

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Kardiolog

ANEKS/DK12/1/2022



Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy

www.nn.pl

Infolinia

801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24

Adres e-mail

info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1

Zadzwoń na Infolinię medyczną pod numer
(58) 500 55 12

lub zaloguj się na stronie

www.tuzdrowie.pl

Spis treści

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Kardiolog ANEKS/DK12/1/2022	4
Art. 1 Czego dotyczy niniejszy Aneks?	4
Art. 2 Co oznaczają następujące pojęcia?.....	4
Art. 3 Jaki jest zakres ochrony?	5
Art. 4 Jakie są obowiązki Ubezpieczonego?.....	5
Art. 5 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?	5
Art. 6 Wybór formy realizacji Świadczeń medycznych	6
Art. 7 Realizacja Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego	6
Art. 8 Realizacja Świadczeń medycznych w formie bezgotówkowej.....	7
Art. 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden.....	7
Art. 10 Jak ustalimy wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?.....	8
Art. 11 W jakim okresie obowiązuje ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszego Aneksu?	8
Art. 12 Zastosowanie Warunków	8
Art. 13 Wejście w życie Aneksu.....	8
Załącznik nr 1	
Katalog Świadczeń medycznych	9

Informacje dotyczące:

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Kardiolog
nr ANEKS/DK12/1/2022.

Informacje zawarte w OWU

Nr artykułu OWU

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 2 , Art. 3, Art. 4, Art. 5, Art. 6, Art. 7, Art. 8
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 9
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 – Pakiet Kardiolog

nr ANEKS/DK12/1/2022

Art. 1 Czego dotyczy niniejszy Aneks?

1. Niniejszy Aneks ma zastosowanie do Umowy dodatkowej na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów (oznaczonej kodem: CD lub CU).
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 DK12, 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) **„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.
- 5) **„Usługa medyczna”** – porada lekarska, badania diagnostyczne, zabiegi pielęgniarские i inne działania wymienione w Katalogu Świadczeń medycznych koordynowane w całości przez Konsultanta Medycznego, służące bez zbędnej zwłoki rozpoczęciu optymalnego leczenia i rehabilitacji choroby wywołanej Zawałem serca.
- 6) **„Suma ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych”** – wskazana w Katalogu Świadczeń medycznych dla każdej Usługi medycznej maksymalna, jednorazowa wysokość Świadczenia medycznego, wyrażona w złotych polskich, jaka może być zrealizowana na rzecz Ubezpieczonego w formie wypłaty świadczenia pieniężnego na zasadach opisanych w Aneksie w przypadku zajścia zdarzenia wskazanego w art. 3 ust. 2.
- 7) **„Katalog Świadczeń medycznych”** – lista Usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu wymieniona w Załączniku nr 1 do niniejszego Aneksu, realizowanych w Placówkach medycznych na rzecz Ubezpieczonego na zasadach opisanych w Aneksie w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w art. 3 ust. 2.
- 8) **„Świadczenie medyczne”** – świadczenie ubezpieczeniowe realizowane w ramach ustalonego Programu zdrowotnego na rzecz Ubezpieczonego w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, polegające na:
 - a) organizacji i pokryciu kosztów wykonania Usługi medycznej – porady lekarskiej, badania diagnostycznego, zabiegów pielęgniarских i innych działań wymienionych w Katalogu Świadczeń medycznych, koordynowanych w całości przez Konsultanta Medycznego, w jak najkrótszym czasie,
 - albo
 - b) zapłacie określonej kwoty pieniężnej (świadczenia pieniężnego) zgodnie z Katalogiem Świadczeń medycznych do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczenia medycznego.
- 9) **„Konsultant medyczny”** – profesjonalista w dziedzinie medycyny współpracujący z Centrum Świadczeń medycznych, organizujący Usługi medyczne na rzecz Ubezpieczonego samodzielnie lub w porozumieniu z Lekarzem leczącym Ubezpieczonego.
- 10) **„Placówka medyczna”** – działający zgodnie z prawem podmiot leczniczy, udzielający Świadczeń medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- 11) **„Program zdrowotny”** – zakres Świadczeń medycznych opisany w Katalogu Świadczeń medycznych, koordynowany w całości przez Konsultanta medycznego służący bez zbędnej zwłoki na rozpoczęcie optymalnego leczenia i rehabilitacji choroby wywołanej zawałem serca w celu przywrócenia lub zachowania zdrowia Ubezpieczonego.
- 12) **„Zawał serca”** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem lub istotnym zmniejszeniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Wystąpienie zawału serca musi zostać potwierdzone przez lekarza kardiologa lub internistę. Rozpoznanie musi być oparte na znaczącym podwyższeniu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego (troponina T, troponina I, CKMB mass) powyżej wartości referencyjnych dla danego laboratorium i wystąpieniu co najmniej jednego z następujących wykładników:

- a) objawy kliniczne niedokrwienia, takie jak ból w klatce piersiowej,
 - b) wystąpienie świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca,
 - c) nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych, takich jak ECHO serca.
- Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) i wszelkie zespoły wieńcowe oraz pozostałe przyczyny wzrostu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego, takie jak zator tętnicy płucnej czy zapalenie mięśnia sercowego.
- 13) „**Centrum Świadczeń medycznych**” – Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. z siedzibą w Gdyni przy ul. Śląskiej 17, – przedstawiciel Nationale-Nederlanden, zajmujący się w imieniu Nationale-Nederlanden przyznawaniem, organizacją i realizacją Świadczeń medycznych.
 - 14) „**Portal Ubezpieczonego**” – aplikacja znajdująca się na stronie www.tuzdrowie.pl za pośrednictwem, której Ubezpieczony po zalogowaniu się może dokonać zgłoszenia roszczenia dotyczącego realizacji Świadczenia medycznego, uzupełnić dokumentację medyczną, sprawdzić historię świadczeń, a także umówić się na wykonanie świadczeń za pośrednictwem e-rejestracji.
 - 15) „**Infolinia medyczna**” – ogólnopolska infolinia telefoniczna działająca pod numerem telefonu: (58) 500 55 12, dzięki której Ubezpieczony może umówić lub potwierdzić termin realizacji Świadczeń medycznych. Infolinia medyczna zwana jest również Centrum Świadczeń medycznych.
 - 16) „**Zdarzenie ubezpieczeniowe**” – następujący w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Zawał serca leczony w warunkach szpitalnych wymagający wykonania przez placówkę medyczną, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Usługi medycznej służącej przywróceniu, zachowaniu, poprawie zdrowia lub zapobieżeniu pogorszenia stanu zdrowia wymienionej w Katalogu Świadczeń Program Zdrowotny Mój Kardiolog.

Art. 3 Jaki jest zakres ochrony?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje realizację Świadczenia medycznego w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową.
3. Za dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje – dzień rozpoznania Zawału serca wskazany w dokumentacji medycznej wydanej przez Lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego.

Art. 4 Jakie są obowiązki Ubezpieczonego?

1. Jeżeli konieczne będzie potwierdzenie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, obowiązkiem Ubezpieczonego będzie wizyta u Lekarza orzecznika.
2. Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w uzgodnionym terminie może spowodować odmowę realizacji świadczenia.

Art. 5 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu będą przysługiwać Świadczenia medyczne ustalone w ramach Programu zdrowotnego.
2. Świadczenia medyczne realizowane są w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, w zakresie Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej i w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.
3. Zgłoszenie do Centrum Świadczeń medycznych w przypadku Zawału serca:
 - 3.1. W celu rozpoczęcia realizacji Programu zdrowotnego Ubezpieczony zobowiązany jest przesać na adres nn_ubezpieczenia@tuzdrowie.pl następujące dokumenty:
 - a) podpisany „Wniosek o rozpoczęcie Programu zdrowotnego” znajdujący się na stronie www.tuzdrowie.pl, oraz
 - b) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, lubprzekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu do Portalu Ubezpieczonego aplikacji znajdującej się na stronie www.tuzdrowie.pl.
 - 3.2. Konsultant medyczny w ciągu 3 dni roboczych skontaktuje się z Ubezpieczonym na podany we wniosku nr telefonu w celu:
 - a) przekazania informacji o akceptacji przesłanego wniosku i rozpoczęciu realizacji Programu zdrowotnego lub
 - b) wystąpienia o dodatkową dokumentację medyczną; lub

- c) przekazania informacji o wystąpieniu o dokumentację medyczną do Placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczyl się dotychczas lub
 - d) przekazania informacji o niezuananiu roszczenia Ubezpiezonego.
- 3.3. Po uzyskaniu dodatkowej dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 3.2 Konsultant medyczny w ciągu 3 dni roboczych podejmuje decyzję o rozpoczęciu Programu zdrowotnego lub przekazuje informację o niezuananiu roszczenia Ubezpiezonego.
- 3.4. Decyzja o niezuananiu roszczenia Ubezpiezonego wraz z uzasadnieniem jest przesyłana na adres korespondencyjny podany we wniosku o rozpoczęcie Programu zdrowotnego, po kontakcie telefonicznym z Ubezpieczonym.
- 3.5. Ubezpiezonemu przysługują Świadczenia medyczne, uzasadnione z medycznego punktu widzenia, opisane w Katalogu Świadczeń medycznych stanowiącym Załącznik nr 1 do Aneksu. Świadczenia medyczne są w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.

Art. 6 Wybór formy realizacji Świadczeń medycznych

1. Po wydaniu przez Konsultanta Medycznego decyzji o rozpoczęciu Programu zdrowotnego Ubezpieczony może dokonać wyboru formy realizacji Świadczeń medycznych:
 - a) w formie bezgotówkowej realizacji Świadczeń medycznych (Usług medycznych), za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych;
 - b) w formie świadczenia pieniężnego w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ubezpiezonego kosztom wykonania Świadczenia medycznego, ograniczonego do Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych dla danej Usługi medycznej. Decyzję o formie realizacji Świadczeń medycznych Ubezpieczony przekazuje do Centrum Świadczeń medycznych. Ubezpieczony może w każdym czasie dokonać zmiany formy realizacji Świadczeń medycznych.
2. Jeżeli Ubezpieczony realizuje Świadczenia medyczne w formie bezgotówkowej i umówił wykonanie Usługi medycznej za pośrednictwem Centrum Świadczeń Medycznych oraz zrealizował ją w Placówce medycznej wskazanej przez Konsultanta medycznego nie ponosi żadnych dodatkowych kosztów z tego tytułu.
3. Jeżeli Ubezpieczony zrezygnuje z bezgotówkowej realizacji Usług medycznych i wybierze realizację w formie świadczenia pieniężnego może uzyskać świadczenie w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ubezpiezonego kosztom wykonania Usługi medycznej, wskazanej w Katalogu Świadczeń medycznych, do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu realizacji danej Usługi medycznej.

Art. 7 Realizacja Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego.

1. W celu realizacji Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego, Ubezpieczony ma obowiązek przesłać do Centrum Świadczeń medycznych:
 - a) oryginał lub czytelną kopię faktury/rachunku wystawionych w związku z wykonaniem Świadczenia medycznego,
 - b) wypełniony dokument „Wniosek o wypłatę świadczenia” sporządzony na formularzu dostępnym na stronie www.tuzdrowie.pl
lub
przekazać w/w dokumenty on–line po zalogowaniu do Portalu Ubezpiezonego aplikacji znajdującej się na stronie www.tuzdrowie.pl.
2. W celu uzyskania świadczenia pieniężnego w trybie on–line w Placówce medycznej posiadającej dostęp do systemu przyznawania świadczeń on–line, konieczne jest podpisanie i zaakceptowanie przez Ubezpiezonego dokumentu „Druk otrzymania świadczenia” lub przekazanie otrzymanego kodu SMS.
3. Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych może wystąpić do Ubezpiezonego z prośbą o przesłanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów medycznych, potwierdzających uzasadnioną medycznie konieczność i bezpieczeństwo przeprowadzenia Usług medycznych wskazanych we wniosku o wypłatę świadczenia lub o poddanie się badaniu lekarskiemu, wykonanemu przez wskazanego przez Centrum Świadczeń medycznych specjalistę w danej dziedzinie medycznej. Koszty takiego badania lekarskiego ponosi Centrum Świadczeń medycznych.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych jest zobowiązane do wydania decyzji w ciągu 2 dni roboczych od dnia uzyskania dodatkowych dokumentów lub przeprowadzenia badania lekarskiego.
5. Przyznane Świadczenie medyczne w formie świadczenia pieniężnego w wysokości ograniczonej do Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych zostanie przesłane na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpiezonego i podany w dokumencie „Wniosek o wypłatę świadczenia”. Maksymalna wysokość wszystkich

Świadczeń medycznych zrealizowanych w formie świadczenia pieniężnego wypłaconych w okresie ochrony nie może przekroczyć 100 000 zł.

6. Decyzja o odmowie lub zmniejszeniu wysokości świadczenia wraz z uzasadnieniem oraz o przyznaniu świadczenia, o którym mowa w ust. 5 zostanie doręczona Ubezpieczonemu lub przekazana na piśmie listem poleconym, na adres korespondencyjny Ubezpieczonego lub na podany we wniosku adres e-mail w ciągu 4 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia i wymaganej dodatkowej dokumentacji.

Art. 8 Realizacja Świadczeń medycznych w formie bezgotówkowej

1. W celu realizacji Świadczenia medycznego w formie bezgotówkowej polegającej na organizacji i pokryciu kosztów Świadczeń medycznych Ubezpieczony powinien:
 - a) skontaktować się z Infolinią medyczną;
 - b) uzgodnić termin wykonania świadczeń i przybyć do Placówki medycznej wskazanej przez Konsultanta medycznego;
 - c) przedstawić w Placówce medycznej ważny dowód jednoznacznie określający tożsamość Ubezpieczonego;
 - d) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od Lekarza Placówki medycznej;
 - e) przestrzegać terminów wykonania świadczeń i zgłaszać na Infolinii medycznej z wyprzedzeniem czasowym w stosunku do wyznaczonego dnia i godziny świadczenia, każdorazową niemożność skorzystania z umówionego świadczenia.
2. Kontaktując się z Infolinią medyczną Ubezpieczony powinien przekazać Konsultantowi medycznemu następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko, datę urodzenia lub nr PESEL Ubezpieczonego;
 - b) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego;
 - c) rodzaj koniecznej pomocy;
 - d) datę wystawienia skierowania lekarskiego i specjalizację kierującego na badania Lekarza;
 - e) inne informacje, wskazane przez Konsultanta medycznego, konieczne do organizacji świadczeń należnych w ramach Umowy ubezpieczenia.
3. Organizacja Świadczenia medycznego potwierdzana jest informacją SMS na numer telefonu Ubezpieczonego podany podczas kontaktu z Infolinią medyczną.

Art. 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) i wszelkie zespoły wieńcowe oraz pozostałe przyczyny wzrostu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego, takie jak zator tętnicy płucnej czy zapalenie mięśnia sercowego.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Zawał serca był leczony lub został zdiagnozowany przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub jeżeli Ubezpieczony skorzystał z usługi medycznej związanej z Zawałem serca przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za usługi medyczne wykonane bez uzgodnienia z Konsultantem Medycznym.
4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenie ubezpieczeniowe, które nastąpi przed upływem 90 dni od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Aneksu.
5. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w art. 3 ust. 2, które zostało spowodowane lub miało miejsce w następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, aktach terroryzmu, rozruchach, zamieszkach,
 - b) chorób będących skutkiem spożywania alkoholu, środków odurzających lub uzależniających.
6. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe, o których mowa w art. 3 ust. 2 wymagające wykonania:
 - a) badań genetycznych;
 - b) pozytonowej emisyjnej tomografii komputerowej (PET);
 - c) szczepień obowiązkowych zgodnie z kalendarzem szczepień (aktualny na dany rok Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych).
7. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Świadczenia medyczne wykonane na zlecenie Ubezpieczonego bez uzgodnienia z Konsultantem medycznym.

Art. 10 Jak ustalimy wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

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

Art. 11 W jakim okresie obowiązuje ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszego Aneksu?

1. Objęcie ochroną ubezpieczeniową następuje:
 - a) na wniosek Właściciela polisy jeśli jest on jednocześnie Ubezpieczonym albo wniosek Właściciela polisy i Ubezpieczonego w innym przypadku,
 - b) jednocześnie z zawarciem Umowy dodatkowej lub po jej zawarciu i w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej.
2. Warunkiem zawarcia Aneksu jest akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku Właściciela polisy o zawarcie Umowy dodatkowej 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 Umowy dodatkowej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Aneksu wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej,
 - c) wyczerpania limitu Świadczeń medycznych.

Art. 12 Zastosowanie Warunków

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

Art. 13 Wejście w życie Aneksu

Aneks, zatwierdzony przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 61/2022 z dnia 14 października 2022 r., wchodzi w życie z dniem 18 października 2022 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik nr 1 Katalog Świadczeń medycznych

do Aneksu do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Kardiolog.

Maksymalna wysokość wszystkich Świadczeń medycznych zrealizowanych w formie wypłaty świadczenia pieniężnego w okresie ochrony (suma ubezpieczenia) nie może przekroczyć 100 000 zł.

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Suma ubezpieczenia w zł
Ambulatoryjna opieka pielęgniarska po uzyskaniu skierowania od lekarza specjalisty – bez limitu na Zdarzenie ubezpieczeniowe		
badanie moczu metodą paskową		6,00 zł
dożylny wlew kroplowy		35,00 zł
iniekcja domięśniowa		15,00 zł
iniekcja dożylna		25,00 zł
iniekcja podskórna		15,00 zł
pobranie materiału do badania		5,00 zł
pomiar ciśnienia tętniczego		10,00 zł
pomiar wzrostu i wagi ciała		2,00 zł
próba uczuleniowa na lek		15,00 zł
założenie lub zmiana prostego opatrunku		15,00 zł
Opieka specjalistyczna – konsultacje lekarskie bez limitu w ciągu 12 miesięcy od Zdarzenia ubezpieczeniowego		
Kardiolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Hipertensjolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Opieka specjalistyczna – konsultacje lekarskie po upływie 12 miesięcy od Zdarzenia limit po 4 konsultacje na rok		
Kardiolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Hipertensjolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Opieka specjalistyczna – konsultacje lekarskie – limit po 4 konsultacje na Zdarzenie ubezpieczeniowe		
Okulista konsultacja lekarska		80,00 zł
Dietetyk – konsultacja		80,00 zł
Diabetolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Lekarz rehabilitacji medycznej konsultacja lekarska		80,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Suma ubezpieczenia w zł
Fizjoterapeuta konsultacja		80,00 zł
Opieka specjalistyczna – konsultacje lekarskie profesorskie limit 4 konsultacje na Zdarzenie ubezpieczeniowe		
Kardiolog konsultacja profesorska		150 zł
Opieka specjalistyczna – limit po 4 konsultacje na Zdarzenie ubezpieczeniowe		
Psychiatra konsultacja lekarska		75,00 zł
Psycholog konsultacja		75,00 zł
Opieka specjalistyczna zabiegi lekarskie i inne usługi wykonywane przez lekarzy specjalistów – limit po 4 badania na każde z niżej wymienionych, na Zdarzenie ubezpieczeniowe		
Okulistyka		
badanie dna oka		5,00 zł
badanie lampą szczelinową		5,00 zł
badanie ostrości widzenia		5,00 zł
pomiar ciśnienia śródgałkowego		5,00 zł
Badania laboratoryjne		
Badania biochemiczne bez limitu w ciągu 12 miesięcy od Zdarzenia ubezpieczeniowego / po upływie 12 miesięcy od Zdarzenia limit po 2 badania z niżej wymienionych na rok		
cholesterol		6,00 zł
cholesterol HDL	oznaczany bezpośrednio	6,00 zł
cholesterol HDL	wyliczony	6,00 zł
cholesterol LDL		6,00 zł
triglicerydy (trójglicerydy)		6,00 zł
glukoza	na czczo	6,00 zł
jonogram (Na, K, Cl)		5,00 zł
kinaza fosfokreatynowa (CPK)		6,00 zł
kinaza fosfokreatynowa izoenzym CK-MB (CKMB)		10,00 zł
troponina ilościowo		15,00 zł
troponiny I/T		15,00 zł
czas kaolinowo – kefalinowy (APTT)		9,00 zł
czas protrombinowy (PT) (INR)		45,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Suma ubezpieczenia w zł
czas trombinowy (TT)		9,00 zł
morfologia krwi obwodowej bez rozmazu		9,00 zł
morfologia krwi obwodowej z rozmazem (pełnym różnicowaniem granulocytów)		12,00 zł
odczyn opadania krwinek czerwonych (OB.)		6,00 zł
Badania moczu		
bez limitu w ciągu 12 miesięcy od Zdarzenia ubezpieczeniowego / po upływie 12 miesięcy od Zdarzenia limit po 2 badania z niżej wymienionych na rok		
badanie ogólne moczu		6,00 zł
badanie ogólne moczu plus osad		6,00 zł
Badania czynnościowe		
układ krążenia		
limit po 4 badania z niżej wymienionych na Zdarzenie ubezpieczeniowe		
EKG spoczynkowe bez opisu 4 badań		20,00 zł
EKG spoczynkowe z opisem		20,00 zł
24h rejestracja ciśnienia tętn. (Holter)		65,00 zł
24h rejestracja EKG (Holter)		80,00 zł
echokardiografia (ECHO)		80,00 zł
EKG wysiłkowe		80,00 zł
Holter EKG „event”		80,00 zł
Rehabilitacja ambulatoryjna – 40 zabiegów na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe		
kinezyterapia		
ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające		15,00 zł
ćwiczenia ind. czynno-bierne i wspomagane		15,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	kręgosłup lędźwiowy	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	kręgosłup piersiowy	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	kręgosłup szyjny	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	nadgarstek	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	podudzie	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	przedramię	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	ramię	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	ręka	50,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Suma ubezpieczenia w zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	staw barkowy	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	staw biodrowy	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	staw kolanowy	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	staw łokciowy	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	staw skokowy	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	stopa	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	udo	50,00 zł
ćwiczenia specjalne na przyrządach	ćwiczenia specjalne na przyrządach	15,00 zł