

Ubezpieczenie kosztów leczenia Medi – Care



Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Polsce, ul. Noakowskiego 22, 00-668 Warszawa, numer zezwolenia Ministra Finansów DU/905/A/KP/93 z 5 listopada 1993 roku

Produkt: **Ubezpieczenie kosztów leczenia Medi – Care**

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podawane są w innych dokumentach w tym w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Kosztów Leczenia Medi - Care zatwierdzonych uchwałą nr 03/01/09/2020 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 01.09.2020 roku.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie kosztów leczenia Medi - Care to ubezpieczenie zdrowotne umożliwiające bezgotówkową realizację świadczeń medycznych w prywatnych placówkach medycznych. Realizacja świadczeń medycznych odbywa się w placówkach dedykowanych przez InterRisk do obsługi Ubezpieczonych wskazanych na stronie www.intrrisk.pl. Koszty udzielonych świadczeń pokrywa InterRisk bezpośrednio na konto Partnera Medycznego.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ koszty świadczeń medycznych, a także świadczenia assistance, powstałe w okresie ubezpieczenia w związku z leczeniem chorób i następstw nieszczęśliwych wypadków oraz pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w okresie ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia:

- ✓ górną granicę odpowiedzialności InterRisk w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych stanowią koszty świadczeń medycznych w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia,
- ✓ w wariantach SZAFIR Z DOPŁATĄ oraz RUBIN Z DOPATĄ górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela stanowią koszty świadczeń medycznych, w wysokości określonej w cenniku usług Partnera Medycznego dostępnego w placówkach medycznych i na stronie www.enel.pl pomniejszone o udział własny Ubezpieczonego,
- ✓ w ubezpieczeniu pobytu w szpitalu suma ubezpieczenia stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia oraz 60 dni pobytu w szpitalu i wynosi maksymalnie 6 000 zł,
- ✓ w ubezpieczeniu świadczeń assistance, suma ubezpieczenia określona jest kwotowo i wynosi maksymalnie 5 000 zł.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ kosztów leków i środków medycznych za wyjątkiem użytych w nagłych przypadkach dla ratowania życia oraz niezbędnych do przeprowadzenia standardowych badań profilaktycznych i specjalistycznych,
- ✗ InterRisk nie odpowiada za koszty świadczeń medycznych leczenia stomatologicznego określonego w pkt 19.8 Katalogu Świadczeń Medycznych jeżeli Ubezpieczony po uzyskaniu od lekarza Partnera Medycznego zaświadczenia o sanacji jamy ustnej nie stosował się do zaleceń lekarza stomatologa określonych w tym zaświadczeniu oraz okresowego przeglądu jamy ustnej raz w ciągu 6 miesięcy, chyba że nie miało to wpływu na zaistnienie wypadku ubezpieczeniowego,
- ✗ InterRisk nie odpowiada za koszty badań diagnostycznych koniecznych do przeprowadzenia leczenia w szpitalu niestanowiącym placówki Partnera Medycznego lub placówki współpracującej z Partnerem Medycznym w przypadku, gdy Ubezpieczony ma skierowanie na planowe leczenie operacyjne, do pokrycia których zobowiązany jest taki szpital zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

- ✗ Zakres świadczeń assistance nie obejmuje m.in.

- zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- świadczeń udzielonych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Assistance, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, chyba że brak powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Assistance nastąpił z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego,
- kosztów transportu leków nie zaleconych przez lekarza prowadzącego leczenie.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

InterRisk nie odpowiada w szczególności za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:

- ! umyślnym popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
- ! popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia się przez Ubezpieczonego,
- ! działaniem energii jądrowej, odpadów radioaktywnych, bądź materiałów wybuchowych,
- ! strajkami, działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami, sabotażem, a także aktami terroru,
- ! epidemią, pandemią,
- ! wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem, uszkodzeniami okołoporodowymi (efektów deformacji fizycznych) lub mającymi charakter dziedziczny,
- ! zmianą płci, leczeniem następstw uczestnictwa Ubezpieczonego w badaniach i eksperymentach medycznych,
- ! leczeniem i diagnostyką niepłodności,
- ! zatruciem alkoholem, substancjami odurzającymi i lekami stosowanymi niezgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- ! pozostawianiem przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ na terytorium RP



Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

- w razie powstania potrzeby realizacji świadczeń medycznych w ramach ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych, Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się lub zgłosić się do placówki Partnera Medycznego w celu uzyskania świadczenia oraz zastosować się do zaleceń i wskazówek personelu medycznego Partnera Medycznego lub placówki współpracującej w zakresie uzasadnionym realizowanym świadczeniem zdrowotnym, odwołać zarezerwowane wizyty na świadczenia medyczne w przypadku braku możliwości lub potrzeby skorzystania z nich w umówionym terminie,
- w razie konieczności skorzystania ze świadczeń medycznych w ramach ubezpieczenia pobytu w szpitalu Ubezpieczony zobowiązany jest: niezwłocznie zgłosić się do lekarza i zastosować się do jego zaleceń, złożyć zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w dowolnej jednostce organizacyjnej InterRisk, o ile stan zdrowia na to pozwala, nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji,
- w razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową InterRisk w ramach świadczeń assistance, Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się z Centrum Assistance (numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia).



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę należy opłacić w wysokości, formie (gotówka lub przelew) i terminach określonych w umowie ubezpieczenia.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres dwunastu miesięcy.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie jako początek ochrony ubezpieczeniowej (okresu ubezpieczenia), jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub pierwszej raty składki. W przypadku kosztów operacji chirurgii „Jednego dnia” obowiązuje okres karencji wynoszący 120 dni, a w przypadku kosztów rehabilitacji ambulatoryjnej okres karencji wynosi 60 dni.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- a) z dniem upływu okresu ubezpieczenia, odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy ubezpieczenia,
- b) w przypadku opłacenia składki w ratach – jeżeli po upływie terminu płatności raty InterRisk wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od daty otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialność InterRisk, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w tym terminie – z dniem upływu tego terminu,
- c) wobec Ubezpieczonego z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia,
- d) wobec Ubezpieczonego z dniem jego zgonu,
- e) wobec Ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia rodzinnego – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym InterRisk otrzymał oświadczenie o wystąpieniu Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia rodzinnego.



Jak rozwiązać umowę?

Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia.

Konsument, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. W przypadku odstąpienia przez konsumenta od umowy ubezpieczenia InterRisk przysługuje wyłącznie część składki obliczonej proporcjonalnie za każdy dzień udzielania przez InterRisk ochrony ubezpieczeniowej.

InterRisk może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia, z ważnych powodów wskazanych w §10 ust. 6 Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Kosztów Leczenia Medi Care.

SPIS TREŚCI

Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej	rewers str. 1
POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE	1
DEFINICJE	1
PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA	4
ZAKRES UBEZPIECZENIA	4
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	4
SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY	5
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	5
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	6
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	6

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	6
PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY	7
ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA	8
SKARGI I REKLAMACJE	9
POSTANOWIENIA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO UMÓW UBEZPIECZENIA NA ODLEGŁOŚĆ W ROZUMIENIU USTAWY O PRAWACH KONSUMENTA	10
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	10
KATALOG ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH WARIANTY: OPAL, SZAFIR, SZAFIR Z DOPLATĄ, RUBIN, RUBIN Z DOPLATĄ, SZMARAGD, DIAMENT	11
UBEZPIECZENIE ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE	28

POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE

§1

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia kosztów leczenia Medi-Care, zwane dalej „**OWU**” mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółkę Akcyjną Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000054136, prowadzącą działalność ubezpieczeniową i reasekuracyjną w oparciu o zezwolenie Ministra Finansów DU/905/A/KP/93 z 5 listopada 1993 roku zwaną dalej „**Ubezpieczycielem**” z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nie będącymi osobami prawnymi prowadzącymi działalność gospodarczą.
2. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć także na cudzy rachunek, z tym że Ubezpieczony imiennie wskazany jest w umowie ubezpieczenia. Zarzuty mające wpływ na odpowiedzialność Ubezpieczyciela może on podnieść także przeciwko Ubezpieczonemu.
3. Do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone, za zgodą stron, postanowienia dodatkowe lub odmienne, z tym że różnice między niniejszymi OWU, a treścią umowy Ubezpieczyciel przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
4. Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, w tym przepisy kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

DEFINICJE

§2

W rozumieniu niniejszych OWU przez poniższe określenia, użyte w OWU lub wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, polisie lub innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia, a także innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z umową ubezpieczenia, uważa się:

- 1) **akty terroru** – nielegalne działania i akcje organizowane z pobudek ideologicznych, religijnych, politycznych lub społecznych, indywidualne lub grupowe, prowadzone przez osoby działające samodzielnie lub na rzecz, bądź z ramienia jakiegokolwiek organizacji lub rządu, skierowane przeciwko osobom, obiektom lub społeczeństwu, mające na celu wywarcie wpływu na rząd, wprowadzenie chaosu, zastraszanie ludności i dezorganizację życia publicznego przy użyciu przemocy lub groźby użycia przemocy,
- 2) **badanie profilaktyczne** – kompleksowa usługa medyczna udzielana Ubezpieczonemu w placówce Partnera Medycznego, obejmująca profilaktyczne badania laboratoryjne i diagnostyczne. Szczegółowy zakres badań określony jest w Katalogu Świadczeń Medycznych stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszych OWU,
- 3) **Centrum Assistance** – jednostka organizacyjna wskazana przez Ubezpieczyciela (numer telefonu podawany jest przy zawieraniu umowy ubezpieczenia), która na zlecenie Ubezpieczyciela udziela świadczeń assistance,
- 4) **Centrum Telemedycyny** – jednostka organizacyjna wskazana przez Ubezpieczyciela (szczegółowe dane podane są w załączniku nr 1 do OWU), która na zlecenie InterRisk organizuje e-wizyty,

- 5) **choroba** – zaburzenia w funkcjonowaniu narządów lub organów ciała Ubezpieczonego, niezależne od niczyjej woli, co do których lekarz może postawić diagnozę wymagającą leczenia, diagnostyki lub rehabilitacji,
- 6) **choroba psychiczna** – zgodnie z diagnozą lekarza prowadzącego leczenie choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenie psychiczne i zaburzenia zachowania, w tym w szczególności depresja i nerwica (kod ICD:F00-F99),
- 7) **działalność gospodarcza** – zorganizowana działalność zarobkowa, wykonywana we własnym imieniu i w sposób ciągły w rozumieniu ustawy prawo przedsiębiorców w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 8) **dziecko Ubezpieczonego** – każde dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko w pełni, bądź nie w pełni przez niego przysposobione,
 - a) w wieku do 18 lat,
 - b) w wieku do 25 lat, w przypadku uczęszczania do szkoły publicznej lub niepublicznej (w tym uczelni wyższej), znajdującej się na terytorium Rzeczypospolitej Polski, w trybie dziennym, zaocznym lub wieczorowym, w rozumieniu ustawy o systemie oświaty w brzmieniu obowiązującym na dzień zawarcia umowy, ustawy prawo oświatowe w brzmieniu obowiązującym na dzień zawarcia umowy oraz ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym w brzmieniu obowiązującym na dzień zawarcia umowy, z wyłączeniem kursów oraz kształcenia korespondencyjnego,
- 9) **e-wizyty** – usługa umożliwiająca uzyskanie porady medycznej za pośrednictwem Centrum Telemedycyny na zlecenie Ubezpieczyciela i realizowane drogą elektroniczną w formie:
 - a) czatu internetowego – wymiana krótkich informacji tekstowych,
 - b) telekonferencji – przekazu audio,
 - c) wideokonferencji – przekazu audiowizualnego.W ramach e-wizyty specjalista może udzielić porady profilaktycznej, postawić wstępną diagnozę, zinterpretować wyniki badań lekarskich, przedłużyć receptę, wystawić skierowanie na podstawowe badania laboratoryjne. Nielimitowany dostęp w ramach wariantu do danego specjalisty gwarantuje tożsamy dostęp do e-wizyty, w ramach grafików e-wizyt udostępnionych w systemie on-line,
- 10) **Infolinia medyczna** – usługa, świadczona całodobowo przez Partnera Medycznego, umożliwiająca Ubezpieczonemu uzyskanie informacji medycznych, w tym o możliwości skorzystania z usług Partnera Medycznego (numer telefonu podany jest na na polisie),
- 11) **kaarencja** – ustalony w OWU okres, w czasie którego zajście zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia nie powoduje odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
- 12) **lekarz** – osoba posiadająca formalnie potwierdzone kwalifikacje zgodnie z wymogami prawa obowiązującego w kraju, w którym świadczy usługi, wykonująca zawód w zakresie swoich uprawnień, i kwalifikacji, niebędąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub osobą bliską dla Ubezpieczonego,
- 13) **lekarz Centrum Assistance** – lekarz zatrudniony lub współpracujący z Centrum Assistance,
- 14) **materiały wybuchowe** – substancje chemiczne stałe lub ciekłe albo

**Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy
o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§2, §3, §4, §9, §10, §13, §14, §15, §16, §17 Załącznik nr 1 - Katalog Świadczeń Medycznych, Załącznik nr 2 - Ubezpieczenie świadczeń Assistance §1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§5, §6, §9 ust. 5 i 6, §12 ust. 2, §20 ust. 3 i 4, Załącznik nr 2 - Ubezpieczenie świadczeń Assistance §1
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

- mieszaniny substancji zdolne do reakcji chemicznej z wytwarzaniem gazu o takiej temperaturze i ciśnieniu, i z taką szybkością, że mogą powodować zniszczenia w otaczającym środowisku, a także wyroby wypełnione materiałem wybuchowym, w rozumieniu ustawy o wykonywaniu działalności gospodarczej w zakresie wytwarzania i obrotu materiałami wybuchowymi, bronią, amunicją oraz wyrobami i technologią o przeznaczeniu wojskowym i policyjnym w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, a także ustawy o materiałach wybuchowych przeznaczonych do użytku cywilnego w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 15) **narkotyki** – substancje psychotropowe oraz środki zastępcze, o których mowa pkt 33) i 37),
- 16) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek którego Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała,
- 17) **ocena ryzyka** – procedura ustalona i stosowana przez Ubezpieczyciela przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej lub grupy osób, mającą wpływ na wysokość składki i zakres ochrony ubezpieczeniowej, uwzględniająca: wysokość sumy ubezpieczenia, wiek i stan zdrowia,
- 18) **ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Ubezpieczyciela do spełnienia świadczenia, w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w umowie ubezpieczenia, za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność,
- 19) **odpady radioaktywne** – odpady promieniotwórcze: stałe, ciekłe lub gazowe, zawierające substancje promieniotwórcze, w rozumieniu ustawy prawo atomowe w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 20) **okresowy przegląd stomatologiczny** – konsultacja lekarza stomatologa w zakresie stomatologii zachowawczej i chirurgii stomatologicznej obejmująca badanie lekarskie, zalecenia co do leczenia i profilaktyki,
- 21) **operacja chirurgii „Jednego dnia”** – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wymieniony wyłącznie w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU, wykonany w niezuczeniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, przez uprawnionego lekarza Partnera Medycznego, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub układu, wykonany podczas pobytu na oddziale szpitalnym, trwającym maksymalnie do 72 godzin liczonych od godziny przyjęcia Ubezpieczonego na oddział szpitalny Partnera Medycznego,
- 22) **osoba bliska** – małżonek, dziecko, partner, rodzeństwo, matka, ojciec, ojczym, macocha, pasierb, pasierbica, teść, teściowa, zięć, synowa, przysposabiający i przysposobiony Ubezpieczonego, opiekun ustanowiony przez sąd opiekuńczy,
- 23) **osoba trwale niezdolna do pracy** – osoba, która zgodnie z orzeczeniem lekarzy orzeczników i komisji lekarskich Zakładu Ubezpieczeń Społecznych utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu,
- 24) **osoba wymagająca stałej opieki** – osoba z naruszeniem sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej opieki lub pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych (samodzielne przemieszczanie się, jedzenie, ubieranie, mycie, robienie zakupów artykułów niezbędnych do życia, sprzątanie miejsca zamieszkania, ogrzewanie miejsca zamieszkania),
- 25) **pandemia** – epidemia danej choroby zakaźnej występująca w tym samym czasie w różnych krajach i na różnych kontynentach, w rozumieniu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO),
- 26) **partner** – osoba fizyczna pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia pod warunkiem, iż Ubezpieczony oraz partner nie pozostają w związku małżeńskim z innymi osobami, wskazana imiennie w umowie ubezpieczenia,
- 27) **Partner Medyczny** – Centrum Medyczne ENEL-MED S.A., z którym Ubezpieczyciel zawarł umowę, w której zlecił realizację świadczeń medycznych na rzecz Ubezpieczonych,
- 28) **pobyt w szpitalu** – pobyt Ubezpieczonego na oddziale szpitalnym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który rozpoczął się w okresie ubezpieczenia, służący przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w okresie ubezpieczenia, trwający przez co najmniej dwa dni. Za dzień pobytu w szpitalu uważa się również dzień przyjęcia do szpitala i dzień wypisu ze szpitala. Gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia, pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, pod warunkiem że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia,
- 29) **pojazd** – samochód osobowy, samochód ciężarowy, autobus, pociąg, tramwaj, trolejbus,
- 30) **pozostawanie pod wpływem alkoholu** – pozostawanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi:
- od 0,2 ‰ alkoholu we krwi
 - lub
 - od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³ w wydychanym powietrzu,
- 31) **rozruchy i zamieszki** – demonstracje i starcia uliczne, będące wyrazem buntu przeciwko władzy państwowej,
- 32) **sanacja jamy ustnej** – wyrażenie określające doprowadzenie do stanu całkowitego wyleczenia jamy ustnej,
- 33) **substancja psychotropowa** – każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie substancji psychotropowych stanowiącym załącznik nr 2 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 34) **sporty wysokiego ryzyka** – bouldering, wspinaczka skalna, wspinaczka lodowa, taternictwo, alpinizm, himalaizm, skialpinizm, trekking, zjazdy ekstremalne na nartach, freestyle, freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje narciarskie i snowboardowe, rafting, canyoning, hydrospeed, kajakerstwo górskie, szymbonictwo spadochroniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, baloniarstwo, pilotowanie samolotów lub śmigłowców, zorbing, skoki z/na bungee, nurkowanie, parkour, freerun, buggykiting, windsurfing, quady, kitesurfing, żegluga poza wodami terytorialnymi w odległości powyżej 12 mil morskich od brzegu, kolarstwo ekstremalne, kolarstwo górskie, jeździectwo, speleologia, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, rajdy pojazdów lądowych, wodnych lub powietrznych, heliskiing, heliboarding, freefall, downhill, b.a.s.e. jumping, dream jumping oraz zjazdy na nartach lub snowboardzie poza wyznaczonymi trasami, jazda na nartach wodnych oraz sporty, w których wykorzystywane są pojazdy przeznaczone do poruszania się po śniegu lub lodzie,
- 35) **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczeń szpitalnych, w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 36) **środek odurzający** – substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 37) **środek zastępczy** – substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym lub produkt, roślina, grzyb lub jego część, zawierające taką substancję, używane zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 38) **świadczenie** – kwota pieniężna wypłacana Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela w przypadku uznania roszczenia powstałego w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w §4 ust. 1 pkt 2), które jest objęte odpowiedzialnością ubezpieczeniową Ubezpieczyciela,
- 39) **świadczenia medyczne** – wykonane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezbędne z medycznego punktu widzenia świadczenia objęte umową ubezpieczenia, określone w Katalogu Świadczeń Medycznych stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszych OWU,

udzielane Ubezpieczonemu w związku z chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem oraz świadczenia związane z prowadzeniem ciąży określone szczegółowo w Katalogu Świadczeń Medycznych stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszych OWU,

- 40) **Ubezpieczający** – jeden z podmiotów, o których mowa w §1 ust. 1, zawierający umowę ubezpieczenia i zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej,
- 41) **ubezpieczenie indywidualne** – umowa ubezpieczenia zawierana przez Ubezpieczyciela z Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonego wskazanego imiennie w umowie ubezpieczenia (polisie), który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ukończył 4 rok życia,
- 42) **ubezpieczenie rodzinne** – ubezpieczenie zawierane przez Ubezpieczyciela z Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych:
- osoby fizycznej i jej współmałżonka lub partnera,
 - osoby fizycznej i jej dziecka,
 - osoby fizycznej i jej współmałżonka lub partnera oraz ich dzieci, wskazanych imiennie w umowie ubezpieczenia (polisie),
- 43) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, pod warunkiem iż osoba ta w dniu złożenia Ubezpieczycielowi wniosku ubezpieczeniowego, o którym mowa w §7 ust. 1 nie ukończyła 80 roku życia, a w przypadku umowy ubezpieczenia rodzinnego także jej małżonek lub partner i dzieci,
- 44) **udział własny** – część wartości kosztów świadczeń medycznych nieobjętych odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, wyrażona kwotowo i określona w Załączniku nr 1 do OWU, której wartość pomniejsza przysługujące Ubezpieczonemu świadczenie,
- 45) **wizyty domowe** – wizyty świadczone przez lekarza internistę lub lekarza medycyny rodzinnej, a w przypadku ubezpieczenia rodzinnego pediatrę lub lekarza medycyny rodzinnej. Szczegółowe zasady dotyczące świadczenia wizyt domowych - zasięg terytorialny w obrębie którego Partner Medyczny świadczy wizyty domowe określone są w Załączniku nr 1 do OWU. Konsultant Infolinii Medycznej uzgadnia z Ubezpieczonym godziny wizyty domowej/wizyt domowych,
- 46) **wypadek komunikacyjny** – nagłe zdarzenie wywołane ruchem pojazdu, niezależne od woli Ubezpieczonego będącego pasażerem pojazdu, osobą kierującą pojazdem lub pieszym, które było wyłączną przyczyną uszkodzeń ciała Ubezpieczonego,
- 47) **zaświadczenie o sanacji jamy ustnej** – zaświadczenie wystawione przez lekarza stomatologa Partnera Medycznego o całkowitym wyleczeniu jamy ustnej oraz określające zalecenia lekarza do systematycznej kontroli jamy ustnej.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§3

Przedmiotem ubezpieczenia są koszty świadczeń medycznych, a także świadczenia assistance, powstałe w okresie ubezpieczenia w związku z leczeniem chorób i następstw nieszczęśliwych wypadków oraz pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w okresie ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§4

- Zakres ubezpieczenia może obejmować:
 - koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU,
 - świadczenie w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem określone w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU,
 - świadczenia assistance określone w Załączniku nr 2 do niniejszych OWU.
- Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, umowa ubezpieczenia może być zawarta w wariantach:
 - OPAL obejmującym koszty świadczeń medycznych określonych w Załącz-

niku nr 1 do niniejszych OWU dla wariantu OPAL,

- SZAFIR obejmującym koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU dla wariantu SZAFIR,
 - SZAFIR Z DOPLATĄ obejmującym koszty świadczeń medycznych pomniejszone o udział własny Ubezpieczonego, określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU dla wariantu SZAFIR Z DOPLATĄ,
 - RUBIN obejmującym koszty świadczeń medycznych pomniejszone o udział własny Ubezpieczonego, określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU dla wariantu RUBIN,
 - RUBIN Z DOPLATĄ obejmującym koszty świadczeń medycznych pomniejszone o udział własny Ubezpieczonego, określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU dla wariantu RUBIN Z DOPLATĄ,
 - SZMARAGD – obejmującym koszty świadczeń medycznych określone w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU dla wariantu SZMARAGD,
 - DIAMENT – obejmującym koszty świadczeń medycznych określone w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU dla wariantu DIAMENT.
- Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, umowa ubezpieczenia w wariantach określonych w ust. 2 pkt 1)-7) może zostać rozszerzona o ubezpieczenie określone w ust. 1 pkt 2 i ust. 1 pkt 3, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
 - Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, umowa ubezpieczenia w wariantach określonych w ust. 2 pkt 4)-7) może zostać rozszerzona o świadczenie w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem określone w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU.
 - Ubezpieczyciel pokrywa koszty świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 1) do 3), jeżeli są one niezbędne z medycznego punktu widzenia. Oceny zasadności świadczenia pod kątem jego niezbędności z medycznego punktu widzenia dokonuje, w oparciu o aktualną wiedzę medyczną oraz wskazania medyczne, specjalista zlecający lub udzielający świadczenia.
 - Wizyta u lekarza specjalisty nie wymaga skierowania. Świadczenia medyczne z zakresu badań diagnostycznych wymagają skierowania od lekarza Partnera Medycznego.
 - Zmiana zakresu ubezpieczenia w czasie trwania umowy ubezpieczenia może nastąpić na pisemny wniosek Ubezpieczającego i wymaga zgody Ubezpieczyciela oraz zawarcia aneksu do obowiązującej umowy ubezpieczenia.
 - Umowa ubezpieczenia w wariantach SZAFIR Z DOPLATĄ oraz RUBIN Z DOPLATĄ może być zawarta z zastosowaniem udziału własnego za odpowiednio zmniejszoną składkę.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§5

- Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:
 - umyślnym popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia się przez Ubezpieczonego,
 - działaniem energii jądrowej, odpadów radioaktywnych, bądź materiałów wybuchowych,
 - działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami, sabotażem, a także aktami terroru,
 - strajkami,
 - prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego będącego kierowcą pojazdu, nieposiadającego wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeżeli pojazd nie był zarejestrowany lub nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do danego pojazdu istnieje wymóg rejestracji lub dokonania okresowych badań technicznych, chyba że brak wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, brak zarejestrowania pojazdu lub stan techniczny pojazdu nie miał wpływu na zajście wypadku,
 - wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,

uszkodzeniami okołoporodowymi (efektów deformacji fizycznych) lub mającymi charakter dziedziczny,

- 8) zmianą płci,
- 9) pozostawianiem przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, z wyłączeniem przypadków zażycia przez Ubezpieczonego tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza, o ile pozostawanie pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych przez Ubezpieczonego miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku lub choroby,
- 10) epidemii w rozumieniu ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 11) leczeniem następstw uczestnictwa Ubezpieczonego w badaniach i eksperymentach medycznych,
- 12) leczeniem i diagnostyką niepłodności,
- 13) zatruciem alkoholem, substancjami odurzającymi i lekami stosowanymi niezgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- 14) pandemią.

2. Zakres świadczeń assistance nie obejmuje:

- 1) zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 2) świadczeń udzielonych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 3) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Assistance, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, chyba że brak powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Assistance nastąpił z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego,
 - 4) kosztów transportu leków nie niezaleconych przez lekarza prowadzącego leczenie.
- 3. Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów leków i środków medycznych za wyjątkiem użytych w nagłych przypadkach dla ratowania życia oraz uznanych przez lekarza za niezbędne do przeprowadzenia standardowych badań profilaktycznych i specjalistycznych.**
- 4. Ubezpieczyciel nie odpowiada za koszty świadczeń medycznych leczenia stomatologicznego określonego w pkt 19.8 Katalogu Świadczeń Medycznych, jeżeli Ubezpieczony po uzyskaniu od lekarza Partnera Medycznego zaświadczenia o sanacji jamy ustnej nie stosował się do zaleceń lekarza stomatologa określonych w tym zaświadczeniu oraz okresowego przeglądu jamy ustnej raz w ciągu 6 miesięcy, chyba że nie miało to wpływu na zaistnienie wypadku ubezpieczeniowego.**
- 5. Ubezpieczyciel nie odpowiada za koszty badań diagnostycznych koniecznych do przeprowadzenia leczenia w szpitalu niestanowiącym placówki Partnera Medycznego lub placówki współpracującej z Partnerem Medycznym w przypadku, gdy Ubezpieczony ma skierowanie na planowe leczenie operacyjne, do pokrycia których zobowiązany jest taki szpital zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.**

SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY

§6

- 1. Z zastrzeżeniem ust. 2, górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 1), stanowią koszty świadczeń medycznych, określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU.**
- 2. W przypadku wariantu SZAFIR Z DOPLATĄ oraz RUBIN Z DOPLATĄ górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 1), stanowią koszty świadczeń medycznych, określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU, w wysokości określonej w cenniku usług Partnera Medycznego dostępnego w placówkach medycznych i na stronie www.enel.pl pomniejszone o udział własny.**

- 3. W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 2) niniejszych OWU, suma ubezpieczenia określona jest kwotowo i stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia oraz 60 dni pobytu w szpitalu, o których mowa w §15 ust. 1.**
- 4. W ubezpieczeniu świadczeń assistance, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 3) niniejszych OWU suma ubezpieczenia określona jest kwotowo.**
- 5. Wysokość sum ubezpieczenia, o których mowa w ust. 3 i 4, ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego.**
- 6. Sumy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 3 i 4, określone są w umowie ubezpieczenia i stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela dla danego rodzaju ubezpieczenia.**

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§7

- 1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, który powinien zawierać co najmniej następujące dane:**
 - 1) imię, nazwisko (nazwę) oraz adres (siedzibę) Ubezpieczającego,
 - 2) imię, nazwisko, adres, wiek, PESEL Ubezpieczonego lub datę urodzenia (w przypadku obcokrajowców), jeżeli umowa zawierana jest w formie imiennej na cudzy rachunek,
 - 3) przedmiot i zakres ubezpieczenia,
 - 4) wariant ubezpieczenia,
 - 5) formę ubezpieczenia – ubezpieczenie indywidualne lub rodzinne,
 - 6) propozycję sumy ubezpieczenia w przypadku ubezpieczenia pobytu w szpitalu, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 2) OWU oraz w ubezpieczeniu świadczeń assistance, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 3) OWU,
 - 7) okres ubezpieczenia,
 - 8) informacje na temat stanu zdrowia Ubezpieczonego, o które Ubezpieczyciel zapytał we wniosku,
 - 9) propozycję postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, o ile Ubezpieczający chce je wprowadzić do umowy ubezpieczenia.
- 2. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji, mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, o czym informuje Ubezpieczającego na piśmie.**
- 3. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych określonych w ust. 1 lub ust. 2 albo został sporządzony wadliwie lub niezgodnie z warunkami ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest na wezwanie Ubezpieczyciela odpowiednio go uzupełnić, względnie sporządzić nowy wniosek, w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma od Ubezpieczyciela w tej sprawie. Niedotrzymanie powyższego terminu powoduje, że umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta.**
- 4. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres dwunastu miesięcy, chyba że strony umówiły się inaczej.**
- 5. Umowa ubezpieczenia za zgodą Ubezpieczyciela może zostać kontynuowana na następny 12-miesięczny okres ubezpieczenia na warunkach obowiązujących w dniu jej przedłużenia na podstawie złożonego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, pod warunkiem, że wnioskowana data początku okresu ubezpieczenia rozpoczyna się nie później niż 30 dnia, liczonego od daty zakończenia się poprzedniego okresu ubezpieczenia. Umowa kontynuowana potwierdzona jest w sposób, o którym mowa w ust. 7 niniejszego paragrafu.**
- 6. Okres ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia (polisie).**
- 7. Ubezpieczyciel potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia (polisą).**

§8

- 1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w formie ubezpieczenia indywidualnego lub ubezpieczenia rodzinnego w rozumieniu §2 pkt 41) i 42).**
- 2. Osoby które nie ukończyły 4 roku życia mogą być objęte ochroną ubezpieczeniową, wyłącznie w formie ubezpieczenia rodzinnego,**

w rozumieniu §2 pkt 42).

3. Osoby, które ukończyły 4 rok życia mogą być objęte ochroną ubezpieczeniową w formie ubezpieczenia indywidualnego, w rozumieniu §2 pkt 41) z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Osoby które nie ukończyły 18 roku życia, nie mogą być objęte ochroną ubezpieczeniową w formie ubezpieczenia indywidualnego, w rozumieniu §2 pkt 41) w wariantcie OPAL.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§9

1. W umowie ubezpieczenia określa się datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie jako początek ochrony ubezpieczeniowej (okresu ubezpieczenia), jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub pierwszej raty składki, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5 i 6.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustaje:
 - 1) z dniem upływu okresu ubezpieczenia,
 - 2) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
 - 3) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia, o którym mowa w §10 ust. 2, 3, 5 i 6,
 - 4) w przypadku opłacania składki w ratach – jeżeli po upływie terminu płatności raty Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w tym terminie – z dniem upływu tego terminu,
 - 5) wobec Ubezpieczonego z dniem zgonu Ubezpieczonego,
 - 6) wobec Ubezpieczonego z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia - dotyczy ubezpieczenia pobytu w szpitalu oraz świadczenia assistance,
 - 7) wobec Ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia rodzinnego – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczyciel otrzymał oświadczenie o wystąpieniu Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia rodzinnego. Ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia rodzinnego w każdym czasie.
4. W przypadku, gdy odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustała wskutek wyczerpania sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 3 pkt 6) wznowienie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia następuje w drodze aneksu do umowy ubezpieczenia, od dnia wskazanego w tym aneksie jednak nie wcześniej niż po zapłacie dodatkowej składki za doubezpieczenie.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w przypadku kosztów operacji chirurgii „Jednego dnia”, wymienionych w Katalogu Świadczeń Medycznych stanowiących Załącznik nr 1 do niniejszych OWU, rozpoczyna się od dnia następnego po upływie karencji, która wynosi 120 dni liczonych od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia określonego na polisie.
6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w przypadku kosztów rehabilitacji ambulatoryjnej określonych w Katalogu Świadczeń Medycznych stanowiących Załącznik nr 1 do niniejszych OWU, rozpoczyna się od dnia następnego po upływie karencji, która wynosi 60 dni liczonych od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia określonego na polisie.
7. Karencji, o której mowa w ust. 5 i 6 nie stosuje się w przypadku kontynuacji umowy ubezpieczenia zgodnie z §7 ust. 5 w zakresie ryzyk objętych ochroną ubezpieczeniową w poprzednim okresie ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§10

1. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie

7 dni, od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

2. W przypadku ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
3. Jeżeli Ubezpieczyciel ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w terminie, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadała nie zapłacona składka.
4. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w §9 ust. 3 pkt 4) OWU.
5. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia.
6. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia, z następujących ważnych powodów:
 - 1) zachowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego stwarzającego zagrożenie albo powodujące uszczerbek dla życia lub zdrowia personelu Partnera Medycznego lub pacjentów Partnera Medycznego, które zostało utrwalone za pomocą obrazu, dźwięku lub potwierdzone w inny sposób, w tym przez świadków,
 - 2) znieważenia lub zniesławienia Partnera Medycznego, personelu Partnera Medycznego lub pacjentów Partnera Medycznego, które zostało utrwalone za pomocą obrazu lub dźwięku lub potwierdzone w inny sposób, w tym przez świadków,
 - 3) zakłócania funkcjonowania placówek Partnera Medycznego poprzez wielokrotne (tj. co najmniej 3 razy w miesiącu kalendarzowym) odwoływanie wizyt w sposób niezgodny z §13 ust. 1 pkt 4 OWU lub niestawienie się co najmniej raz na wizytę w okresie 12 miesięcznego okresu ubezpieczenia bez uprzedniego jej odwołania. Informację o aktualnej liczbie wizyt nieprawidłowo odwołanych oraz wizyt nieodwołanych, na które Ubezpieczony się nie stawił, Ubezpieczony może uzyskać od Partnera Medycznego.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§11

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej należnej za okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od czynników oceny ryzyka, a w szczególności:
 - 1) zakresu ubezpieczenia,
 - 2) wariantu ubezpieczenia,
 - 3) wysokości sumy ubezpieczenia – w przypadku ubezpieczenia pobytu w szpitalu i ubezpieczenia świadczeń assistance,
 - 4) stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - 5) wieku osoby Ubezpieczonej,
 - 6) informacji o szkodowości, w przypadku kontynuacji umowy ubezpieczenia na kolejny okres,
 - 7) formy ubezpieczenia – indywidualnej lub rodzinnej, w rozumieniu §2 pkt 41) i 42),
 - 8) okresu ubezpieczenia z uwzględnieniem okresu karencji o której mowa w §9 ust. 5 i 6.
 - 9) zastosowanego udziału własnego Ubezpieczonego, o którym mowa w §2 pkt 44).
3. Składka ubezpieczeniowa określona jest kwotowo dla danego rodzaju ubezpieczenia. Składka ubezpieczeniowa określona jest w złotych polskich [PLN].

4. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia (lub zmiany) umowy ubezpieczenia.
 5. Jeżeli taryfa składek nie uwzględnia ubezpieczonego ryzyka, wówczas wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie indywidualnej oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela.
 6. Ubezpieczyciel może zastosować zniżki i/lub zwwyżki podstawowej składki ubezpieczeniowej.
 7. Wysokość ostatecznej składki ubezpieczeniowej oblicza się stosując zwwyżki i zniżki składki.
 8. Ubezpieczyciel może zastosować zwwyżki składki, w szczególności w przypadku:
 - 1) osób, które chorowały lub u których zdiagnozowano choroby takie jak:
 - a) cukrzyca (glikemia na czczo ≥ 126 mg/dl lub glikemia przygodna ≥ 200 mg/dl),
 - b) nadciśnienie tętnicze (krytyczne – wartość ciśnienia tętniczego powyżej RR >180 i >120 bez leków i/lub leczone więcej niż 4 lekami obniżającymi ciśnienie),
 - c) niewydolność serca klasy II lub wyższej według klasyfikacji NYHA (NYHA – New York Heart Association),
 - d) nowotwór złośliwy, gdy okres od zakończenia leczenia jest krótszy niż 5 lat,
 - 2) wprowadzenia postanowień dodatkowych i/lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, o które wnioskował Ubezpieczający,
 - 3) wysokiej częstotliwości zaistniałych zdarzeń ubezpieczeniowych, objętych odpowiedzialnością Ubezpieczyciela.
 9. Ubezpieczyciel może zastosować zniżki składki, w szczególności z tytułu:
 - 1) płatności składki jednorazowo, w dwóch lub czterech ratach,
 - 2) wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, o które wnioskował Ubezpieczający.
 10. Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo, chyba że strony umówiły się inaczej.
 11. Składka ubezpieczeniowa, na wniosek Ubezpieczającego, może zostać rozłożona na raty. Terminy płatności i wysokość kolejnych rat określa się w umowie ubezpieczenia (polisie).
 12. Składka za ubezpieczenie powinna być zapłacona najpóźniej w dniu zawierania umowy, chyba że strony umowy ustaliły w umowie ubezpieczenia (polisie) późniejszy termin płatności. W przypadku płatności ratalnej, pierwsza rata składki jest płatna w chwili zawierania umowy ubezpieczenia, natomiast kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są w terminach płatności określonych w umowie ubezpieczenia (polisie).
 13. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, InterRisk należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej, a Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
- sobie okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt 1) lub nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2), Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, za skutki tych okoliczności.
3. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek:
 - 1) Ubezpieczający jest zobowiązany do doręczenia Ubezpieczonemu OWU i udzielenia niezbędnych informacji dotyczących ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać osobie zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przed przystąpieniem przez tę osobę do umowy ubezpieczenia, na piśmie, lub jeżeli osoba zainteresowana przystąpieniem do umowy ubezpieczenia wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku,
 - 3) Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczonego na jego żądanie o sposobie obliczenia i opłacenia składki ubezpieczeniowej oraz doręczyć Ubezpieczonemu warunki umowy, w szczególności postanowień umowy w zakresie stanowiącym o prawach i obowiązkach Ubezpieczonego, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej (o ile Ubezpieczony finansuje składkę). Informacje powinny zawierać także opis obowiązków Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego,
 - 4) niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od Ubezpieczyciela przez Ubezpieczającego, Ubezpieczony albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.
 4. Jeśli umowa ubezpieczenia grupowego zawarta została na rachunek pracowników Ubezpieczającego lub osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych oraz członków ich rodzin lub na rachunek członków stowarzyszeń, samorządów zawodowych lub związków zawodowych i Ubezpieczający otrzymuje od Ubezpieczyciela wynagrodzenie lub inne korzyści w związku z oferowaniem możliwości skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej lub czynnościami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia grupowego, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczający przekazuje osobie zainteresowanej przystąpieniem do takiej umowy informacje o:
 - 1) firmie Ubezpieczyciela i adresie siedziby Ubezpieczyciela,
 - 2) charakterze wynagrodzenia lub innych korzyści otrzymywanych w związku z proponowanym przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego,
 - 3) możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.

5. Ubezpieczyciel obowiązany jest do:

- 1) zachowania należytej staranności przy zawieraniu i wykonywaniu umowy ubezpieczenia,
- 2) przekazywania Ubezpieczającemu wszelkich informacji niezbędnych do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym danych adresowych Partnera Medycznego oraz zasad organizacji świadczonych usług medycznych, a w przypadku zgłoszenia roszczenia zobowiązany jest do terminowej likwidacji,
- 3) dostarczenia Ubezpieczającemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia tekstu niniejszych OWU, a także innych dokumentów i formularzy niezbędnych z punktu widzenia wykonywania umowy ubezpieczenia,
- 4) na żądanie Ubezpieczonego, udzielenia informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie praw i obowiązków Ubezpieczonego,
- 5) udostępnienia Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu informacji i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia. W/w osoby mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzać na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela,
- 6) objęcia ochroną ubezpieczeniową osób, które zostały zgłoszone przez Ubezpieczającego i za które została zapłacona składka ubezpieczeniowa,
- 7) wypłaty świadczenia na warunkach i zasadach określonych w niniejszych OWU i umowie ubezpieczenia – dotyczy świadczenia w przypadku

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§12

1. Ubezpieczający obowiązany jest do:
 - 1) podania Ubezpieczycielowi, przed zawarciem umowy ubezpieczenia, znanych sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu wniosku lub w pismach skierowanych do niego. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane,
 - 2) zgłaszania Ubezpieczycielowi zmian okoliczności, o których Ubezpieczający informował Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy ubezpieczenia, niezwłocznie po powzięciu o nich wiadomości,
 - 3) opłacenia składki ubezpieczeniowej lub jej rat w ustalonym terminie,
 - 4) umożliwienia Ubezpieczycielowi zasięgnięcia informacji odnoszących się do okoliczności wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 5) przestrzegania obowiązków określonych w niniejszych OWU.
2. Jeżeli Ubezpieczający nie podał do wiadomości Ubezpieczyciela znanych

pobytu w szpitalu,

- 8) zabezpieczenia danych osobowych, otrzymanych w wyniku realizacji umowy ubezpieczenia zgodnie z wymogami ustawy o ochronie danych osobowych w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 9) informowania osoby występującej z roszczeniem pisemnie, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia w przypadku ubezpieczenia pobytu w szpitalu, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania, zgodnie z §17 ust. 6,
 - 10) pisemnego informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z §17 ust. 6.
6. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony mają prawo wglądu do informacji i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, żądania pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji i sporządzenia na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczyciela.
7. Niezależnie od innych postanowień OWU w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od zakładu ubezpieczeń przez Ubezpieczającego Ubezpieczony albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.
8. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA. USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§13

1. W razie powstania zdarzenia mogącego powodować odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do OWU, Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest:
 - 1) skontaktować się lub zgłosić się do placówki Partnera Medycznego w celu uzyskania świadczeń medycznych,
 - 2) przedstawić ważny dowód tożsamości,
 - 3) zastosować się do zaleceń i wskazówek personelu medycznego Partnera Medycznego w zakresie uzasadnionym realizowanym świadczeniem zdrowotnym,
 - 4) jeżeli Ubezpieczony nie może lub nie chce skorzystać z usługi w umówionym terminie, ma obowiązek poinformować o tym Partnera Medycznego nie później niż na 5 godzin przed zaplanowanym terminem wykonania usługi poprzez kontakt z Infolinią Medyczną Enel-Med, poprzez aplikację Enel-Med, poprzez „system enel med online” za pośrednictwem strony internetowej www.enel.pl lub poprzez sms zwrotny do Enel-Med dotyczący potwierdzenia wizyty, chyba że Ubezpieczony nie przekazał powyższej informacji bez swojej winy. W przypadku przekazania powyższej informacji przez Ubezpieczonego, Partner Medyczny wyznaczy nowy uzgodniony z Ubezpieczonym termin realizacji usługi medycznej.
2. W razie powstania zdarzenia, mogącego powodować odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ubezpieczeniu pobytu w szpitalu, Ubezpieczający, Ubezpieczony obowiązany jest do:
 - 1) niezwłocznego zgłoszenia się do lekarza i zastosowania się do jego zaleceń,
 - 2) niezwłocznego zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową jednostki organizacyjnej Ubezpieczyciela, o ile stan zdrowia na to pozwala nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji.
3. W razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciela w ramach świadczeń assistance, o których mowa w §4 ust. 1 pkt 3), Ubezpieczający, Ubezpieczony obowiązany jest skontaktować się z Centrum Assistance (adres, numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia) i przekazać następujące informacje:
 - 1) dane Ubezpieczającego: nazwisko (nazwę) oraz adres (siedzibę),

- 2) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
- 3) adres zamieszkania Ubezpieczonego,
- 4) numer polisy,
- 5) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
- 6) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego.

4. W razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciela w ramach świadczeń assistance, Ubezpieczony – na wniosek Centrum Assistance – zobowiązany jest przedstawić lekarzom Centrum Assistance posiadane: zaświadczenia medyczne, skierowania, zwolnienia lekarskie, dokumenty medyczne, recepty a także okazać rachunki lub faktury i dowody zapłaty – w zakresie, w jakim te dokumenty i informacje są niezbędne do ustalenia zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§14

1. W celu skorzystania z e-wizyty w ramach ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do OWU, Ubezpieczony powinien skorzystać z linku dostępnego pod adresem: ewizyty.enel.pl i umówić się na wizytę, wskazać specjalizację lekarską, z której Ubezpieczony chce skorzystać, termin a także wybraną jedną formę realizacji e-konsultacji spośród poniżej wymienionych:
 - 1) czat internetowy – wymiana krótkich wiadomości tekstowych,
 - 2) telekonferencja – przekaz audio,
 - 3) wideokonferencja – przekaz audiowizualny.
2. W celu skorzystania przez Ubezpieczonego z e-wizyty w ramach ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do OWU należy dysponować:
 - 1) urządzeniem z dostępem do sieci Internet z systemem operacyjnym Microsoft Windows, iOS lub Android i minimalną prędkością łącza 1 Mbps,
 - 2) zainstalowaną aktualną wersję przeglądarki internetowej Chrome z włączoną obsługą aplikacji niezbędnych do poprawnego połączenia z systemem teleinformatycznym,
 - 3) uruchomieniem obsługi JavaScript (najnowszy i włączony JavaScript),
 - 4) aktywnym adresem e-mail,
 - 5) telefonem stacjonarnym lub komórkowym.
3. W przypadku korzystania z aplikacji mobilnej, urządzenie powinno posiadać system Android lub iOS, zaktualizowany do najnowszej wersji.
4. W przypadku korzystania z aplikacji na urządzeniach mobilnych wymagane jest posiadanie zainstalowanej aplikacji Telemedi.co, dostępnej w serwisie Google Play (www.play.google.com) lub Appstore (www.appstore.com).
5. Rekomendowana minimalna rozdzielczość ekranu, w przypadku korzystania z aplikacji za pomocą przeglądarki to 1024x768 pikseli.

§15

1. W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 2) świadczenie wypłacane jest w oparciu o postanowienia niniejszych OWU. Świadczenie stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w polisie oraz łącznej liczby dni pobytu w szpitalu i przysługuje za drugi dzień pobytu oraz za każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu, nie więcej jednak niż za 60 dni łącznego pobytu w szpitalu.
2. Świadczenie, z zastrzeżeniem ust. 3 przysługuje pod warunkiem, że:
 - 1) Ubezpieczony przebywał w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 2) pobyt w szpitalu był następstwem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - 3) przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia.
3. Jeżeli pobyt w szpitalu jest następstwem wypadku komunikacyjnego Ubezpieczonemu przysługuje dodatkowe świadczenie w wysokości 50 % świadczenia dziennego, o którym mowa w ust. 1. Dodatkowe świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu za okres nie dłuższy niż 14 dni pobytu w szpitalu.
4. W przypadku gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu

ubezpieczenia pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, pod warunkiem że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia.

§16

Świadczenia assistance, o których mowa w §4 ust. 1 pkt 3), udzielane są Ubezpieczonemu zgodnie z Załącznikiem nr 2 do niniejszych OWU.

§17

- Zawiadomienie o zajściu zdarzenia w przypadku ubezpieczenia pobytu w szpitalu powinno zawierać poniższe podstawowe informacje:
 - dane Ubezpieczającego: nazwisko (nazwę) oraz adres (siedzibę),
 - dane Ubezpieczonego: imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL,
 - numer polisy,
 - datę zdarzenia oraz szczegółowy opis okoliczności zaistnienia zdarzenia.
- Do zawiadomienia o którym mowa w ust. 1 należy dołączyć poniższe podstawowe dokumenty:
 - raporty policyjne lub ich kopie dotyczące zdarzenia, o ile zostały sporządzone i są w posiadaniu Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego,
 - posiadane zaświadczenia lekarskie opisujące rodzaj i rozległość obrażeń oraz zawierające dokładną diagnozę,
 - wszystkie posiadane zaświadczenia szpitalne związane z nieszczęśliwym wypadkiem, kartę informacyjną ze szpitala,
 - inne dokumenty określone w postanowieniach dodatkowych lub odmiennych wprowadzonych do umowy ubezpieczenia lub w piśmie, o którym mowa w ust. 6.

- Ubezpieczyciel może, na swój koszt, kierować Ubezpieczonego na badania lekarskie.
- Ubezpieczyciel może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, za pośrednictwem lekarza upoważnionego przez Ubezpieczyciela, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją danych o jego stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
- Wystąpienie Ubezpieczyciela o informację, o której mowa w ust. 4, wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, albo jego przedstawiciela ustawowego.
- Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
- W przypadku powzięcia przez Ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanych roszczeń lub wysokości świadczenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.

§18

- Ustalenie zasadności świadczeń następuje na podstawie przedłożonych dokumentów, jednakże Ubezpieczyciel ma prawo do ich weryfikacji i zasięgnięcia opinii specjalistów.
- Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, po uprzednim przeprowadzeniu własnego postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności zgłoszonego roszczenia i wysokości świadczenia, zawartej

z Ubezpieczonym ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.

- Świadczenie może być wypłacone: przelewem lub przekazem pocztowym.
- Ubezpieczyciel spełnia świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
- Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
- Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub części w powyższym terminie.
- Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, w terminach określonym w ust. 4 lub 5, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza o możliwości złożenia skargi lub reklamacji do Ubezpieczyciela lub dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

SKARGI I REKLAMACJE

§19

- Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do składania skarg i zastrzeżeń dotyczących usług świadczonych przez Ubezpieczyciela zwanych dalej łącznie reklamacjami.
- Reklamację można złożyć w każdej jednostce organizacyjnej Ubezpieczyciela obsługującej klientów. Reklamacja może być złożona:
 - w formie pisemnej – osobiście lub za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera,
 - ustnie – telefonicznie poprzez InterRisk Kontakt (nr tel.: 22 575 25 25) lub osobiście do protokołu w jednostce Ubezpieczyciela obsługującej klientów.
- W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrywania reklamacji, reklamacje dotyczące likwidacji szkód powinno składać się w formie pisemnej za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera na adres do korespondencji wskazany w decyzji o wypłacie lub odmowie wypłaty odszkodowania lub świadczenia lub innym dokumencie, którego dotyczy reklamacja.
- Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na reklamację w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
- W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do maksymalnie 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Ubezpieczyciel informując o przedłużeniu terminu odpowiedzi na reklamację wskazuje przyczynę opóźnienia, okoliczności, które muszą zostać ustalone oraz określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji.
- Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na reklamację w formie papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Odpowiedź na reklamację osoby fizycznej może zostać dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek tej osoby.
- Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo skierowania wniosku do Rzecznika Finansowego o podjęcie czynności. Konsumentom przysługuje także prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
- Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

**POSTANOWIENIA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO UMÓW
UBEZPIECZENIA NA ODLEGŁOŚĆ W ROZUMIENIU USTAWY
O PRAWACH KONSUMENTA**

§20

W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na odległość w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, do umowy mają zastosowanie następujące postanowienia:

1. Konsument, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. W przypadku odstąpienia przez konsumenta od umowy ubezpieczenia Ubezpieczycielowi przysługuje wyłącznie część składki obliczonej proporcjonalnie za każdy dzień udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
2. Umowa ubezpieczenia nie wiąże się z ryzykiem finansowym wynikającym z jej szczególnych cech lub charakteru czynności, które mają być wykonane, a składka ubezpieczeniowa nie zależy od ruchu cen na rynku finansowym.
3. Konsument ponosi koszty wynikające ze środków porozumiewania się na odległość według taryfy operatora konsumenta.
4. Spory wynikające z umów zawartych pomiędzy konsumentami a Ubezpieczycielem za pośrednictwem strony internetowej lub innych środków elektronicznych mogą być rozwiązywane przez właściwe organy za pomocą europejskiej platformy pozasądowego rozwiązywania sporów dostępnej pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.
5. Umowa ubezpieczenia nie jest objęta funduszem gwarancyjnym lub innym systemem gwarancyjnym.
6. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Ubezpieczycielem a konsumentem jest język polski.
7. Prawem właściwym dla stosunków Ubezpieczyciela z konsumentem przed zawarciem umowy jak również prawem właściwym dla zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.

§21

1. Świadczenia medyczne, o których mowa w §4 ust. 1 pkt 1), udzielane są Ubezpieczonemu wyłącznie za pośrednictwem Partnera Medycznego zgodnie z Załącznikiem nr 1 do niniejszych OWU.
2. Koszty świadczeń medycznych, o których mowa w §4 ust. 1 pkt 1), pokrywane są bezpośrednio na konto Partnera Medycznego, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W ubezpieczeniu świadczeń medycznych w wariantach SZAFIR Z DOPŁATĄ oraz RUBIN Z DOPŁATĄ koszty świadczeń medycznych pokrywane na konto Partnera Medycznego uwzględniają udział własny Ubezpiezonego w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia. Ustalenie wysokości świadczenia następuje na podstawie warunków umowy o współpracy i ustalonych zasad wynagradzania Partnera Medycznego jednak wysokość pokrywanych kosztów udzielonego świadczenia nie przekracza kosztów określonych w cenniku usług, o którym mowa w §6 ust. 2.
4. W ubezpieczeniu świadczeń medycznych w wariantach SZAFIR Z DOPŁATĄ oraz RUBIN Z DOPŁATĄ kwotę odpowiadającą udziałowi własnemu Ubezpieczony zobowiązany jest pokryć na konto Partnera Medycznego przed skorzystaniem ze świadczenia medycznego objętego zakresem ubezpieczenia w sposób wskazany przez placówkę medyczną udzielającą danego świadczenia medycznego.

5. Świadczenie w przypadku pobytu w szpitalu, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 2 wypłacane jest Ubezpieczonemu.
6. Świadczenia assistance, o których mowa w §4 ust. 1 pkt 3, udzielane są wyłącznie Ubezpieczonemu za pośrednictwem Centrum Assistance zgodnie z Załącznikiem nr 2 do niniejszych OWU.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§22

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia złożone przez Ubezpieczającego, Ubezpiezonego lub Ubezpieczyciela w związku z umową ubezpieczenia (dotyczące zarówno wykonania jak i rozwiązania lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia) powinny być złożone na piśmie pod rygorem nieważności, za wyjątkiem przypadku, gdy podmioty te wyrażą zgodę na przekazywanie zawiadomień i oświadczeń w formie elektronicznej.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpiezonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpiezonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
3. Wszelkie spory wynikające z umowy ubezpieczenia lub powstające w związku z nią mogą być przedmiotem rozstrzygnięcia przez Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego. Powyższe postanowienie nie stanowi zapisu na sąd polubowny.
4. Ubezpieczyciel zobowiązany jest na podstawie ustawy o pozasądowym rozwiązaniu sporów konsumenckich w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia do pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy konsumentami a Ubezpieczycielem jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
5. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU jest prawo polskie.
6. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia kosztów leczenia Kosztów Leczenia Medi-Care zostały zatwierdzone uchwałą nr 03/01/09/2020 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 01.09.2020 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.10.2020 roku.
7. Integralną częścią niniejszych OWU są:

- 1) Załącznik nr 1 – Katalog Świadczeń Medycznych,
- 2) Załącznik nr 2 – Świadczenia assistance.

Prezes Zarządu

Piotr Narloch

Członek Zarządu

Włodzimierz Wasiak

Jeśli czynności dystrybucyjne w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia wykonuje pracownik InterRisk, pracownik otrzymuje z tego tytułu wynagrodzenie zasadnicze lub zasadnicze oraz zmienne uwzględnione w kwocie składki ubezpieczeniowej.

W przypadku gdy czynności dystrybucyjne w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia wykonuje agent ubezpieczeniowy, agent jest zobowiązany poinformować klienta o charakterze otrzymywanego wynagrodzenia, a w przypadku gdy honorarium jest płacone bezpośrednio przez klienta – o jego kwocie.

KATALOG ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

WARIANTY: OPAL, SZAFIR, SZAFIR Z DOPLATĄ, RUBIN, RUBIN Z DOPLATĄ, SZMARAGD, DIAMENT

L.p.	Świadczenia medyczne	Wariant ubezpieczenia						
		Opal	Szafir	Szafir z dopłatą	Rubin	Rubin z dopłatą	Szmaragd	Diament
1	REALIZACJA ŚWIADCZEŃ:							
1.1	w placówkach własnych Centrum Medycznego ENEL-MED. S.A.	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
1.2	w placówkach określonych w pkt.1.1 oraz dodatkowo w placówkach współpracujących z Centrum Medycznym ENEL-MED. S.A., (**z zastrzeżeniem, że: - placówki współpracujące znajdują się na liście placówek współpracujących z Centrum Medycznym ENEL-MED. S.A. dostępnej na stronie www.interrisk.pl - umowa ubezpieczenia została zawarta z realizacją świadczeń w placówkach współpracujących (informacja zawarta na polisie))	TAK***	TAK***	NIE	TAK***	NIE	TAK***	NIE
2	INFOLINIA MEDYCZNA 24 h	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
3	SMS-owe PRZYPOMNIENIE O WIZYCIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
4	APLIKACJA MOBILNA	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
5	E-WIZYTY	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
6	KONSULTACJE LEKARZY PODSTAWOWEJ OPIEKI MEDYCZNEJ:							
6.1	lekarz internista	NIE	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
6.2	lekarz pediatra	NIE	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
6.3	lekarz medycyny rodzinnej	NIE	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
7	KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE - DLA OSÓB DOROSŁYCH I DZIECI OD 16 ROKU ŻYCIA:							
7.1	alergolog	NIE	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
7.2	anestezjolog	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
7.3	audiolog	NIE	NIE	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
7.4	chirurg ogólny	TAK	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
7.5	chirurg naczyniowy	TAK	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
7.6	chirurg onkolog	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
7.7	chirurg plastyk	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
7.8	dermatolog	TAK	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
7.9	diabetolog	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
7.10	dietetyk	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
7.11	endokrynolog	TAK	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
7.12	foniatra	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
7.13	gastrolog	TAK	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
7.14	ginekolog	TAK	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
7.15	ginekolog-endokrynolog	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
7.16	hematolog	TAK	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
7.17	hepatolog	TAK	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
7.18	kardiolog	TAK	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
7.19	laryngolog	TAK	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
7.20	lekarz medycyny sportowej	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
7.21	nefrolog	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
7.22	neurochirurg	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
7.23	neurolog	TAK	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
7.24	okulista	TAK	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
7.25	ortopeda	TAK	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
7.26	psychiatra	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK

L.p.	Świadczenia medyczne	Opal	Szafir	Szafir z dopłatą	Rubin	Rubin z dopłatą	Szmaragd	Diaament
7.27	psycholog	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK W ciągu okresu ważności polisy każdemu Ubezpieczonemu przysługują maksymalnie 3 wizyty	TAK
7.28	psychotherapia	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
7.29	proktolog	TAK	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
7.30	pulmonolog	TAK	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
7.31	reumatolog	TAK	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
7.32	urolog	TAK	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
8	KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE - DLA DZIECI:							
8.1	alergolog	NIE	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
8.2	chirurg ogólny	NIE	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
8.3	dermatolog	NIE	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
8.4	diabetolog	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
8.5	endokrynolog	NIE	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
8.6	gastrolog	NIE	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
8.7	hematolog	NIE	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
8.8	kardiolog	NIE	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
8.9	laryngolog	NIE	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
8.10	nefrolog	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
8.11	neurolog	NIE	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
8.12	okulista	NIE	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
8.13	chirurg onkolog	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
8.14	ortopeda	NIE	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
8.15	reumatolog	NIE	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
8.16	urolog	NIE	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
9	WIZYTY DOMOWE*	NIE	NIE	NIE	TAK	30 PLN	TAK	TAK
10	PROFILAKTYKA ZDROWOTNA: (1 raz w roku wykonanie badań laboratoryjnych bez skierowania od lekarza Partnera Medycznego w przychodniach CM Enel-Med.)							
10.1	glukoza – badanie na czczo	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
10.2	cholesterol całkowity	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
10.3	badanie ogólne moczu	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
10.4	morfologia z rozmazem automatycznym	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
11	PROWADZENIE CIĄŻY	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12	PODSTAWOWE BADAANIA LABORATORYJNE:							
12.1	HEMATOLOGIA I BADAANIA UKŁADU KRZEPNIĘCIA:							
12.1.1	Morfologia z rozmazem automatycznym	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.1.2	Morfologia z rozmazem ręcznym	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.1.3	Odczyn Biernackiego	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.1.4	Oznaczenie odsetka retikulocytów	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.1.5	Płytki krwi	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.1.6	Czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.1.7	Czas trombinowy (TT) w osoczu	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.1.8	Czas protrombinowy (PT) / wskaźnik Quicka, INR	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.1.9	Fibrynogen	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.1.10	Ilościowe oznaczenie antytrombiny III	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.2	BADAANIA MOCZU I KAŁU:							
12.2.1	Badanie ogólne moczu	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.2.2	Białko w dobowej zbiórce moczu	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK

L.p.	Świadczenia medyczne	Opal	Szafir	Szafir z dopłatą	Rubin	Rubin z dopłatą	Szmaragd	Diament
12.2.3	Białko w moczu	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.2.4	Glukoza w moczu	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.2.5	Liczba Addisa	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.2.6	Test ciążyowy	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.2.7	Badanie kału w kierunku pasożytów (jedno oznaczenie)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.2.8	Lamblie w kale metodą enzymatyczną ELISA	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.2.9	Wykryw. krwi utajonej w kale (met. immunochemiczną)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.2.10	Badanie ogólne kału	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3	BADANIA BIOCHEMICZNE:							
12.3.1	Albumina w surowicy	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.2	Amylaza w surowicy	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.3	Amylaza w moczu	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.4	ASO (test ilościowy)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.5	Białko całkowite	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.6	Białko C-reaktywne (CRP) - ilościowe	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.7	Bilirubina całkowita w surowicy	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.8	Bilirubina pośrednia w surowicy	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.9	Bilirubina bezpośrednia w surowicy	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.10	Całkowita zdolność wiązania żelaza (TIBC)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.11	Chlorki w surowicy	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.12	Cholesterol całkowity	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.13	Cholesterol HDL w surowicy	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.14	Glukoza	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.15	Glukoza - pomiar glukometrem	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.16	Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.17	Fosfataza kwaśna całkowita (ACP)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.18	Fosfataza kwaśna sterczowa (PAP)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.19	Fosfataza alkaliczna (ALP)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.20	Fosfor nieorganiczny w surowicy	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.21	Fosforan nieorganiczny w moczu	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.22	Fosfor nieorganiczny w moczu ze zbiórki dobowej	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.23	Gamma-glutamylotranspeptydaza (GGTP)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.24	Kinaza kreatynowa (CK)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.25	Kreatynina w surowicy	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.26	Kreatynina w moczu	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.27	Kreatynina w moczu ze zbiórki dobowej	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.28	Kwas moczowy w surowicy	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.29	Kwas moczowy w moczu ze zbiórki dobowej	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.30	Lipaza	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.31	Lipidogram (CHOL, HDL, TG, LDL-wyl.)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.32	Magnez w surowicy	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.33	Magnez w moczu	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.34	Magnez w moczu ze zbiórki dobowej	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.35	Mocznik w surowicy	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.36	Mocznik w moczu ze zbiórki dobowej	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.37	Czynnik reumatoidalny (RF) - ilość	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.38	Odczyn Waaler - Rose	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.39	Potas w surowicy	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK

L.p.	Świadczenia medyczne	Opal	Szafir	Szafir z dopłatą	Rubin	Rubin z dopłatą	Szmaragd	Diaament
12.3.40	Potas w moczu ze zbiórki dobowej	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.41	Rozdział elektrof. białek w surowicy (Proteinogram)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.42	Sód w surowicy	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.43	Sód w moczu ze zbiórki dobowej	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.44	Aminotransferaza asparagininowa (AST)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.45	Aminotransferaza alaninowa (ALT)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.46	Triglicerydy	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.47	Wapń całkowity w surowicy	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.48	Wapń w moczu	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.49	Wapń całkowity w moczu ze zbiórki dobowej	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.3.50	Żelazo w surowicy	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.4	BADANIA SEROLOGICZNE:							
12.4.1	WR - Serologia kiły RPR / (VDRL)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5	BADANIA BAKTERIOLOGICZNE:							
12.5.1	Górne drogi oddechowe - gardło, migdałki - tlenowo	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.2	Nos - posiew tlenowy	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.3	Nos - posiew wymazu w kierunku S. aureus	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.4	Jama ustna - posiew z wymazu - tlenowo + grzyby	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.5	Ucho (przewód słuchowyzew.) - posiew wymazu tlenowo + grzyby	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.6	Ucho środkowe - posiew materiału tlenowo + grzyby	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.7	Chlamydia pneumoniae antygen - z wymazu z gardła	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
12.5.8	Dolne drogi oddechowe (plwocina) - tlenowo	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.9	TBC - preparat / plwocina + posiew met. konwencjonalna	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
12.5.10	Oko - posiew wymazu tlenowo	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.11	Oko - posiew wymazu beztlenowo	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.12	Zmiana trądzikowa tlenowo i beztlenowo	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.13	Zmiany skórne- posiew / tlenowo + grzyby	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.14	Rana powierzchniowa - posiew wymazu tlenowo	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.15	Rana głęboka - posiew wymazu tlenowo + beztlenowo	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.16	Tkanki / wydzieliny / biopaty - posiew tlenowo + beztlenowo	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.17	Wydzielina ropy - posiew tlenowo + bakterie	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.18	Biocenoza pochwy - czystość, preparat	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.19	Badanie na obecność Trichomonas vaginalis (pochwa)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.20	Badanie na obecność Trichomonas vaginalis (szyjka macicy)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.21	Badanie na obecność Trichomonas vaginalis (cewka moczowa)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.22	Posiew z dróg moczowo-płciowych (szyjka macicy) tlenowo + grzyby	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.23	Posiew z dróg moczowo-płciowych (pochwa) tlenowo + grzyby	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.24	Posiew z dróg moczowo-płciowych (cewka moczowa) tlenowo + grzyby	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.25	Posiew z dróg moczowo-płciowych (spod napletka) tlenowo + grzyby	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK

L.p.	Świadczenia medyczne	Opal	Szafir	Szafir z dopłatą	Rubin	Rubin z dopłatą	Szmaragd	Diaament
12.5.26	Posiew z dróg moczowo-płciowych (szyjka macicy) beztlonowo	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.27	Posiew z dróg moczowo-płciowych (pochwa) beztlonowo	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.28	Posiew z dróg moczowo-płciowych (spod napletka) beztlonowo	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.29	Posiew z dróg moczowo-płciowych (cewka moczowa) beztlonowo	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.30	Nasienie - posiew tlonowo + grzyby	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.31	Streptococcus agalastiae - posiew	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.32	Neisseria gonorrhoeae - posiew (szyjka macicy)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.33	Neisseria gonorrhoeae - posiew (pochwa)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.34	Neisseria gonorrhoeae - posiew (cewka moczowa)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.35	Mykoplasmy, Ureaplasma - posiew	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
12.5.36	Chlamydia trachomatis antygen - z wymazu	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
12.5.37	Mocz - posiew	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.38	Kał ogólny - posiew / tlonowo	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.39	Kał ogólny - posiew na obecność grzybów drożdżopodobnych	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.40	Salmonella Shigella - kał posiew	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
12.5.41	Campylobacter - posiew kału	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
12.5.42	Yersinia - kał posiew	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
12.5.43	Wymaz z odbytu - posiew	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.44	Clostridium Difficile - kał wykrywanie toksyn A i B	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
12.5.45	Rota-, Adenowirusy - kał	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.5.46	Kał - badanie na nosicielstwo (jedno badanie / próbka)	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
12.5.47	Krew - posiew tlonowo + beztlonowo	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
12.5.48	Płyny ustrojowe posiew tlonowo	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
12.5.49	Płyny - posiew beztlonowo	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
12.6	BADANIA RENTGENOWSKIE:							
12.6.1	RTG czaszki (1 projekcja)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.2	RTG czaszki AP + bok	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.3	RTG twarzoczaszki	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.4	RTG podstawy czaszki	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.5	RTG potylicy wg Towna (wg Orleya)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.6	RTG zatok obocznych nosa	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.7	RTG oczodołów - 2 projekcje	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.8	RTG oczodołów porównawcze (1 projekcja)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.9	RTG celowane na oczodoł	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.10	RTG celowane na siodło tureckie	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.11	RTG kanału nerwu wzrokowego	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.12	RTG uszu wd Schillera (porównawcze)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.13	RTG stawów skroniowo - żuchwowych	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.14	RTG żuchwy PA + skos	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.15	RTG żuchwy (1 projekcja)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.16	RTG kości nosa	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.17	RTG krtani	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.18	RTG nosogardła	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.19	RTG tarczycy	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.20	RTG kręgow C1 - C2 (celowane na ząb obrotnika)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK

L.p.	Świadczenia medyczne	Opal	Szafir	Szafir z dopłatą	Rubin	Rubin z dopłatą	Szmaragd	Diament
12.6.21	RTG celowane na poszczególne kręgi	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.22	RTG kręgosłupa szyjnego AP + bok	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.23	RTG kręgosłupa szyjnego - czynnościowe (2 projekcje)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.24	RTG kręgosłupa szyjnego - skosy (2 projekcje)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.25	RTG kręgosłupa szyjnego - bok (1 projekcja)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.26	RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.27	RTG kręgosłupa piersiowo - lędźwiowego na stojąco AP (scolioza)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.28	RTG kręgosłupa piersiowo - lędźwiowego na stojąco AP + bok (scolioza)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.29	RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.30	RTG kręgosłupa lędźwiowego czynnościowe (2 projekcje)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.31	RTG kręgosłupa lędźwiowego skosy (2 projekcje)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.32	RTG kręgosłupa lędźwiowego celowane L5 - S1	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.33	RTG kości krzyżowej AP + bok	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.34	RTG kości ogonowej AP + bok	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.35	RTG kości ogonowej - bok/AP (1 projekcja)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.36	RTG klatki piersiowej AP/PA	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.37	RTG klatki piersiowej - bok	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.38	RTG klatki piersiowej AP/PA + bok	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.39	RTG klatki piersiowej celowane na szczyty płuc	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.40	RTG żeber - skos	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.41	RTG żeber AP/PA (1 projekcja)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.42	RTG żeber L+P (2 projekcje)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.43	RTG stawu barkowego AP	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.44	RTG stawu barkowego osiowe	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.45	RTG stawu barkowego transtorakalne	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.46	RTG stawu barkowego AP + osiowe	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.47	RTG stawów barkowych (porównawcze)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.48	RTG stawów barkowych AP + osiowe (porównawcze)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.49	RTG kości ramiennej AP + bok	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.50	RTG stawu łokciowego AP + bok	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.51	RTG stawów łokciowych AP + bok (porównawcze)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.52	RTG przedramienia AP + bok	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.53	RTG nadgarstka AP + bok	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.54	RTG nadgarstka w 4 projekcjach	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.55	RTG nadgarstka - skosy (2 projekcje)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.56	RTG nadgarstków AP (porównawcze)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.57	RTG nadgarstków AP + bok (porównawcze)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.58	RTG ręki AP + skos	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.59	RTG ręki - bok / AP / skos (1 projekcja)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.60	RTG rąk AP (porównawcze)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.61	RTG rąk AP + skos (porównawcze)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.62	RTG palca ręki AP + bok	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.63	RTG łopatki AP + osiowe	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.64	RTG łopatki AP	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK

L.p.	Świadczenia medyczne	Opal	Szafir	Szafir z dopłatą	Rubin	Rubin z dopłatą	Szmaragd	Diaament
12.6.65	RTG łopatki osiowe	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.66	RTG obojczyka AP	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.67	RTG obojczyków (porównawcze)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.68	RTG mostka - bok	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.69	RTG mostka - bok + skos	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.70	RTG stawów mostkowo - obojczykowych (1 projekcja)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.71	RTG stawów krzyżowo - biodrowych PA	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.72	RTG stawów krzyżowo - biodrowych - skosy (2 projekcje)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.73	RTG przeglądowe jamy brzusznej (1 projekcja)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.74	RTG jamy brzusznej celowane na przeponeę (1 projekcja)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.75	RTG kości miednicy	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.76	RTG stawu biodrowego AP	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.77	RTG stawu biodrowego osiowe	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.78	RTG stawu biodrowego AP + osiowe	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.79	RTG stawów biodrowych AP (porównawcze)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.80	RTG stawów biodrowych AP + osiowe (porównawcze)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.81	RTG kości udowej AP + bok	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.82	RTG stawu kolanowego AP + bok	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.83	RTG stawów kolanowych AP + bok (porównawcze)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.84	RTG stawów kolanowych AP + bok (na stojąco)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.85	RTG stawów kolanowych AP/bok (1 projekcja)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.86	RTG stawu kolanowego tunelowe	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.87	RTG stawów kolanowych tunelowe (porównawcze)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.88	RTG rzepki osiowe	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.89	RTG rzepki L+P osiowe (porównawcze)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.90	RTG rzepki 3 kąty (3 projekcje)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.91	RTG rzepki 3 kąty porównawcze (3 projekcje)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.92	RTG podudzia AP + bok	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.93	RTG stawu skokowego AP + bok	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.94	RTG stawu skokowego (celowane na więzozrost)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.95	RTG stawów skokowych AP + bok (porównawcze)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.96	RTG stopy AP + bok	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.97	RTG stopy - skos / bok (1 projekcja)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.98	RTG stóp AP / bok (porównawcze)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.99	RTG stóp AP + bok (porównawcze)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.100	RTG palca stopy AP + bok	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.101	RTG kości piętowej osiowe + bok	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.102	RTG kości piętowej (1 projekcja)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.103	RTG kości piętowych osiowe + bok (porównawcze)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.104	RTG wysokospecj. całego kręgosłupa w pozycji stojącej (scolioza) AP	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.105	RTG wysokospecj. całego kręgosłupa w pozycji stojącej (scolioza) AP + bok	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK

L.p.	Świadczenia medyczne	Opal	Szafir	Szafir z dopłatą	Rubin	Rubin z dopłatą	Szmaragd	Diaament
12.6.106	RTG wysokospecj. całych kończyn dolnych AP	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.107	Badania mammograficzne	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.108	Badanie densytometryczne	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.109	Cystografia	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.110	Cystoskopia	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.111	Scyntygrafia	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.112	Urografia	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.113	Wlew doodbytniczy	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12.7	BADANIA ULTRASONOGRAFICZNE:							
12.7.1	USG jamy brzusznej	TAK	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
12.7.2	USG jąder	TAK	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
12.7.3	USG narządu rodnego	TAK	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
12.7.4	USG układu moczowego	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
12.7.5	USG piersi	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
12.7.6	USG płodu	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
12.7.7	USG prostaty (przez powłoki brzuszne)	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
12.7.8	USG tarczycy	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
12.7.9	USG tkanek miękkich wskazanej okolicy	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
12.7.10	USG transwaginalne	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
12.7.11	USG ślinianek	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
12.7.12	USG grupy węzłów chłonnych	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
12.7.13	USG stawów (w tym: barkowego, biodrowego, kolanowego, łokciowego, skokowego)	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
12.7.14	USG przeziemiączkowe	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
12.7.15	USG transrektalne	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
12.7.16	Badania dopplerowskie: kończyn, szyi, jamy brzusznej	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
13	SPECJALISTYCZNE BADANIA LABORATORYJNE:							
13.1	BADANIA SEROLOGICZNE:							
13.1.1	Grupa krwi + Rh	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.1.2	Mononukleoza (test lateksowy)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.2	BADANIA IMMUNOLOGICZNE:							
13.2.1	Immunoglobulina IgA w surowicy	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.2.2	Immunoglobulina IgG w surowicy	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.2.3	Immunoglobulina IgM w surowicy	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.3	ALERGENY:							
13.3.1	Immunoglobulina IgE (całk.) w surowicy	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
13.3.2	Panel alergenów wziewnych - 20 alergenów	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
13.3.3	Panel alergenów pokarmowych - 20 alergenów	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
13.3.4	Panel alergenów pediatrycznych / mieszanych	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
13.4	DIAGNOSTYKA INFEKCI:							
13.4.1	Antygen Hbe	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.4.2	Antygen Hbs	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.4.3	Borelioza p/c IgG	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.4.4	Borelioza p/c IgM	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.4.5	Chlamydia pneumoniae p/c IgG	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.4.6	Chlamydia pneumoniae IgM (met. Immunofluorescen.)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.4.7	Chlamydia trachomatis p/c IgG	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.4.8	Chlamydia trachomatis p/c IgM	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK

L.p.	Świadczenia medyczne	Opal	Szafir	Szafir z dopłatą	Rubin	Rubin z dopłatą	Szmaragd	Diaament
13.4.9	Cytomegalia - IgG (CMV IgG)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.4.10	Cytomegalia - IgM (CMV IgM)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.4.11	EBV VCA IgM (Mononukleozja IgM)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.4.12	EBV VCA IgG (Mononukleozja IgG)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.4.13	P/c anty HBs	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.4.14	P/c anty HCV	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.4.15	Helicobacter pylori IgG	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.4.16	P/c anty HIV1/HIV2 (HIV Ag/Ab Combo)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.4.17	Rubella p/c IgG	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.4.18	Rubella p/c IgM	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.4.19	Toxo p/c IgM	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.4.20	Toxo p/c IgG	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.5	HORMONY PŁCIOWE I METABOLICZNE:							
13.5.1	Prolaktyna (PRL)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.5.2	Luteotropina (LH)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.5.3	Folikultropina (FSH)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.5.4	Estradiol (E2)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.5.5	Progesteron	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.5.6	Testosteron	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.5.7	Kortyzol	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.5.8	Kortyzol w moczu	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.5.9	Gonadotropina kosmówkowa w surowicy - total	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.5.10	Parathormon PTH	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.5.11	Transferyna	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.5.12	Witamina 25(OH)D Total	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
13.5.13	Witamina D3 (1,25(OH)2D3)	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
13.6	DIAGNOSTYKA CHOROÓB TARCZYCY:							
13.6.1	Tyreotropina (TSH) trzeciej generacji	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.6.2	Wolna trijodometan (FT3)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.6.3	Wolna tyroksyna (FT4)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.6.4	P/c antytyreoglobulinowe (ATG)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.6.5	P/c przeciwko peroksydazie tarczycowej (ATPO)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.6.6	Przeciwciała przeciw receptorom TSH (TRAb)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.7	DIAGNOSTYKA CUKRZYCY:							
13.7.1	Hemoglobina glikowana (HbA1c)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.8	DIAGNOSTYKA ANEMII:							
13.8.1	Witamina B12	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
13.8.2	Kwas foliowy	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.8.3	Ferrytyna	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.9	MARKERY NOWOTWOROWE:							
13.9.1	Antygen karcinoembrionalny (CEA)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.9.2	CA 125	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.9.3	CA 15 - 3	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.9.4	CA 19 - 9	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.9.5	Alfa - fetoproteina (AFP)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.9.6	PSA całkowity	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13.10	ALERGOLOGIA:							
13.10.1	Immunoterapia iniekcja odczulająca	NIE	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
13.10.2	Testy skórne	NIE	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK

L.p.	Świadczenia medyczne	Opal	Szafir	Szafir z dopłatą	Rubin	Rubin z dopłatą	Szmaragd	Diament
13.11	BADANIA ENDOSKOPOWE:							
13.11.1	Gastroskopia (endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego) w tym, z pobraniem materiału i badaniem histopatologicznym lub w kierunku H. Pylori	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
13.11.2	Sigmoidoskopia (endoskopia dolnego odcinka przewodu pokarmowego) w tym, z pobraniem materiału i badaniem histopatologicznym	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
13.11.3	Kolonoskopia (endoskopia dolnego odcinka przewodu pokarmowego) w tym, z pobraniem materiału i badaniem histopatologicznym	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
13.11.4	Rektoskopia (endoskopia dolnego odcinka przewodu pokarmowego) w tym, z pobraniem materiału i badaniem histopatologicznym	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
13.12	BADANIA CZYNNOŚCIOWE:							
13.12.1	układu krążenia:							
13.12.1.1	EKG spoczynkowe wraz z opisem	TAK	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
13.12.1.2	Echokardiografia z użyciem techniki Dopplera kolorowego	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
13.12.1.3	Elektrokardiografia próba wysiłkowa	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
13.12.1.4	24 - godzinna rejestracja ekg (badanie Holtera)	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
13.12.1.5	24 - godzinne ambulatoryjne monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
13.12.2	układu nerwowego:							
13.12.2.1	Elektroencefalogram EEG	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
13.12.2.2	EMG	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
13.12.2.3	ENG	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
13.12.3	narządu słuchu:							
13.12.3.1	Audiometria	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
13.12.3.2	Tympanogram	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
13.12.4	układu oddechowego:							
13.12.4.1	Spirometria	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
13.12.5	okulistyczne:							
13.12.5.1	Pole widzenia	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
13.13	INNE:							
13.13.1	Antybiogram	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
13.13.2	Badania mykologiczne	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
13.13.3	Cytologia	TAK	TAK	15 PLN	TAK	15 PLN	TAK	TAK
13.13.4	Test Cardiodetect	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
13.13.5	Test ACTIM CRP	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
13.13.6	Testy oddechowe na obecność Helicobacter pylori	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
14	TOMOGRAFIA KOMPUEROWA (badanie diagnostyczne wykonywane zgodnie z zaleceniami lekarskimi. W przypadku konieczności użycia kontrastu, jego koszt pokrywa Ubezpieczony; odpłatność za kontrast zgodnie z cennikiem Partnera Medycznego).							
14.1	TK podst. głowy	NIE	NIE	NIE	TAK	50 PLN	TAK	TAK
14.2	TK podst. oczodołów							
14.3	TK podst. kości skroniowej (uszu)							
14.4	TK podst. twarzoczaszki							
14.5	TK podst. zatok							
14.6	TK specj. krtani, nosogardła							
14.7	TK specj. szyi							
14.8	TK podst. kręgosłupa (1 odcinek: c/th/l/s)							
14.9	TK specj. klatki piersiowej (w tym HRCT)							

L.p.	Świadczenia medyczne	Opal	Szafir	Szafir z dopłatą	Rubin	Rubin z dopłatą	Szmaragd	Diament
14.10	TK specj. jamy brzusznej (wątroba, nerki, śledziona, trzustka, nadnercza, układ moczowy, prostata)	NIE	NIE	NIE	TAK	50 PLN	TAK	TAK
14.11	TK specj. miednicy mniejszej							
14.12	TK podst. stawu (barkowego, łokciowego, kolanowego, skokowego, biodrowego, nadgarstka)							
14.13	TK podst. kości (ramienia, przedramienia, ręki, udowej, podudzia, stopy)							
14.14	Angio TK (głowa, aorta brzuszna i jej rozwidlenia, aorta piersiowa, tętnice biodrowe, tętnice kończyn dolnych i górnych)							
14.15	Kardio TK wysokospecj. (z kontrastem) - badanie tętnic wieńcowych							
14.16	TK specj. klatki piersiowej (w tym HRCT)							
14.17	TK podst. uwapnienie naczyń wieńcowych (Calcium Score)							
15	REZONANS MAGNETYCZNY (badanie diagnostyczne wykonywane zgodnie z zaleceniami lekarskimi. W przypadku konieczności użycia kontrastu, jego koszt pokrywa Ubezpieczony; odpłatność za kontrast zgodnie z cennikiem Partnera Medycznego).							
15.1	MR podst. głowy	NIE	NIE	NIE	NIE	50 PLN	TAK	TAK
15.2	MR podst. przysadki							
15.3	MR podst. oczodołów							
15.4	MR podst. twarzoczaszki							
15.5	MR podst. zatok							
15.6	MR wysokospecj. szyi, krtani							
15.7	MR podst. kręgosłupa (1 odcinek: c/th/l/s)							
15.8	MR wysokospecj. śródpiersia							
15.9	MR - badanie serca z oceną ilościową przepływu krwi							
15.10	MR specj. jamy brzusznej							
15.11	MR specj. miednicy mniejszej							
15.12	Urografia MR specj.							
15.13	MR specj. stawu (kolanowego, barkowego, biodrowych)							
15.14	MR wysokospecj. małych stawów (skokowego, łokciowego, skroniowo-żuchwowych, nadgarstka, dłoni, stopy)							
15.15	MR specj. kości (ramienia, przedramienia, uda, podudzia)							
15.16	MR wysokospecj. małych kości (dłoni, stopy)							
15.17	MR specj. tkanek miękkich wskazanej okolicy							
15.18	Angio MR specj. głowy							
15.19	Angio MR specj. innej okolicy anatomicznej							
15.20	Mammografia MR wysokospecj. (z kontrastem)							
16	ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE (drobne zabiegi wraz z ew. badaniami histopatologicznym, bakteriologicznym, cytologicznym):							
16.1	Biopsja cienkoigłowa pod kontrolą USG	NIE	NIE	NIE	TAK	15 PLN	TAK	TAK
16.2	USG nakłucie pod kontrolą	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
17	ZABIEGI AMBULATORYJNE (zabiegi wykonane wraz z ewentualnymi badaniami histopatologicznymi, bakteriologicznymi, cytologicznymi):							
17.1	CHIRURGIA:							
17.1.1	Chirurgiczne opatrzenie rany	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
17.1.2	Gumkowanie hemoroidów	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
17.1.3	Nacięcie ropnia	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
17.1.4	Nacięcie żyłaków odbytu	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
17.1.5	Paznokieć wrastający	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
17.1.6	Punkcja	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK

L.p.	Świadczenia medyczne	Opal	Szafir	Szafir z dopłatą	Rubin	Rubin z dopłatą	Szmaragd	Diaament
17.1.7	Obliteracja żyłaków	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
17.1.8	Odklejenie napletka	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
17.1.9	Opatrunki	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
17.1.10	Skleroterapia pianką żyłaków duże żyły powierzchniowe	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
17.1.11	Skleroterapia pianką żyłaków perforatory	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
17.1.12	Szycie rany	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
17.1.13	Usunięcie kleszcza	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
17.1.14	Usunięcie paznokcia	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
17.1.15	Usunięcie zmian skórnych z przesunięciem płata skórniego	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
17.1.16	Usunięcie zmian wirusowych	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
17.1.17	Wycięcie znamienia barwnikowego atypowego ze wskazań medycznych	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
17.2	DERMATOLOGIA:							
17.2.1	Biopsja diagnostyczna zmiany skórnej	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
17.2.2	Usunięcie zmian wirusowych	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
17.3	GINEKOLOGIA:							
17.3.1	Elektrokoagulacja nadżerki	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
17.3.2	Elektrokonizacja szyjki macicy	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
17.3.3	Krioterapia nadżerki	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
17.3.4	Nacięcie ropnia gruczołu Bartholina	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
17.3.5	Wycinki ze sromu do diagnostyki	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
17.3.6	Wycięcie zmiany ze sromu	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
17.3.7	Założenie/wymiana wkładki	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
17.4	LARYNGOLOGIA:							
17.4.1	Paracenteza	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
17.4.2	Przecięcie wędzidelka języka	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
17.4.3	Usunięcie ciała obcego z ucha/nos/gardła	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
17.4.4	Założenie przedniej tamponady nosa	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
17.5	OKULISTYKA:							
17.5.1	Usunięcie ciała obcego z rogówki	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
17.6	ORTOPEDIA:							
17.6.1	Iniekcja dostawowa	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
17.6.2	Opatrunki	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
17.6.3	Paznokieć wrastający	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
17.6.4	Punkcja	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
17.6.5	Szycie rany	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
17.6.6	Usunięcie paznokcia	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
17.6.7	Założenie unieruchomienia	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
17.6.8	Zdjęcie gipsu	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
18	USŁUGI PIELĘGNIARSKIE:							
18.1	GABINET ZABIEGOWY:							
18.1.1	Iniekcja podskórna	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
18.1.2	Iniekcja domięśniowa	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
18.1.3	Iniekcja dożylna	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
18.1.4	Usunięcie szwów	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
18.1.5	Wykonanie szczepienia	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
18.1.6	Dożylny wlew kroplowy	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
18.2	SZCZEPIENIA:							
18.2.1	Przeciw grypie	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
18.2.2	Przeciw różyczce	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK

L.p.	Świadczenia medyczne	Opal	Szafir	Szafir z dopłatą	Rubin	Rubin z dopłatą	Szmaragd	Diament
18.2.3	Przeciw śwince	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
18.2.4	Przeciw odrze, śwince i różyczce (szczepionka potrójna)	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
18.2.5	Przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu A i B	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
18.2.6	Przeciw odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
19	STOMATOLOGIA**							
19.1	Okresowy przegląd stomatologiczny (konsultacja lekarza stomatologa w zakresie stomatologii zachowawczej i chirurgii stomatologicznej obejmująca badanie lekarskie, zalecenia co do leczenia i profilaktyki, w tym instruktaż w zakresie optymalnej higieny jamy ustnej)	TAK Okresowy przegląd stomatologiczny (konsultacja lekarza stomatologa w zakresie stomatologii zachowawczej i chirurgii stomatologicznej obejmująca badanie lekarskie, zalecenia co do leczenia i profilaktyki, w tym instruktaż w zakresie optymalnej higieny jamy ustnej)	TAK Okresowy przegląd stomatologiczny (konsultacja lekarza stomatologa w zakresie stomatologii zachowawczej i chirurgii stomatologicznej obejmująca badanie lekarskie, zalecenia co do leczenia i profilaktyki, w tym instruktaż w zakresie optymalnej higieny jamy ustnej)	TAK Okresowy przegląd stomatologiczny (konsultacja lekarza stomatologa w zakresie stomatologii zachowawczej i chirurgii stomatologicznej obejmująca badanie lekarskie, zalecenia co do leczenia i profilaktyki, w tym instruktaż w zakresie optymalnej higieny jamy ustnej)	TAK Okresowy przegląd stomatologiczny (konsultacja lekarza stomatologa w zakresie stomatologii zachowawczej i chirurgii stomatologicznej obejmująca badanie lekarskie, zalecenia co do leczenia i profilaktyki, w tym instruktaż w zakresie optymalnej higieny jamy ustnej)	TAK Okresowy przegląd stomatologiczny (konsultacja lekarza stomatologa w zakresie stomatologii zachowawczej i chirurgii stomatologicznej obejmująca badanie lekarskie, zalecenia co do leczenia i profilaktyki, w tym instruktaż w zakresie optymalnej higieny jamy ustnej)	TAK Okresowy przegląd stomatologiczny (konsultacja lekarza stomatologa w zakresie stomatologii zachowawczej i chirurgii stomatologicznej obejmująca badanie lekarskie, zalecenia co do leczenia i profilaktyki, w tym instruktaż w zakresie optymalnej higieny jamy ustnej)	TAK Okresowy przegląd stomatologiczny (konsultacja lekarza stomatologa w zakresie stomatologii zachowawczej i chirurgii stomatologicznej obejmująca badanie lekarskie, zalecenia co do leczenia i profilaktyki, w tym instruktaż w zakresie optymalnej higieny jamy ustnej)
19.2	Konsultacja ortodontyczna	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
19.3	Konsultacja chirurga	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
19.4	Konsultacja periodontologa	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
19.5	Konsultacja protetyka	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
19.6	Lakowanie zębów (profilaktyczny zabieg stomatologiczny przysługujący ubezpieczonemu dziecku w ramach wariantów rodzinnych)	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
19.7	Profilaktyka stomatologiczna. Zabiegi profilaktyczne przysługujące Ubezpieczonemu 2 razy w ciągu okresu ważności polisy.	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK Profilaktyka stomatologiczna. Zabiegi profilaktyczne przysługujące Ubezpieczonemu 2 razy w ciągu okresu ważności polisy.	TAK Profilaktyka stomatologiczna. Zabiegi profilaktyczne przysługujące Ubezpieczonemu 2 razy w ciągu okresu ważności polisy.
19.7.1	Fluoryzacja	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE		
19.7.2	Piaskowanie	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE		
19.7.3	Usuwanie kamienia nazębnego	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE		
19.8	LECZENIE STOMATOLOGICZNE (konsultacje lekarza stomatologa w zakresie stomatologii zachowawczej i chirurgii stomatologicznej obejmujące badania lekarskie, zalecenia co do leczenia i profilaktyki, w tym instruktaż w zakresie optymalnej higieny jamy ustnej i optymalne leczenie stomatologiczne. Leczenie stomatologiczne zostaje rozpoczęte po wykonanym przeglądzie stomatologicznym wraz ze zdjęciem pantomograficznym (odpłatnym) lub po przeprowadzonym z 20% zniżką wyleczeniu wcześniej istniejących ubytków i zmian. W tych wypadkach leczenie obejmuje zmiany, które wystąpią w czasie okresu ważności polisy. Zalecane jest przeprowadzenie przeglądu stomatologicznego w jak najkrótszym czasie.)							
19.8.1	Rentgenodiagnostyka (w tym celowane zdjęcie rtg, pantomogram jamy ustnej)	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
19.8.2	Trepanacja martwego zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
19.8.3	Dewitalizacja miazgi zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
19.8.4	Opatrunek leczniczy w zębie stałym	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
19.8.5	Opracowanie ubytku	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
19.8.6	Wypełnienie amalgamatowe lub kompozytowe zęba z ubytkiem	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
19.8.7	Postępowanie przy próchnicy głębokiej - pośrednie pokrycie miazgi	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
19.8.8	Postępowanie przy obnażeniu i skaleczeniu miazgi - bezpośrednie pokrycie miazgi	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
19.8.9	Leczenie endodontyczne zębów z wypełnieniem	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK

L.p.	Świadczenia medyczne	Opal	Szafir	Szafir z dopłatą	Rubin	Rubin z dopłatą	Szmaragd	Diament
19.8.10	Znieczulenie miejscowe powierzchniowe	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
19.8.11	Znieczulenie nasiętkowe	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
19.8.12	Znieczulenie przewodowe	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
19.8.13	Chirurgiczne usunięcie zęba za wyjątkiem zębów zatrzymanych częściowo lub całkowicie	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
19.8.14	Nacięcie ropnia	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
19.8.15	Chirurgiczne zaopatrzenie rany włącznie z opracowaniem i ze szwem	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
20	REHABILITACJA Usługa medyczna w zakresie rehabilitacji ambulatoryjnej ortopedycznej, którą można uzyskać po otrzymaniu skierowania od lekarza. Terapia realizowana jest na podstawie planu leczenia ustalonego przez specjalistę. W ciągu 1 dnia rehabilitacji mogą odbyć się nie więcej niż 3 zabiegi o łącznym czasie do 60 minut. W ciągu okresu ważności polisy Ubezpieczonemu przysługuje maksymalnie 10-to dniowy cykl zabiegów rehabilitacyjnych.						W ciągu okresu ważności polisy Ubezpieczonemu przysługuje maksymalnie 10-to dniowy cykl zabiegów rehabilitacyjnych	W ciągu okresu ważności polisy Ubezpieczonemu przysługuje maksymalnie 30-to dniowy cykl zabiegów rehabilitacyjnych
20.1.	FIZYKOTERAPIA:							
20.1.1	Elektrostymulacja	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
20.1.2	Ultradźwięki						TAK	TAK
20.1.3	Fonoforeza						TAK	TAK
20.1.4	Galwanizacja						TAK	TAK
20.1.5	Jonoforeza						TAK	TAK
20.1.6	Krioterapia miejscowa						TAK	TAK
20.1.7	Laseroterapia miejscowa						TAK	TAK
20.1.8	Magnetoterapia niskiej częstotliwości						TAK	TAK
20.1.9	Okłady zimne						TAK	TAK
20.1.10	Prądy diadynamiczne (DD)						TAK	TAK
20.1.11	Prądy interferencyjne						TAK	TAK
20.1.12	Prądy Kotza						TAK	TAK
20.1.13	Prądy Tens						TAK	TAK
20.1.14	Prądy Traberta						TAK	TAK
20.1.15	Instruktaż ćwiczeń do samodzielnego wykonywania						TAK	TAK
20.1.16	Kinesiotaping						TAK	TAK
20.2.	KINEZYTERAPIA:							
20.2.1	ćwiczenia czynne w odciążeniu	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
20.2.2	ćwiczenia czynne wolne						TAK	TAK
20.2.3	ćwiczenia czynne z oporem						TAK	TAK
20.2.4	ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane						TAK	TAK
20.2.5	ćwiczenia izometryczne						TAK	TAK
20.2.6	ćwiczenia ogólnousprawniające						TAK	TAK
20.2.7	ćwiczenia specjalne						TAK	TAK
20.2.8	grupowa do 30 min.						TAK	TAK
20.2.9	grupowa do 45 min.						TAK	TAK
20.2.10	grupowa do 60 min.						TAK	TAK
20.2.11	indywid. do 30 min						TAK	TAK
20.2.12	indywid. do 45 min						TAK	TAK
20.2.13	indywid. do 60 min						TAK	TAK
20.2.14	Konsultacja specjalisty rehabilitacji						TAK	TAK
20.2.15	Masaż częściowy (do 15 min)						TAK	TAK
20.2.16	Rehabilitacja neurologiczna dzieci - 30 min.						TAK	TAK
20.2.17	Techniki specjalne						TAK	TAK
20.2.18	Wizyta kontrolna u fizjoterapeuty						TAK	TAK

L.p.	Świadczenia medyczne	Opal	Szafir	Szafir z dopłatą	Rubin	Rubin z dopłatą	Szmaragd	Diaament
20.2.19	Wizyta profilaktyczna u fizjoterapeuty	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
21	OPERACJE CHIRURGII "JEDNEGO DNIA" wykonywane w Centrum Medycznym ENEL-MED							
21.1	CHIRURGIA:							
21.1.1	Przepukliny pierwotne, nawrotowe (pachwinowe, udowe, pępkowe, mosznowe)	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
21.1.2	Drobne zabiegi chir. (wydłużenie wędzidełka, ganglion, stulejka, plastyka napletka, odklejenie napletka)							TAK
21.1.3	Cholecystektomia (usunięcie pęcherzyka żółciowego, kamieni) laparoskopowa							TAK
21.1.4	Łagodne guzy sutka							TAK
21.1.5	Usunięcie guzów tkanek miękkich							TAK
21.1.6	Wodniak jądra							TAK
21.2	CHIRURGIA DZIECIĘCA:							
21.2.1	Przepuklina pachwinowa i pępkowa	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
21.2.2	Wodniak jądra							TAK
21.2.3	Wnętrostwo							TAK
21.2.4	Stulejka - plastyka							TAK
21.2.5	Żylaki powrózka nasiennego							TAK
21.2.6	Wycięcie zmiany skórnej w znieczuleniu ogólnym							TAK
21.3	GINEKOLOGIA:							
21.3.1	Plastyka przednia i tylna pochwy i krocza	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
21.3.2	Ropień gr. Bartholina - nacięcie i marsupializacja							TAK
21.3.3	Ropień gr. Bartholina - wyluszczenie							TAK
21.3.4	Plastyka warg sromowych							TAK
21.3.5	Plastyka korekcyjna krocza							TAK
21.3.6	Plastyka zastarzałego pęknięcia krocza							TAK
21.3.7	Amputacja chirurgiczna szyjki macicy							TAK
21.3.8	Elektrokonizacja szyjki macicy							TAK
21.3.9	Usunięcie zmiany ze sromu, pochwy krocza							TAK
21.3.10	Usunięcie polipa szyjki macicy z abrazją kanału jamy							TAK
21.3.11	Usunięcie operacyjne wkładki antykoncepcyjnej							TAK
21.3.12	Szew szyjkowy w ciąży							TAK
21.3.13	Założenie JUD w znieczuleniu ogólnym							TAK
21.4	LARYNGOLOGIA:							
21.4.1	Septoplastyka (korekcja przegrody nosa) izolowana lub z korekcją małżowin nosowych APC	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
21.4.2	Polipy nosa							TAK
21.4.3	Operacja zatok klasyczna jedno i obustronna							TAK
21.4.4	Operacja zatok endoskopowa (FESS) jedno i obustronna							TAK
21.4.5	Pobieranie wycinków do badania histopatologicznego							TAK
21.4.6	Niewielkie guzy skóry i tkanek miękkich w obrębie głowy i szyi							TAK
21.5	CHIRURGIA NACZYNIOWA:							
21.5.1	Żylaki: miniflebektomia	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
21.5.2	Żylaki: z jednostronnym usunięciem żyły odpiszczelowej							TAK
21.5.3	Zamykanie drobnych żyłaków do 4 mm średnicy laserem diodowym							TAK

L.p.	Świadczenia medyczne	Opal	Szafir	Szafir z dopłatą	Rubin	Rubin z dopłatą	Szmaragd	Diament
21.5.4	Obliteracja pajączków naczyniowych	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
21.5.5	Pobranie węzłów chłonnych							TAK
21.5.6	Biopsja diagnostyczna							TAK
21.6	OKULISTYKA:							
21.6.1	Opadnięcie powiek	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
21.6.2	Podwinięcie powiek							TAK
21.6.3	Plastyka powiek							TAK
21.6.4	Zwężenie szpary powiekowej							TAK
21.6.5	Usunięcie guzów powiek							TAK
21.6.6	Szycie ran szarpanych powiek							TAK
21.6.7	Operacja skrzydlika							TAK
21.6.8	Usunięcie gradówki, znamienia barwnikowego, kępek żółtych							TAK
21.6.9	Sondowanie dróg łzowych							TAK
21.6.10	Usunięcie guzów spojówki							TAK
21.6.11	Szycie ran spojówki							TAK
21.6.12	Usunięcie torbieli							TAK
21.6.13	Usunięcie ciała obcego z rogówki							TAK
21.6.14	Operacja zaćmy							TAK
21.6.15	Operacja zezą							TAK
21.6.16	Operacja jaskry							TAK
21.7	ORTOPEDIA:							
21.7.1	Chirurgia biodra:							
21.7.1.1	Usunięcie kaletki krętarza większego	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
21.7.2	Chirurgia kolana:							
21.7.2.1	Artroskopia kolana	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
21.7.2.2	Artroskopia kolana i szycie łąkotki							TAK
21.7.2.3	Usunięcie cysty Backera metodą tradycyjną							TAK
21.7.2.4	Usunięcie cysty Backera metodą artroskopową							TAK
21.7.3	Chirurgia stawu skokowego i stopy:							
21.7.3.1	Artroskopia stawu skokowego	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
21.7.3.2	Rekonstrukcja/szycie ścięgna Achillesa							TAK
21.7.3.3	Paluch koślawy stopy - korekcja jednostronna							TAK
21.7.3.4	Paluch koślawy stopy - korekcja obustronna (halux valgus)							TAK
21.7.3.5	Plastyka rozciągnięta piętowego (ostroga piętowa)							TAK
21.7.3.6	Artrodeza / usztywnienie w obrębie stopy							TAK
21.7.4	Chirurgia barku:							
21.7.4.1	Artroskopia barku	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
21.7.4.2	Repozycja stawu barkowego							TAK
21.7.5	Chirurgia stawu łokciowego:							
21.7.5.1	Artroskopia stawu łokciowego	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
21.7.5.2	Tenotomia proksymalna przyczepu prostowników nadgarstka ("łokiec tenisisty")							TAK
21.7.5.3	Tenotomia proksymalna przyczepu zginaaczy nadgarstka ("łokiec golfisty")							TAK
21.7.5.4	Usunięcie kaletki wyrostka łokciowego (burssektomia)							TAK
21.7.6	Chirurgia ręki:							
21.7.6.1	Uwolnienie przykurczu Dupuytrena I-II stopnia - metoda otwarta (1 palec)	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
21.7.6.2	Uwolnienie przykurczu Dupuytrena I-II stopnia - metoda przeszskórna (1 palec)	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK

L.p.	Świadczenia medyczne	Opal	Szafir	Szafir z dopłatą	Rubin	Rubin z dopłatą	Szmaragd	Diament
21.7.6.3	Uwolnienie przykurczu Dupuytrena III-IV stopnia - metoda otwarta (1 palec)							TAK
21.7.6.4	Uwolnienie przykurczu Dupuytrena III-IV stopnia - metoda przeszkońna (1 palec)							TAK
21.7.6.5	Odbarczenie/plastyka ścięgna w chorobie de Quervaine'a							TAK
21.7.6.6	Odbarczenie nerwu pośrodkowego w zespole cieśni kanału nadgarstka							TAK
21.7.6.7	Korekcja palca trzaskającego	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
21.7.6.8	Usunięcie ganglionu							TAK
21.7.6.9	Odnierwienie nadgarstka							TAK
21.7.6.10	Odnierwienie stawów palców							TAK
21.7.6.11	Artroskopia nadgarstka (usunięcie ciała wolnego, fałdu błony maziowej, zrostów)							TAK
21.7.6.12	Korekcja deformacji kciuka i palców ręki - inne (palec Maleta)							TAK
21.7.6.13	Korekcja deformacji kciuka i palców ręki - inne (palec butonierkowaty, "łabędzia szyja")							TAK
21.7.7	Chirurgia tkanek miękkich:							
21.7.7.1	Szycie mięśnia - inne							TAK
21.7.7.2	Plastyka/usunięcie blizn	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
21.7.8	Chirurgia kości:							
21.7.8.1	Usunięcie wyrostki chrzęstno-kostnych							TAK
21.7.8.2	Usunięcie materiałów zespalających małych (śruby, druty)	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
21.7.8.3	Usunięcie materiałów zespalających dużych (gwoździe śródszpikowe, blachy)							TAK
21.7.9	Proktologia:							
21.7.9.1	Operacje proktologiczne (żyłaki, szczelina, ropień odbytu, przetoka okołoodbytnicza)	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
21.7.10	Anestezjologia:							
21.7.10.1	Konsultacja anestezjologa							TAK
21.7.10.2	Znieczulenie	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
21.7.11	Hospitalizacja:							
21.7.11.1	Hospitalizacja 1 doba							TAK
21.7.11.2	Opieka kooperacyjna w dniu zabiegu	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
22	RABAT NA USŁUGI NIE OBJĘTE WARIANTEM (zniżki nie obejmują badań genetycznych, implantów, leków oraz materiałów użytych podczas operacji i zabiegów)	10 % zniżki w placówkach własnych Enel-Med, zniżki w placówkach partnerskich na zasadach lokalnie obowiązujących	10 % zniżki w placówkach własnych Enel-Med, zniżki w placówkach partnerskich na zasadach lokalnie obowiązujących	10 % zniżki w placówkach własnych Enel-Med, zniżki w placówkach partnerskich na zasadach lokalnie obowiązujących	10 % zniżki w placówkach własnych Enel-Med, zniżki w placówkach partnerskich na zasadach lokalnie obowiązujących	10 % zniżki w placówkach własnych Enel-Med, zniżki w placówkach partnerskich na zasadach lokalnie obowiązujących	10 % zniżki w placówkach własnych Enel-Med, zniżki w placówkach partnerskich na zasadach lokalnie obowiązujących	10 % zniżki w placówkach własnych Enel-Med, zniżki w placówkach partnerskich na zasadach lokalnie obowiązujących
23	UBEZPIECZENIE POBYTU W SZPITALU na skutek nieszczęśliwego wypadku	NIE	NIE	NIE	TAK za opłatą dodatkowej składki, świadczenie płatne w wys. 70 zł/dzień	TAK za opłatą dodatkowej składki, świadczenie płatne w wys. 70 zł/dzień	TAK za opłatą dodatkowej składki, świadczenie płatne w wys. 100 zł/dzień	TAK za opłatą dodatkowej składki, świadczenie płatne w wys. 100 zł/dzień

* Wizyty domowe nie zastępują pogotowia ratunkowego w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, czyli w stanach w rozumieniu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym polegających na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagających podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. W takich stanach Ubezpieczony powinien bezwzględnie skontaktować się z pogotowiem ratunkowym. Wizyty domowe realizowane są przez lekarzy zespołów wyjazdowych w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w przypadku gdy w świetle aktualnej wiedzy medycznej stan zdrowia ubezpieczonego i wynikający z niego rodzaj wymaganej pomocy medycznej uniemożliwia mu przybycie do placówki medycznej. Wizyty domowe obejmują tylko przypadki nagłych zachorowań lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, w tym zaostrzenia dolegliwości przewlekłych. Ubezpieczenie obejmuje wizytę lekarską, której wykonanie w świetle aktualnej wiedzy medycznej jest konieczne z uwagi na wskazany powyżej stan zdrowia Ubezpieczonego. Wizyta domowa ma na celu postawienie rozpoznania i rozpoczęcie leczenia, natomiast kontynuacja leczenia, a także wizyty kontrolne odbywają się w placówkach medycznych Partnera Medycznego. Wizyta domowa jest świadczeniem pomocy doraźnej, które jest udzielane wyłącznie w dniu jego zgłoszenia. W przypadku wizyty domowej nie ma możliwości swobodnego wyboru lekarza.

WIZYTY DOMOWE – Domowe wizyty lekarza internisty, pediatry lub lekarza medycyny rodzinnej można zamawiać całonocowo dzwoniąc do Pierwszej Linii Medycznej (w lokalizacjach, gdzie Partner Medyczny nie posiada oddziałów - poprzez kontakt z lokalnym partnerem ENEL-MED). Wizyty domowe realizowane są ze wskazań medycznych. Są one zapewnione na obszarze 30 km od Centrum Warszawy i 25 km od Centrum Gdańska, Gdyni, Łodzi, Katowic, Krakowa, Poznania, Warszawy i Wrocławia. W innych miastach Polski wizyty domowe odbywają się w granicach administracyjnych miasta, w którym pacjent chce skorzystać z wizyty domowej. Tryb zamawiania i realizacji wizyt jest zgodny z zasadami obsługi obowiązującymi w lokalnych placówkach medycznych.

** Stomatologia realizowana jest w placówkach Centrum Medycznego Enel - Med S.A.

Zniżka na wstępną sanację jamy ustnej nie dotyczy świadczeń realizowanych w placówkach podwykonawczych na terenie miasta Wrocław

UBEZPIECZENIE ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE

ZAKRES UBEZPIECZENIA

51

1. Pomoc medyczna

- 1) wizyty lekarza Centrum Assistance – w przypadku nagłego zachorowania, bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową oraz w przypadku gdy w świetle aktualnej wiedzy medycznej stan zdrowia Ubezpieczonego i wynikający z niego rodzaj wymaganej pomocy medycznej uniemożliwia mu przybycie do placówki medycznej, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance zorganizuje i pokryje koszty dojazdu lekarza internisty, pediatry lub lekarza medycyny rodzinnej oraz jego honorarium za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego. Ubezpieczenie obejmuje świadczenia których wykonanie jest konieczne z uwagi na stan zdrowia Ubezpieczonego, który uniemożliwia mu przybycie do placówki medycznej. Ubezpieczyciel pokrywa koszt maksymalnie 3 wizyt w odniesieniu do 12 miesięcznego okresu ubezpieczenia,
- 2) wizyta pielęgniarki – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie, zorganizuje i pokryje koszt dojazdu pielęgniarki oraz jej honorarium za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego. Ubezpieczenie obejmuje świadczenia których wykonanie jest konieczne z uwagi na stan zdrowia Ubezpieczonego, który uniemożliwia mu przybycie do placówki medycznej. Ubezpieczyciel pokrywa koszty 7 wizyt, które łącznie nie mogą przekroczyć 48 godzin pobytu pielęgniarki u Ubezpieczonego w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,
- 3) dostawa leków przepisanych przez lekarza – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową i w następstwie którego zgodnie z zaświadczeniem lekarskim chory powinien leżeć, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu leków przepisanych przez lekarza prowadzącego leczenie do miejsca pobytu Ubezpieczonego,
- 4) transport medyczny do placówki medycznej – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu z miejsca pobytu Ubezpieczonego do placówki medycznej, o ile z uwagi na stan zdrowia Ubezpieczonego i rodzaj wymaganej pomocy medycznej nie może on samodzielnie dotrzeć do placówki medycznej,
- 5) transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego przebywał w placówce medycznej, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt odpowiedniego środka transportu zalecanego przez lekarza prowadzącego leczenie, o ile z uwagi na stan zdrowia Ubezpieczonego i rodzaj wymaganej pomocy medycznej nie może on samodzielnie dotrzeć do miejsca pobytu, do którego zamierza się udać,
- 6) pomoc psychologiczną – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt wizyty u psychologa. Ubezpieczyciel pokrywa koszt maksymalnie 3 wizyt w odniesieniu do jednego zdarzenia,
- 7) przekazywanie wiadomości rodzinie Ubezpieczonego lub pracodawcy – w przypadku choroby, bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową, w następstwie których Ubezpieczony przebywa w szpitalu, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, na życzenie Ubezpieczonego, przekazuje wiadomości pomiędzy Ubezpieczonym, a jego rodziną lub pracodawcą.

2. Pomoc rehabilitacyjna

- 1) Jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej oraz który jest objęty ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciel pokryje koszty w zakresie określonym w ust. 2, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony przebywał w szpitalu w związku z leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku i uzyskał skierowanie na rehabilitację od lekarza prowadzącego leczenie,
 - b) koszty zostały poniesione we wskazanej przez Ubezpieczyciela, za

pośrednictwem Centrum Assistance, placówce medycznej lub szpitalu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, bądź w placówce medycznej lub szpitalu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej wskazanej przez Ubezpieczonego, po uzyskaniu wcześniejszej akceptacji Centrum Assistance, chyba że brak uzyskania zezwolenia Centrum Assistance nastąpił z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego,

2) Zakres rehabilitacji:

- a) wizyty fizyoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt wizyt fizyoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia,
- b) wizyty Ubezpieczonego u fizyoterapeuty w poradni rehabilitacyjnej – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt wizyt Ubezpieczonego u fizyoterapeuty w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia,
- c) organizację oraz pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu zamieszkania, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego do łącznej kwoty 200 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia,
- d) zakup lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu zamieszkania, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, pokryje koszt zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 200 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia.

3. Pomoc domowa – w przypadku choroby, bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową i w następstwie których Ubezpieczony przebywał w szpitalu przez okres co najmniej 5 dni, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji, do łącznej kwoty 300 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia; Usługa pomocy domowej obejmuje:

- 1) robienie drobnych zakupów spożywczo-przemysłowych pierwszej potrzeby – koszty zakupów realizowanych na zlecenie Ubezpieczonego pokrywa Ubezpieczony,
- 2) przygotowywanie posiłków – przy użyciu produktów, środków i sprzętów udostępnionych przez Ubezpieczonego,
- 3) pomoc w utrzymaniu czystości w domu: sprzątanie podłóg, dywanów i wykładzin dywanowych, ścieraniu kurzy, wyrzucaniu śmieci, zmywaniu naczyń, czyszczeniu powierzchni roboczych w kuchni (blatów, płyty kuchennej oraz zlewu), sprzątaniu łazienki; podlewaniu roślin w domu i ogrodzie – przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez Ubezpieczonego.

4. Opieka nad dziećmi – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego nastąpił pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt opieki nad dziećmi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do kwoty 200 zł za dzień, maksymalnie do 3 dni w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku. Świadczenie realizowane jest na wniosek Ubezpieczonego i na podstawie pisemnej zgody Ubezpieczonego oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić opiekę nad dziećmi; Usługa obejmuje opiekę sprawowaną przez opiekunkę, która w ramach prowadzonej działalności gospodarczej świadczy usługi opieki nad dziećmi. Usługa świadczona w miejscu zamieszkania dzieci przez 24 godziny na dobę.

5. Opieka nad kotami i psami – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego nastąpił pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt opieki nad kotami i psami w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, maksymalnie do 3 dni i kwoty 300 zł w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku. Usługa obejmuje realizację przewozu psów i kotów Ubezpieczonego do wyznaczonej przez Ubezpieczonego osoby lub do placówki zapewniającej całodobową opiekę nad zwierzętami oraz pokrycie kosztów tego przewozu i pobytu.