolicy jarzmowo-szczękowej,
- RTG krtani,
- RTG przewodu nosowo-łzowego,
- RTG nosogardzieli,
- RTG gruczołów ślinowych,
- RTG okolicy tarczycy,
- RTG języzka,
- RTG tkanek miękkich klatki piersiowej,
- RTG kręgosłupa (całego, szyjnego, piersiowego, lędźwiowo-krzyżowego),
- RTG barku,
- RTG łopatk,
- RTG mostka,
- RTG żeber,

- RTG stawów,
- RTG ramienia,
- RTG łokcia,
- RTG przedramienia,
- RTG nadgarstka,
- RTG dłoni,
- RTG palca,
- RTG kończyny górnej,
- RTG kończyny dolnej,
- RTG miednicy,
- RTG biodra,
- RTG uda,
- RTG kolana,
- RTG podudzia,
- RTG kostki,
- RTG stopy,
- RTG przeglądowe jamy brzusznej.

15% ZNIŻKI, BEZ LIMITU

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

Diagnostyka ultrasonograficzna

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

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

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

15% ZNIŻKI, BEZ LIMITU

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

Diagnostyka obrazowa TK i NMR

15% ZNIŻKI, BEZ LIMITU

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

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

Diagnostyka endoskopowa

15% ZNIŻKI, BEZ LIMITU

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

- gastroscopia/ gastrofiberoscopia diagnostyczna (z możliwością wykonania testu urazowego),
- sigmoidoscopia,
- rektoscopia,
- kolonoscopia.

Badania czynnościowe

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

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- EKG spoczynkowe,
- spirometria.

15% ZNIŻKI, BEZ LIMITU

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

Prowadzenie ciąży

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

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

Szczepienia ochronne

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

BEZPŁATNIE, RAZ W ROKU w 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy

- szczepienie przeciwko grypie sezonowej.

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- anatoksyna przeciw tężcowi.

Opieka stomatologiczna – stomatologia zachowawcza

BEZPŁATNIE, RAZ W ROKU w 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy

- przegląd stomatologiczny.

20% ZNIŻKI, BEZ LIMITU

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

Wizyty domowe

BEZPŁATNIE, 2 WIZYTY W ROKU w 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy

Konsultacje lekarskie z zakresu chorób wewnętrznych (interny) lub medycyny rodzinnej albo pediatrii udzielane całodobowo w domu ubezpieczonego, konieczne z uwagi na stan zdrowia pacjenta uniemożliwiający mu przybycie do placówki medycznej.

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

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

Zniżki realizowane w stosunku do ceny usługi obowiązującej w placówce medycznej.

Opieka Medyczna PZU

STANDARD

Rezerwacja świadczeń medycznych

CAŁODOBOWO, BEZ LIMITU

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

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

Serwis SMS

CAŁODOBOWO, BEZ LIMITU

Potwierdzenie terminu świadczeń za pośrednictwem SMS.

Konsultacje ambulatoryjne

Konsultacje ambulatoryjne realizowane są bez skierowania. Odbywają się we wskazanych przez Świadczeniodawcę godzinach pracy placówek medycznych oraz zgodnie z aktualnym harmonogramem pracy placówek.

Mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: fizykalne badanie pacjenta, zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia, wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym.

Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.

W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, organizacja konsultacji ambulatoryjnej zależy od jej dostępności w danej lokalizacji.

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Konsultacje ambulatoryjne z zakresu:

1. alergologii,
2. chirurgii ogólnej,
3. dermatologii,
4. diabetologii,
5. endokrynologii,
6. gastroenterologii,
7. ginekologii i położnictwa,
8. kardiologii,
9. nefrologii,
10. neurologii,
11. okulistyki,
12. ortopedii,
13. otolaryngologii,
14. pulmonologii,
15. reumatologii,
16. urologii.

Usługi Telemedyczne

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Usługa dostępna jest 7 dni w tygodniu (także w święta i dni ustawowo wolne od pracy). Konsultacje specjalistyczne dostępne są w dni robocze w godzinach: 7.00 - 22.00. Kontakt jest możliwy w formie telefonicznej, czat, wideo czat. Pacjent powinien zaakceptować regulamin dostępny na stronie <http://lekarzonline.pzuzdrowie.pl> oraz telefonicznie do odsłuchania i zaakceptowania przy użyciu klawiatury przed telekonsultacją. 10 minut przed konsultacją telefoniczną wysyłamy przypomnienie SMS o umówionej konsultacji lekarskiej.

Konsultacje telemedyczne z zakresu:

- alergologii,
- alergologii dziecięcej,
- chirurgii ogólnej,
- dermatologii,
- dermatologii dziecięcej,
- diabetologii,
- endokrynologii,
- endokrynologii dziecięcej,
- ginekologii,
- ginekologii dziecięcej,
- kardiologii,
- kardiologii dziecięcej,
- nefrologii,
- neurologii,
- ortopedii,
- ortopedii dziecięcej,
- pulmonologii,
- pulmonologii dziecięcej,
- urologii.

Badania i zabiegi ambulatoryjne

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Badania i zabiegi są wykonywane przez lekarza (w ramach konsultacji lekarskiej) lub pielęgniarkę, z zastrzeżeniem że istnieje wskazanie medyczne i możliwość ich wykonania w warunkach ambulatoryjnych w danej placówce bez szkody dla uprawnionego.

1. Pielęgniarskie:

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

2. Ogólnolekarskie:

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

3. Alergologiczne:

- odczulanie (bez kosztu podawanych leków).

4. Chirurgiczne:

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

5. Ginekologiczne:

- pobranie materiału do badania cytologicznego.

6. Okulistyczne:

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

7. Ortopedyczne:

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

8. Otolaryngologiczne:

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

9. Urologiczne:

- zakładanie cewników (bez kosztu cewnika).

Diagnostyka laboratoryjna

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

1. Badania biochemiczne:

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

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

15% ZNIŻKI, BEZ LIMITU

- ferrytyna,
- osteokalcyna,
- transferyna.

2. Badania serologiczne i immunologiczne:

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

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

15% ZNIŻKI, BEZ LIMITU

- przeciwciała anty - HIV z antygenem p.24 - test COMBO,
- antygen swoisty dla stercza – PSA całkowite,
- immunoglobulina E całkowite (IgE),
- przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej (ATPO),
- przeciwciała przeciw tyreoglobulinie (ATG),
- antygen HBe,
- przeciwciała przeciw HBe,
- przeciwciała przeciw HCV,
- przeciwciała przeciw HIV,
- przeciwciała przeciw rubella (różyczka) (IgG, IgM),
- przeciwciała przeciw toksoplazmoza gondii (IgG, IgM),
- przeciwciała przeciw mononukleozie zakaźnej/ EBV (IgM).

3. Badania hormonalne:

15% ZNIŻKI, BEZ LIMITU

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

4. Badania bakteriologiczne:

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- posiew z rany.

5. Badania moczu:

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- kreatynina w moczu.

6. Badania inne:

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

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

15% ZNIŻKI, BEZ LIMITU

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

Diagnostyka radiologiczna

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

15% ZNIŻKI, BEZ LIMITU

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

Diagnostyka ultrasonograficzna

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

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

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

15% ZNIŻKI, BEZ LIMITU

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

Diagnostyka obrazowa TK i NMR

15% ZNIŻKI, BEZ LIMITU

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

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

Diagnostyka endoskopowa

15% ZNIŻKI, BEZ LIMITU

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

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

Badania czynnościowe

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

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- spirometria.

15% ZNIŻKI, BEZ LIMITU

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

Prowadzenie ciąży

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

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

Opieka stomatologiczna – stomatologia zachowawcza

BEZPŁATNIE, RAZ W ROKU w 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisys

- przegląd stomatologiczny.

20% ZNIŻKI, BEZ LIMITU

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

Zniżki realizowane w stosunku do ceny usługi obowiązującej w placówce medycznej.