

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

nr ANEKS/AP12/1/2022

## Spis treści

<b>Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pre-Diagnoza i badania genetyczne nr ANEKS/AP12/1/2022 (dalej: Aneks)</b> .....	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	
Art. 11 Wejście w życie Aneksu .....	8
<b>Załącznik nr 1 do OWU</b>	
<b>Lista badań diagnostycznych oraz genetycznych</b> .....	9

## Informacje dotyczące:

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pre-Diagnoza i badania genetyczne nr ANEKS/AP12/1/2022

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/AP12/1/2022 (dalej: Aneks)

## Art. 1 Czego dotyczy niniejszy Aneks?

1. Aneks ma zastosowanie do następujących Umów dodatkowych:
  - a) Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „Ona” (kod: CW, CS lub CG),
  - b) Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „On” (kod: CM, CA lub CF),
2. Ilekroć w treści Aneksu mowa o Umowie dodatkowej, rozumie się przez to jedną z 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 kodami AP12 lub AP14, 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 świadczenia z tytułu Pre-Diagnozy realizowane są 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 teleadresowych poszczególnych szpitali,
    - d. średnich cen usług medycznych oferowanych przez poszczególne szpitale.
  5. W celu skorzystania z Pre-Diagnozy powinienes:
    - 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 za wizytę ogólnej
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 Właściciela polisy jeśli jest on jednocześnie Ubezpieczonym albo wniosek Właściciela polisy i Ubezpieczonego w innym przypadku,
  - b) jednocześnie z zawarciem Umowy dodatkowej On, Ona lub po jej zawarciu i w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej On, Ona.
2. Warunkiem zawarcia Aneksu jest akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku Właściciela polisy o zawarcie Umowy dodatkowej On, Ona na Warunkach standardowych oraz akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku o zawarcie Aneksu lub z zastrzeżeniem treści ust. 3.
3. Zawarcie Aneksu nie jest możliwe w przypadku, gdy Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej On, Ona.
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 61/2022 z dnia 18 października 2022 r., wchodzi w życie z dniem 18 października 2022 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. Drogі 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. **Wrzodzące zapalenie jelita grubego** – nie dotyczy;
  32. **Postać mózgowa 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**

18.10.2022