

Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego dla Klientów MAK Investments S.A.

SPIS TREŚCI

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE	2
II. DEFINICJE	2
III. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	3
IV. PRZYSTĄPIENIE DO I REZYGNACJA UBEZPIECZONEGO Z UMOWY UBEZPIECZENIA	3
V. SKŁADKA	4
VI. ROZPOCZĘCIE I WYGAŚNIĘCIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	4
VII. OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	4
VIII. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH	5
IX. PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO i UBEZPIECZONEGO	5
X. PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	5
XI. REKLAMACJE	5
XII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE	6
ZAŁĄCZNIK NR 1 WYKAZ ŚWIADCZEŃ AMBULATORYJNYCH SuperPolisa.pl Podstawowy	7
ZAŁĄCZNIK NR 1 WYKAZ ŚWIADCZEŃ AMBULATORYJNYCH SuperPolisa.pl Rozszerzony	8
ZAŁĄCZNIK NR 2 WYSOKOŚĆ SKŁADEK ZA DANY PAKIET I TYP UBEZPIECZENIA	10

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego („SWU”) mają zastosowanie do Umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego (dalej: Umowa Ubezpieczenia) zawartej na rzecz Klientów MAK Investments SA pomiędzy LMG Försäkrings AB Spółka Akcyjna z siedzibą w Sztokholmie, działająca w Polsce poprzez LMG Försäkrings AB 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 , a MAK Investments SA i stanowią integralną część tej Umowy.

II. DEFINICJE

Określenia użyte w niniejszych SWU oraz innych dokumentach stanowiących integralną część Umowy, oznaczają:

- Centrum Obsługi Klienta** - infolinia, w ramach której Ubezpieczony może uzyskać informacje na temat ubezpieczenia;
- Choroba** - nieprawidłowy według ogólnie uznanej wiedzy medycznej stan fizyczny lub psychiczny organizmu;
- Ciąża o przebiegu fizjologicznym** - ciąża o przebiegu prawidłowym, niewymagająca podczas swojego przebiegu hospitalizacji będącej w bezpośrednim związku z ciążą, w szczególności na oddziale patologii ciąży z przyczyn leżących po stronie zarówno matki jak i płodu;
- Ciąża wysokiego ryzyka** - ciąża charakteryzująca się znacznym zagrożeniem dla zdrowia lub życia matki lub płodu, związanym z występowaniem czynników ryzyka statystycznie zwiększających częstość powikłań ciąży i porodu, które mogą mieć charakter medyczny (schorzenia występujące przed ciążą i w trakcie ciąży, nałogi, przeszłość położnicza i ginekologiczna, schorzenia występujące w rodzinie) lub demograficzno-społeczny (wyskazałcenie, zawód, wykonywana praca, wiek matki, stan społeczno-ekonomiczny);
- Data początku ochrony** - data, w której rozpoczyna się odpowiedzialność Ubezpieczyciela wobec Ubezpieczonego;
- Deklaracja przystąpienia** - formularz Ubezpieczyciela, zawierający zgodę Ubezpieczonego na objęcie go ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w SWU i Umowie;
- Dziecko** - dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego przysposobione, które w dniu przystąpienia do ubezpieczenia ukończyło 31 dzień życia i nie ukończyło 18 roku życia, a w przypadku uczęszczania do szkoły [w rozumieniu art. 2 pkt. 2) ustawy z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty(Dz.U.2004.256.2572 ze zm.), oraz do szkoły wyższej w rozumieniu ustawy z dnia 27 lipca 2005 roku Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U.2005.164.1365 ze zm.)], nie ukończyło 25 lat;
- Indeksacja Składki** – podwyższenie wysokości Składki o Wskaźnik Indeksacji;
- Karta Ubezpieczonego** - potwierdzenie przez Ubezpieczyciela objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Modułu Ambulatoryjnego;
- Klient** - osoba fizyczna, która ukończyła 18 lat i nie ukończyła 64 lat; która korzystając z platformy internetowej www.superpolisa.pl, w ramach posiadanego konta użytkownika tego portalu, oraz systemu sprzedażowego udostępnionego przez agenta ubezpieczeniowego Agencja Konsultant Sp. z o.o., zgłosiła chęć przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia oferowanego w ramach umowy ubezpieczenia grupowego zawartej pomiędzy Ubezpieczającym, a Ubezpieczycielem.
- Lekarz/lekarz specjalista** - osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami polskiego prawa oraz posiadająca odpowiednie kwalifikacje zawodowe;
- Lista Ubezpieczonych** – wykaz osób objętych ubezpieczeniem wraz z zakresem ubezpieczenia sporządzony wg wzoru wskazanego przez Ubezpieczyciela i stanowiący Załącznik do Umowy ubezpieczenia.
- Nieszczęśliwy wypadek** - nagłe zdarzenie będące następstwem ekspozycji na fizyczne czynniki zewnętrzne, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, skutkujące obrażeniami ciała lub śmiercią. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Chorób występujących w sposób nagły;
- Okres karencji** - okres, w którym odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zajścia zdarzeń ubezpieczeniowych jest czasowo wyłączona lub ograniczona;
- Okres ubezpieczenia** - 12 miesięczny okres obowiązywania Umowy;
- Okres ochrony** - 12 miesięczny okres, w którym udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego, z tym że Okres ochrony rozpoczyna się po upływie Okresu karencji, o ile taki występuje, a kończy się zawsze z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia umowy;
- Operator** - podmiot koordynujący w imieniu Ubezpieczyciela udzielanie Świadczeń ambulatoryjnych, Operacji planowych oraz Świadczeń towarzyszących;
- Partner życiowy** - osoba prowadząca z Ubezpieczonym Głównym wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, niezłączona pokrewieństwem ani stosunkiem prawnym takim jak przysposobienie lub powinowactwo;
- Placówka medyczna** - jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnych, działająca na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczpospolitej Polskiej, wskazana przez Ubezpieczyciela w Umowie;
- Polisa** - dokument potwierdzający zawarcie Umowy;
- Rabat** - wskazana w Umowie zniżka procentowa lub kwotowa od ustalonej w Placówce medycznej aktualnej ceny Świadczenia ambulatoryjnego;
- Rocznica** - dzień w każdym roku obowiązywania Umowy, odpowiadający dacie początku obowiązywania Umowy;
- Składka** - kwota należna Ubezpieczycielowi od Ubezpieczającego z tytułu Umowy, której wysokość i termin płatności określony jest w Umowie;
- Sporty wysokiego ryzyka** - wszelkie sporty lotnicze, motolotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo oraz pilotowanie jakichkolwiek samolotów silnikowych, baloniarstwo, wszelkie odmiany skoków spadochronowych, 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;
- Świadczenie ambulatoryjne** - konsultacja Lekarza lub psychologa, wizyta domowa lub zlecone przez Lekarza badanie lub zabiegi: pielęgniarski, diagnostyczny lub leczniczy, uzasadnione Chorobą lub niezbędną z medycznego punktu widzenia potrzebą jej zapobiegania bądź Nieszczęśliwym wypadkiem oraz świadczenia zdrowotne związane z prowadzeniem ciąży o przebiegu fizjologicznym, określone i realizowane zgodnie z załącznikiem do Umowy „Wykaz Świadczeń ambulatoryjnych” w Okresie ubezpieczenia;
- Świadczeniodawca** - Placówka medyczna lub Szpital, współpracujące z Ubezpieczycielem lub Operatorem w zakresie udzielania Świadczeń ambulatoryjnych lub Operacji planowych i Świadczeń towarzyszących;
- Typ ubezpieczenia** - ubezpieczenie zdrowotne dostępne jest w Typach: Typ Indywidualny, Typ Partnerski, Typ Rodzinny;
- Typ Indywidualny** - Typ ubezpieczenia, w ramach którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony Główny;
- Typ Partnerski** - Typ ubezpieczenia, w ramach którego Ochroną ubezpieczeniową objęty jest Główny Ubezpieczony oraz jeden Współubebezpieczony (Współmałżonek/Partner życiowy lub jedno Dziecko);
- Typ Rodzinny** - Typ ubezpieczenia, w ramach którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony Główny, Współmałżonek/Partner życiowy oraz **nie więcej niż troje** Dzieci;
- Ubezpieczający** – MAK Investments S.A.
- Ubezpieczony Główny** - osoba fizyczna, będąca Klientem Ubezpieczającego, na rachunek której zawarto Umowę,

- zamieszkała na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, która w dniu zawarcia Umowy ukończyła 18 lat i nie ukończyła 64 lat;
33. **Ubezpieczony** - Ubezpieczony Główny lub Współubezpieczony. Jeżeli SWU posługują się terminem Ubezpieczony oznacza to, że dane postanowienie SWU stosuje się zarówno do Ubezpiezonego Głównego jak i do Współubezpiezonego;
 34. **Ubezpieczyciel** - LMG Försäkrings AB Spółka Akcyjna z siedzibą w Sztokholmie, działająca w Polsce poprzez LMG Försäkrings AB 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;
 35. **Udział własny** - kwotowy lub procentowy udział Ubezpiezonego w świadczeniu ubezpieczeniowym, zgodnie z Umową;
 36. **Umowa ubezpieczenia (Umowa)** - Umowa ubezpieczenia grupowego zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych SWU;
 37. **Uprawniony** - osoba uprawniona zgodnie z Umową do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego;
 38. **Wariant ubezpieczenia** - zakres ochrony ubezpieczeniowej, dostępny w Module Ambulatoryjnym i Typach ubezpieczenia;
 39. **Wiek Ubezpiezonego** - liczba ukończonych pełnych lat Ubezpiezonego w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia;
 40. **Wskaźnik Indeksacji** - wskaźnik określany na podstawie danych publikowanych na oficjalnej stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego w Polsce, przy wykorzystaniu wskaźników cen towarów i usług;
 41. **Współubezpieczony** - osoba fizyczna (Partner życiowy, Współmałżonek i/lub Dziecko) wskazana przez Ubezpiezonego Głównego, w ramach Typu Rodzinnego, na rachunek której zawarto Umowę, zamieszkała na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, która w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia ukończyła 18 lat i nie przekroczyła 64 lat a w przypadku Dziecka nie przekroczyła 25 lat;
 42. **Wyczynowe uprawianie sportu** - za wyczynowe uprawianie sportu uważa się: uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych, polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach i zawodach sportowych, jak również uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych oraz uczestniczenie w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi;
 43. **„Wykaz Świadczeń ambulatoryjnych”** - wykaz Świadczeń ambulatoryjnych, objętych zakresem ubezpieczenia zgodnie z Umową;
 44. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** - uzasadnione medycznie udzielenie Świadczenia ambulatoryjnego w Okresie ochrony;

III. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpiezonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje w ramach Modułu Ambulatoryjnego pokrycie kosztów Świadczeń ambulatoryjnych, określonych w załączniku nr 1 do SWU „Wykaz Świadczeń ambulatoryjnych”, udzielonych w Okresie ochrony z zastrzeżeniem poniższych postanowień.
3. Moduł Ambulatoryjny jest oferowany w Typie Indywidualnym, Partnerskim i Rodzinnym.
4. Zakres Świadczeń ambulatoryjnych jest uzależniony od wybranego Wariantu ubezpieczenia.
5. Świadczenia ambulatoryjne udzielane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
6. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje świadczeń zdrowotnych udzielanych w celu ratowania życia zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006.191.1410 ze zm.).
7. Informacja o aktualnej liście własnych Placówek medycznych dostępna jest na stronie www.luxmed.pl oraz o aktualnej liście Placówek medycznych z udziałem własnym na stronie www.luxmed.pl/placowkiwspolpracujace_wspolplacenie.
8. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zmiany w trakcie obowiązywania Umowy Placówek medycznych z ważnych powodów a w szczególności:

- a) rozwiązanie umowy z Placówką medyczną;
 - b) wykreślenie Placówki medycznej z właściwego rejestru w całości lub części;
 - c) ogłoszenie likwidacji/upadłości Placówki medycznej;
 - d) powody ekonomiczne.
9. W przypadku zmiany Placówki medycznej, Ubezpieczyciel jest obowiązany do zapewnienia dostępności Świadczeń ambulatoryjnych w odległości do 30 km od dotychczasowej Placówki medycznej, a jeżeli nie będzie to możliwe Ubezpieczyciel poinformuje o tym fakcie Ubezpieczającego, który ma prawo wypowiedzieć Umowę bez zachowania terminów wypowiedzenia w ciągu 30 dni od powzięcia informacji o zmianach.
 10. W czasie trwania Umowy Ubezpieczający zobowiązany jest zawiadomić Ubezpieczyciela o zmianie okoliczności, o których mowa w ust. 5, niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
 11. Zawierając umowę na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 5 i 6 spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu Umowy ubezpieczenia na jego rachunek.
 12. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności na podstawie Umowy za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 5–7, nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust.5-7 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany Umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu pierwszym.
 13. Zakresy ubezpieczenia dostępne w ramach poszczególnych Pakietów z Udziałem własnym oraz wysokość jednostkowych opłat dodatkowych wnoszonych każdorazowo przez Ubezpiezonego przed skorzystaniem ze Świadczenia ambulatoryjnego objętego dopłatą określają **Załączniki z zakresami ubezpieczenia z Udziałem własnym**. W celu uniknięcia wątpliwości Strony oświadczają, że Ubezpieczyciel wykona na rzecz Ubezpiezonego Świadczenie ambulatoryjne po uiszczeniu przez ubezpiezonego opłaty dodatkowej określonej w **zakresami ubezpieczenia z Udziałem własnym**, o ile zostały spełnione pozostałe warunki udzielania Świadczeń Zdrowotnych określone w Umowie.

IV. PRYZYSTĄPIENIE DO I REZYGNACJA UBEZPIECZONEGO Z UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Do Umowy Ubezpieczenia może przystąpić Klient, który w dniu przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia ukończył 18 lat, ale nie ukończył 64 roku życia, dostarczył do Ubezpieczyciela poprzez Ubezpieczającego prawidłowo wypełnioną i podpisaną Deklarację przystąpienia oraz za którego dokonano wpłaty należnej Składki za wybrany Pakiet i Typ ubezpieczenia
2. Warunkiem objęcia Ubezpiezonego Ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy, po wcześniejszym zapoznaniu się z istotnymi postanowieniami niniejszych SWU, jest dostarczenie przez Ubezpieczającego do Ubezpieczyciela prawidłowo wypełnionych i kompletnych oryginałów Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, wraz z Listą Ubezpieczonych, którzy dokonali należnej wpłaty Składki.
3. Listę Ubezpieczonych oraz Deklarację przystąpienia Ubezpieczający zobowiązuje się przekazać do Ubezpieczyciela najpóźniej do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym ma być udzielana Ochrona ubezpieczeniowa.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić Składkę z tytułu ochrony ubezpieczeniowej świadczonej na podstawie niniejszej Umowy ubezpieczenia.
3. Data początku Okresu ochrony dla Ubezpiezonego z tytułu Modułu Ambulatoryjnego to pierwszy dzień następnego miesiąca kalendarzowego po miesiącu, w którym została przekazana do Ubezpieczyciela Lista Ubezpieczonych oraz Deklarację przystąpienia
6. Okres Ochrony w stosunku do każdego Ubezpiezonego w każdym przypadku rozpoczyna się po opłaceniu należnej za danego Ubezpiezonego Składki.
7. Wystąpienie z ubezpieczenia poszczególnych Ubezpieczonych jest możliwe z końcem miesiąca kalendarzowego, pod warunkiem przekazania przez Ubezpieczającego kompletnych i poprawnie wypełnionych Formularzy rezygnacji wraz z wykazem osób występujących z ubezpieczenia..

8. Rezygnacja z ubezpieczenia przez Głównego Ubezpieczonego jest równoznaczna z rezygnacją wszystkich jego Współubezpieczonych.
9. Rezygnacja z ubezpieczenia przez Ubezpieczonego powoduje brak możliwości ponownego przystąpienia do ubezpieczenia w terminie wcześniejszym niż 12 miesięcy od dnia zakończenia ostatniego okresu ochrony dla tegoż Ubezpieczonego.
10. W trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczony może dokonać zmiany pakietu i Typu ubezpieczenia, o ile zmiana taka oznacza zwiększenie dotychczasowego zakresu ubezpieczenia. Zmiana zakresu ubezpieczenia na niższy jest możliwa w Rocznicę polisy.
11. Zmiana zakresu ubezpieczenia przez Ubezpieczonego, jest możliwa pod warunkiem przekazania przez Ubezpieczającego kompletnych i poprawnie wypełnionych Deklaracji zmiany.
12. Aktualizacja danych osobowych możliwa w każdym momencie i następuje w skutek przekazania przez Ubezpieczającego kompletnej i poprawnie wypełnionej Deklaracji zmiany.

V. SKŁADKA

1. Składka obliczana jest za czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela na podstawie oceny ryzyka;
2. Wysokość Składki należnej za Zakres ubezpieczenia, częstotliwość oraz terminy jej płatności są określone są w Umowie.
3. Wysokość Składki należnej ustalana będzie jako iloczyn Składki za jednego Ubezpieczonego lub jeden Typ partnerski lub rodzinny oraz liczby Ubezpieczonych lub odpowiednio pakietów z uwzględnieniem zakresu ich Ochrony ubezpieczeniowej.
4. Wysokość Składki za poszczególne warianty ubezpieczenia wskazana jest w załączniku nr 2 do SWU.
5. Ubezpieczyciel zastrzega sobie możliwość zmiany wysokości Składki na kolejny Okres ubezpieczenia o Wskaźnik indeksacji określony w Umowie. Indeksacja Składki nie oznacza zmiany warunków Umowy.

VI. ROZPOCZĘCIE I WYGAŚNIĘCIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Za początek Okresu ochrony z tytułu Umowy uznaje się datę ustaloną przez Strony, pod warunkiem, że Składka lub jej rata zostanie opłacona w terminie oraz pod warunkiem otrzymania przez Ubezpieczyciela prawidłowo wypełnionych, niezbędnych dokumentów, w szczególności Deklaracji przystąpienia
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się:
 - a) w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych z:
 - upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, jeżeli jedna ze stron Umowy złożyła oświadczenie o braku woli odnowienia Umowy na kolejny Okres ubezpieczenia;
 - dniem odstąpienia od Umowy przez Ubezpieczającego;
 - ostatnim dniem okresu wypowiedzenia Umowy, wskutek wypowiedzenia jej przez Ubezpieczającego;
 - ostatnim dniem okresu wypowiedzenia Umowy, z powodu wypowiedzenia jej przez Ubezpieczyciela w przypadku niezapłacenia przez Ubezpieczającego Składki lub pierwszej raty Składki;
 - ostatnim dniem upływu 7 dniowego terminu na zapłatę kolejnej raty Składki, jeżeli Ubezpieczyciel uprzednio wezwie Ubezpieczającego do zapłaty raty Składki, liczonego od dnia doręczenia wezwania Ubezpieczającemu.
 - b) w stosunku do danego Ubezpieczonego z:
 - dniem jego śmierci;
 - ostatnim dniem okresu, za który została zapłacona Składka lub rata Składki za danego Ubezpieczonego;
 - ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym złożony został wniosek przez Ubezpieczającego

o wyłączenie Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej;

- ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat a w przypadku Współubezpieczonego będącego Dzieckiem odpowiednio 18 lub 26 lat;

VII. OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń ubezpieczeniowych, będących następstwem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, wojny domowej, rewolucji, stanu wyjątkowego, cywilnego zamachu stanu, aktów terroryzmu, służby wojskowej, udziału w misjach wojskowych lub stabilizacyjnych, czynnego uczestnictwa Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach lub strajkach;
 - 2) stosowania naukowo nieuznanych metod leczenia oraz medycyny niekonwencjonalnej, ludowej i orientalnej, stosowania leków niedopuszczonych do użytku w Polsce oraz ich następstw, jak również udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych oraz ich następstw;
 - 3) transplantacji organów lub tkanek, komórek, hodowli komórkowych (pochodzenia naturalnego lub sztucznego), w tym także z wykorzystaniem autoprzeszczepu, wszczepianie implantów i urządzeń (chyba, że zakres ubezpieczenia stanowi inaczej);
 - 4) wyczynowego uprawiania sportów lub uprawnia Sportów wysokiego ryzyka;
 - 5) epidemii, stanów klęski żywiołowej lub katastrof naturalnych ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej;
 - 6) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego oraz czynników biologicznych i chemicznych w zakresie szkodliwym dla człowieka;
 - 7) prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego bez uprawnień lub prowadzenia pojazdu bez aktualnego badania technicznego, zgodnych z obowiązującymi przepisami lub prowadzenia pojazdu pod wpływem dobrowolnie spożytych: alkoholu, narkotyków albo innych środków odurzających, psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 8) usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia, świadomego spowodowania rozstroju zdrowia, popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa lub wykroczenia;
 - 9) działania umyślnego lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego;
 - 10) pozostawania pod wpływem, nadużycia lub zatrucia dobrowolnie spożywanymi: alkoholem, narkotykami, innymi substancjami odurzającymi lub psychotropowymi, tytoniem, lekami stosowanymi niezgodnie z zaleceniem Lekarza;
 - 11) detoksykacji, zabiegów odwykowych oraz leczenia odwykowego;
 - 12) leczenia chorób psychicznych, zaburzeń lub innych zakłóceń czynności psychicznych, w tym choroby Alzheimera, i ich następstw,
2. Oprócz wyłączeń określonych w ust. 1 odpowiedzialność Ubezpieczyciela w Module Ambulatoryjnym nie obejmuje udzielania świadczeń zdrowotnych będących następstwem lub w zakresie:
 - a) diagnozowania i leczenia niepłodności, w tym ciąży będącej wynikiem ww. postępowania o ile jest to ciąża wysokiego ryzyka;
 - b) diagnozowania i leczenia związanego ze zmianą płci;
 - c) zabiegów aborcji;
 - d) ciąży 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 kosmetologii;
 - g) diagnozowania i leczenia nie zleconego lub nie wykonanego w Placówkach wskazanych przez Ubezpieczyciela;

- h) wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń, wniosków nie związanych 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 uzdrowskiego oraz pobytów rehabilitacyjnych, w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgniacyjnej, w której Ubezpieczony przebywa z przyczyn medycznych, rodzinnych lub społecznych;
 - j) leczenia zakażenia wirusami HIV (AIDS), wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem w/w zakażeń;
 - k) będących wynikiem uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojkowego lub prywatnego nie licencjonowanych linii lotniczych,
 - l) badań diagnostycznych niezbędnych do planowego leczenia szpitalnego realizowanego w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Jeśli świadczenia zdrowotne, jakie mają być udzielone Ubezpieczonemu wykraczają ponad zakres konieczny z medycznego punktu widzenia Ubezpieczyciel może odpowiednio zredukować świadczenie do świadczeń koniecznych z medycznego punktu widzenia albo wykonać świadczenie odpłatnie po uzyskaniu na to zgody Ubezpieczonego Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia ubezpieczeniowe wynikłe z:
- a) błędów medycznych;
 - b) błędów wynikających z nienależycie prowadzonej przez Placówkę medyczne dokumentacji medycznej.

VIII. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

1. Świadczenia ambulatoryjne udzielane są przez Placówki medyczne, zgodnie z godzinami i zakresem pracy danej placówki.
2. W celu uzyskania Świadczenia ambulatoryjnego, Ubezpieczony obowiązany jest:
 - a) skontaktować się z infolinią Operatora lub Placówką medyczną - osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem innych kanałów udostępnionych przez Operatora;
 - b) uzgodnić termin i miejsce wykonania Świadczenia ambulatoryjnego;
 - c) okazać w Placówce medycznej dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego ze zdjęciem i Kartą Ubezpieczonego;
 - d) zastosować się do regulaminów, poleceń i wskazówek otrzymanych od Pracownika Placówki medycznej, obowiązujących w danej Placówce medycznej;
 - e) udzielić Placówce medycznej wszelkich informacji dotyczących podstawy udzielenia Świadczenia ambulatoryjnego (tj. Choroba, Nieszczęśliwy wypadek).
3. Świadczenia ambulatoryjne są udzielane przez Placówki medyczne zgodnie obowiązującymi przepisami prawa i standardami obsługi obowiązującymi w danej placówce.
4. Jeżeli Świadczenia ambulatoryjne udzielane są osobom poniżej 18 roku życia, Placówka medyczna może żądać przed udzieleniem świadczenia przedstawiania dokumentów wskazanych w standardach obsługi pacjenta małoletniego stosowanych przez taką placówkę.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za udzielenie przez Placówkę medyczną Świadczeń ambulatoryjnych nie objętych zakresem ubezpieczenia oraz świadczeń zleconych lub wykonanych przez Placówkę medyczną inną niż wskazaną przez Ubezpieczyciela, o ile Umowa nie stanowi inaczej.
6. Świadczenia ambulatoryjne objęte zakresem ubezpieczenia realizowane są na rzecz Ubezpieczonego bezgotówkowo w ramach opłaconej przez Ubezpieczającego Składki za Ubezpieczonego, z wyłączeniem świadczeń dla których wariant ubezpieczenia przewiduje Udział własny bądź Rabat.
7. Ubezpieczyciel zapewnia, że udzielenie Świadczenia ambulatoryjnego przez Placówkę medyczną nastąpi bez zbędnej zwłoki w możliwie najszybszym terminie.

IX. PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał przed zawarciem Umowy (dotyczy Ubezpieczającego) oraz w Deklaracji przystąpienia (dotyczy Ubezpieczonego). Jeżeli Ubezpieczyciel zawarł Umowę mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego/Ubezpieczonego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. Ubezpieczony obowiązany jest do odwołania zarezerwowanej wizyty, jeśli nie może stawić się w terminie, przy użyciu kanałów kontaktu wskazanych przez Operatora.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do:
 - a) opłacania Składki w wysokości i terminach określonych w Umowie;
 - b) powiadamiania Ubezpieczyciela niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni o każdej zmianie swojego adresu korespondencyjnego;
 - c) informowania Ubezpieczyciela o wszelkich zmianach danych osobowych Ubezpieczonego;
 - d) poinformowania Ubezpieczonego o Kartce Ubezpieczonego w postaci elektronicznej, uzyskania dostępu do niej oraz zasadach jej użytkowania. Udostępnienie Karty Ubezpieczonego odbywać się będzie za pośrednictwem Portalu Pacjenta Operatora.
 - e) poinformowania Ubezpieczonych o zmianie numeru Centrum Obsługi Klienta oraz Operatora oraz o zmianie Placówki medycznej w sytuacji, o której powyżej, niezwłocznie po uzyskaniu tych informacji od Ubezpieczyciela.
4. Ubezpieczony jest zobowiązany do:
 - a) ścisłego przestrzegania zaleceń lekarskich;
 - b) przestrzegania zasad organizacji pracy w Placówkach medycznych w części dotyczącej pacjentów;
 - c) informowania Ubezpieczyciela o wszelkich zmianach danych osobowych i adresowych; w przypadku kiedy Współubezpieczony nie jest pełnoletni obowiązek ten spoczywa na Ubezpieczonym Głównym lub Ubezpieczającym;
 - d) przestrzegania terminów wykonania świadczeń medycznych uzgodnionych ze Świadczeniodawcą;
 - e) przybycia w uzgodnionym terminie do Placówki medycznej lub poinformowania Operatora o rezygnacji ze Świadczenia ambulatoryjnego nie później niż 12 godzin przed ustalonym terminem jej wykonania;
 - f) niedostępiania Karty Ubezpieczonego osobom trzecim;
 - g) powstrzymania się od wszelkich działań utrudniających lub uniemożliwiających udzielenie świadczenia medycznego przez Świadczeniodawcę.

X. PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

Ubezpieczyciel zobowiązany jest do:

- a) wystawienia i przekazania Kart Ubezpieczonego Ubezpieczającemu dla każdego Ubezpieczonego, w terminie nie dłuższym niż 30 dni od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy;
- b) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową;
- c) poinformowania Ubezpieczającego o zmianie siedziby lub adresu korespondencyjnego;
- d) poinformowania Ubezpieczającego o zmianie numeru infolinii Centrum Obsługi Klienta oraz Operatora;
- e) powiadomienia Ubezpieczającego o zmianie Placówki medycznej w sytuacji, o której mowa powyżej.

XI. REKLAMACJE

1. Reklamacje związane z zawarciem lub wykonaniem Umowy mogą być kierowane przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy do Ubezpieczyciela pisemnie, za pomocą poczty elektronicznej,

poprzez formularz znajdujący się na stronie internetowej oraz telefonicznie na numer Centrum Obsługi Klienta. Reklamacja może być złożona osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub za pośrednictwem poczty lub posłańca.

2. Reklamacja powinna być kierowana do Dyrektora Oddziału.
3. Odpowiedź na reklamacje udzielana jest bez zbędnej zwłoki jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji w formie odpowiadającej zgłoszeniu reklamacji.
4. Jeżeli w terminie określonym powyżej wyjaśnienie wszystkich okoliczności niezbędnych do udzielenia odpowiedzi na reklamacje okazało się niemożliwe, odpowiedź udzielana jest w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było

możliwe, nie później jednak niż w terminie 90 dni od otrzymania reklamacji.

5. Reklamacja może być złożona również przez pełnomocnika.

XII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, a w szczególności przepisy Kodeksu cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
2. SWU zostały zatwierdzone przez Dyrektora Zarządzającego Ubezpieczyciela i mają zastosowanie do Umów zawieranych od dnia 01.07.2014 r.

Załącznik nr 1 do SWU nr SWU/G/001/2014_MAK Wykaz Świadczeń ambulatoryjnych (definicje)

Pakiet ubezpieczenia zdrowotnego „SuperPolisa.pl Podstawowy”

(Moduł ambulatoryjny dla Ubezpieczonych głównych oraz Współubezpieczonych) Kod: PUB2014C_MAK_PDST

Telefoniczna Informacja Medyczna – dzięki temu Ubezpieczeni dzwoniący z problemem zdrowotnym na infolinię mogą uzyskać pomoc przez całą dobę. Zespół TIM tworzą doświadczeni lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni, którzy zbierają od dzwoniącego informacje i starają się doradzić, jakie działania należy w danej sytuacji podjąć. Posiadają także informacje o dyżurach aptek i szpitali.

Pacjenci mogą uzyskać informacje na temat usług i umówić się na wizytę do wybranego specjalisty bezpośrednio przez Internet (www.luxmed.pl);

Konsultacje lekarzy podstawowej opieki medycznej w cenie 20 zł za konsultację

Usługa obejmuje nielimitowane wizyty w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela, w sytuacjach: chorobowych, zaostrzenia się chorób przewlekłych oraz pomocy w nagłych zachorowaniach.

Usługa zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej i/lub monitorowania leczenia i dotyczy następujących konsultacji z zakresu:

- interny
- pediatrii
- lekarza medycyny rodzinnej

Uwaga: Usługa nie obejmuje konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.

Konsultacje specjalistyczne w cenie 20 zł za konsultację

Usługa obejmuje konsultacje specjalistyczne możliwe do wykonania w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela, dostępne w sytuacjach chorobowych, zaostrzenia się chorób przewlekłych, pomocy w nagłych zachorowaniach i poradnictwa ogólnomedycznego. Usługa zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej i/lub monitorowania leczenia. Opłata za realizowaną konsultację lekarza objętą zakresem Pakietu, wynosi **20 zł**.

Wizyty bez skierowania dla Ubezpieczonych od 18 r. ż. dotyczą następujących konsultacji lekarzy z zakresu:

- chirurgii ogólnej,
- ginekologii,
- kardiologii,
- laryngologii,
- okulistyki,
- urologii.

Uwaga: Konsultacje Profesorskie (to znaczy konsultacje dr hab., docentów, profesorów zwyczajnych i nadzwyczajnych), konsultacje u lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji oraz lekarzy dyżurnych są w pełni odpłatne.

Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne

Usługi w formie drobnych zabiegów lub badań, wykonywane w placówkach wskazanych przez Ubezpieczyciela w warunkach ambulatoryjnych przez lekarza, podczas właściwej dla zabiegu konsultacji lekarskiej lub po konsultacji lekarskiej. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych i związany z tym dostęp do użytych podczas zabiegu, bezpłatnych materiałów i środków medycznych takich jak: opatrunki tradycyjne z gazy lub waty, bandaże, wenflony, strzykawki, waciki, plastry, igły, środki dezynfekujące, surowica – antytoksyna tężcowa, szwy i nici chirurgiczne, uzależniony jest od zakresu konsultacji lekarzy, do których Ubezpieczony jest uprawniony w ramach ubezpieczenia i

dostępności zabiegu w wyznaczonej placówce medycznej. W ramach usługi dostępne jest znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchowne. Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne obejmują:

Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne obejmują:

Zabiegi ambulatoryjne ogólnolekarskie:

- ✓ Mierzenie RR / ciśnienia
- ✓ Pomiar wzrostu i wagi ciała

Zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:

- ✓ Usunięcie ciała obcego z nosa/ ucha
- ✓ Proste opatrunki laryngologiczne
- ✓ Usunięcie tamponady nosa
- ✓ Zaopatrzenie krwotoku z nosa dwie strony
- ✓ Zaopatrzenie krwotoku z nosa jedna strona

Zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:

- ✓ Badanie dna oka
- ✓ Dobór szkieł korekcyjnych (nie obejmuje szkieł z płynną ogniskową)
- ✓ Usunięcie ciała obcego z oka
- ✓ Pomiar ciśnienia śródgałkowego

Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne:

- ✓ Pobranie standardowej cytologii z szyjki macicy

Zabiegi ambulatoryjne pielęgniarские:

- ✓ Mierzenie RR / ciśnienia (bez skierowania)
- ✓ Pobranie krwi
- ✓ Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej
- ✓ Pomiar temperatury ciała (bez skierowania lekarza)
- ✓ Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania)
- ✓ Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym
- ✓ Założenie/zmiana/usunięcie - opatrunków małych

Podstawowe badania diagnostyczne

W zakres usługi wchodzi niżej wymienione badania diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i czynnościowej wykonywane w placówkach wskazanych przez Ubezpieczyciela, na podstawie skierowania wystawionego podczas konsultacji lekarza podstawowej opieki medycznej lub specjalistycznej konsultacji lekarza wyłącznie ze wskazań medycznych w przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego prowadzonego w placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela. Liczba wykonywanych badań diagnostycznych jest nielimitowana.

Badania laboratoryjne (o ile nie zaznaczono inaczej, nie obejmują testów paskowych):

hematologiczne wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- ✓ Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- ✓ OB/ESR

badania biochemiczne wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- ✓ CRP ilościowo
- ✓ Transaminaza GOT/AST
- ✓ Transaminaza GPT/ALT
- ✓ Cholesterol całkowity
- ✓ Glukoza na czczo
- ✓ Kreatynina
- ✓ Kwas moczowy
- ✓ Mocznik / Azot Mocznikowy / BUN

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

- ✓ Mocz - badanie ogólne

Badania cytologiczne wraz z pobraniem materiału do badania:

- ✓ Standardowa cytologia szyjki macicy

Badania rentgenowskie w cenie 20 zł za badanie:

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

- ✓ Rtg klatki piersiowej AP
- ✓ Rtg klatki piersiowej AP + bok

Badania elektrokardiograficzne w cenie 20 zł za badanie:

- ✓ Badanie EKG – spoczynkowe

Pakiet ubezpieczenia zdrowotnego „SuperPolisa.pl Rozszerzony”

(Moduł ambulatoryjny dla Ubezpieczonych głównych oraz Współubezpieczonych) Kod: PUB2014C_MAK_ROZSZ

Telefoniczna Informacja Medyczna – dzięki temu Ubezpieczeni dzwoniący z problemem zdrowotnym na infolinię mogą uzyskać pomoc przez całą dobę. Zespół TIM tworzą doświadczeni lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni, którzy zbierają od dzwoniącego informacje i starają się doradzić, jakie działania należy w danej sytuacji podjąć. Posiadają także informacje o dyżurach aptek i szpitali.

Konsultacje lekarzy podstawowej opieki medycznej w cenie 20 zł za konsultację

Usługa obejmuje nielimitowane wizyty w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela, w sytuacjach: chorobowych, zaostrzenia się chorób przewlekłych oraz pomocy w nagłych zachorowaniach.

Usługa zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej i/lub monitorowania leczenia i dotyczy następujących konsultacji z zakresu:

- interny
- pediatrii
- lekarza medycyny rodzinnej

Uwaga: Usługa nie obejmuje konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.

Rozszerzone konsultacje specjalistyczne w cenie 20 zł za konsultację

Usługa obejmuje konsultacje specjalistyczne możliwe do wykonania w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela, dostępne w sytuacjach chorobowych, zaostrzenia się chorób przewlekłych, pomocy w nagłych zachorowaniach i poradnictwa ogólnomedycznego. Usługa zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej i/lub monitorowania leczenia. Opłata za realizowaną konsultację lekarza objętą zakresem Pakietu, wynosi **20 zł**.

Wizyty bez skierowania dla Ubezpieczonych od 18 r. ż. dotyczą następujących konsultacji lekarzy z zakresu:

- alergologii
- chirurgii ogólnej
- dermatologii
- endokrynologii
- gastroenterologii
- ginekologii
- kardiologii
- laryngologii
- neurologii
- okulistyki
- ortopedii
- urologii

Wizyty bez skierowania dla Ubezpieczonych do 18 r. ż. dotyczą następujących konsultacji lekarzy z zakresu:

- chirurgii ogólnej
- neurologii
- okulistyki
- ortopedii

Wizyty ze skierowaniem od lekarzy podstawowej opieki medycznej lub konsultacji specjalistycznych z placówek wskazanych przez Ubezpieczyciela dotyczą następujących konsultacji lekarzy z zakresu:

- alergologii
- dermatologii

- kardiologii
- laryngologii
- urologii

Uwaga: Usługa nie obejmuje konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego oraz konsultacje u lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji oraz lekarzy dyżurnych.

Rozszerzone konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne

Usługi w formie drobnych zabiegów lub badań, wykonywane w placówkach wskazanych przez Ubezpieczyciela w warunkach ambulatoryjnych przez lekarza, podczas właściwej dla zabiegu konsultacji lekarskiej lub po konsultacji lekarskiej. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych i związany z tym dostęp do użytych podczas zabiegu, bezpłatnych materiałów i środków medycznych takich jak: opatrunki tradycyjne z gazy lub waty, bandaże, venflony, strzykawki, waciki, plastry, igły, środki dezynfekujące, surowica – antytoksyna tężcowa, szwy i nici chirurgiczne, uzależniony jest od zakresu konsultacji lekarzy, do których Ubezpieczony jest uprawniony w ramach ubezpieczenia i dostępności zabiegu w wyznaczonej placówce medycznej. W ramach usługi dostępne jest znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchniowe.

Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne obejmują:

Zabiegi ambulatoryjne ogólnolekarskie:

- ✓ Mierzenie RR / ciśnienia
- ✓ Pomiar wzrostu i wagi ciała
- ✓ Usunięcie kleszcza - niechirurgiczne

Zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne:

- ✓ Szycie rany do 3 cm
- ✓ Oczyszczenie /wycięcie rany
- ✓ Założenie /zmiana/usunięcie - opatrunek mały
- ✓ Założenie /zmiana/usunięcie - opatrunek duży
- ✓ Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach wykonywanych w placówkach własnych Zleceniobiorcy

Zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:

- ✓ Płukanie ucha
- ✓ Usunięcie ciała obcego z nosa/ ucha
- ✓ Proste opatrunki laryngologiczne
- ✓ Usunięcie tamponady nosa
- ✓ Zaopatrzenie krwotoku z nosa dwie strony
- ✓ Zaopatrzenie krwotoku z nosa jedna strona
- ✓ Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonywanych w placówkach własnych Zleceniobiorcy

Zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:

- ✓ Badanie dna oka
- ✓ Dobór szkieł korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową)
- ✓ Gonioskopia (ocena kąta przesączania)
- ✓ Usunięcie ciała obcego z oka
- ✓ Pomiar ciśnienia śródgałkowego
- ✓ Płukanie kanalików łzowych

Zabiegi ambulatoryjne ortopedyczne:

- ✓ Nastawienie zwichnięcia lub złamania
- ✓ Przygotowanie gips tradycyjny – opaska
- ✓ Założenie gipsu
- ✓ Zdjęcie gipsu kończyna dolna
- ✓ Zdjęcie gipsu kończyna górna
- ✓ Założenie/zmiana/usunięcie - opatrunek mały
- ✓ Założenie/zmiana/usunięcie - opatrunek duży

Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne:

- ✓ Pobranie standardowej cytologii z szyjki macicy

Zabiegi ambulatoryjne pielęgniarские:

- ✓ Iniekcja dożylna
- ✓ Iniekcja podskórna/domięśniowa
- ✓ Kroplówka w sytuacji dorażnej
- ✓ Podanie leku doustnego w sytuacji dorażnej
- ✓ Pomiar temperatury ciała (bez skierowania lekarza)
- ✓ Założenie/zmiana/usunięcie - opatrunek mały
- ✓ Założenie/zmiana/usunięcie - opatrunek duży

- ✓ Pobranie krwi
- ✓ Mierzenie RR / ciśnienia (bez skierowania lekarza)
- ✓ Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania lekarza)

Rozszerzone badania diagnostyczne

W zakres usługi wchodzi poniżej wymienione badania diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i czynnościowej wykonywane w placówkach wskazanych przez Ubezpieczyciela, na podstawie skierowania wystawionego podczas konsultacji lekarza podstawowej opieki medycznej lub specjalistycznej konsultacji lekarza wyłącznie ze wskazań medycznych w przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego prowadzonego w placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela. Liczba wykonywanych badań diagnostycznych jest nielimitowana.

Badania laboratoryjne (o ile nie zaznaczono inaczej, nie obejmują testów paskowych):

hematologiczne wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- OB / ESR
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny

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

- CRP ilościowo
- Transaminaza GPT / ALT
- Transaminaza GOT / AST
- Amylaza / Amylase
- Albumin / Albuminy
- APTT
- Białko całkowite / Total Protein
- Bilirubina bezpośrednia / D.Bilirubin
- Chlorki / Cl
- Cholesterol całkowity
- HDL Cholesterol
- LDL Cholesterol
- LDH - dehydrogen. mlecz.
- Fosfataza zasadowa / Alkaline Phosphatase
- Fosfataza kwaśna
- Fosfataza kwaśna steczowa
- Ferrytyna / Ferritin
- Fibrynogen
- Fosfor / P
- GGTP
- Glukoza / Glucose na czczo
- Immunoglobulin IgE (IgE całkowite)
- Kreatynina / Creatinine
- Kwas moczowy / Uric acid
- Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)
- Magnez / Mg
- Mocznik / Azot Mocznikowy / BUN
- Proteinogram
- Potas / K
- Sód / Na
- Trójglicerydy / Triglycerides
- Wapń / Ca
- Żelazo / Fe
- TSH / hTSH

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

- HBs Ag / przeciwciała
- HCV Ab / przeciwciała

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

- Mocz - badanie ogólne

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

- Posiew moczu
- Posiew moczu w kierunku grzybów drożdż.
- Kał posiew ogólny

- Antybiogram do posiewu - mocz

badania kału wraz z pobraniem materiału do badania:

- Kał badanie ogólne

badania cytologiczne wraz z pobraniem materiału do badania:

- Standardowa cytologia szyjki macicy

Badania rentgenowskie w cenie 20 zł za badanie:

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

- Rtg barku / ramienia - osiowe lewego
- Rtg barku / ramienia - osiowe obu
- Rtg barku / ramienia - osiowe prawego
- Rtg barku / ramienia AP + bok lewego
- Rtg barku / ramienia AP + bok obu - zdjęcie porównawcze
- Rtg barku / ramienia AP + bok prawego
- Rtg barku / ramienia AP lewego
- Rtg barku / ramienia AP obu - zdjęcie porównawcze
- Rtg barku / ramienia AP prawego
- Rtg barku AP + osiowe
- Rtg czaszki kanały nerwów czaszkowych
- Rtg czaszki oczodoły
- 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 czynnościowe kręgosłupa lędźwiowego
- Rtg czynnościowe kręgosłupa szyjnego
- Rtg jamy brzusznej na leżąco
- Rtg jamy brzusznej na stojąco
- Rtg klatki piersiowej
- 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 śródstopia
- Rtg kości udowej AP + bok lewej
- Rtg kości udowej AP + bok prawej
- 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 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 kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego
- Rtg kręgosłupa w pozycji stojącej
- Rtg łokcia / przedramienia lewego AP + bok
- Rtg łokcia / przedramienia obu AP + bok
- Rtg łokcia / przedramienia prawego AP + bok
- Rtg miednicy i stawów biodrowych
- Rtg mostka AP
- Rtg mostka/boczne klatki piersiowej
- Rtg nadgarstka boczne lewego
- Rtg nadgarstka boczne obu
- Rtg nadgarstka boczne prawego
- Rtg nadgarstka/dłoni PA + bok/skos lewego
- Rtg nadgarstka/dłoni PA + bok/skos obu
- Rtg nadgarstka/dłoni PA + bok/skos prawego
- Rtg noso - gardła

- Rtg obu nadgarstków/dłoni PA + bok/skos
- Rtg oczodolów + boczne (2 projekcje)
- Rtg palca/palców stopy AP + bok/skos lewej
- Rtg palca/palców stopy AP + bok/skos prawej
- Rtg palec/palce PA + bok / skos lewej ręki
- Rtg palec/palce PA + bok / skos obu rąk
- Rtg palec/palce PA + bok / skos prawej ręki
- Rtg pięty + osiowe
- Rtg pięty boczne
- Rtg podudzia (goleni) AP + bok lewego
- Rtg podudzia (goleni) AP + bok obu
- Rtg podudzia (goleni) AP + bok prawego
- Rtg przedramienia lewego AP + bok
- Rtg przedramienia obu przedramion AP + bok
- Rtg przedramienia prawego AP + bok
- Rtg ręki bok- lewa
- Rtg ręki bok- prawa
- Rtg ręki PA lewa
- Rtg ręki PA obu
- Rtg ręki PA prawa
- Rtg rzepki osiowe lewej
- Rtg rzepki osiowe obu
- Rtg rzepki osiowe obu w 2 ustawieniach
- Rtg rzepki osiowe obu w 3 ustawieniach
- Rtg rzepki osiowe prawej
- Rtg stawu biodrowego AP lewego
- Rtg stawu biodrowego AP obu
- Rtg stawu biodrowego AP prawego
- Rtg stawu biodrowego osiowe lewego
- Rtg stawu biodrowego osiowe prawego
- Rtg stawu kolanowego AP + bok lewego
- Rtg stawu kolanowego AP + bok obu
- Rtg stawu kolanowego AP + bok prawego
- Rtg stawu kolanowego boczne
- RTG stawu łokciowego
- Rtg stawu skokowo - goleniowego AP + bok lewego

- Rtg stawu skokowo - goleniowego AP + bok obu
- Rtg stawu skokowo - goleniowego AP + bok prawego
- Rtg stopy AP + bok/skos lewej
- Rtg stopy AP + bok/skos obu
- Rtg stopy AP + bok/skos prawej
- Rtg stóp AP (porównawczo)
- Rtg uda + podudzia
- Rtg zatok przynosowych
- Rtg żeber (1 strona) w 2 skosach

Badania ultrasonograficzne w cenie 20 zł za badanie:
(obejmuje projekcje 2D bez badania genetycznego)

- USG jamy brzusznej
- USG ginekologiczne transwaginalne
- USG piersi
- USG ciąży transwaginalne
- USG ciąży

Badania elektrokardiograficzne w cenie 20 zł za badanie:

- Badanie EKG - spoczynkowe
- Badanie EKG – spoczynkowe dzieci
- Założenie Holtera EKG w gabinecie
- Założenie Holtera RR w gabinecie

Inne badania diagnostyczne w cenie 20 zł za badanie:

- Komputerowe pole widzenia
- Mammografia

Uwaga: W związku z rozwojem technologii nazwy lub metody wykonania poszczególnych badań diagnostycznych mogą ulegać zmianie, co nie będzie ograniczać zakresu usług określonych w niniejszej polisie. Jeżeli efektem zastosowania nowej metody, będzie rozszerzenie w/w zakresu usług, to usługi wynikające z rozszerzenia zakresu, nie będą objęte ubezpieczeniem.

Załącznik nr 2 do SWU nr SWU/G/001/2014_MAK

Wysokość Składek za dany Pakiet i Typ ubezpieczenia:

Pakiet ubezpieczenia	Typ indywidualny	Typ partnerski	Typ rodzinny
SuperPolisa.pl Podstawowy Kod: PUB2014C_MAK_PDST	49,90 zł	87,50 zł	-
SuperPolisa.pl Rozszerzony Kod: PUB2014C_MAK_ROZSZ	75,00 zł	137,50 zł	225,00 zł