

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Neurolog

nr ANEKS/DN12/1/2022

Spis treści

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Neurolog nr ANEKS/DN12/1/2022	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	5
Art. 7 Realizacja Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego.	6
Art. 8 Realizacja Świadczeń medycznych w formie bezgotówkowej.....	6
Art. 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden	7
Art. 10 Jak ustalimy wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?	7
Art. 11 Na jaki okres zawieramy Aneks Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?	7
Art. 12 Zastosowanie Warunków	7
Art. 13 Wejście w życie Aneksu	7
Załącznik nr. 1 Katalog Świadczeń medycznych	8

Informacje dotyczące:

Aneksu do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Neurolog
nr ANEKS/DN12/1/2022.

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, 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 Neurolog nr ANEKS/DN12/1/2022

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, DN12, 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 pielęgniarstwa i inne działania wymienione w Katalogu Świadczeń medycznych koordynowane w całości przez Konsultanta Medycznego, służące bez zbędnej zwłoki na rozpoczęcie optymalnego leczenia i rehabilitacji choroby wywołanej udarem mózgu.
- 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 niniejszego Programu zdrowotnego na rzecz Ubezpieczonego w przypadku wystąpienia Udaru mózgu, polegające na:
 - a) organizacji i pokryciu kosztów wykonania Usługi medycznej – porady lekarskiej, badania diagnostycznego, zabiegów pielęgniarstwa 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 Udarem mózgu w celu przywrócenia lub zachowania zdrowia Ubezpieczonego.
- 12) **„Udar mózgu”** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii

komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem.

Ubezpieczeniem nie są także objęte jakiegokolwiek epizody Przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).

- 13) **„Przemijające niedokrwienie mózgu”** – ostry epizod ogniskowego zaburzenia czynności mózgu pochodzenia naczyniowego o czasie trwania poniżej 24 godzin (TIA, Transient Ischaemic Attack);
- 14) **„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;
- 15) **„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;
- 16) **„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;
- 17) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – następujący w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Udar mózgu leczony w warunkach szpitalnych wymagający wykonania przez placówkę medyczną, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, Usługi medycznej służącej przywróceniu, zachowaniu, poprawie zdrowia lub zapobieżeniu pogorszeniu stanu zdrowia wymienionej w Katalogu Świadczeń Program Zdrowotny Mój Neurolog.

Art. 3 Jaki jest zakres ochrony?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje realizację Świadczenia medycznego w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową.
3. Za dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje – dzień rozpoznania Udar mózgu 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 Udar mózgu:
 - 3.1. W celu rozpoczęcia realizacji Programu zdrowotnego Ubezpieczony zobowiązany jest przesłać 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, lub
przekazać 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 Ubezpieczonych leczyl się dotychczas lub
 - d) przekazania informacji o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego.
 - 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 nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego.
 - 3.4. Decyzja o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego wraz z uzasadnieniem jest przesyłana na adres korespondencyjny podany we wniosku o rozpoczęcie Programu zdrowotnego, po kontakcie telefonicznym z Ubezpieczonym.
 - 3.5. Ubezpieczonemu przysługują Świadczenia medyczne, uzasadnione z medycznego punktu widzenia opisane w Katalogu Świadczeń medycznych stanowiącym Załącznik nr 1. Świadczenia medyczne są w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.

Art. 6 Wybór formy realizacji Świadczeń medycznych

- Po wydaniu przez Konsultanta Medycznego decyzji o rozpoczęciu Programu zdrowotnego Ubezpieczony może dokonać wyboru formy realizacji Świadczeń medycznych:
 - w formie bezgotówkowej realizacji Świadczeń medycznych (Usług medycznych), za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych;
 - w formie świadczenia pieniężnego w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ubezpieczonego 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.
- 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.
- Jeżeli Ubezpieczony zrezygnuje z bezgotówkowej realizacji Usług medycznych i wybierze realizację w formie świadczenia pieniężnego może uzyskać świadczenie w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ubezpieczonego 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.

- W celu realizacji Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego, Ubezpieczony ma obowiązek przesłać do Centrum Świadczeń medycznych:
 - oryginał lub czytelną kopię faktury/rachunku wystawionych w związku z wykonaniem Świadczenia medycznego,
 - 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 Ubezpieczonego aplikacji znajdującej się na stronie www.tuzdrowie.pl.
- 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 Ubezpieczonego dokumentu „Druk otrzymania świadczenia” lub przekazanie otrzymanego kodu SMS.
- Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych może wystąpić do Ubezpieczonego 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.

- W przypadku, o którym mowa w art. 3 ust. 2 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.
- Przyznane Świadczenie medyczne w formie świadczenia pieniężnego w wysokości ograniczonej do Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych zostanie przesłane na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego 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.
- Decyzja o odmowie lub zmniejszeniu wysokości świadczenia wraz z uzasadnieniem oraz o przyznaniu świadczenia, o którym mowa w art.3 ust. 2 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

- W celu realizacji Świadczenia medycznego w formie bezgotówkowej polegającej na organizacji i pokryciu kosztów Świadczeń medycznych Ubezpieczony powinien:
 - skontaktować się z Infolinią medyczną;
 - uzgodnić termin wykonania świadczeń i przybyć do Placówki medycznej wskazanej przez Konsultanta medycznego;
 - przedstawić w Placówce medycznej ważny dowód jednoznacznie określający tożsamość Ubezpieczonego;
 - zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od Lekarza Placówki medycznej;
 - 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.
- Kontaktując się z Infolinią medyczną Ubezpieczony powinien przekazać Konsultantowi medycznemu następujące informacje:
 - imię i nazwisko, datę urodzenia lub nr PESEL Ubezpieczonego;
 - numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego;
 - rodzaj koniecznej pomocy;
 - 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 zawał mózgu lub krwawienie śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem. Ubezpieczeniem nie są także objęte jakiegokolwiek epizody Przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za jeżeli udar mózgu był leczony lub został zdiagnozowany przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub jeżeli Ubezpieczony skorzystał z usługi medycznej związanej z udarem mózgu lub przemijającym napadem niedokrwinnym 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 niniejszego 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 następnym:
 - 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.

Art. 11 Na jaki okres zawieramy Aneks Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

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 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 tytułu 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 Umowy dodatkowej – Pakiet Neurolog.

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

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limity	% Sumy ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia w zł
2.4.2 Opieka specjalistyczna – konsultacje lekarskie, w tym konsultacje profesorskie				
Kardiolog konsultacja lekarska		Limit 2 konsultacji	0,08%	80,00 zł
Neurolog konsultacja lekarska		Limit 2 konsultacji	0,07%	70,00 zł
Logopeda – konsultacja		Limit 2 konsultacji	0,08%	80,00 zł
Dietetyk – konsultacja		Limit 2 konsultacji	0,08%	80,00 zł
2.4.4 Opieka specjalistyczna – 2 konsultacje psychiatry i 2 konsultacje psychologa				
Psycholog konsultacja		Limit 2 konsultacji	0,08%	75,00 zł
2.4.5 Badania laboratoryjne				
Badania biochemiczne				
cholesterol		Limit 2 badań	0,01%	6,00 zł
cholesterol HDL			0,01%	6,00 zł
cholesterol LDL			0,01%	6,00 zł
triglicerydy (trójglicerydy)			0,01%	6,00 zł
4.2.9 Badania czynnościowe				
układ krążenia				
EKG spoczynkowe z opisem		Limit 3 badań	0,02%	20,00 zł
24h rejestracja ciśnienia tętn. (Holter)			0,07%	65,00 zł
echokardiografia (ECHO)			0,08%	80,00 zł

4.2.16 Rehabilitacja ambulatoryjna – 20 zabiegów za jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe

kinezyterapia

ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające		0,02%	15,00 zł
ćwiczenia ind. czynno-bierne i wspomagane		0,02%	15,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	kręgosłup lędźwiowy	0,03%	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	kręgosłup piersiowy	0,03%	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	kręgosłup szyjny	0,03%	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	nadgarstek	0,03%	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	podudzie	0,03%	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	przedramię	0,03%	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	ramię	0,03%	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	ręka	0,03%	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	staw barkowy	0,03%	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	staw biodrowy	0,03%	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	staw kolanowy	0,03%	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	staw łokciowy	0,03%	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	staw skokowy	0,03%	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	stopa	0,03%	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	udo	0,03%	30,00 zł
ćwiczenia specjalne na przyrządach	ćwiczenia specjalne na przyrządach	0,02%	15,00 zł

Limit 20 – zabiegów w 1 na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe

Skontaktuj się z nami:

 www.nn.pl

 info@nn.pl

 **801 20 30 40**

 **22 522 71 24**

18112022