

ubezpieczenia

Ogólne warunki ubezpieczenia **Vitalité**

ubezpieczenie zdrowotne

indeks VIT/12/12/17

więcej / niż standard



Formularz do OWU

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Ogólne warunki ubezpieczenia zdrowotnego Vitalité – indeks VIT/12/12/17

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2
	§ 4
	§ 18 ust. 3
	§ 36
	§ 37
	§ 38 ust. 1
	§ 40 ust. 2
	§ 44 ust. 5
	Załączniki do OWU:
	– Katalog świadczeń zdrowotnych w ubezpieczeniu indywidualnym
– Tabela operacji medycznych	
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 7
	§ 8
	§ 9
	§ 10
	§ 11
	§ 12
	§ 16 ust. 2

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia zdrowotnego Vitalité mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a Ubezpieczającym.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na warunkach uzgodnionych przez strony umowy, odmiennych od określonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.
3. AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. przedstawia Ubezpieczającemu na piśmie różnice pomiędzy postanowieniami ogólnych warunków ubezpieczenia a umową ubezpieczenia, chyba że umowa została zawarta w drodze rokowań.

Definicje

§ 2

Użyte w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia zdrowotnego, wniosku, polisie oraz innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia określenia, oznaczają:

- 1) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu Ubezpieczonego na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju Ubezpieczonego;
- 2) **data rozpoczęcia ochrony** – określony w polisie dzień, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność Towarzystwa;
- 3) **Druga Opinia Lekarska** – opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia Ubezpieczonego Głównego, sporządzona przez lekarza eksperta;
- 4) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego Głównego lub współmałżonka, objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach formy rodzinnej;
- 5) **forma indywidualna** – forma ubezpieczenia, w której ochroną ubezpieczeniową objęty jest wyłącznie Ubezpieczony Główny;
- 6) **forma rodzinna** – forma ubezpieczenia, w której ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony Główny, jego współmałżonek lub dzieci; wszyscy lekarzys ubezpieczeni objęci są tym samym zakresem ubezpieczenia;
- 7) **karta identyfikacyjna** – dokument służący do wstępnej weryfikacji Ubezpieczonego przez placówki medyczne; karta identyfikacyjna jest ważna tylko z zaopatrzoną w zdjęcie dokumentem tożsamości;
- 8) **lekarz ekspert** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny na terenie Polski lub innych krajów świata, uznana za specjalistę w polskim lub światowym środowisku medycznym w danej specjalności lub subspecialności medycznej; wybór lekarza eksperta w odniesieniu do Ubezpieczonego będzie dokonywany przez Organizatora procesu Drugiej Opinii Lekarskiej z uwzględnieniem specyfiki poważnego stanu chorobowego, specjalności lekarzy oraz ich doświadczenia;
- 9) **miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dacie rozpoczęcia ochrony, a następnie w takim samym dniu kolejnego miesiąca, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;
- 10) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, które spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała; zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, nie uważa się za nieszczęśliwy wypadek; za nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu niniejszych OWU nie uznaje się także następstw zdrowotnych przecięcia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia Ubezpieczonego;
- 11) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów Ubezpieczonego, powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 12) **operacja medyczna** – zabieg medyczny połączony z przecięciem tkanek przeprowadzony przez lekarza w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym w trakcie pobytu Ubezpieczonego Głównego w szpitalu, wymieniony w tabeli operacji medycznych, stanowiącej załącznik do niniejszych OWU;
- 13) **Organizator procesu Drugiej Opinii Lekarskiej** – ADVANCE MEDICAL – Healthcare Management Services S.A. z siedzibą w Barcelonie, współpracujący z Towarzystwem w ramach organizowania procesu sporządzenia Drugiej Opinii Lekarskiej;
- 14) **OWU** – niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zdrowotnego;
- 15) **placówki medyczne** – zakłady opieki zdrowotnej działające na zlecenie Świadczeniodawcy w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz Ubezpieczonych; informacja o aktualnej liście placówek medycznych dostępna jest na stronie internetowej Towarzystwa oraz pod numerem infolinii wskazanym na karcie identyfikacyjnej;
- 16) **pobyt w szpitalu** – trwający nieprzerwanie co najmniej 4 dni pobyt Ubezpieczonego Głównego w szpitalu celem leczenia choroby lub doznanych obrażeń ciała; w rozumieniu niniejszych OWU okres pobytu w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego Głównego do szpitala, a kończy się w dniu wypisania Ubezpieczonego Głównego ze szpitala;
- 17) **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 18) **poważne zachorowanie** – jedna z poniżej wymienionych chorób Ubezpieczonego Głównego:
 - a) **zawał serca** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu typowego wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - jeden z następujących objawów EKG, wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;
 ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych,
 - b) **udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone);
 z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
 - wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych;
 jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych,
 - c) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym; ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również

przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka; z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
- wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
- rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
- wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV,

- d) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek (niewydolność nerek), wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii,
- e) **guzy mózgu** – wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe; potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga, wymagające usunięcia lub, w przypadku zaniechania operacji, powodujące trwałe ubytki neurologiczne; wykluczeniu podlegają: krwiaki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych,
- f) **przeszczep dużych narządów** – przeszczepienie osobie ubezpieczonej, jako biorcy, jednego z niżej wymienionych kompletnych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na oficjalną listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów: serca, płuca, wątroby, nerki lub trzustki; ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy narządów innych niż wymienione powyżej, części narządów, tkanek lub komórek; przyczyna przeszczepu dużych narządów oraz jej objawy muszą zostać zdiagnozowane, rozpoznane lub leczone po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, a przeszczep dużych narządów musi zostać przeprowadzony po upływie 3 miesięcy od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową,
- g) **leczenie operacyjne naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego; zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe; choroba będąca przyczyną leczenia operacyjnego naczyń wieńcowych oraz jej objawy muszą zostać zdiagnozowane, rozpoznane lub leczone po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, a leczenie operacyjne naczyń wieńcowych musi zostać przeprowadzone po upływie 3 miesięcy od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową,
- h) **utrata wzroku wskutek choroby** – całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie winno być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie; ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym,
- i) **oparzenia** – głębokie termiczne lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych, uznane za oparzenia III stopnia, obejmujące nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała; przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera,
- j) **utrata mowy** – całkowita, nieodwracalna utrata funkcji mowy na skutek uszkodzenia krtani lub strun głosowych w przebiegu choroby przewlekłej, uszkodzenia ośrodka mowy w OUN, resekcji narządu mowy (krtani); trwająca nieprzerwanie co najmniej 8 miesięcy i potwierdzona orzeczeniem lekarza specjalisty foniatrii lub laryngologa; wyłączeniu podlegają wszystkie przypadki utraty mowy na tle schorzeń psychicznych,
- k) **pulmonektomia** – usunięcie jednego płuca z powodu choroby innej niż nowotworowa;

19) **poważny stan chorobowy** – jedna z poniżej wymienionych chorób Ubezpieczonego Głównego; rodzaj i moment wystąpienia poważnego stanu chorobowego ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej;

a) **choroby serca:**

– **zawał serca** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu typowego wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CKMB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
- jeden z następujących objawów EKG, wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;

ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych,

– **stany chorobowe serca**, dla których leczeniem z wyboru jest leczenie chirurgiczne włącznie z angioplastyką,

– **leczenie operacyjne naczyń wieńcowych** – zabieg kardiologiczny przeprowadzony na otwartym sercu celem korekcji zwężenia lub zamknięcia co najmniej dwóch naczyń wieńcowych, polegający na wszczepieniu omijających pomostów aortalno-wieńcowych (bypass); dokonanie operacji winno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną oraz wynikami badań naczyniowych (koronarografia),

– **inne stany chorobowe serca** prowadzące do degeneracji funkcji mięśnia sercowego,

b) **choroby neurologiczne:**

– **udar mózgu** – nagle, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej wskutek wynacznienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzonych badaniem lekarskim; wykluczeniu podlegają: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (OUN), udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN; rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN winno być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej i/lub rezonansu magnetycznego, nie wcześniej jednak niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów,

– **guzy mózgu** – wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe; potwierdzone przez specjalistę neurologa,

– **choroby degeneracyjne** układu nerwowego i demielinizacja,

c) **nowotwór złośliwy** – niekontrolowana proliferacja komórek nowotworowych z naciekaniem i destrukcją tkanek sąsiadujących; ponadto do tej kategorii zalicza się białaczki (z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej) oraz chłoniaki; wykluczeniu podlegają: nowotwory łagodne, nowotwory „in situ” i przedinwazyjne, w tym rak szyjki macicy w stopniu zaawansowania CIN-1, CIN-2, CIN-3 oraz rak prostaty we wczesnym stadium zaawansowania (T1a oraz T1b WHO), nowotwory w przebiegu infekcji HIV, nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka w stadium III wg Clarka lub wyższym, ziarnica złośliwa w stadium I zaawansowania; rozpoznanie choroby nowotworowej winno być udokumentowane badaniem histopatologicznym potwierdzonym przez specjalistę histopatologa,

d) **niewydolność nerek** – przewlekłe, trwałe i całkowite uszkodzenie obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu; diagnoza winna być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną,

- e) **choroby serca, płuca, nerki lub wątroby** prowadzące do przeszczepu – choroby organów: serca, płuca, nerki lub wątroby, prowadzące do konieczności zabiegu transplantacji tych organów, pod warunkiem że Ubezpieczony jest biorcą,
- f) **wrodzone zespoły i zniekształcenia**, upośledzające w znacznym stopniu sprawność fizyczną lub psychiczną, lub prowadzące do degeneracji i upośledzenia funkcji narządów i układów;
- 20) **rocznica polisy** – dzień w każdym roku obowiązywania umowy ubezpieczenia, odpowiadający dacie rozpoczęcia ochrony, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku, ostatni dzień miesiąca kalendarzowego poprzedzający datę rozpoczęcia ochrony;
- 21) **składka** – składka należna od Ubezpieczającego z tytułu umowy ubezpieczenia, przeznaczona na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej, której wysokość i termin płatności został określony w polisie;
- 22) **sporty wysokiego ryzyka** – sporty lub aktywności fizyczne, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami;
- za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywności fizyczne, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia, w szczególności sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczka wysokogórska, skalna, skalkowa, lodowa, speleologia, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazda po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
- 23) **suma ubezpieczenia** – określona w polisie kwota, którą Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, określonego w umowie ubezpieczenia. Osobno ustala się wysokość sumy ubezpieczenia na wypadek:
- śmierci Ubezpiezonego Głównego,
 - poważnego zachorowania Ubezpiezonego Głównego,
 - pobytu Ubezpiezonego Głównego w szpitalu,
 - operacji medycznej Ubezpiezonego Głównego;
- 24) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych;
- za szpital nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwic, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala, oddziału i ośrodka rehabilitacji;
- 25) **świadczenie zdrowotne** – usługi medyczne, określone w Katalogu świadczeń zdrowotnych, stanowiącym załącznik do niniejszych OWU, do realizacji których ma prawo Ubezpieczony zgodnie z wybranym wariantem ubezpieczenia określonym w polisie;
- 26) **Świadczeniodawca** – placówka medyczna, współpracująca z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz Ubezpieczonych;
- 27) **Towarzystwo** – AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.;
- 28) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacania składki zgodnie z terminami i na warunkach przewidzianych w niniejszych OWU;
- 29) **Ubezpieczony** – Ubezpieczony Główny lub jego współmałżonek lub dzieci, na rzecz których zawarto umowę ubezpieczenia;

- 30) **Ubezpieczony Główny** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia, zamieszkała na stałe na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie przekroczyła 60. roku życia, uprawniona do wskazania osób ubezpieczonych w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w formie rodzinnej;
- 31) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU;
- 32) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpiezonego Głównego jako uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczonego w przypadku śmierci Ubezpiezonego Głównego;
- 33) **wariant ubezpieczenia** – zakres ubezpieczenia, w tym zakres świadczeń zdrowotnych, zdefiniowany w Katalogu świadczeń zdrowotnych;
- 34) **wiek Ubezpieczonego** – liczba ukończonych pełnych lat Ubezpieczonego liczona w dniu podpisywania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub w dniu rocznicy polisy;
- 35) **współmałżonek** – osoba płci odmiennej, pozostająca w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia z Ubezpieczonym Głównym w związku małżeńskim bądź konkubinacie, objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach formy rodzinnej.

Treść umowy ubezpieczenia

§ 3

Treść umowy ubezpieczenia zawarta jest we wniosku ubezpieczeniowym, niniejszych OWU, polisie oraz każdym innym dokumencie złożonym Towarzystwu przez Ubezpieczającego lub Ubezpiezonego Głównego, który został zaakceptowany przez Towarzystwo jako część umowy ubezpieczenia, w tym w szczególności wszystkie oświadczenia dotyczące stanu zdrowia składane przez Ubezpieczonego w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia w zakresie wynikającym z niniejszych OWU, w tym również oświadczenia składane Świadczeniodawcy.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 4

- Jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta w formie indywidualnej przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpiezonego Głównego.
- Jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta w formie rodzinnej przedmiotem ubezpieczenia jest:
 - życie i zdrowie Ubezpiezonego Głównego;
 - zdrowie współmałżonka lub dziecka.
- Jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta w formie indywidualnej zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych oferowanych Ubezpieczonemu Głównemu w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez placówki medyczne w zakresie określonym w polisie;
 - śmierć Ubezpiezonego Głównego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia, ponadto w zależności od wariantu ubezpieczenia zakres ubezpieczenia może obejmować również:
 - następujące poważne zachorowania Ubezpiezonego Głównego występujące w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia:
 - zawał serca,
 - udar mózgu,
 - nowotwór złośliwy,
 - niewydolność nerek,
 - guzy mózgu,
 - przeszczep dużych narządów,
 - leczenie operacyjne naczyń wieńcowych,
 - utrata wzroku wskutek choroby,

- i) oparzenia,
 - j) utrata mowy,
 - k) pulmonektomia;
- 4) pobyt Ubezpieczonego Głównego w szpitalu w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej w celu leczenia:
- a) choroby, którą zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) obrażeń ciała powstałych bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia,
- z zastrzeżeniem § 11 ust. 3 i 4;
- 5) operacje medyczne, przeprowadzone u Ubezpieczonego Głównego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, w następstwie choroby lub obrażeń ciała Ubezpieczonego Głównego powstałych bezpośrednio wskutek nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, gdy stanowią one podstawowy element przeprowadzonej procedury medycznej;
- 6) pokrycie kosztów i organizację procesu sporządzenia Drugiej Opinii Lekarskiej w przypadku wystąpienia poważnego stanu chorobowego u Ubezpieczonego Głównego.
4. Jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta w formie rodzinnej, poza zakresem wymienionym w ust. 3 zakres ubezpieczenia obejmuje również pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych udostępnianych współmałżonkowi lub dziecku, w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, wykonywanych przez placówki medyczne w zakresie określonym w polisie.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia rozpoczyna się z dniem określonym w polisie, z zastrzeżeniem ust. 2, pod warunkiem opłacenia składki w terminie wskazanym w polisie.
2. Jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta pomiędzy 21. a 5. dniem miesiąca kalendarzowego, Ubezpieczony nabywa prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych od najbliższego 15. dnia miesiąca. Jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta pomiędzy 6. a 20. dniem miesiąca kalendarzowego, Ubezpieczony nabywa prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych od 1. dnia kolejnego miesiąca.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy ubezpieczenia wygasa:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia;
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia;
 - 3) z dniem śmierci Ubezpieczonego Głównego, a w stosunku do pozostałych Ubezpieczonych objętych ochroną w formie rodzinnej – w ostatnim dniu okresu, za który została opłacona składka;
 - 4) w dniu rocznicy polisy następującej po ukończeniu przez Ubezpieczonego Głównego oraz współmałżonka 65. roku życia, a w przypadku dziecka – po ukończeniu 25. roku życia.
4. Ochrona ubezpieczeniowa ulega zawieszeniu z upływem ostatniego dnia okresu, za który została opłacona składka.
5. Ochrona ubezpieczeniowa może zostać wznowiona w okresie 90 dni od dnia wymagalności ostatniej nieopłaconej składki za umowę ubezpieczenia. Datę wznowienia ochrony ubezpieczeniowej określa Towarzystwo, informując o tym Ubezpieczającego.
6. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa nie została wznowiona w okresie 90 dni od dnia wymagalności ostatniej nieopłaconej składki, kolejna umowa ubezpieczenia zdrowotnego może być zawarta po wyrażeniu zgody przez Towarzystwo, jednak w terminie nie wcześniejszym niż po 6 miesiącach od dnia ostatniej należnej, a nieopłaconej składki za umowę ubezpieczenia.
7. Z uprawnienia, o którym mowa w ust. 6, Ubezpieczający może skorzystać jednokrotnie.

Uposażony

§ 6

1. Uposażony nabywa prawo do otrzymania świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego Głównego, z zastrzeżeniem ust. 5.
2. Ubezpieczony Główny w czasie trwania umowy ubezpieczenia może zmieniać Uposażonych.
3. W przypadku wskazania więcej niż jednej osoby jako Uposażonego Ubezpieczony Główny może określić procentowy udział każdej z osób w świadczeniu.
4. W przypadku braku określenia procentowego udziału każdej z osób w świadczeniu lub wskazania udziałów, których suma nie stanowi 100%, Towarzystwo przyjmuje, że udziały te są równe.
5. Jeżeli Uposażony zmarł przed Ubezpieczonym Głównym lub utracił prawo do świadczenia, jego prawo przejmują pozostali Uposażeni proporcjonalnie do przyznanego im procentowego udziału w świadczeniu.
6. Jeżeli Ubezpieczony Główny nie wskazał Uposażonych lub wskazani przez niego Uposażeni zmarli przed datą śmierci Ubezpieczonego Głównego lub utracili prawo do świadczenia, Uprawnionymi do wypłaty świadczenia stają się spadkobiercy Ubezpieczonego Głównego.
7. Towarzystwo nie wypłaci świadczenia osobie, która swoim umyślnym działaniem spowodowała lub przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego Głównego. W tym przypadku prawo do tej części świadczenia przechodzi na inne osoby w proporcji i na zasadach określonych powyżej.

Ograniczenia odpowiedzialności

§ 7

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego Głównego nastąpiła na skutek:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego,
 - 2) dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego Głównego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach.
2. Towarzystwo nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli śmierć Ubezpieczonego Głównego nastąpiła wskutek samobójstwa Ubezpieczonego Głównego, jeżeli nastąpiło ono w okresie 2 lat od dnia objęcia go ochroną ubezpieczeniową.
3. W przypadku ujawnienia, że przed objęciem ochroną ubezpieczeniową podano wiadomości nieprawdziwe, a zwłaszcza zatajona została choroba Ubezpieczonego, Towarzystwo, w okresie pierwszych trzech lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.

§ 8

1. Towarzystwo jest zwolnione z obowiązku pokrycia kosztów udostępnianych Ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych, wymienionych w Katalogu świadczeń zdrowotnych, jeżeli potrzeba ich wykonania wynika z:
 - 1) niestosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich;
 - 2) obrażeń lub skutków chorobowych związanych z usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub świadomego spowodowania rozstroju zdrowia przez Ubezpieczonego;
 - 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie Ubezpieczonego wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³; użycia narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii i innych substancji uznanych za nielegalne oraz środków odurzających; zażycia środków farmakologicznych niezapisanych przez lekarza lub niezgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 4) leczenia uzależnień Ubezpieczonego;
 - 5) leczenia niepłodności Ubezpieczonego;

- 6) działań wojennych, udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach lub katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie promieniami jonizującymi lub skażenie chemiczne i biologiczne;
 - 7) popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu kodeksu karnego;
 - 8) leczenia wad wrodzonych i wrodzonych chorób metabolicznych Ubezpieczonego oraz ich następstw;
 - 9) sytuacji wymagających działań w stosunku do Ubezpieczonego w trybie nagłym, w szczególności wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowia ratunkowe (karetki reanimacyjne, karetki wypadkowe);
 - 10) leczenia zakażenia wirusem HIV lub zespołu AIDS u Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczonemu nie przysługuje dostęp do świadczeń zdrowotnych i zwrot kosztów za świadczenia zdrowotne, jeżeli w okresie 24 miesięcy, poprzedzających bezpośrednio datę podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, rozpoznano u niego lub był leczony z powodu chorób:
- 1) zawału serca;
 - 2) niewydolności krążenia;
 - 3) udaru lub wylewu (wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy),
 - 4) nowotworu złośliwego;
 - 5) cukrzycy typu I;
 - 6) marskości wątroby;
 - 7) nosicielstwa wirusa HIV lub zespołu AIDS;
 - 8) stwardnienia rozsianego;
 - 9) choroby Alzheimera.
3. Towarzystwo nie odpowiada za:
- 1) błędy w sztuce lekarskiej;
 - 2) błędy wynikające z nienależytej przeprowadzonej przez placówkę medyczne dokumentacji medycznej;
 - 3) utrudnienia związane z uczestnictwem personelu medycznego – zatrudnionego w placówkach medycznych – w strajkach i akcjach protestacyjnych, polegające na nieudzielaniu świadczeń zdrowotnych.

§ 9

Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu pobytu w szpitalu, operacji medycznych, poważnych zachorowań, Drugiej Opinii Lekarskiej nie zostanie zrealizowane, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, choroba lub obrażenia ciała są następstwem:

- 1) spożycia przez Ubezpieczonego Głównego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie Ubezpieczonego Głównego wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³; niezaleconego przez lekarza zażycia przez Ubezpieczonego Głównego leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych;
- 2) poddania się przez Ubezpieczonego Głównego zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
- 3) udziału Ubezpieczonego Głównego w sportach wysokiego ryzyka;
- 4) pełnienia przez Ubezpieczonego Głównego zasadniczej służby wojskowej;
- 5) prowadzenia przez Ubezpieczonego Głównego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony Główny nie posiada odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu;
- 6) popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu kodeksu karnego;
- 7) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego Głównego samobójstwa;
- 8) samookaleczenia się lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego Głównego;
- 9) transportu środkami powietrznymi z wyjątkiem samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
- 10) choroby lub zaburzeń psychicznych, w tym niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego Głównego;
- 11) niezastosowania się do zaleceń lekarskich poprzez niewyrażenie zgody na standardowe, powszechnie uznane procedury medyczne.

§ 10

1. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa jest ograniczony wyłącznie do wypłaty jednego świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczonego Głównego.
2. Niezależnie od innych postanowień niniejszych OWU, dotyczących ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego Głównego nie zostanie wypłacone, jeżeli:
 - 1) poważne zachorowanie jest następstwem choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego Głównego wirusem HIV;
 - 2) poważne zachorowanie zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 3 miesięcy od dnia objęcia Ubezpieczonego Głównego ochroną ubezpieczeniową w tym zakresie lub których objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed objęciem Ubezpieczonego Głównego ochroną ubezpieczeniową.

§ 11

1. Niezależnie od innych postanowień niniejszych OWU, dotyczących ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu pobytu Ubezpieczonego Głównego w szpitalu nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba lub obrażenia ciała, w celu leczenia których Ubezpieczony Główny przebywa w szpitalu, są następstwem:
 - 1) poddania się operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku jakiego uległ Ubezpieczony Główny w okresie udzielanej mu ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) wykonania rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzania nie jest choroba lub obrażenia ciała Ubezpieczonego Głównego;
 - 3) poddania się przez Ubezpieczonego Głównego zabiegowi w związku z ciążą, porodem, porogiem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym;
 - 4) wykonania zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 5) leczenia niepłodności;
 - 6) leczenia chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych;
 - 7) leczenia choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 8) leczenia wad wrodzonych;
 - 9) leczenia samookaleczenia lub obrażeń doznanych w wyniku próby popełnienia samobójstwa.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu pobytu Ubezpieczonego Głównego w szpitalu wygasa w każdym roku obowiązywania umowy ubezpieczenia w przypadku wypłaty przez Towarzystwo świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu za okres 100 dni pobytu w szpitalu w danym roku obowiązywania umowy ubezpieczenia. Ochrona zostaje wznowiona w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny okres jednoroczny.
3. W okresie 6 miesięcy od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo udziela Ubezpieczonemu Głównemu ochrony ubezpieczeniowej, wyłącznie w przypadku jeżeli pobyt w szpitalu miał na celu leczenie obrażeń ciała powstałych bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia.

4. Od najbliższej rocznicy polisy, przypadającej bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego Głównego 55. roku życia, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu pobytu Ubezpieczonego Głównego w szpitalu ograniczona jest do pobytu w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała.

§ 12

1. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje operacji medycznych:
 - 1) dla których wskazania ustalono lub dla których termin wyznaczono przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia;
 - 2) wynikających z chorób, których przyczyny zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia.
2. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli operacja medyczna jest związana lub przeprowadzana jest w celu leczenia bezpośrednich powikłań:
 - 1) obrażeń ciała istniejących przed dniem objęcia Ubezpieczonego Głównego ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia;
 - 2) badań lekarskich lub zabiegów diagnostycznych;
 - 3) leczenia wad wrodzonych oraz chorób dziedzicznych Ubezpieczonego Głównego;
 - 4) poddania się przez Ubezpieczonego Głównego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku jakiemu uległ Ubezpieczony Główny w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia;
 - 5) korekcji ostrości wzroku Ubezpieczonego Głównego;
 - 6) poddania się przez Ubezpieczonego Głównego zabiegowi w związku z ciążą, porodem, położeniem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym;
 - 7) chirurgicznej zmiany płci Ubezpieczonego Głównego;
 - 8) leczenia niepłodności Ubezpieczonego Głównego;
 - 9) sterylizacji oraz antykoncepcji operacyjnej;
 - 10) zabiegów chirurgii szczękowej, włączając wszczepienie zębów i innych zabiegów stomatologicznych;
 - 11) zabiegów chirurgii zwiadowczej i eksperymentalnej;
 - 12) poddania się przez Ubezpieczonego Głównego eksperymentowi medycznemu;
 - 13) pobrania narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - 14) wyłyżczkowania jamy macicy;
 - 15) nacięcia błony bębenkowej;
 - 16) chorób nerek;
 - 17) chorób zdiagnozowanych, leczonych lub rozpoznanych przed dniem objęcia Ubezpieczonego Głównego ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia, w tym chorób przewlekłych lub objawów chorób zdiagnozowanych, leczonych lub rozpoznanych przed dniem objęcia Ubezpieczonego Głównego ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia.
3. W okresie 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia ochrony Ubezpieczonemu Głównemu ochrony ubezpieczeniowej ograniczonej wyłącznie do operacji medycznej, która jest następstwem obrażeń ciała powstałych bezpośrednio wskutek nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia.
4. Towarzystwo nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu operacji medycznej, jeśli Ubezpieczony Główny zmarł w trakcie operacji medycznej.
5. Ubezpieczonemu przysługuje jedno najwyższe z wymienionych w § 17 świadczeń ubezpieczeniowych, w związku z leczeniem tej samej choroby lub tych samych obrażeń ciała w okresie kolejnych 60 dni.
6. Suma świadczeń wypłaconych w tytułu operacji medycznych w każdym roku trwania umowy ubezpieczenia nie może być wyższa niż 100% sumy ubezpieczenia z tytułu operacji medycznych.

7. Od najbliższej rocznicy polisy, przypadającej bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego Głównego 55. roku życia, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu operacji medycznych Ubezpieczonego Głównego ograniczona jest do operacji medycznych, przeprowadzonych w celu leczenia obrażeń ciała.

Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego Głównego

§ 13

Świadczenie ubezpieczeniowe stanowi aktualna na dzień śmierci Ubezpieczonego Głównego suma ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego Głównego.

Świadczenie z tytułu pokrycia kosztów świadczeń zdrowotnych

§ 14

Towarzystwo w ramach umowy ubezpieczenia zapewnia Ubezpieczonemu świadczenia zdrowotne, wymienione w Katalogu świadczeń zdrowotnych aktualnym na dzień udostępnienia Ubezpieczonemu świadczenia zdrowotnego, wykonywane przez placówki medyczne, zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego wariantem ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego Głównego

§ 15

Świadczenie ubezpieczeniowe stanowi aktualna na dzień poważnego zachorowania Ubezpieczonego Głównego suma ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego Głównego.

Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego Głównego w szpitalu

§ 16

1. Świadczenie ubezpieczeniowe stanowi wypłacany Ubezpieczonemu Głównemu przez Towarzystwo procent sumy ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego Głównego w szpitalu, obowiązującej w dniu rozpoczęcia pobytu w szpitalu:
 - 1) w przypadku pobytu w szpitalu w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej w celu leczenia choroby – 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu;
 - 2) w przypadku pobytu w szpitalu w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej w celu leczenia obrażeń ciała:
 - a) 1,0% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu, do 14. dnia pobytu w szpitalu łącznie oraz
 - b) 0,5% sumy ubezpieczenia za 15. i każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu.
2. Jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany został zarówno chorobą, jak i obrażeniami ciała, Ubezpieczonemu Głównemu przysługuje wyłącznie jedno świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w ust. 1 pkt 2).

Świadczenie z tytułu operacji medycznej Ubezpieczonego Głównego

§ 17

1. Świadczenie ubezpieczeniowe stanowi wypłacany Ubezpieczonemu Głównemu przez Towarzystwo procent sumy ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego Głównego, obowiązującej w dniu przeprowadzenia operacji medycznej:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia, jeżeli dana operacja medyczna należy do I klasy operacji medycznych zawartych w tabeli operacji medycznych;

- 2) 80% sumy ubezpieczenia, jeżeli dana operacja medyczna należy do II klasy operacji medycznych zawartych w tabeli operacji medycznych;
 - 3) 60% sumy ubezpieczenia, jeżeli dana operacja medyczna należy do III klasy operacji medycznych zawartych w tabeli operacji medycznych;
 - 4) 40% sumy ubezpieczenia, jeżeli dana operacja medyczna należy do IV klasy operacji medycznych zawartych w tabeli operacji medycznych;
 - 5) 20% sumy ubezpieczenia, jeżeli dana operacja medyczna należy do V klasy operacji medycznych zawartych w tabeli operacji medycznych.
2. Tabela operacji medycznych, zawierająca wykaz operacji medycznych oraz ich przynależność do poszczególnych klas, stanowi załącznik do OWU.

Świadczenie z tytułu Drugiej Opinii Lekarskiej

§ 18

1. Świadczenie ubezpieczeniowe polega na organizacji procesu sporządzenia i pokryciu kosztów sporządzenia Drugiej Opinii Lekarskiej w przypadku wystąpienia poważnego stanu chorobowego u Ubezpieczonego Głównego.
2. Organizacja procesu sporządzenia Drugiej Opinii Lekarskiej przez Towarzystwo polega na umożliwieniu uzyskania przez Ubezpieczonego Głównego Drugiej Opinii Lekarskiej za pośrednictwem Organizatora procesu Drugiej Opinii Lekarskiej, tj. zorganizowaniu kontaktu pomiędzy Ubezpieczonym Głównym a Organizatorem procesu Drugiej Opinii Lekarskiej, z zastrzeżeniem że Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za prawidłowość i termin dostarczenia Ubezpieczonemu Głównemu Drugiej Opinii Lekarskiej.
3. Towarzystwo zobowiązane jest do spełnienia świadczenia, o którym mowa w ust. 1, pod warunkiem że w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej (tj. w okresie pomiędzy rozpoczęciem a zakończeniem odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, z wyłączeniem okresu zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej) zaistniały wszystkie wymienione niżej przesłanki:
 - 1) zaistniały pierwsze objawy poważnego stanu chorobowego, z zastrzeżeniem iż warunek ten nie dotyczy wrodzonych zespołów i zniekształceń;
 - 2) zdiagnozowany został poważny stan chorobowy;
 - 3) telefonicznie zostało zgłoszone do Towarzystwa wystąpienie poważnego stanu chorobowego;
 - 4) Organizatorowi procesu Drugiej Opinii Lekarskiej doręczony został wniosek o sporządzenie Drugiej Opinii Lekarskiej.

Sposób zawierania umowy ubezpieczenia i okres ubezpieczenia

§ 19

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w trybie złożenia przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego, który stanowi ofertę zawarcia umowy ubezpieczenia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo, co potwierdzone jest polisą.
2. Wniosek ubezpieczeniowy składany jest na formularzu dostarczonym przez Towarzystwo.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do udzielenia, zgodnie z prawdą, odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte we wniosku ubezpieczeniowym.
4. Umowa może być zawarta na rzecz osób, które nie ukończyły w przypadku Ubezpieczonego Głównego i współmałżonka – 60. roku życia, w przypadku dziecka – 18. roku życia.
5. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawiera postanowienia odbiegające na niekorzyść Ubezpieczającego od złożonej przez niego oferty lub OWU, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu na piśmie uwagę na te róż-

nice, jednocześnie z doręczeniem polisy, wyznaczając mu 14-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu.

6. W przypadku braku sprzeciwu umowa ubezpieczenia dochodzi do skutku – zgodnie z treścią polisy – dnia następnego po upływie terminu wyznaczonego do zgłoszenia sprzeciwu.
7. W przypadku zgłoszenia sprzeciwu umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta lub zawierana jest po zgodnym ustaleniu jej warunków przez strony umowy ubezpieczenia.

§ 20

1. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na okres jednego roku.
2. Umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na kolejny okres jednoroczny, pod warunkiem że żadna ze stron najpóźniej na 60 dni przed rocznicą polisy nie złoży drugiej stronie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia może być przedłużana na kolejny okres jednoroczny wielokrotnie.
3. W rocznicę polisy Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany warunków umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku zaproponowania przez Towarzystwo zmiany warunków umowy ubezpieczenia w rocznicę polisy, Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o tych zmianach na piśmie na 30 dni przed rocznicą polisy, wyznaczając mu 14-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu. W przypadku zgłoszenia sprzeciwu umowa ubezpieczenia nie ulega przedłużeniu.

§ 21

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w jednej z dwóch niżej wymienionych form:
 - 1) indywidualnej – na rzecz Ubezpieczonego Głównego;
 - 2) rodzinnej – na rzecz Ubezpieczonego Głównego, jego współmałżonka lub dzieci.
2. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w formie rodzinnej ochroną ubezpieczeniową mogą być objęci:
 - 1) współmałżonek – jeżeli ukończył 18. rok życia i nie ukończył 60. roku życia;
 - 2) dziecko – jeżeli nie ukończyło 18. roku życia.

§ 22

1. Zawierając umowę ubezpieczenia, Ubezpieczający we wniosku ubezpieczeniowym wybiera jeden z wariantów ubezpieczenia:
 - 1) A;
 - 2) B;
 - 3) C.
2. W przypadku formy rodzinnej dla wszystkich Ubezpieczonych określony jest taki sam wariant ubezpieczenia.

Zmiana formy lub wariantu ubezpieczenia

§ 23

1. W każdą rocznicę polisy Ubezpieczający ma prawo do zmiany formy lub wariantu ubezpieczenia. Towarzystwo dokonuje zmiany na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, który powinien zostać doręczony Towarzystwu najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 2. Warunkiem zmiany formy lub wariantu ubezpieczenia jest opłacenie przez Ubezpieczającego składki w wymaganej wysokości.
2. Za zgodą Towarzystwa zmiana formy indywidualnej na rodzinną możliwa jest także w innym terminie niż rocznica polisy, pod warunkiem złożenia odpowiedniego wniosku na formularzu dostarczonym przez Towarzystwo oraz opłacenia składki. Datę, od której forma ubezpieczenia zostanie zmieniona, określa Towarzystwo, informując o tym Ubezpieczającego.

Podstawowe obowiązki i prawa Towarzystwa, Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

§ 24

Obowiązki Towarzystwa

Towarzystwo zobowiązane jest do:

- 1) doręczenia Ubezpieczającemu na piśmie lub – jeżeli wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku OWU przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
- 2) wystawienia polisy, potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia i przekazania jej Ubezpieczającemu wraz z kartami identyfikacyjnymi dla każdego Ubezpieczonego;
- 3) poinformowania Ubezpieczającego w polisie o dacie, od której Ubezpieczony ma prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych;
- 4) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych niniejszą umową ubezpieczenia oraz w przepisach prawa.

§ 25

1. Towarzystwo ma obowiązek spełnić świadczenie ubezpieczeniowe na zasadach opisanych w OWU.
2. Towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, zobowiązane jest do zachowania w tajemnicy danych dotyczących osób wymienionych w dokumentacji ubezpieczeniowej.
3. Towarzystwo zobowiązane jest do przekazania Ubezpieczającemu:
 - 1) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub zmianę prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia, informacji w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie rzadziej niż raz w roku, informacji o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, a także o każdej zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia, gdy z umowy ubezpieczenia przysługuje świadczenie ustalane na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie.

§ 26

Towarzystwo ma prawo dokonywania zmiany placówek medycznych. Zmiana ta nie powoduje zmiany umowy ubezpieczenia.

§ 27

Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku ubezpieczeniowym albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli Towarzystwo zawarło umowę ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. Ubezpieczający ma obowiązek opłacać składki w wysokości i terminach określonych w polisie.
3. Ponadto Ubezpieczający jest zobowiązany do:
 - 1) powiadamiania Towarzystwa o każdej zmianie swojego adresu korespondencyjnego;
 - 2) przekazania Ubezpieczonemu karty identyfikacyjnej oraz informacji o dacie, od której Ubezpieczony ma prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych;
 - 3) przesłania do Towarzystwa podpisanej kopii polisy.
4. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, na piśmie lub – jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku OWU wraz z załącznikami.

5. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Ubezpieczonemu, na piśmie lub – jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku informacji o:

- 1) zmianach warunków umowy lub prawa właściwego dla zawartej umowy wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy – przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia;
- 2) wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po przekazaniu ich przez Towarzystwo Ubezpieczającemu;
- 3) zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia, w przypadku gdy z umowy ubezpieczenia przysługuje świadczenie ustalane na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po przekazaniu ich przez Towarzystwo Ubezpieczającemu.

§ 28

Ubezpieczony jest zobowiązany do:

- 1) ścisłego przestrzegania zaleceń lekarskich;
- 2) przestrzegania zasad organizacji pracy w placówkach medycznych w części dotyczącej pacjentów w trakcie realizowania świadczeń zdrowotnych;
- 3) informowania Towarzystwa o wszelkich zmianach osobowych i adresowych; w przypadku kiedy Ubezpieczony nie jest pełnoletni obowiązek ten spoczywa na Ubezpieczonym Głównym.

§ 29

Obowiązki określone w §§ 24–28 nie wyczerpują obowiązków stron umowy ubezpieczenia, które zostały określone w pozostałych postanowieniach OWU.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

§ 30

Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:

- 1) z dniem śmierci Ubezpieczonego Głównego;
- 2) z upływem okresu, na jaki została zawarta lub przedłużona, jeżeli jedna ze stron umowy ubezpieczenia złożyła oświadczenie o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia zgodnie z § 20 lub Ubezpieczający nie wyraził zgody na zaproponowaną przez Towarzystwo nową wysokość składki, zgodnie z trybem opisanym w § 34;
- 3) z dniem upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia;
- 4) z dniem rocznicy polisy następującej bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego Głównego 65. roku życia;
- 5) z upływem 90 dni, licząc od dnia, w którym była wymagalna pierwsza zaległa składka, o ile nie została zapłacona w tym terminie mimo uprzedniego wezwania przez Towarzystwo do jej zapłaty w terminie nie krótszym niż 7 dni.

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia

§ 31

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy powinno być złożone w formie pisemnej.

Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia

§ 32

Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień okresu, za który opłacona została składka. Oświadczenie o wypowiedzeniu umowy powinno być złożone w formie pisemnej.

Sposób ustalania i opłacania składki

§ 33

1. Wysokość składki należnej z tytułu umowy ubezpieczenia ustala się na podstawie taryfy składek, obowiązującej w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub w dniu jej przedłużenia, w oparciu w szczególności o wiek Ubezpieczonego oraz wariant i formę ubezpieczenia.
2. Składka za umowę ubezpieczenia należna jest w wysokości określonej w polisie.
3. Składka powinna być wpłacana z góry na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa, najpóźniej w dniu bezpośrednio poprzedzającym okres, za który jest należna.
4. W zależności od wyboru Ubezpieczającego składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie.
5. Składkę uważa się za zapłaconą w dniu uznania rachunku bankowego Towarzystwa.
6. W każdą rocznicę polisy Ubezpieczający ma prawo do zmiany częstotliwości opłacania składki, pod warunkiem złożenia odpowiedniego oświadczenia do Towarzystwa przynajmniej na 30 dni przed rocznicą polisy.
7. W przypadku gdy wpłacona kwota jest niższa od składki z tytułu umowy ubezpieczenia, składkę za umowę ubezpieczenia uważa się za niezapłaconą.

§ 34

1. Wysokość składki jest ustalana przez Towarzystwo na każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia. W przypadku zmiany wysokości składki Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o nowej wysokości składki na kolejny rok polisy nie później niż na 30 dni przed rocznicą polisy.
2. Jeżeli Ubezpieczający, po otrzymaniu od Towarzystwa informacji o wysokości składki w następnym roku polisy, doręczy Towarzystwu najpóźniej na 14 dni przed rocznicą polisy pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na zaproponowaną przez Towarzystwo wysokość składki, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia.
3. Niedoręczenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki w terminie określonym w ust. 2, będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie umowy ubezpieczenia na kolejny rok polisy z nową wysokością składki za umowę ubezpieczenia zaproponowaną przez Towarzystwo.

Realizacja świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu pokrycia kosztów świadczeń zdrowotnych

§ 35

Konsultacje lekarskie będą udzielane przez lekarzy zatrudnionych w placówkach medycznych, bez konieczności posiadania skierowania lekarskiego, najpóźniej:

- 1) w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia takiej potrzeby przez Ubezpieczonego w godzinach pracy placówki medycznej – w przypadku konsultacji lekarskich z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i pediatrii;
- 2) w ciągu 5 dni roboczych od momentu zgłoszenia takiej potrzeby przez Ubezpieczonego w godzinach pracy placówki medycznej – w przypadku pozostałych konsultacji lekarskich, niewymienionych w pkt 1).

§ 36

W celu uzyskania świadczenia zdrowotnego Ubezpieczony powinien:

- 1) skontaktować się z infolinią medyczną lub bezpośrednio telefonicznie z wybraną placówką medyczną;
- 2) uzgodnić termin wykonania świadczenia zdrowotnego i przybyć do placówki medycznej;
- 3) przedstawić w placówce medycznej kartę identyfikacyjną wraz z innym dokumentem określającym tożsamość Ubezpieczonego;
- 4) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od placówki medycznej;
- 5) przestrzegać terminów wykonania świadczeń zdrowotnych.

§ 37

Wszystkie świadczenia zdrowotne wymienione w Katalogu świadczeń zdrowotnych będą dostępne, pod warunkiem że:

- 1) mogą być zrealizowane z uwzględnieniem wskazań lekarskich w warunkach ambulatoryjnych;
- 2) istnieje możliwość ich wykonania w danej placówce medycznej;
- 3) wykonywane są w kierującej na badania medyczne placówce medycznej lub u wskazanego przez tę placówkę medyczną podwykonawcę.

§ 38

1. W razie braku możliwości realizacji wybranego świadczenia zdrowotnego w sieci placówek medycznych współpracujących z Towarzystwem, Ubezpieczony ma prawo do realizacji tego świadczenia w innej wybranej przez siebie placówce medycznej, pod warunkiem uzyskania akceptacji Świadczeniodawcy za pośrednictwem infolinii.
2. Ubezpieczony jest zobowiązany do pobrania faktury VAT za świadczenie zdrowotne. Faktura VAT powinna być wystawiona na Świadczeniodawcę i przesłana na adres Świadczeniodawcy, zgodnie ze wskazaniami udzielonymi za pośrednictwem infolinii.
3. Ubezpieczony, po dostarczeniu faktury VAT Świadczeniodawcy, otrzyma zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych w terminie 30 dni od daty otrzymania faktury VAT przez Świadczeniodawcę, w wysokości nieprzekraczającej ceny danego świadczenia zdrowotnego w cenniku Świadczeniodawcy udostępnionym Klientom.

Realizacja świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci

§ 39

W przypadku śmierci Ubezpieczonego Głównego w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego Głównego.

Realizacja świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania

§ 40

1. W przypadku wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczonego Głównego, za które Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Głównemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego Głównego na zasadach określonych w OWU.
2. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Głównemu świadczenie, pod warunkiem że Ubezpieczony Główny pozostał przy życiu przez okres co najmniej 1 miesiąca od dnia:
 - 1) rozpoznania choroby, o której mowa w § 2 pkt 18) lit. a)–f) i h)–j),
 - 2) zabiegu, o którym mowa w § 2 pkt 18) lit. g) i k).
3. Rodzaj i moment wystąpienia poważnego zachorowania ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej, a w przypadkach wątpliwych – na podstawie badań lekarskich lub diagnostycznych z minimalnym ryzy-

kiem, z wyłączeniem badań genetycznych zleconych przez Towarzystwo i przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo.

4. Koszt badań, o których mowa w ust. 3, ponosi Towarzystwo.

§ 41

Ubezpieczony Główny obowiązany jest do zgłoszenia zdarzenia objętego umową ubezpieczenia w terminie 3 miesięcy od dnia rozpoznania choroby lub daty zabiegu.

Realizacja świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu pobytu w szpitalu

§ 42

1. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest po zakończeniu pobytu w szpitalu, za który Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, z tym że na pisemny wniosek Ubezpieczonego Głównego, w okresie jego pobytu w szpitalu, Towarzystwo może wypłacić zaliczkę na poczet świadczenia po każdym 30 dniach pobytu w szpitalu.
2. Warunkiem wypłaty zaliczki na poczet świadczenia ubezpieczeniowego, o której mowa w ust. 1, jest dostarczenie Towarzystwu dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
3. W przypadku jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy ubezpieczenia okaże się nienależne, Ubezpieczony Główny zobowiązany jest do zwrotu wypłaconej zaliczki na poczet świadczenia ubezpieczeniowego w terminie 14 dni od dnia otrzymania ostatecznej decyzji Towarzystwa w sprawie odmowy wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.

Realizacja świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu operacji medycznej

§ 43

W przypadku operacji medycznej u Ubezpieczonego Głównego, za którą Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Głównemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonego w § 17 procentu sumy ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego Głównego na zasadach określonych w OWU.

Realizacja świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Drugiej Opinii Lekarskiej

§ 44

1. W celu uzyskania świadczenia Drugiej Opinii Lekarskiej Ubezpieczony Główny jest zobowiązany do telefonicznego zgłoszenia Towarzystwu wystąpienia poważnego stanu chorobowego. Dokonując zgłoszenia Ubezpieczony Główny zobowiązany jest podać: numer polisy, imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu kontaktowego. Na wezwanie Towarzystwa Ubezpieczony Główny zobowiązany jest do podania także innych danych, pozwalających na weryfikację jego uprawnienia do świadczenia.
2. Proces uzyskania Drugiej Opinii Lekarskiej organizowany jest przez Towarzystwo za pośrednictwem Organizatora procesu Drugiej Opinii Lekarskiej. Organizator procesu Drugiej Opinii Lekarskiej kontaktuje się bezpośrednio z Ubezpieczonym Głównym telefonicznie, za pośrednictwem faksu, poczty elektronicznej, poczty kurierskiej lub listownie. Nie jest wymagana bezpośrednia wizyta lekarska. Zasada ta dotyczy zarówno Organizatora procesu Drugiej Opinii Lekarskiej, jak również lekarza eksperta.
3. Informacje o adresie, numerze telefonu i faksu, adresie mailowym Organizatora procesu Drugiej Opinii Lekarskiej znajdują się we wniosku o sporządzenie Drugiej Opinii Lekarskiej.

4. Organizator procesu Drugiej Opinii Lekarskiej w terminie 7 dni od dnia zgłoszenia Towarzystwu, o którym mowa w ust. 1, skontaktuje się z Ubezpieczonym Głównym telefonicznie i poinformuje go, jakie dokumenty są niezbędne do uzyskania świadczenia.
5. Warunkiem uzyskania Drugiej Opinii Lekarskiej jest przesłanie Organizatorowi procesu Drugiej Opinii Lekarskiej przez Ubezpieczonego Głównego, następującej dokumentacji w języku polskim:
 - 1) wniosku o sporządzenie Drugiej Opinii Lekarskiej, składanego na formularzu dostarczonym przez Towarzystwo lub Organizatora procesu Drugiej Opinii Lekarskiej;
 - 2) wszelkiej dokumentacji dotyczącej diagnostyki i leczenia poważnego stanu chorobowego, będącego podstawą do wystąpienia o sporządzenie Drugiej Opinii Lekarskiej, w tym:
 - a) diagnozy lekarza leczącego Ubezpieczonego Głównego, stwierdzającej rozpoznanie jednego z poważnych stanów chorobowych, przy czym diagnoza ta musi być potwierdzona przez lekarza specjalizującego się w danej dziedzinie medycyny, z którą związany jest rozpoznany poważny stan chorobowy, i posiadającego wymagane prawem kwalifikacje w tej dziedzinie,
 - b) kopii kart informacyjnych z pobytów w szpitalu,
 - c) kopii badań diagnostycznych,
 - d) innych dokumentów dodatkowo wskazanych przez Organizatora procesu Drugiej Opinii Lekarskiej lub wyznaczonego przez Organizatora procesu Drugiej Opinii Lekarskiej lekarza eksperta.
6. Koszty sporządzenia i doręczenia Organizatorowi procesu Drugiej Opinii Lekarskiej dokumentacji wskazanej w ust. 5 obciążają Ubezpieczonego Głównego.
7. Druga Opinia Lekarska sporządzana jest pisemnie i powinna obejmować:
 - 1) opis historii choroby i przyczynę konsultacji;
 - 2) opinię wybranego przez Organizatora procesu Drugiej Opinii Lekarskiej lekarza eksperta, dotyczącą postawionej diagnozy i stosowanego leczenia;
 - 3) propozycję planu leczenia zalecanego przez lekarza eksperta;
 - 4) informacje o doświadczeniach zawodowych i osiągnięciach zawodowych lekarza eksperta, który sporządził Drugą Opinię Lekarską;
 - 5) na prośbę Ubezpieczonego Głównego, przedstawioną we wniosku o sporządzenie Drugiej Opinii Lekarskiej, również: informacje o najlepszych placówkach medycznych, w których dalsze leczenie i konieczna diagnostyka mogą zostać przeprowadzone.
8. Po sporządzeniu Drugiej Opinii Lekarskiej przez lekarza eksperta, Organizator procesu Drugiej Opinii Lekarskiej zobowiązany jest do:
 - 1) zapewnienia tłumaczenia na język polski otrzymanej Drugiej Opinii Lekarskiej, jeżeli nie została ona sporządzona w języku polskim;
 - 2) doręczenia Drugiej Opinii Lekarskiej wraz z tłumaczeniem, jeżeli nie była ona sporządzona w języku polskim, Ubezpieczonemu Głównemu.
9. Druga Opinia Lekarska zostanie sporządzona i przesłana Ubezpieczonemu Głównemu w ciągu 30 dni od dnia dostarczenia pełnej dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 5. W wyjątkowych przypadkach okres ten może zostać wydłużony.
10. Ubezpieczony Główny ma prawo do jednej Drugiej Opinii Lekarskiej dla każdego z poważnych stanów chorobowych, wymienionych w § 2 pkt 19) lit. a)–f).
11. Druga Opinia Lekarska oparta jest na historii choroby i rozpoznaniu przeprowadzonym przez lekarzy leczących Ubezpieczonego Głównego.
12. Druga Opinia Lekarska nie ma wartości dowodu sądowego. Towarzystwo i Organizator procesu Drugiej Opinii Lekarskiej nie ponoszą odpowiedzialności za skutki interpretacji informacji zawartych w Drugiej Opinii Lekarskiej, ani jakichkolwiek działań lub zaniechań, podjętych w oparciu o te informacje.

13. Treść Drugiej Opinii Lekarskiej uzależniona jest od prawdziwości i jakości dostarczonych informacji.
14. Informacje zawarte w Drugiej Opinii Lekarskiej stanowią opinię uzupełniającą w stosunku do otrzymanej od lekarza leczącego i nie mogą być traktowane jako samodzielna diagnoza czy zalecenie terapeutyczne.

§ 45

Organizator procesu Drugiej Opinii Lekarskiej zobowiązany jest do:

- 1) pokrycia kosztów bezpośrednio związanych ze sporządzeniem Drugiej Opinii Lekarskiej, które zawierają koszt lekarza eksperta, koszty tłumaczeń i opracowania danych celem uzyskania świadczenia;
- 2) ścisłego przestrzegania tajemnicy lekarskiej i ustawy o ochronie danych osobowych w związku z opracowywaniem tego rodzaju danych i danych odnośnie choroby Ubezpieczonego Głównego;
- 3) zachowania kopii Drugiej Opinii Lekarskiej wydanej przez lekarza eksperta w sposób bezpieczny i poufny w celu umożliwienia dostępu do niej Ubezpieczonemu Głównemu w przypadku wątpliwości lub komentarzy.

Dokumenty niezbędne do realizacji świadczenia

§ 46

Niezależnie od pozostałych postanowień w niniejszych OWU, Towarzystwo uzależnia przyznanie świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia od przedstawienia następujących dokumentów:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia;
- 2) protokołu powypadkowego lub protokołu policyjnego;
- 3) kart chorobowych oraz dokumentacji medycznej z zakładu opieki zdrowotnej, w szczególności karty leczenia ambulatoryjnego lub szpitalnego, opisu wyników badań;
- 4) kserokopii dowodu osobistego Ubezpieczonego;
- 5) innych dokumentów wskazanych przez Towarzystwo, niezbędnych do ustalenia uprawnień do świadczenia.

Reklamacje, skargi i zażalenia

§ 47

1. Reklamacja to wystąpienie, w tym skarga i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Reklamacje można składać Towarzystwu w następujący sposób:
 - 1) w formie pisemnej – drogą pocztową na adres siedziby Towarzystwa: AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo osobiście w siedzibie Towarzystwa;
 - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: skargi.odwolania@axa.pl;
 - 3) ustnie – telefonicznie pod numerem 22 555 00 00 lub 801 200 200 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa.
3. Reklamacje wnosi się do Zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
4. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
5. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej albo pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
6. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w przypadku wyboru takiej formy kontaktu).
7. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.

8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie wyśle informację o przyczynie niemożności rozpatrzenia reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
9. Jeżeli osoba składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Osoba składająca reklamację może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu, według właściwości określonej w § 48.
10. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
11. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Sąd właściwy do rozstrzygnięcia sporów

§ 48

1. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Postanowienia końcowe

§ 49

1. W przypadku gdy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa do dokonania zmiany umowy ubezpieczenia jest wymagana zgoda Ubezpieczonego, złożenie przez Ubezpieczającego oświadczenia dotyczącego zmiany umowy ubezpieczenia jest równoznaczne ze złożeniem oświadczenia o wyrażeniu zgody na zmianę umowy ubezpieczenia w imieniu Ubezpieczonego, który upoważnił Ubezpieczającego do jej wyrażenia. Dodatkowo w takim przypadku, wraz z oświadczeniem dotyczącym zmiany umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający jest zobowiązany doręczyć Towarzystwu oświadczenie Ubezpieczonego o wyrażeniu zgody na zmianę umowy ubezpieczenia, jeżeli nie upoważnił Ubezpieczającego do dokonania tej czynności lub odwołał takie upoważnienie.
2. O ile OWU nie stanowią inaczej, odwołanie oświadczenia, w tym wniosku lub dyspozycji, jest skuteczne, jeżeli zostało doręczone Towarzystwu nie później niż z tym wnioskiem lub dyspozycją.
3. Z zastrzeżeniem ust. 4 niniejszego paragrafu, wszelkie oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia powinny być dokonywane na piśmie.
4. O ile OWU nie wymagają zachowania formy pisemnej, strony mogą ustalić, że oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia będą składane z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość lub na innym niż forma pisemna trwałym nośniku.
5. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane będą na stronie internetowej Towarzystwa.
6. Integralną częścią OWU jest Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
7. Zasady opodatkowania podatkiem dochodowym kwot otrzymanych przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie określa ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2000 r. nr 14, poz. 176 z późn. zm.).

8. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie są wolne od podatku, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia w przypadku ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi.
9. Kwoty otrzymane przez osoby prawne z tytułu ubezpieczeń na życie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób prawnych zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jednolity: Dz.U. z 2000 r. nr 54, poz. 654 z późn. zm.).

§ 50

W sprawach nieuregulowanych w OWU do umowy ubezpieczenia stosuje się przepisy prawa polskiego.

§ 51

1. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia zdrowotnego Vitalité zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/26/07/2007 z dnia 26 lipca 2007 r. i zmienione uchwałami Zarządu AXA nr 1/11/12/2009 z dnia 11 grudnia 2009 r., nr 1/21/10/2011 z dnia 21 października 2011 r., nr 1/19/01/2012 z dnia 19 stycznia 2012 r., nr 1/31/10/2012 z dnia 31 października 2012 r., nr 1/25/09/2014 z dnia 25 września 2014 r. oraz nr 1/10/12/2015 z dnia 10 grudnia 2015 r.
2. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia zdrowotnego Vitalité zostają wprowadzone do obrotu z dniem 1 stycznia 2016 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od tego dnia.

Prezes Zarządu

Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Katalog

świadczeń zdrowotnych w ubezpieczeniu indywidualnym

Załącznik do Ogólnych warunków ubezpieczenia zdrowotnego Vitalité

DOSTĘP DO LEKARZY

Konsultacje lekarskie będą udzielane przez lekarzy zatrudnionych w placówkach medycznych, bez konieczności posiadania skierowania lekarskiego, najpóźniej:

- 1) w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia takiej potrzeby przez Ubezpieczonego w godzinach pracy placówki medycznej – w przypadku konsultacji lekarskich z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i pediatrii;
- 2) w ciągu 5 dni roboczych od momentu zgłoszenia takiej potrzeby przez Ubezpieczonego w godzinach pracy placówki medycznej – w przypadku pozostałych konsultacji lekarskich, niewymienionych w pkt 1).

Wizyta Ubezpieczonego w placówce medycznej wymaga okazania posiadanej karty identyfikacyjnej Vitalité i dokumentu tożsamości.

WARIANTY UBEZPIECZENIA

Wariant A

1. Porady lekarskie

W razie potrzeby Ubezpieczony może skorzystać – bez konieczności skierowania – z porady lekarskiej wraz z podstawowymi czynnościami niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Porady lekarskie nie są limitowane.

Porada lekarska obejmuje (w zależności od wskazań):

- 1) zebranie wywiadu chorobowego
- 2) badanie przedmiotowe pacjenta (w tym niezbędne pomiary: masy ciała, wzrostu, ciśnienia tętniczego krwi)
- 3) postawienie diagnozy
- 4) edukację i promocję zdrowotną
- 5) poinformowanie o wynikach badania i zalecenia medyczne
- 6) zlecenie i ocenę badań diagnostycznych
- 7) zlecenie konsultacji specjalistycznych
- 8) konsultację przed szczepieniem lub pobraniem krwi (HIV)
- 9) wystawienie zaświadczeń o stanie zdrowia, niezdolności do pracy
- 10) wystawienie recept na leki lub materiały medyczne

2. Konsultacje specjalistyczne

Konsultacja specjalistyczna obejmuje poradę lekarza specjalisty wraz z czynnościami niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Konsultacje specjalistyczne są dostępne bez skierowania i nie są limitowane.

Do dyspozycji Ubezpieczonego pozostają specjaliści w następujących dziedzinach:

- 1) chirurgii ogólnej
- 2) chirurgii dziecięcej
- 3) chorób wewnętrznych
- 4) dermatologii i wenerologii
- 5) kardiologii
- 6) medycyny rodzinnej

- 7) okulistyki
 - 8) otorynolaryngologii
 - 9) pediatrii
 - 10) położnictwa i ginekologii*
- * z wyłączeniem leczenia niepłodności

3. Coroczny bilans monitorujący rozwój dziecka

4. Zabiegowa opieka pielęgniarska

- 1) iniekcje (domięśniowe, dożylnie, podskórne, podanie anatoksyny przeciwżółciowej)
- 2) założenie lub zmiana prostego opatrunku, usunięcie szwów
- 3) badanie EKG
- 4) pomiar ciśnienia krwi
- 5) badanie moczu metodą paskową
- 6) próba uczuleniowa na lek
- 7) cholesterol + cukier metodą paskową

5. Badania laboratoryjne

- 1) Hematologiczne
 - a) morfologia krwi z rozmazem
 - b) odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)
 - c) czas częściowej trombotoplastyny po aktywacji (czas K-K, APTT)
 - d) czas protrombinowy Quicka (PT)
- 2) Biochemiczne
 - a) amylaza
 - b) białko całkowite
 - c) bilirubina całkowita
 - d) transaminazy
 - e) cholesterol całkowity
- 3) Enzymatyczne
 - a) fosfataza alkaliczna
 - b) fosfataza kwaśna
 - c) fosfataza sterczowa
 - d) glukoza
 - e) kreatynina
 - f) kwas moczowy
 - g) mocznik
 - h) elektrolity (K), (Na), (Cl)
 - i) magnez (Mg)
 - j) wapń (Ca)
 - k) żelazo (Fe)
- 4) Badanie moczu
 - a) ogólne badanie moczu
- 5) Badanie kału
 - a) ogólne badanie kału
- 6) Badania hormonalne i metaboliczne
 - a) hormon tyreotropowy (TSH)
 - b) antygen swoisty dla stercza (PSA)

6. Pozostałe badania

- 1) Badania czynnościowe – badania pozwalające na dynamiczną ocenę sprawności narządów lub układów
 - a) układu krążenia
EKG
 - b) układu oddechowego
spirometria

7. Na pozostałe usługi medyczne świadczone w placówkach Centrum Luxmed i Medycyna Rodzinna udzielane jest 10% rabatu.

Wariant B

Wariant B obejmuje wszystkie świadczenia zdrowotne wymienione w wariancie A oraz dodatkowo:

1. Konsultacje lekarzy specjalistów w dziedzinie:

- 1) alergologii
 - 2) anestezjologii i intensywnej terapii
 - 3) chorób płuc
 - 4) diabetologii
 - 5) endokrynologii
 - 6) gastroenterologii
 - 7) nefrologii
 - 8) neurologii
 - 9) onkologii klinicznej
 - 10) ortopedii i traumatologii narządu ruchu
 - 11) psychiatrii*
 - 12) radiologii i diagnostyki obrazowej
 - 13) reumatologii
 - 14) urologii
- * w zakresie 3 porad lekarskich w roku, nieobejmujących zajęć terapeutycznych

2. Konsultacje profesorskie w ww. specjalnościach

- 1) w pełnym zakresie, w każdym przypadku gdy do konsultacji kieruje prowadzący specjalista wymieniony w pkt 1

3. Opieka lekarska nad przebiegiem ciąży

- 1) opiekę wybranego lekarza specjalisty
- 2) konieczne konsultacje
- 3) niezbędne badania diagnostyczne zgodne z Katalogiem świadczeń
- 4) czynne poradnictwo zdrowotne z zakresu fizjologii przebiegu ciąży i porodu

4. Zabiegi medyczne

- 1) blokada dostawowa
- 2) elektrokoagulacje i zabiegi kriochirurgiczne w dermatologii
- 3) odczulanie
- 4) założenie i zdjęcie opatrunku gipsowego (gips tradycyjny)

5. Opieka stomatologiczna

- 1) profilaktyczny przegląd stomatologiczny – dwa razy w roku
- 2) indywidualne zalecenia profilaktyki stomatologicznej – dwa razy w roku
- 3) zdjęcie RTG zęba – bezpłatnie

6. Domowa opieka pielęgniarska

- 1) wykonanie iniekcji*
 - 2) oznaczenie poziomu glukozy*
- * raz w roku, do 10 dni wykonywane jeden raz dziennie lub do 5 dni wykonywane dwa razy dziennie

7. Badania laboratoryjne

- 1) Hematologiczne
 - a) układu krzepnięcia
- 2) Biochemiczne
 - a) albumina
 - b) aminotransferaza alaninowa (ALT)
 - c) aminotransferaza asparaginianowa (AST)
 - d) białko – proteinogram
 - e) białko C-reaktywne (CRP)
 - f) chlorki (Cl)
 - g) cholesterol HDL
- 3) Enzymatyczne
 - a) kinaza fosfokreatynowa izoenzym CK-MB (CKMB)
 - b) potas (K)
 - c) sód (Na)
 - d) trójglicerydy
 - e) żelazo – całkowita zdolność wiązania żelaza (TIBC)
- 4) Badanie moczu
 - a) dobowa zbiórka moczu (kreatynina, kwas moczowy, diastaza, wapń)
 - b) skład chemiczny kamieni nerkowych
- 5) Badanie kału
 - a) pasożyty/jaja pasożytów w kale
- 6) Inne
 - a) antygen HBs
 - b) test lateksowy

8. Badania specjalistyczne

- 1) Serologiczne
 - a) oznaczenie grupy krwi układu A, B, O, D, przeciwciała Rh
 - b) HIV I/II
- 2) Immunologiczne
 - a) immunoglobuliny A (IgA)
 - b) immunoglobuliny E całkowite (IgE)
 - c) immunoglobuliny G (IgG)
 - d) immunoglobuliny M (IgM)
 - e) przeciwciała anty – HAV (total)
 - f) przeciwciała anty – HBV (HBs, HBc)
 - g) przeciwciała anty – HCV
 - h) przeciwciała p. bakteriom H. pylori
 - i) przeciwciała p. bakteriom Borelia
 - j) przeciwciała p. bakteriom Chlamydia
 - k) przeciwciała p. cytomegalii (IgG, IgM)
 - l) przeciwciała p. różyczce (IgG, IgM)
 - m) przeciwciała p. toksoplazmozie
- 3) Hormonalne i metaboliczne
 - a) estradiol
 - b) F (wolne) alfa HCG
 - c) gonadotropina kosmówkowa (beta-HCG)
 - d) gonadotropina kosmówkowa (alfa-HCG)
 - e) hormon folikulotropowy (FSH)
 - f) hormon luteinizujący (LH)
 - g) hormon tyreotropowy (TSH)
 - h) insulina
 - i) kortyzol
 - j) progesteron
 - k) prolaktyna
 - l) T3 całkowite
 - m) fT3

- n) T4 całkowite
- o) fT4
- p) testosteron
- r) Tg (tyreoglobulina)

4) Inne

- a) HBS-Ag
- b) antygen swoisty dla stercza (PSA)
- c) AFP (alfafetoproteiny)
- d) CA – 125
- e) CA – 15-3
- f) CA – 19-9
- g) CEA (antygen karcynoembrionalny)

9. Badania mikrobiologiczne i cytologiczne

1) Badania mikrobiologiczne

- a) posiew ogólny moczu w kierunku tlenowej flory bakteryjnej
- b) wymazy z odbytu i posiewy kału w kierunku tlenowej flory bakteryjnej oraz szczepów Salmonella i Shigella
- c) badanie kału na nosicielstwo szczepów Salmonella i Shigella
- d) wymazy i posiewy ginekologiczne w kierunku tlenowej flory bakteryjnej
- e) badania mykologiczne skóry i paznokci

2) Badania cytologiczne

- a) cytologia ginekologiczna

10. Zabiegi diagnostyczne

1) Biopsja cienkoigłowa

- a) tarczycy pod kontrolą USG
- b) piersi pod kontrolą USG
- c) gruczołu krokowego pod kontrolą USG

2) Alergiczne testy skórne

- a) testy skórne metodą nakłuć
panel wziewny 20 punktów (alergenów) i/lub panel pokarmowy 20 punktów (alergenów)

11. Badania radiologiczne

1) RTG klasyczne

- a) czaszki, zatok i zębów
- b) ślinianek podżuchwowych
- c) klatki piersiowej (a-p, boczne i z kontrastem)
- d) klatki piersiowej warstwowe (tomogram)
- e) jamy brzusznej – przeglądowe
- f) przelyku, żołądka i dwunastnicy
- g) miednicy
- h) kręgosłupa (szyjnego, piersiowego i lędźwiowego)
- i) stawów i/lub kości długich

2) Wlew doodbytniczy

- a) badanie z kontrastem

3) Urografia

- a) badanie z kontrastem

4) Mammografia

5) CT – tomografia komputerowa z kontrastem*

- a) głowy (mózgoczaszki, twarzoczaszki, przysadki, ucha środkowego i wewnętrznego)
- b) szyi i klatki piersiowej
- c) jamy brzusznej (do rozwidlenia aorty, trzustki nadnerczy) i miednicy
- d) kości długich, kręgosłupa i stawów
* z wyłączeniem badań w opcji naczyniowej i badań tomografii spiralnej

12. NMR – rezonans magnetyczny (zakres jak CT)

- a) badania metodą nuklearnego rezonansu magnetycznego, również z wykorzystaniem kontrastu

13. Badania USG

1) Ultrasonografia klasyczna

- a) narządów jamy brzusznej
- b) ginekologiczno-położnicza
- c) narządu ruchu (stawów)
- d) innych narządów (jąder, tarczycy, ślinianek, piersi)

2) Sondy transkorporalne

- a) narządów rodnych (transwaginalnie)
- b) gruczołu krokowego (transrektalnie)

3) UKG – echokardiografia

- a) badanie USG serca metodą kolorowego Dopplera

4) Ultrasonografia metodą Dopplera

- a) badanie dopplerowskie tętnic nerkowych
- b) badanie dopplerowskie tętnic kończyn
- c) badanie dopplerowskie żył kończyn
- d) badanie dopplerowskie tętnic domózgowych

14. Badania endoskopowe

- a) endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego (gastroskopia)
- b) endoskopia dolnego odcinka przewodu pokarmowego: rektoskopia, sigmoidoskopia

15. Badania czynnościowe

1) Układu krążenia

- a) 24-godzinna rejestracja EKG (badanie metodą Holtera)
- b) 24-godzinne ambulatoryjne monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi (Holter RR)

2) Układu ruchu

- a) densytometria

3) Układu nerwowego

- a) elektroencefalografia (EEG)

4) Okulistyczne

- a) komputerowe badanie pola widzenia

5) Narządu słuchu

- a) audiometria

16. Rehabilitacja narządów ruchu (kinezyterapia + fizykoterapia)

Zestawy procedur fizjoterapeutycznych dobierane są wg wskazań lekarskich i oceny efektywności w 10-dniowym cyklu leczniczym z intensywnością do 2 zabiegów dziennie, w okresie rocznym.

Rehabilitacja nie jest udzielana w związku z chorobami przewlekłymi, wadami wrodzonymi, zaburzeniami neurorozwojowymi oraz rehabilitacją po zabiegach operacyjnych.

1) Kinezyterapia

- a) ćwiczenia instruktażowe indywidualne
- b) ćwiczenia indywidualne
- c) ćwiczenia usprawniające indywidualne
- d) wyciąg trakcyjny

2) Fizykoterapia

- a) elektroterapia
galwanizacja
jonoforeza
elektrostymulacja
prądy diadynamiczne
prądy interferencyjne
prądy Tensa
prądy Traeberta

- b) magnetoterapia
 - pole elektromagnetyczne wielkiej częstotliwości
 - pole elektromagnetyczne małej częstotliwości
 - ultradźwięki
 - fonoforeza
 - terapia skojarzona – ultradźwięki + prądy
- c) krioterapia miejscowa
- d) laseroterapia

17. Domowe interwencje lekarskie

Porada w warunkach domowych konieczna ze względu na stan zdrowia Ubezpieczonego, uniemożliwiający mu przybycie do placówki medycznej, przeprowadzona jest przez lekarza rodzinnego/internistę lub pediatrę, obejmująca czynności niezbędne do postawienia diagnozy i podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej.

Zapewniona jest całodobowa realizacja usługi na terenie Warszawy i okolic, Krakowa, Poznania oraz Wrocławia, a także na terenie miast, w których placówki współpracujące udostępniają taką usługę. Informacje o tych placówkach, jak również porady o zakresie, warunkach i najdogodniejszym sposobie uzyskania pomocy medycznej Centrum Luxmed i Medycyna Rodzinna na terenie całego kraju dostępne są za pośrednictwem całodobowej infolinii.

18. Szczepienia

szczepienia przeciwko grypie, 1 raz w roku

19. Na pozostałe usługi medyczne świadczone w placówkach Centrum Luxmed i Medycyna Rodzinna udzielane jest 10% rabatu.

Wariant C

Wariant C obejmuje wszystkie świadczenia zdrowotne wymienione w wariantach A i B oraz dodatkowo:

1. Opieka stomatologiczna

Leczenie zachowawcze – rabat 30%

2. Domowa opieka pielęgniarska

- 1) zabiegi pielęgnacyjne
- 2) opieka w domu chorego

3. Zabiegi diagnostyczne

- 1) testy skórne metodą płatkową/kontaktowe

4. Szczepienia

- 1) WZW typ B
- 2) odkleszczowe zapalenie mózgu
- 3) szeroka paleta szczepionek dla dzieci m.in. przeciwko: odrze, śwince, różyczce, zakażeniom Haemofilus influenzae, polio, krztuścowi, tężcowi, ospie wietrznej

5. Chirurgia jednego dnia

30% rabatu na następujące zabiegi chirurgii jednego dnia, wykonywane w przychodni Centrum Luxmed przy ul. Domaniewskiej 41 w Warszawie:

- 1) Chirurgia ogólna
 - a) usunięcie pęcherzyka żółciowego
 - b) operacje przepuklin
 - c) operacyjne i obliteracyjne leczenie żylaków kończyn dolnych
 - d) operacje żylaków odbytu
 - e) operacje laparoskopowe
- 2) Chirurgia dziecięca
 - a) operacje przepuklin brzusznych
 - b) operacje stulejki
 - c) operacje wodniaków jądra, wnetrostwa
- 3) Chirurgia plastyczna
 - a) chirurgia estetyczna
 - b) korekty nosa

- c) korekty małżowin usznych
- d) korekty gruczołów piersiowych
- e) plastyka powłok brzusznych
- f) plastyka powiek
- g) podniesienie powłok twarzy i szyi (face lift)

4) Chirurgia rekonstrukcyjna

- a) korekty wad rozwojowych
- b) wady i niedorozwinięcia małżowin usznych
- c) korekta opadania powiek
- d) operacje naprawcze zniekształceń po urazach mechanicznych i oparzeniach

5) Chirurgia urologiczna

- a) żylaków powrózka nasiennego
- b) przerostu gruczołu krokowego
- c) wysiłkowego nietrzymania moczu

6) Operacje laryngologiczne

- a) usunięcie migdałków podniebiennych, migdałka gardłowego
- b) usunięcie polipów nosa
- c) korekcja skrzywienia przegrody nosa

7) Chirurgia ginekologiczna

- a) elektro- i kriokoagulacja nadżerek
- b) wyluszczenie mięśniaków macicy
- c) usunięcie przydatków, torbieli jajnika
- d) laparoscopia diagnostyczna i zabiegowa

8) Chirurgia onkologiczna

- a) usuwanie zmian guzowatych gruczołu piersiowego
- b) usuwanie zmian łagodnych i złośliwych skóry

9) Chirurgia okulistyczna

- a) usuwanie gradówki
- b) usuwanie narośli w okolicach oczu

10) Chirurgia dermatologiczna

- a) wymrażanie ciekłym azotem
- b) usuwanie włókniaków
- c) usuwanie przerosłych blizn

6. Programy promocji zdrowia

Gwarancja udziału w szeregu zdrowotnych programów profilaktycznych, mających charakter edukacyjny oraz praktyczny, szkoleniowy, nastawiony na budowę postaw i zachowań prozdrowotnych, zapobieganie nawykom szkodliwym dla zdrowia lub narażeniom środowiskowym.

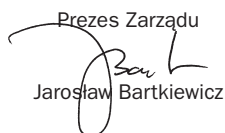
Tematyka programów opiera się na analizie potrzeb, wynikających ze specyfiki zawodowo-społecznej adresatów, i jest indywidualnie do nich dopasowywana treścią i formą.

7. Zdrowy styl życia

Dostęp do sieci klubów WORLD FITNESS – rabat 10%.

8. Na pozostałe usługi medyczne świadczone w placówkach Centrum Luxmed i Medycyna Rodzinna udzielane jest 10% rabatu.

1. Niniejszy Katalog świadczeń zdrowotnych został zatwierdzony uchwałą Zarządu nr 1/26/07/2007 z dnia 26 lipca 2007 r. i zmieniony uchwałami Zarządu AXA nr 1/31/10/2012 z dnia 31 października 2012 r. oraz nr 1/10/12/2015 z dnia 10 grudnia 2015 r.
2. Niniejszy Katalog świadczeń zdrowotnych zostaje wprowadzony do obrotu z dniem 1 stycznia 2016 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu

 Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

 Janusz Arczewski

Tabela operacji medycznych

Załącznik do Ogólnych warunków ubezpieczenia zdrowotnego Vitalité

UKŁAD NERWOWY

Klasa

Tkanka mózgowa

Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	I
Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	I
Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	I
Drenaż zmiany w tkance mózgowej	II
Neurostymulacja mózgu	II

Komory mózgowe i przestrzeń podpajęczynówkowa

Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	III
Rewizja wentrykulostomii	III
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne na komorach mózgowych	III
Zabiegi dotyczące przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	II

Nerwy czaszkowe

Przeszczep nerwów czaszkowych	I
Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwów czaszkowych	I
Pozaczaszkowe wycięcie nerwu błędnego (X)	II
Pozaczaszkowe wycięcie innego nerwu czaszkowego	II
Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	I
Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	I
Wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	II
Neurostymulacja nerwu czaszkowego	III

Opony mózgowe

Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	I
Operacja naprawcza opony twardej	I
Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	I
Drenaż przestrzeni podoponowej	I

Rdzeń kręgowy i inne struktury kanału kręgowego

Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	I
Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	I

Nerwy obwodowe

Wycięcie nerwu obwodowego	IV
Zniszczenie nerwu obwodowego	IV
Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	IV
Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	III

Inne części układu nerwowego

Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	III
--	-----

UKŁAD WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, SUTEK

Klasa

Przysadka i szyszynka

Wycięcie przysadki	I
Zniszczenie przysadki	II
Operacje szyszynki	I

Tarczycza i przytarczycze

Wycięcie tarczycy	III
Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy	II
Operacje dotyczące przewodu tarczowo-językowego	III
Wycięcie przytarczyc(y)	II

Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego

Wycięcie grasicy	III
Wycięcie nadnercza	III
Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnerczy	III

Sutek

Całkowita amputacja sutka	III
Operacje rekonstrukcyjne sutka	I
Nacięcie sutka	V
Operacje na przewodach mlekośnych sutka	IV
Operacje brodawki sutkowej	IV

OKO

Klasa

Oczodoł

Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	IV
Wycięcie zmiany w obrębie oczodołu	III
Wszczepienie protezy oka	IV
Rewizja protezy oka	IV
Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	III
Nacięcie oczodołu	IV

Mięśnie oka

Połączone operacje mięśni oka	III
Cofnięcie mięśnia oka	IV

Wycięcie mięśnia oka	IV
Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka	IV

Spojówka i rogówka

Zeszycie rogówki	V
Usunięcie ciała obcego z rogówki	V
Nacięcie rogówki	IV

Twardówka i tęczówka

Wycięcie zmiany w obrębie twardówki	IV
Operacje odklejającej się siatkówki z kłamrowaniem	III
Nacięcie twardówki	IV
Wycięcie tęczówki	IV
Operacje filtrujące tęczówki	III
Nacięcie tęczówki	IV

Komora przednia gałki ocznej i soczewka

Wycięcie ciała rzęskowego	IV
Zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	IV
Wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	IV
Nacięcie torebki soczewki	V

Siatkówka i inne części oka

Operacje ciała szklistego	III
Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	IV
Zniszczenie zmiany siatkówki	IV

UCHO Klasa

Ucho zewnętrzne i przewód słuchowy zewnętrzny

Drenaż ucha zewnętrznego	IV
Oczyszczenie zewnętrznego przewodu słuchowego	V

Wyrostek sutkowaty i ucho środkowe

Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	II
Operacje naprawcze błony bębenkowej	III
Drenaż ucha środkowego	V
Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	II
Wycięcie zmiany ucha środkowego	IV

UKŁAD ODDECHOWY Klasa

Nos

Amputacja (resekcja) nosa	III
Operacje plastyczne nosa	III
Operacje przegrody nosa	IV
Operacje małżowiny nosa	V
Chirurgiczne zatrzymanie krwawienia z jamy nosowej	IV
Tamponada nosa	V
Operacje nosa zewnętrznego	V

Zatoki przynosowe

Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	IV
Operacje zatoki czołowej	IV
Operacje zatoki klinowej	IV
Operacje niewyszczególnionej zatoki przynosowej	V

Gardło

Wycięcie gardła	I
Operacje naprawcze gardła	III
Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła	III

Krtani

Wycięcie krtani	III
Otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtani	III
Odtworzenie krtani	I
Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne w obrębie krtani	III

Tchawica i oskrzela

Częściowe wycięcie tchawicy	I
Operacje plastyczne tchawicy	III
Otwarta implantacja protezy tchawicy	III
Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	IV
Otwarte operacje ostrogi tchawicy	III
Częściowe wycięcie oskrzela	III
Endofiberoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dolnych dróg oddechowych	III
Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w obrębie dolnych dróg oddechowych z użyciem bronchoskopu	III

Płuca i śródpiersie

Przeszczep płuca	I
Wycięcie płuca	I
Otwarte wycięcie zmiany w obrębie płuca	I
Otwarte operacje śródpiersia	IV
Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	III

JAMA USTNA Klasa

Język i podniebienie

Wycięcie języka	III
Wycięcie zmiany w obrębie języka	V
Nacięcie języka	V
Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia	V
Korekcja zniekształcenia podniebienia	IV

Migdałki i inne części jamy ustnej

Wycięcie migdałków podniebiennych	IV
Wycięcie zmiany w obrębie innych części jamy ustnej	V
Odtworzenie innej części jamy ustnej	IV

Ślinianki

Wycięcie ślinianki	IV
Wycięcie zmiany w obrębie ślinianki	IV
Nacięcie ślinianki	V
Przemieszczenie przewodu ślinianki (przeszczepienie ujścia przewodu ślinianki)	IV
Otwarte usunięcie kamienia z przewodu ślinianki	IV
Podwiązanie przewodu ślinianki	V
Poszerzenie przewodu ślinianki	V
Usunięcie kamienia ze światła przewodu ślinianki	IV

GÓRNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO Klasa**Przełyk, w tym przepuklina rozworu przełykowego przepony**

Wycięcie przełyku i żołądka	I
Całkowite wycięcie przełyku	I
Częściowe wycięcie przełyku	III
Otwarte wycięcie zmiany w obrębie przełyku	III
Zespolenie omijające przełyku	II
Rewizja zespolenia przełykowego	III
Operacja naprawcza przełyku	I
Wytworzenie przetoki przełykowej	III
Nacięcie przełyku	III
Otwarte operacje żyłaków przełyku	III
Otwarta implantacja protezy przełyku	III
Fiberoendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie przełyku	IV
Usunięcie zmiany w obrębie przełyku przy użyciu sztywnego endoskopu	IV

**Żołądek z odźwiernikiem oraz endoskopia
górnego odcinka przewodu pokarmowego**

Całkowite wycięcie żołądka	I
Częściowe wycięcie żołądka	II
Otwarte wycięcie zmiany w obrębie żołądka	III
Operacje plastyczne żołądka	III
Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	III
Zespolenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	III
Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	III
Operacje wrzodu żołądka	III
Nacięcie odźwiernika	III
Fiberoendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego	IV

Dwunastnica

Wycięcie dwunastnicy	III
Otwarte usunięcie zmiany w obrębie dwunastnicy	II
Zespolenie omijające dwunastnicę	III

Operacje wrzodu dwunastnicy	III
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dwunastnicy	IV

Jelito czcze

Wycięcie jelita czczego	III
Wycięcie zmiany w obrębie jelita czczego	III
Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii)	III
Zespolenie omijające jelito czcze	III
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita czczego	III

Jelito kręte

Wycięcie jelita krętego	III
Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita krętego	III
Zespolenie omijające jelito kręte	III
Rewizja zespolenia jelita krętego	III
Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	III
Rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii)	III
Wewnątrzbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	III
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita krętego	III

DOLNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO Klasa**Wyrstek robaczkowy**

Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	IV
---	----

Okrężnica

Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	I
Całkowite wycięcie okrężnicy	I
Rozszerzone wycięcie prawej połowy okrężnicy	II
Wycięcie poprzecznicy	II
Wycięcie lewej połowy okrężnicy	II
Wycięcie esicy	II
Wycięcie zmiany w obrębie okrężnicy	III
Zespolenie omijające okrężnicę	III
Wyłonienie kątnicy (cekostomia)	III
Nacięcie okrężnicy	III
Wewnątrzbrzuszne manipulacje na okrężnicy	III
Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	III
Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie okrężnicy	IV
Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie dolnej części okrężnicy przy użyciu fibrosigmoidoskopu	IV
Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie dolnej części okrężnicy przy użyciu sztywnego sigmoidoskopu	IV

Odbytznica

Wycięcie odbytnicy	I
Otwarte wycięcie zmiany w obrębie odbytnicy	III
Ufiksowanie odbytnicy z powodu jej wypadania	III

Przezwieraczowe operacje odbytnicy	III
Operacje z powodu wypadania odbytnicy z dostępu przez krocze	III
Odbyt i okolica okołodbytowa	
Wycięcie guzków krwawniczych (hemoroidów)	IV
Zniszczenie guzków krwawniczych (hemoroidów)	V
Wycięcie torbieli włosowej	IV

INNE NARZĄDY JAMY BRZUSZNEJ - GŁÓWNIIE UKŁADU POKARMOWEGO

Klasa

Wątroba

Przeszczep wątroby	I
Częściowe wycięcie wątroby	I
Wycięcie zmiany w obrębie wątroby	I
Operacja naprawcza wątroby	II
Nacięcie wątroby	IV
Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu	IV
Transluminalne (śródnacyniowe) zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	IV

Pęcherzyk żółciowy

Wycięcie pęcherzyka żółciowego	III
Zespolenie pęcherzyka żółciowego	II
Nacięcie pęcherzyka żółciowego	IV
Przezkórne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego	IV

Przewody żółciowe

Wycięcie przewodu żółciowego	II
Wycięcie zmiany w obrębie przewodu żółciowego	III
Zespolenie przewodu żółciowego	I
Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	III
Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	III
Operacja naprawcza przewodu żółciowego	II
Nacięcie przewodu żółciowego	III
Plastyka zwieracza Oddiego z dostępu przedwunastniczego	III
Nacięcie zwieracza Oddiego z dostępu przedwunastniczego	III
Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego (sfinkterotomia endoskopowa)	IV
Endoskopowe wsteczne (tj. od strony dwunastnicy) protezowanie dróg żółciowych	IV
Endoskopowe wsteczne protezowanie dróg trzustkowych	IV
Przezkórna rewizja zespolenia dróg żółciowych	IV
Przezkórna implantacja protezy dróg żółciowych	IV
Zabiegi terapeutyczne w obrębie dróg żółciowych z dostępu przez dren T	IV
Przezkórne badanie dróg żółciowych	IV

Trzustka

Przeszczep trzustki	I
Całkowite wycięcie trzustki	I
Wycięcie głowy trzustki	I
Wycięcie zmiany w obrębie trzustki	III
Zespolenie przewodu trzustkowego	II
Otwarty drenaż zmiany w obrębie trzustki	III
Nacięcie trzustki	III
Przezkórne zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	III

Śledziona

Całkowite wycięcie śledziony	III
------------------------------	-----

SERCE

Klasa

Ściany, przegrody i komory serca

Przeszczep serca i płuc	I
Operacja naprawcza tetralogii Fallota	I
Wewnątrzprzedsionkowa korekcja przełożenia wielkich naczyń	I
Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych	I
Zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego i międzykomorowego	I
Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej	I
Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej	I
Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca	I
Operacje przegrody serca wykonywane bez otwierania serca	II
Zabiegi terapeutyczne dotyczące przegrody serca wykonywane od strony jam serca	I
Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem wstawki z zastawką	I
Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem innej wstawki	I
Plastyka przedsionka serca	I

Zastawki serca i struktury towarzyszące

Walwuloplastyka mitralna	I
Walwuloplastyka aortalna	I
Plastyka zastawki trójdzielnej	I
Plastyka zastawki tętnicy płucnej	I
Plastyka nieokreślonej zastawki serca	I
Rewizja plastyki zastawki serca	I
Otwarta walwulotomia	I
Zamknięta walwulotomia	I
Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca	II
Usunięcie zwężenia w obrębie struktur towarzyszących zastawce serca	I

Tętnice wieńcowe

Pomost aortalno-wieńcowy z użyciem własnej żyły odpiszczelowej	I
--	---

Pomost aortalno-wieńcowy z użyciem obcej tkanki (allograficzny)	I
Pomostowanie tętnicy wieńcowej z użyciem protezy naczyniowej	I
Pomost tętnica piersiowa wewnętrzna – tętnica wieńcowa	I
Operacja naprawcza tętnicy wieńcowej	I
Przeziłkowa angioplastyka wieńcowa	I
Inne części serca i osierdzie	
Otwarte zabiegi operacyjne dotyczące układu bodźcoprzewodzącego serca	I
Wszczepienie systemu wspomaganie serca	II
Przezżylnie wprowadzenie systemu rozrusznika serca	III
Inny system rozrusznika serca	I
Wycięcie osierdzia	I
Drenaż osierdzia	II
Przecięcie osierdzia	IV

TĘTNICE I ŻYŁY**Klasa****Duże naczynia i tętnica płucna**

Operacje złożonych wad wielkich naczyń serca wykonywane przy otwartym sercu	I
Operacja przetrwałego przewodu tętniczego wykonywana przy otwartym sercu	I
Zabiegi operacyjne dotyczące wad wielkich naczyń serca wykonywane od strony jam serca	I
Wytworzenie zespolenia naczyniowego tętnicy płucnej z aortą z użyciem wstawki naczyniowej	I
Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	I
Operacja naprawcza tętnicy płucnej	I
Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	II

Tętnica główna (aorta)

Nieanatomiczne pomostowanie aorty	I
Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty wykonywana z nagłych wskazań	I
Rewizja protezy aortalnej	I
Plastyczna operacja naprawcza aorty	I
Zabiegi operacyjne aorty, wykonywane od strony światła aorty	II

Tętnica szyjna, tętnice mózgowe, tętnica podobojczykowa

Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	I
Zabiegi operacyjne tętnicy szyjnej wykonywane od strony światła tętnicy szyjnej	II
Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	I
Zabiegi operacyjne tętnicy mózgowej wykonywane od strony światła tętnicy mózgowej	II
Odtworzenie tętnicy podobojczykowej	I
Zabiegi operacyjne tętnicy podobojczykowej wykonywane od strony światła tętnicy podobojczykowej	II

Odgałęzienia aorty brzusznej

Odtworzenie tętnicy nerkowej	I
Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej	II
Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	I
Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty brzusznej wykonywane od strony światła tych naczyń	II

Tętnica biodrowa i tętnica udowa

Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z nagłych wskazań	I
Odtworzenie tętnicy biodrowej	I
Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane od strony światła tętnicy biodrowej	II
Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z nagłych wskazań	I
Odtworzenie tętnicy udowej	I
Zabiegi dotyczące tętnicy udowej wykonywane od strony światła tętnicy udowej	III

Inne tętnice

Rewizja odtworzonej tętnicy	II
Wycięcie innej tętnicy	II
Operacja naprawcza innej tętnicy	II
Zabiegi terapeutyczne dotyczące innej tętnicy wykonywane od strony światła tej tętnicy	IV

UKŁAD MOCZOWY**Klasa****Nerki**

Przeszczep nerki	II
Całkowite wycięcie nerki	II
Częściowe wycięcie nerki	III
Wycięcie zmiany w nerce	III
Otwarta naprawcza operacja nerki	III
Nacięcie nerki	III
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	III
Zabiegi terapeutyczne w obrębie nerek z dostępu przez nefrostomię	III

Moczowód

Wycięcie moczowodu	III
Odprowadzenie moczu przez przetokę	II
Ponowne wszczepienie moczowodu	III
Operacja naprawcza moczowodu	III
Nacięcie moczowodu	III
Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą nefroskopii	III
Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	IV
Operacje ujścia moczowodu	IV

Pęcherz moczowy	
Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	I
Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	III
Powiększenie pęcherza moczowego	II
Otwarty drenaż pęcherza moczowego	IV
Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową	III
Operacje mające na celu zwiększenie pojemności pęcherza moczowego wykonywane metodą endoskopową	IV
Operacje dotyczące odpływu z pęcherza moczowego oraz operacje gruczołu krokowego (prostaty)	
Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane jednocześnie z dostępu brzuszego i przezpochwowego u kobiet	III
Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu brzuszego u kobiet	III
Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu przezpochwowego u kobiet	III
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego u kobiet	IV
Otwarte wycięcie gruczołu krokowego	III
Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego u mężczyzn	III
Cewka moczowa i inne części układu moczowego	
Wycięcie cewki moczowej	III
Operacja naprawcza cewki moczowej	III
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	IV
Operacje ujścia cewki moczowej	V

MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE **Klasa**

Moszna i jądra	
Wycięcie moszny	IV
Obustronne wycięcie jąder	III
Wycięcie zmiany w obrębie jądra	IV
Obustronna implantacja jąder do moszny	III
Proteza jądra	IV
Operacja wodniaka jądra	IV
Powróżek nasienny i krocze (mężczyźni)	
Operacje najądrza	IV
Wycięcie nasieniowodu	V
Operacja naprawcza powróżka nasiennego	II
Operacja żyłaków powróżka nasiennego	IV
Operacje pęcherzyków nasiennych	III
Operacje krocza u mężczyzn	V
Prącie	
Amputacja prącia	III
Wycięcie zmiany w obrębie prącia	IV

Operacja plastyczna prącia	IV
Proteza prącia	V
Operacje napletka	V

ZEWNĘTRZNE NARZĄDY PŁCIOWE KOBIECE **Klasa**

Srom i krocze kobiece	
Operacje lechtaczki	V
Operacje gruczołów Bartholina	IV
Wycięcie sromu	III
Wycięcie zmiany w obrębie sromu	V
Operacja naprawcza sromu	V
Wycięcie zmiany w obrębie krocza u kobiet	V
Pochwa	
Nacięcie kanału pochwy	V
Wycięcie pochwy	V
Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	IV
Wycięcie zmiany w obrębie pochwy	IV
Operacja plastyczna pochwy	V
Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	IV
Operacja naprawcza sklepienia pochwy	V
Wprowadzenie pesarium do pochwy	V
Operacje zatoki Douglasa	V

WEWNĘTRZNE NARZĄDY PŁCIOWE KOBIECE **Klasa**

Macica	
Amputacja szyjki macicy	IV
Zniszczenie zmiany w obrębie szyjki macicy	V
Brzuszne wycięcie macicy	III
Przezpochwowe wycięcie macicy	III
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne macicy	III
Jajowód	
Obustronne wycięcie przydatków macicy	III
Jednostronne wycięcie przydatków macicy	IV
Częściowe wycięcie jajowodu	V
Implantacja protezy jajowodu	V
Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów	V
Nacięcie jajowodu	III
Operacje strzępków jajowodu	V
Jajnik. Więzadło szerokie macicy	
Częściowe wycięcie jajnika	V
Otwarte zniszczenie zmiany w obrębie jajnika	III
Operacja naprawcza jajnika	V

TKANKI MIĘKKIE**Klasa****Ściana klatki piersiowej, opłucna i przepona**

Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	II
Odtworzenie ściany klatki piersiowej	II
Otwarte wycięcie opłucnej	II
Otwarty drenaż opłucnej	III
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	IV
Nakłucie opłucnej	V
Wprowadzenie substancji do opłucnej	V
Operacja naprawcza pęknięcia przepony	I

Ściana brzucha

Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	IV
Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	IV
Operacja nawrotowej przepukliny pachwinowej	III
Pierwotna operacja przepukliny udowej	III
Operacja nawrotowej przepukliny udowej	III
Operacja przepukliny pępkowej	IV
Pierwotna operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	IV
Operacja nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	III
Operacja innej przepukliny ściany brzucha	IV
Operacje pępka	III
Otwarcie jamy brzusznej	III

Otrzewna

Otwarte wycięcie zmiany otrzewnej	III
Otwarty drenaż otrzewnej	III
Operacje sieci większej	III
Operacje krezki jelita cienkiego	III
Operacje krezki okrężnicy	III
Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	IV
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne otrzewnej	IV

Powięź, pochewka ścięgna i kaletka

Przeszczep powięzi	V
Wycięcie powięzi brzucha	V
Wycięcie innej powięzi	IV
Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	V
Rozdzielenie powięzi	V
Uwolnienie powięzi	V
Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	IV
Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	V
Operacja kaletki	IV

Ścięgna

Przemieszczenie ścięgna	IV
-------------------------	----

Wycięcie ścięgna	IV
Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	IV
Wtórna operacja naprawcza ścięgna	IV
Uwolnienie ścięgna	IV
Zmiana długości ścięgna	V
Wycięcie pochewki ścięgna	IV

Mięśnie

Przeszczep mięśni	I
Wycięcie mięśnia	V
Operacja naprawcza mięśnia	III
Uwolnienie przykurczu mięśnia	IV

Układ limfatyczny

Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	III
Drenaż zmiany węzła chłonnego	V
Operacje przewodu limfatycznego	II
Operacje kieszonki skrzelowej	IV

KOŚCI I STAWY CZASZKI I KRĘGOSŁUPA**Klasa****Kości i stawy czaszki i twarzy**

Plastyka czaszki	II
Otwarcie czaszki	I
Wycięcie kości twarzy	IV
Nastawienie złamania szczęki	IV
Nastawienie złamania innej kości twarzy	IV
Rozdzielenie kości twarzy	III
Stabilizacja kości twarzy	IV
Wycięcie żuchwy	III
Nastawienie złamania żuchwy	IV
Rozdzielenie żuchwy	IV
Stabilizacja żuchwy	IV
Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	III

Kości i stawy kręgosłupa

Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	I
Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	II
Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	I
Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	I
Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	I
Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku	II
Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	I
Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	I
Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	II

Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	I
Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	III
Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	I
Wycięcie krążka międzykręgowego w nieokreślonym odcinku	II
Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	I
Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	II
Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	II
Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	I
Wycięcie zmiany kręgosłupa	II
Odbarczenie złamania kręgosłupa	II
Stabilizacja złamania kręgosłupa	II

INNE KOŚCI I STAWY

Klasa

Operacje odtwórcze ręki i stopy

Całkowita rekonstrukcja kciuka	III
Całkowita rekonstrukcja przodostopia	III
Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	III

Kości

Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	III
Całkowite wycięcie kości	IV
Wycięcie kości ektopowej	V
Wycięcie zmiany w obrębie kości	III
Otwarte chirurgiczne złamanie kości	III
Kątowe okołostawowe rozdzielanie kości	III
Rozdzielenie trzonu kości	III
Rozdzielenie kości stopy	IV
Drenaż kości	IV
Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródspikową (wewnętrzną)	III
Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	III
Pierwotne nastawienie śródstawowego złamania kości	III

Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	III
Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródspikową (wewnętrzną)	III
Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	III
Stabilizacja oddzielonej nasady kości	IV
Wyciąg szkieletowy kości	V
Przeszczep szpiku kostnego	IV
Terapeutyczne nakłucie kości	V

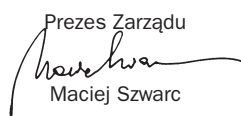
INNE ZABIEGI

Klasa

Operacje dotyczące wielu układów

Replantacja kończyny górnej	III
Replantacja kończyny dolnej	III
Replantacja innego organu	III
Transplantacja międzyukładowa	III
Wszczepienie protezy kończyny	I
Amputacja w zakresie ramienia	III
Amputacja ręki	IV
Amputacja nogi	III
Amputacja stopy	IV
Amputacja palucha	IV
Operacje w zakresie kikuta po amputacji	IV
Amputacja brzuszno-miedniczna	II

Niniejszy Załącznik do Ogólnych warunków ubezpieczenia zdrowotnego Vitalité został zatwierdzony uchwałą Zarządu nr 1/28/09/2006 z dnia 28 września 2006 r.

Prezes Zarządu

 Maciej Szwarz

Członek Zarządu

 Janusz Arczewski

Więcej informacji uzyskasz od naszego przedstawiciela

kim jesteśmy

AXA to jedna z największych grup finansowych na świecie. Wieloletnie doświadczenie i stała obecność na międzynarodowych rynkach sprawiły, że zaufały nam już 103 miliony klientów w 59 krajach.

AXA w Polsce to różnorodność ubezpieczeń ochronnych, zdrowotnych i turystycznych oraz otwarty fundusz emerytalny. To także nowoczesne rozwiązania inwestycyjne dopasowane do zróżnicowanych potrzeb klientów.

Naszym klientom oferujemy rzetelną analizę potrzeb oraz wysoki standard obsługi.

ubezpieczenia
inwestycje
emerytury

801 200 200
axa.pl