



**OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY UBEZPIECZONEGO -
USŁUGI MEDYCZNE**

W poniższej tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego – usługi medyczne, kod warunków CUGP56 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia. Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1-2 pkt 4-8 pkt 35 pkt 36-38 pkt 39
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-2 pkt 8 pkt 32-33 pkt 34 pkt 39

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



pod numerem infolinii 801 102 102
(opłata zgodna z taryfą operatora)

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY UBEZPIECZONEGO - USŁUGI MEDYCZNE



Kod OWU: CUGP56

Zarząd PZU Życie SA uchwalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego – usługi medyczne uchwałą nr UZ/165/2025 z dnia 14 października 2025 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie 22 listopada 2025 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 grudnia 2025 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do ubezpieczenia.

Zanim przystąpisz do ubezpieczenia, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego** – wskazane przez PZU Życie SA w umowie ubezpieczenie dodatkowe na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego;
 - 2) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
 - 3) **placówka medyczna** – przychodnia, gabinet lekarski lub laboratorium świadczące usługi medyczne, których wykaz publikujemy na stronie pzu.pl oraz udostępniamy pod numerem infolinii medycznej (wskazanym w decyzji o przyznaniu prawa do korzystania z usług medycznych) i w każdym naszym oddziale;
 - 4) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – takie postępowanie medyczne, na które składają się: wywiad chorobowy, fizykalne badanie pacjenta oraz badania dodatkowe, służące ustaleniu rozpoznania lub postępowanie medyczne mające na celu leczenie;
 - 5) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 6) **ubezpieczenie podstawowe** – umowa grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, do której ubezpieczający może zawrzeć ubezpieczenie dodatkowe;
 - 7) **usługi medyczne** – świadczenia, których listę znajdziesz w Załączniku do tych OWU.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

– czyli za jakie zdarzenie otrzymasz usługi medyczne i jak możesz z nich korzystać

4. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje wystąpienie w okresie ochrony zdarzenia, za które wypłaciliśmy świadczenie z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.
5. Ubezpieczenie dodatkowe występuje w czterech zakresach:
 - 1) podstawowym;
 - 2) rozszerzonym;
 - 3) rozszerzonym plus;
 - 4) rozszerzonym ekstra.
6. W razie wystąpienia u Ciebie zdarzenia, za które wypłaciliśmy świadczenie z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego, będziesz mógł korzystać z usług medycznych wymienionych w Załączniku do tych OWU.

7. Usługi medyczne przysługują po wystąpieniu każdego ze zdarzeń zgodnie z zakresem zdarzeń, który obowiązuje w umowie ubezpieczenia (polisie).
8. Z usług medycznych możesz korzystać do wyczerpania się ich limitu (który znajdziesz w Załączniku do tych OWU), jednak nie dłużej niż przez okres 24 miesięcy licząc od dnia wydania decyzji potwierdzającej prawo do korzystania z usług medycznych.

SKŁADKA

– od czego zależy i kiedy ją opłacać

9. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe:
 - 1) jest stała, ale może zmienić się za porozumieniem stron;
 - 2) zależy od zakresu ubezpieczenia, liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.
10. Wysokość składki za ubezpieczenie dodatkowe określamy we wniosku o zawarcie umowy i w polisie.
11. Ubezpieczający przekazuje nam składki za ubezpieczenie dodatkowe z częstotliwością miesięczną, razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

ZAWIERANIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I PRZYSTĘPOWANIE DO NIEGO

– czyli w jaki sposób Cię ubezpieczamy

12. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wraz z zawarciem ubezpieczenia podstawowego albo w trakcie jego trwania, pod warunkiem jednoczesnego zawarcia albo obowiązywania u ubezpieczającego umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.
13. Do ubezpieczenia dodatkowego mogą przystąpić ubezpieczeni, którzy przystąpili do ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.
14. Ubezpieczający w ramach wariantu ubezpieczenia może wybrać jeden z czterech zakresów zdarzeń, to jest: podstawowy, rozszerzony, rozszerzony plus, rozszerzony ekstra.
15. Zakres zdarzeń w ubezpieczeniu dodatkowym musi być taki sam jak w dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.
16. Ubezpieczający może zmienić zakres na inny w dowolnym momencie.
17. Aby zmienić zakres, ubezpieczający składa wniosek. Nowy zakres obowiązuje od 1 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym został złożony wniosek.
18. Jeśli zmieniasz zakres, okres ochrony dla poprzedniego zakresu kończy się z upływem dnia, po którym rozpocznie się okres ochrony dla nowego zakresu.

CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli na jaki okres zawieramy ubezpieczenie dodatkowe

19. Ubezpieczający może zawrzeć z nami ubezpieczenie dodatkowe na czas określony. Czas trwania ubezpieczenia dodatkowego potwierdzamy w polisie. Jeśli ubezpieczenie dodatkowe zawierane jest pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona trwa do najbliższej rocznicy polisy.

PRZEDŁUŻENIE UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli jakie są zasady przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego

20. Jeśli żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej i pod warunkiem obowiązywania ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego, ubezpieczenie dodatkowe przedłuża się na kolejny rok polisowy automatycznie – na tych samych warunkach. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.
21. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia ubezpieczenia dodatkowego, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem tego ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

– czyli na jakich zasadach ubezpieczający może się wycofać z ubezpieczenia dodatkowego

22. Odstąpienie od ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
23. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
24. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.
25. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego, skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
26. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, nie skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.

WYPowiedzenie Ubezpieczenia Dodatkowego

– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z ubezpieczenia dodatkowego

- 27. Wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego odbywa się na zasadach opisanych w ubezpieczeniu podstawowym.
- 28. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
- 29. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.
- 30. Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego, skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
- 31. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, nie skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy Cię ubezpieczamy

- 32. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami opisanymi w ubezpieczeniu podstawowym.
- 33. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpocznie się tylko wtedy, gdy obowiązuje ochrona w ubezpieczeniu podstawowym i dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie dodatkowe

- 34. Ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
 - 1) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego;
 - 2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od ubezpieczenia dodatkowego;
 - 3) z dniem zakończenia ochrony w ubezpieczeniu dodatkowym – jeśli nie jest przedłużane;
 - 4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego;
 - 5) z końcem miesiąca obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeśli nie wyraziłeś wymaganej zgody na zmianę ubezpieczenia dodatkowego;
 - 6) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
 - 7) z dniem, w którym ubezpieczenie dodatkowe ulega rozwiązaniu.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

– czyli komu należą się usługi medyczne

- 35. Prawo do świadczenia – usług medycznych przysługuje Tobie.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA

– czyli jak zacząć korzystać z usług medycznych

- 36. O przyznaniu Ci prawa do korzystania z usług medycznych decydujemy na podstawie dostarczonej dokumentacji – wniosek o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby ubezpieczonego jest jednocześnie zgłoszeniem do przyznania prawa do świadczeń z tego ubezpieczenia dodatkowego.
- 37. Po otrzymaniu decyzji o przyznaniu Ci prawa do korzystania z usług medycznych – będziesz mógł rozpocząć korzystanie z tych usług.
- 38. Aby korzystać z usług medycznych – za naszym pośrednictwem – umawiasz termin usługi medycznej. Możesz to zrobić za pośrednictwem dostępnych kanałów określonych w Załączniku do tych OWU.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

- 39. W sprawach, których nie reguluje ubezpieczenie dodatkowe, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY UBEZPIECZONEGO – USŁUGI MEDYCZNE

Zakres usług medycznych

JAK UMÓWIĆ SIĘ NA USŁUGĘ MEDYCZNĄ?

Na usługi medyczne umawiamy za pośrednictwem:



całodobowej infolinii pod nr 801 405 905 lub 22 505 15 48 (opłata zgodna z taryfą operatora).

SERWIS SMS

Potwierdzenie terminu i miejsca realizacji usługi medycznej za pośrednictwem SMS.

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
OPIEKA PODSTAWOWA I SPECJALISTYCZNA	
Konsultacje ambulatoryjne Konsultacje ambulatoryjne realizujemy bez skierowania. Odbývają się w placówce medycznej i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności: – fizykalne badanie pacjenta, – zebranie wywiadu chorobowego, – postawienie diagnozy, – zalecenia co do sposobu leczenia, – wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań (w tym e-skierowań) związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.	
Konsultacje ambulatoryjne z zakresu: 1. anestezjologii, 2. chirurgii naczyniowej, 3. chirurgii ogólnej, 4. chirurgii onkologicznej, 5. chorób wewnętrznych, 6. chorób zakaźnych, 7. dermatologii, 8. diabetologii, 9. endokrynologii, 10. fizjoterapii, 11. gastroenterologii, 12. ginekologii i położnictwa, 13. hematologii, 14. kardiochirurgii, 15. kardiologii, 16. logopedii, 17. nefrologii, 18. neurochirurgii, 19. neurologii, 20. okulistyki, 21. onkologii, 22. ortopedii i traumatologii narządu ruchu, 23. otolaryngologii, 24. psychiatrii, 25. psychologii, 26. pulmonologii, 27. rehabilitacji medycznej, 28. reumatologii, 29. urologii.	bezpłatnie, 5 konsultacji – tączny limit na wszystkie konsultacje (wliczając konsultacje telemedyczne)

Konsultacje telemedyczne

Konsultacje telemedyczne realizujemy bez skierowania. Odbywają się telefonicznie, przez czat lub video czat i mogą obejmować zgodnie z profilem danej specjalności:

- zebranie wywiadu chorobowego,
- postawienie diagnozy,
- zalecenia co do sposobu leczenia,
- wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań (w tym e-skierowań) związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym.

Z konsultacji telemedycznych można skorzystać od poniedziałku do piątku w godzinach 7:00-22:00. W celu skorzystania z konsultacji telemedycznej konieczne jest zaakceptowanie regulaminu Dostawcy Telemedycznego. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.

Konsultacje telemedyczne z zakresu:

1. chirurgii ogólnej,
2. chorób wewnętrznych,
3. dermatologii,
4. diabetologii,
5. endokrynologii,
6. gastroenterologii,
7. ginekologii i położnictwa,
8. kardiologii,
9. nefrologii,
10. neurochirurgii,
11. neurologii,
12. okulistyki,
13. onkologii,
14. ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
15. otolaryngologii,
16. psychologii,
17. pulmonologii,
18. reumatologii,
19. urologii.

bezpłatnie, 5 konsultacji – łączny limit na wszystkie konsultacje (wliczając konsultacje ambulatoryjne)

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

Badania są wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.

- alfa-fetoproteina (AFP),
- antygen CA 125,
- antygen CA 15-3,
- antygen CA 19-9 – antygen raka przewodu pokarmowego,
- antygen CEA – carcinoembrionalny,
- PSA całkowity (tPSA),
- gonadotropina kosmówkowa (beta – HCG) we krwi.

bezpłatnie, 8 badań – łączny limit na wszystkie wymienione badania

DIAGNOSTYKA OBRAZOWA

Badania są wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.

Badania ultrasonograficzne (USG)

Ubezpieczenie nie obejmuje badań USG w wersji 3D i 4D.

- USG ginekologiczne – przez powłoki brzuszne,
- USG ginekologiczne – przezpochwowe (transwaginalne, TV),
- USG gruczołu krokowego – przez powłoki brzuszne,
- USG gruczołu krokowego – przezodbytnicze (transrektalne, TRUS),
- USG jamy brzusznej,
- USG jąder (bez badania przepływów),
- USG krtani,
- USG miednicy małej – przez powłoki brzuszne,
- USG miednicy małej – przezodbytnicze (transrektalne, TRUS),
- USG miednicy małej – przezpochwowe (transwaginalne, TV),
- USG mięśni,
- USG naczyń jamy brzusznej – badanie metodą Dopplera,
- USG nadgarstka,
- USG piersi,
- USG serca (echokardiografia, ECHO) – badanie przezklatkowe osoby dorosłej,
- USG stawów i więzadeł,

bezpłatnie, 2 badania – łączny limit na wszystkie wymienione badania

- USG stawu biodrowego,
- USG stawu kolanowego,
- USG stawu łokciowego,
- USG stawu ramiennego (bark),
- USG stawu skokowego,
- USG ścięgna,
- USG śródreżcza i palców,
- USG śródstopia (stopy),
- USG tarczycy,
- USG tętnic i żył jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera,
- USG tętnic i żył obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera,
- USG tętnic i żył szyi – badanie metodą Dopplera,
- USG tętnic jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera,
- USG tętnic obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera,
- USG tętnic nerkowych – badanie metodą Dopplera,
- USG tętnic szyi – badanie metodą Dopplera,
- USG tkanki podskórnej,
- USG układu moczowego (nerek, moczowodów, pęcherza moczowego),
- USG węzłów chłonnych,
- USG żył jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera,
- USG żył obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera,
- USG żył szyi – badanie metodą Dopplera.

bezpłatnie, 2 badania –
łączny limit na wszystkie
wymienione badania

Tomografia komputerowa (CT)

Ubezpieczenie obejmuje koszt kontrastu.

Ubezpieczenie nie obejmuje angio-CT, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, CT-kolonoskopii wirtualnej, HRCT, HRT, OCT, SL-OCT, CT serca.

- tomografia komputerowa całego kręgosłupa,
- tomografia komputerowa głowy,
- tomografia komputerowa jamy brzusznej,
- tomografia komputerowa klatki piersiowej,
- tomografia komputerowa kości miednicy,
- tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego,
- tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego,
- tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego,
- tomografia komputerowa krtani,
- tomografia komputerowa miednicy małej,
- tomografia komputerowa nadgarstka,
- tomografia komputerowa oczodołów,
- tomografia komputerowa piramid kości skroniowych,
- tomografia komputerowa podudzia,
- tomografia komputerowa przedramienia,
- tomografia komputerowa przysadki mózgowej,
- tomografia komputerowa ramienia,
- tomografia komputerowa ręki,
- tomografia komputerowa stawu biodrowego,
- tomografia komputerowa stawu kolanowego,
- tomografia komputerowa stawu łokciowego,
- tomografia komputerowa stawu ramiennego (bark),
- tomografia komputerowa stawu skokowego,
- tomografia komputerowa stopy,
- tomografia komputerowa szyi,
- tomografia komputerowa uda,
- tomografia komputerowa układu moczowego (urografia CT),
- tomografia komputerowa zatok obocznych nosa.

bezpłatnie, 1 badanie –
łączny limit na wszystkie
wymienione badania
(na CT i MRI)

Rezonans magnetyczny (MRI)

Ubezpieczenie obejmuje koszt kontrastu.

Ubezpieczenie nie obejmuje angio-MRI, enterografii-MRI, MRI serca, MRI prostaty.

- rezonans magnetyczny całego kręgosłupa,
- rezonans magnetyczny głowy,
- rezonans magnetyczny jamy brzusznej,
- rezonans magnetyczny klatki piersiowej,
- rezonans magnetyczny kości miednicy,
- rezonans magnetyczny kręgosłupa lędźwiowego,
- rezonans magnetyczny kręgosłupa piersiowego,

bezpłatnie, 1 badanie –
łączny limit na wszystkie
wymienione badania
(na CT i MRI)

- rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego,
- rezonans magnetyczny miednicy małej,
- rezonans magnetyczny nadgarstka,
- rezonans magnetyczny oczodołów,
- rezonans magnetyczny podudzia,
- rezonans magnetyczny przedramienia,
- rezonans magnetyczny przysadki mózgowej,
- rezonans magnetyczny ramienia,
- rezonans magnetyczny ręki,
- rezonans magnetyczny stawu biodrowego,
- rezonans magnetyczny stawu kolanowego,
- rezonans magnetyczny stawu łokciowego,
- rezonans magnetyczny stawu ramiennego (bark),
- rezonans magnetyczny stawu skokowego,
- rezonans magnetyczny stopy,
- rezonans magnetyczny uda,
- rezonans magnetyczny układu moczowego (urografia MRI),
- rezonans magnetyczny zatok obocznych nosa.

bezpłatnie, 1 badanie –
łączny limit na wszystkie
wymienione badania
(na CT i MRI)

DIAGNOSTYKA SPECJALISTYCZNA

Badania są wykonywane, w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.

Badania endoskopowe

Ubezpieczenie nie obejmuje kosztu nagrania badania na płycie CD.

- gastroscopia bez pobierania wycinków,
- gastroscopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego,
- kolonoskopia bez pobierania wycinków,
- kolonoskopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego,
- rektoskopia bez pobierania wycinków,
- rektoskopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego,
- sigmoidoskopia bez pobierania wycinków,
- sigmoidoskopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego.

bezpłatnie, 2 badania –
łączny limit na wszystkie
wymienione badania

Badania kardiologiczne

- całodobowy pomiar ciśnienia tętniczego metodą Holtera,
- EKG – badanie spoczynkowe bez opisu,
- EKG – badanie spoczynkowe z opisem,
- EKG – badanie wysiłkowe,
- EKG – całodobowa rejestracja metodą Holtera.

bezpłatnie, 2 badania –
łączny limit na wszystkie
wymienione badania
(kardiologiczne,
neurologiczne
i pulmonologiczne)

Badania neurologiczne

- EEG (elektroencefalografia) – zapis w czuwaniu,
- EMG – badanie ilościowe jednego mięśnia,
- EMG – elektrostymulacyjna próba wrażliwości jednego mięśnia (próba miasteniczna),
- EMG – próba ischemiczna (tężyckowa),
- ENG (elektroencefalografia) – badanie przewodnictwa w obwodowych nerwach ruchowych i czuciowych,
- ENG (elektroencefalografia) – badanie przewodnictwa w obwodowych nerwach ruchowych i czuciowych + fala F.

bezpłatnie, 2 badania –
łączny limit na wszystkie
wymienione badania
(kardiologiczne,
neurologiczne
i pulmonologiczne)

Badania pulmonologiczne

- spirometria.

bezpłatnie, 2 badania –
łączny limit na wszystkie
wymienione badania
(kardiologiczne,
neurologiczne
i pulmonologiczne)

REHABILITACJA AMBULATORYJNA

Zabiegi rehabilitacyjne są wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania od lekarza lub fizjoterapeuty.

Zabiegi fizykoterapii

- elektrostymulacja,
- galwanizacja,
- hydrocolator ciepły/zimny,
- jonoforeza,

bezpłatnie, 80 zabiegów –
łączny limit na wszystkie
zabiegi rehabilitacji
ambulatoryjnej

- kąpiel peretkowa/wirowa częściowa,
- kąpiel peretkowa/wirowa kończyn,
- kinesiotalping (plastrowanie dynamiczne bez kosztu materiału),
- krioterapia miejscowa,
- laseroterapia punktowa,
- magnetoterapia,
- masaż pneumatyczny,
- naświetlanie promieniami UVA/UVB,
- prądy diadynamiczne,
- prądy interferencyjne,
- prądy TENS,
- prądy Traberta,
- Sollux,
- światło spolaryzowane,
- Terapuls,
- ultradźwięki miejscowe,
- ultrafonoforeza/fonoforeza.

bezpłatnie, 80 zabiegów –
łączny limit na wszystkie
zabiegi rehabilitacji
ambulatoryjnej

Zabiegi kinezyterapii

- ćwiczenia bierne,
- ćwiczenia czynne w odciążeniu,
- ćwiczenia czynne wolne,
- ćwiczenia czynne z oporem,
- ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane,
- ćwiczenia instruktaż,
- ćwiczenia izometryczne,
- ćwiczenia ogólnousprawniające,
- ćwiczenia sensomotoryczne/stabilizujące,
- diatermia krótkofalowa,
- diatermia długofalowa,
- masaż suchy całkowity,
- masaż suchy częściowy,
- masaż pneumatyczny,
- metody reedukacji nerwowo-mięśniowej,
- mobilizacje i manipulacje, neuromobilizacje,
- terapie powięziowe,
- wyciągi.

bezpłatnie, 80 zabiegów –
łączny limit na wszystkie
zabiegi rehabilitacji
ambulatoryjnej