

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pre-Diagnoza i badania genetyczne

nr ANEKS/AG12/1/2019

Spis treści

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia

Umowy dodatkowej – Pre-Diagnoza i badania genetyczne

nr ANEKS/AG12/1/2019 (dalej: Aneks)	4
Art. 1 Czego dotyczy niniejszy Aneks?.....	4
Art. 2 Co oznaczają następujące pojęcia?.....	4
Art. 3 Jaki jest zakres ochrony?	4
Art. 4 Na czym polegają i jak są realizowane świadczenia opisane w niniejszym Aneksie?.....	5
Art. 5 Jakie limity obowiązują w ramach Pre-Diagnozy?	7
Art. 6 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden	7
Art. 7 Jak ustalimy wysokość Składki? Jak długo będzie opłacana?.....	7
Art. 8 W jakim okresie obowiązuje ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Aneksu?.....	7
Art. 9 Gdzie możesz uzyskać informacje dotyczące świadczeń opisanych w niniejszym Aneksie?.....	7
Art. 10 Zastosowanie Warunków	7
Art. 11 Wejście w życie Aneksu	7

Załącznik nr 1 do OWU

– Lista badań diagnostycznych oraz genetycznych	8
--	---

Informacje dotyczące:

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pre-Diagnoza i badania genetyczne nr ANEKS/AG12/1/2019

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 2, Art. 3, Art. 4, Art. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 6
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pre-Diagnoza i badania genetyczne nr ANEKS/AG12/1/2019 (dalej: Aneks)

Art. 1 Czego dotyczy niniejszy Aneks?

1. Aneks ma zastosowanie do Umowy dodatkowej na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów (oznaczonej kodem: CD12 lub CU12).
2. Ilekroć w treści Aneksu jest mowa o Umowie dodatkowej, rozumie się przez to jedną z umów wymienionych w ust. 1 Aneksu.
3. Aneks opisuje warunki na jakich Nationale-Nederlanden udostępnia świadczenia stanowiące uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie Umowy dodatkowej.

Art. 2 Co oznaczają następujące pojęcia?

1. **„Aneks”** – niniejszy aneks do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej wymienionych w art. 1, oznaczony w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem AG12, rozszerzający zakres ochrony Umowy dodatkowej.
2. **„Warunki standardowe”** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków, o których mowa w art. 1 ust. 1 bez zmian wynikających z indywidualnych uzgodnień Ubezpieczyciela z Właścicielem polisy.
3. **„Warunki niestandardowe”** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków, o których mowa w art. 1 ust. 1 ze zmianami wynikającymi z indywidualnych uzgodnień Ubezpieczyciela z Właścicielem polisy.
4. **„Centrum Alarmowe Partnera medycznego”** – wyodrębniona jednostka w ramach struktury Partnera medycznego czynna całodobowo, siedem dni w tygodniu, do której zobowiązany jesteś zgłosić chęć skorzystania ze świadczeń opisanych w Aneksie pod numerem telefonu: **+48 (22) 203 79 24**;
5. **„Partner medyczny”** – Europ Assistance Polska Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Wołoska 5, 02-675 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców Sądu Rejonowego dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000034499, NIP: 525-10-32-299, Regon: 011827515, jako podmiot współpracujący z Nationale-Nederlanden w zakresie realizacji świadczeń opisanych w niniejszym Aneksie;
6. **„Ośrodek referencyjny”** – ośrodek medyczny będący ze względu na profil swojej działalności, doświadczenie i wyniki leczenia punktem odniesienia w diagnostyce lub leczeniu danej jednostki chorobowej;

7. **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich.
8. **„Lekarz konsultant”** – Lekarz wskazany przez Partnera medycznego.
9. **„Miejsce zamieszkania”** – adres faktycznego zamieszkania Ubezpieczonego na terenie RP podany przy zawarciu umowy/aneksu.
10. **„Zdarzenie ubezpieczeniowe”** – wystąpienie objawów choroby lub czynników ryzyka, uzasadniające wykonanie Pre-Diagnozy.
11. **„Pre-Diagnoza”** – świadczenia ubezpieczeniowe dostępne na warunkach opisanych w Aneksie przyznawane przez Nationale-Nederlanden i realizowane za pośrednictwem Partnera medycznego obejmujące następujące świadczenia:
 - i. Tele-, lub wideokonsultacja medyczna ogólna,
 - ii. Wizyta domowa lekarza jako zalecenie po telekonsultacji ogólnej,
 - iii. Ankieta medyczna – ocena ryzyka zachorowania,
 - iv. Plan działań zapobiegawczych dla grup ryzyka,
 - v. Wizyta u lekarza specjalisty,
 - vi. Badania diagnostyczne,
 - vii. Badania genetyczne,
 - viii. Infolinia medyczna,
 - ix. Infolinia szpitalna.

Art. 3 Jaki jest zakres ochrony?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Pre-Diagnozę, w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową.
3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Aneksu przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu, z zastrzeżeniem, że Pre-Diagnoza realizowana jest wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Art. 4 Na czym polegają i jak są realizowane świadczenia opisane w niniejszym Aneksie?

1. Pre-Diagnoza jest organizowana przez Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Partnera medycznego i ma na celu diagnozę objawów chorobowych lub czynników ryzyka.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe Pre-Diagnozy dostępne są na warunkach opisanych w Aneksie i są podzielone na dwie części:
 - 1) Część I, która ma na celu ocenę ryzyka zachorowania Ubezpieczonego lub diagnozę objawów zgłaszanych przez Ubezpieczonego, w której skład wchodzi:
 - a. **Ankieta medyczna Pre-diagnozy – ocena ryzyka zachorowania** – na życzenie Ubezpieczonego, Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Alarmowego Partnera medycznego organizuje i pokrywa koszty ankiety medycznej, mającej na celu ocenę ryzyka zachorowania Ubezpieczonego oraz konieczność i zasadność wykonania dalszych świadczeń Pre-Diagnozy. Jeżeli niemożliwe jest ustalenie zasadności dalszych świadczeń Partner medyczny organizuje tele lub wideokonsultację medyczną ogólną, oraz przygotowuje Plan działań zapobiegawczych po wypełnieniu Ankiety medycznej Pre-diagnozy.
 - b. **Tele lub wideokonsultacje medyczne ogólne** – Nationale-Nederlanden organizuje Tele- lub wideokonsultacje medyczne dotyczące kwestii medycznych, które są realizowane na bieżąco przez lekarza specjalistę medycyny rodzinnej w trybie 24/7 w terminie 2 godzin od momentu zgłoszenia. Usługa realizowana jest w formie konsultacji telefonicznej, wideokonferencji lub zapytania mailowego przysługującego Ubezpieczonemu, a w przypadku jeśli Ubezpieczony jest Dzieckiem – jego opiekunowi prawnemu. Przed Tele- lub wideokonsultacją możliwe jest przesłanie dokumentacji medycznej dla lekarza specjalisty medycyny rodzinnej.
 - c. **Wizyta domowa lekarza jako zalecenie po telekonsultacji ogólnej** – jeżeli po tele lub wideokonsultacji z lekarzem specjalistą medycyny rodzinnej Ubezpieczony otrzymał zalecenie wizyty domowej lekarza, Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Partnera medycznego organizuje i pokrywa koszty pierwszej wizyty lekarza internisty w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego;
 - d. **Plan działań zapobiegawczych dla grup ryzyka** – na życzenie Ubezpieczonego, po wykonaniu ankiety medycznej Pre-diagnozy, Partner Medyczny przygotowuje plan działań zapobiegawczych dla odpowiedniej grupy ryzyka, w której został zdiagnozowany Ubezpieczony.
 - 2) Część II, która ma na celu dalszą ocenę ryzyka zachorowania Ubezpieczonego oraz diagnozę objawów zgłaszanych przez Ubezpieczonego, jeżeli po wykonaniu Części I Pre-Diagnozy Lekarz Ośrodka Referencyjnego nie był w stanie potwierdzić diagnozy:
 - a. **Badania diagnostyczne** – jeżeli Lekarz konsultant Ośrodka Referencyjnego zaleci wykonanie badań diagnostycznych, Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Partnera medycznego organizuje i pokrywa koszty badań diagnostycznych. Badania diagnostyczne mają na celu wczesne wykrycie choroby u Ubezpieczonego, nie posiadającego objawów choroby, ale znajdującego się w grupie ryzyka zachorowania; Lista badań diagnostycznych została wskazana w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU;
 - b. **Badania genetyczne** – jeżeli Lekarz konsultant Ośrodka Referencyjnego zaleci wykonanie badań genetycznych, Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Alarmowego Partnera medycznego organizuje i pokrywa koszty badań genetycznych. Badania genetyczne mają na celu wczesne zdiagnozowanie Ubezpieczonego, znajdującego się w grupie ryzyka zachorowania, oraz uprzedzenie rozwoju choroby nowotworowej; Lista badań genetycznych została wskazana w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU;
3. Świadczenia organizacyjno-informacyjne:
 - a. **Wizyta u lekarza specjalisty** – na życzenie Ubezpieczonego, Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Alarmowego Partnera medycznego organizuje wizytę u lekarza specjalisty. Koszt wizyty pokrywa Ubezpieczony;
 - b. **Infolinia medyczna** – Centrum Alarmowe Partnera medycznego na życzenie Ubezpieczonego udostępni mu informacje dotyczące:
 - czynników wpływających na rozwój nowotworów,
 - profilaktyki i stylu życia pozwalającego zmniejszyć ryzyko wystąpienia nowotworu,
 - rodzaju badań kontrolnych i profilaktycznych w określonych grupach wiekowych dotyczących nowotworów,
 - sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych związanych z leczeniem lub diagnostyką nowotworów,
 - placówek opieki społecznej i hospicjów,
 - zasad występowania o opiekę hospicyjną,
 - możliwości dofinansowania do zakupu protez, peruk i innych środków pomocniczych, fundacjach onkologicznych,
 - bazy danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów, z rozszerzeniem o wskazanie apteki posiadającej dany lek,
 - bazy danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - bazy danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych,

- bazy danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitali prywatnych, szpitali najwyższego stopnia referencji oraz klinik Akademii Medycznych),
- bazy danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie kraju,
- bazy danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
- działań, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
- badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań, danego schorzenia, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
- danego leku, jego (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
- zasad zdrowego żywienia i dietach: bezglutenowej, bogatoresztkowej, cukrzycowej, ubogobiałkowej, bogatobiałkowej, niskocholesterolowej, niskokalorycznej, redukcyjnej, wątrobowej, wrzodowej,
- grup wsparcia i telefonów zaufania w Polsce dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, samotnych matek, cierpiących na określone schorzenia lub dotkniętych: narkomanią, alkoholizmem, nikotynizmem, przemocą domową, chorobą nowotworową, cukrzycą, otyłością, anoreksją, bulimią, depresją,
- uwarunkowań medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
- stanów wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy,
- Instrukcji przygotowania do zabiegów i badań medycznych: gastroscopia, kolonoskopia, koronografia, rezonans magnetyczny, ultrasonografia, wlew doodbytniczy.

Udzielane informacje, o których mowa w lit b) powyżej nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.

4. Infolinia szpitalna – Centrum Alarmowe Partnera medycznego na życzenie Ubezpieczonego udostępni mu informacje dotyczące:
 - a. dostępności szpitali prywatnych,
 - b. zakresu świadczeń realizowanych przez poszczególne placówki szpitalne,
 - c. danych teled adresowych poszczególnych szpitali,
 - d. średnich cen usług medycznych oferowanych przez poszczególne szpitale.
5. W celu skorzystania z Pre-Diagnozy powinieneś:
 - a. skontaktować się z Partnerem medycznym, czynnym przez całą dobę pod numerem telefonu: **+48 (22) 203 79 24**;
- b. przy kontakcie z Partnerem medycznym podać następujące informacje:
 - i. imię i nazwisko,
 - ii. numer PESEL lub numer polisy Nationale-Nederlanden,
 - iii. numer telefonu, pod którym Partner medyczny może się z Tobą skontaktować,
 - iv. lokalizację miejsca, gdzie usługa ma być świadczona, jeżeli taka informacja jest potrzebna,
 - v. inne informacje niezbędne pracownikowi Partnera medycznego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
6. O celowości i sposobie realizacji poszczególnych świadczeń w ramach Pre-Diagnozy decyduje Partner medyczny.
7. Centrum Alarmowe Partnera medycznego współpracuje z Ubezpieczonym, w celu zgromadzenia pełnej historii zachorowania oraz dokumentacji medycznej. W przypadku gdy lekarz Centrum Alarmowego Partnera medycznego uzna, że zachodzi konieczność uzupełnienia dokumentacji medycznej złożonej przez Ubezpieczonego w związku z realizacją świadczenia z Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do dostarczenia dokumentacji niezbędnej do wykonania usług Pre-Diagnozy. Za zgodą Ubezpieczonego wyrażoną na piśmie upoważniony przez Nationale-Nederlanden lekarz z Centrum Alarmowego Partnera medycznego może wystąpić do placówek medycznych o udostępnienie niezbędnej dokumentacji medycznej.
8. W przypadku, gdy z przyczyn niezależnych od Nationale-Nederlanden lub Partnera medycznego nie będzie możliwe wykonanie świadczeń określonych w ust. 2-3 w terminie do 3 dni, po otrzymaniu przez Partnera medycznego zgłoszenia chęci skorzystania ze świadczenia, Nationale-Nederlanden zwróci Ubezpieczonemu pokryte przez niego koszty wykonania tych świadczeń, do limitów wskazanych w niniejszym Aneksie. Zwrot kosztów dokonywany jest na terytorium Polski, przelewem bankowym na rachunek wskazany przez Ubezpieczonego, w walucie polskiej, do limitów określonych w art.5.
9. W przypadku, o którym mowa w powyższym punkcie zgłoszenie o refundację kosztów świadczenia powinno zawierać:
 - a. numer rachunku bankowego, na który winna być zwrócona kwota poniesiona przez Ubezpieczonego,
 - b. oryginały lub skany wszystkich faktur, rachunków, dowodów wpłaty, które umożliwią określenie łącznych kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego.
10. Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Partnera medycznego refunduje koszt świadczeń niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia i jego wysokość.

Art. 5 Jakie limity obowiązują w ramach Pre-Diagnozy?

1. Poszczególne rodzaje świadczeń są realizowane w ramach limitów wskazanych w poniższej tabeli:

Opcja	Limit na świadczenie w ramach jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego
Tele- lub wideokonsultacja medyczna ogólna	4 razy
Wizyta domowa lekarza jako zalecenie po telekonsultacji ogólnej	2 razy / nie więcej niż 500 zł na wizytę
Ankieta medyczna – ocena ryzyka zachorowania	1 raz
Plan działań zapobiegawczych dla grup ryzyka	1 raz
Organizacja wizyty lekarza specjalisty	Bez limitu
Organizacja badań diagnostycznych	1 raz / nie więcej niż 500 zł
Organizacja badań genetycznych	1 raz / nie więcej niż 1000 zł
Infolinia medyczna	Bez limitu
Infolinia szpitalna	Bez limitu

Wskazane w powyższej tabeli limity to górna granica odpowiedzialności Nationale-Nederlanden z tytułu ochrony udzielanej na podstawie Aneksu.

Art. 6 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Świadczenia opisane Aneksem nie zostaną realizowane:
 - a) jeżeli Ubezpieczony chce skorzystać z Pre-Diagnozy w związku z objawami, które nie miały miejsca w trakcie obowiązywania w stosunku do Ubezpieczonego Aneksu;
 - b) w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Ubezpieczonego, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego;
 - c) jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe było następstwem rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczości wszelkiego rodzaju, bez względu na ich pochodzenie, źródło i sposób ich oddziaływania na Ubezpieczonego;
 - d) w przypadku działań profilaktycznych, nie mających charakteru Zdarzenia ubezpieczeniowego;

Art. 7 Jak ustalimy wysokość Składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Wysokość Składki z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych objętych niniejszym Aneksem jest ustalana zgodnie z obowiązującą u nas taryfą składek.
2. Wysokość Składki jest stała w całym okresie ubezpieczenia i jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 8 W jakim okresie obowiązuje ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Aneksu?

1. Objęcie ochroną ubezpieczeniową z tytułu Aneksu następuje:
 - a) na wniosek Właścicielem polisy jeśli jest on jednocześnie Ubezpieczonym albo wniosek Właściciela polisy i Ubezpieczonego w innym przypadku,
 - b) jednocześnie z zawarciem Umowy dodatkowej na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów lub po jej zawarciu i w trakcie jej obowiązywania.
2. Warunkiem zawarcia Aneksu jest akceptacja przez Nationale-Nederlanden wniosku Właściciela polisy o zawarcie Umowy dodatkowej na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów lub zawarcie tej umowy na Warunkach standardowych oraz akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku o zawarcie Aneksu z zastrzeżeniem treści ust. 3.
3. Zawarcie Aneksu nie jest możliwe w przypadku, gdy Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszego Aneksu wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 9 Gdzie możesz uzyskać informacje dotyczące świadczeń opisanych w niniejszym Anekście?

Jeżeli masz pytania lub wątpliwości dotyczące Pre-Diagnozy możesz je kierować bezpośrednio do Partnera medycznego na dedykowany numer telefonu: **+48 (22) 203 79 24** czynny całodobowo, przez siedem dni w tygodniu.

Art. 10 Zastosowanie Warunków

W sprawach nie uregulowanych w Anekście stosuje się postanowienia Warunków. Pojęcia pisane wielką literą, a niezdefiniowane w Anekście mają znaczenie zgodne z definicjami używanymi w Warunkach.

Art. 11 Wejście w życie Aneksu

Aneks, zatwierdzony przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 14/2019 z dnia 25 marca 2019 r., wchodzi w życie z dniem 7 kwietnia 2019 r.

Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik nr 1 do OWU

– Lista badań diagnostycznych oraz genetycznych

Pakiet badań diagnostycznych w zależności od czynnika chorobowego:

- a) poważne zachorowania (wraz z chorobami układu sercowo-naczyniowego):
- 1. Zawał serca** – Profil lipidowy (z oznaczeniem cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, LDL, trójglicerydów, białko całkowite, CRP, glukoza, markery sercowe (troponina, kinaza keratynowa, CK-MB Mass, mioglobina), EKG, USG;
 - 2. Udar mózgu** – morfologia krwi, INR, APTT, glikemia, Na, mocznik, kreatynina, aminotransferaza wątrobowa, TK, RM, USG Doppler, arteriografia;
 - 3. Bypass** – morfologia krwi, oznaczenie grupy krwi, badanie ogólne moczu, RTG, EKG;
 - 4. Przeszczep narządów** – ustalane indywidualnie w zależności od przeszczepianego narządu;
 - 5. Niewydolność nerek** – morfologia krwi, kreatynina, kwas moczowy, mocznik, przesączanie kłębuszkowe GFR, badanie ogólne moczu, K, Na, Ca, Mg, lipidogram, USG;
 - 6. Utrata wzroku** – MR mózgu i oczodołów;
 - 7. Utrata słuchu** – audiogram;
 - 8. Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA)** – oznaczenie grupy krwi, morfologia krwi, badanie ogólne moczu;
 - 9. Operacja aorty** – oznaczenie grupy krwi, morfologia z płytkami krwi, APTT, INR, Na, K, glukoza, kreatynina, TSH, anty HBS, anty HCV, angio-TK, USG doppler, echo serca, RTG;
 - 10. Operacja zastawek serca** – oznaczenie grupy krwi, morfologia z płytkami krwi, APTT, INR, Na, K, glukoza, kreatynina, TSH, anty HBS, anty HCV, EKG, echo serca, koronografia, RTG;
 - 11. Schyłkowa niewydolność wątroby** – białko całkowite, bilirubina, ASPAT, ALAT, GGTP, fosfataza zasadowa, antyHBS, HCV przeciwciała, ogólne badanie moczu, USG, TK, scyntygrafia;
 - 12. Utrata mowy** – nie dotyczy;
 - 13. Schyłkowa niewydolność oddechowa** – badanie gazometryczne krwi, morfologia, EKG, RTG;
 - 14. Stwardnienie rozsiane** – elektroforeza, RM, EEG;
 - 15. Niedokrwistość aplastyczna** – morfologia krwi;
 - 16. Choroba Alzheimerera** – morfologia krwi, OB., lipidogram, glukoza, ASPAT, ALAT, mocznik, kwas moczowy, kreatynina;
 - 17. Śpiączka** –TK, RM, RTG;
 - 18. Choroba Parkinsona** – morfologia krwi, elektrolity, glukoza, TSH, ASPAT, ALAT, mocznik, kreatynina, witamina B12, TK, RM;
 - 19. Zakażenie wirusem HIV** – HIV;
 - 20. Zakażenie wirusem** – w zależności od typu wirusa;
 - 21. Ropień mózgu z utrzymującymi się deficytami neurologicznymi** – CRP, OB., morfologia, TK;
 - 22. Bakteryjne zapalenie opon mózgowych** – RP, OB., morfologia, glukoza, TK;
 - 23. Postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia)** –morfologia, CRP, ANA, ACA, SCL-70, OB., C3, C4, TK, echokardiografia, kapilaroskopia;
 - 24. Choroba Creutzfeldta-Jacoba** – bioptat tkanki mózgowej, EEG, EK, RM;
 - 25. Pourazowe uszkodzenie mózgu** – morfologia, RTG, TK, RM;
 - 26. Choroba Leśniowskiego-Crohna** – OB., morfologia, CRP, Fe, PASCA, PANCA, amylaza, Ca, P, Mg, Zn, TK, enteroskopia, kolonoskopia;
 - 27. Ebola** – nie dotyczy;
 - 28. Słoniowacizna** – nie dotyczy;
 - 29. Wirusowe zapalenie mózgu** – morfologia, OB., CRP, TK, RM;
 - 30. Toczeń rumieniowaty układowy** – anty-dsdna, anty-sm, ob., CRP, proteinogram, C3, C4, morfologia, kreatynina, GFR, badanie ogólne moczu, RTG stawów, RM, USG;
 - 31. Dystrofia mięśniowa** – morfologia, CRP, OB.;
 - 32. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego** – morfologia, ASPAT, ALAT, mocznik, elektrolity, ferrytyna, witamina B12, kwas foliowy, Ca, F, Mg, endoskopia, kolonoskopia, sigmoidoskopia;
 - 33. Postać mózgowa malarii z trwałymi deficytami neurologicznymi** – nie dotyczy;
- b) Nowotwory złośliwe e (C00 – C97 wg ICD10):
- 1. Mózg** – S-100, przeciwciała onkoneuronalne;
 - 2. Płuca** – NSE, Cyfra 21-1
 - 3. Skóra (czerniak)** – S-100
 - 4. Piersi** – CA 15-3, CA 72-4, BRCA 1;
 - 5. Wątroba** – CEA, AFP;
 - 6. Drogii żółciowe** – CA 19-9;
 - 7. Żołądek** – CEA, CA 19-9;
 - 8. Trzustka** – CA 19-9;
 - 9. Jelito grube i odbytnica** – CEA, CA 72-4, Septyna 9, kał krew utajona;
 - 10. Jajniki** – TPS, CA 125, CA 15-3, CA 72-4, HE4;
 - 11. Szyjka macicy** – TPS, cytologia, cytologia LBC;
 - 12. Prostata** – PAP, PSA, fPSA

Pakiet badań genetycznych w zależności od czynnika chorobowego:

- a) poważne zachorowania (wraz z chorobami układu sercowo-naczyniowego):
1. **Zawał serca** – gen LRP8, gen CYP1A2, Gen ACE;
 2. **Udar mózgu** – nie dotyczy;
 3. **Bypass** – nie dotyczy;
 4. **Przeszczep narządów** – nie dotyczy;
 5. **Niewydolność nerek** – choroba Fabry'ego – GLA1, GLA2;
 6. **Utrata wzroku** – zwyrodnienie plamki związane z wiekiem: AMD-1, AMD-2, jaskra pierwotna: JASK-1, JASK-2, zespół Lowe'a: OCRL-1, zespół Marfana: FBN1-1, FBN1-2;
 7. **Utrata słuchu** – GJB-2;
 8. **Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA)** – nie dotyczy;
 9. **Operacja aorty** – nie dotyczy;
 10. **Operacja zastawek serca** – nie dotyczy;
 11. **Schyłkowa niewydolność wątroby** – choroba Wilsona: WD-1, WD-2, WD-3, WD-NGS;
 12. **Utrata mowy** – nie dotyczy;
 13. **Schyłkowa niewydolność oddechowa** – nie dotyczy;
 14. **Stwardnienie rozsiane** – nie dotyczy;
 15. **Niedokrwistość aplastyczna** – nie dotyczy;
 16. **Choroba Alzheimerera** – APOE;
 17. **Śpiączka** – nie dotyczy;
 18. **Choroba Parkinsona** – PARK-1, PARK2-2
 19. **Zakażenie wirusem HIV** – nie dotyczy;
 20. **Zakażenie wirusem** – nie dotyczy;
 21. **Ropień mózgu z utrzymującymi się deficytami neurologicznymi** – nie dotyczy;
 22. **Postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia)** – nie dotyczy;
 23. **Choroba Creutzfeldta-Jacoba** – nie dotyczy;
 24. **Pourazowe uszkodzenie mózgu** – nie dotyczy;
 25. **Choroba Leśniowskiego-Crohna** – NOD2;
 26. **Ebola** – nie dotyczy;
 27. **Słoniowacizna** – nie dotyczy;
 28. **Wirusowe zapalenie mózgu** – nie dotyczy;
 29. **Toczeń rumieniowaty układowy** – nie dotyczy;
 30. **Dystrofia mięśniowa** – DMD;
 31. **Wrzodziejące zapalenie jelita grubego** – nie dotyczy;
 32. **Postać mózgową malarii z trwałymi deficytami neurologicznymi** – nie dotyczy;
- b) Nowotwory złośliwe (C00 – C97 wg ICD10):
1. Geny BRCA1 i BRCA2;
 2. **Gen CHEK2;**
 3. **Gen NBN;**
 4. **Gen HOXB13;**
 5. **Gen CDKN2A;**
 6. **Gen LMNA.**

Skontaktuj się z nami:

**Nationale-Nederlanden
Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.**

 **www.nn.pl**

 **info@nn.pl**

 **801 20 30 40**

 **22 522 71 24**