



**Ogólne Warunki
Grupowego
Ubezpieczenia Zdrowotnego
SALTUS ZDROWIE**

SALTUS ZDROWIE
DIAGNOSTYKA SPECJALISTYCZNA



Ważne od 31.03.2015

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO SALTUS ZDROWIE	3
ZAŁĄCZNIK DO OWU - KATALOG USŁUG MEDYCZNYCH	6
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO SALTUS ZDROWIE MEDYCINA PRACY	18
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO SALTUS ZDROWIE KOSZTY LECZENIA ZA GRANICĄ	19
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO SALTUS ZDROWIE NASTĘPSTWA NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW	21
ZAŁĄCZNIK DO OWDU NNW - TABELA USZCZERBKÓW NA ZDROWIU	23
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO SALTUS ZDROWIE REHABILITACJA	25
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO SALTUS ZDROWIE WIZYTY DOMOWE	26

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO SALTUS ZDROWIE

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, zwanych dalej OWU, Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych, zwane dalej „Towarzystwem”, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, zawiera umowy ubezpieczenia z osobami fizycznymi, osobami prawnymi lub jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, którym ustawa przyznaje zdolność prawną, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi”.
2. Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWU jest umową grupową zawartą na cudzy rachunek.
3. Umowy ubezpieczeń dodatkowych mogą być zawierane na podstawie odpowiednich Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, zwanych dalej OWDU, pod warunkiem wcześniejszego lub jednoczesnego zawarcia z Towarzystwem podstawowej umowy ubezpieczenia. Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego zostanie stwierdzone w dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie podstawowej umowy ubezpieczenia lub w aneksie do tego dokumentu.
4. Za porozumieniem stron, do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia odmienne od ustalonych w niniejszych OWU lub OWDU.
5. W przypadku określonym w ust. 4, Towarzystwo zobowiązane jest przedstawić Ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy ubezpieczenia a treścią OWU lub OWDU w formie pisemnej przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W razie niedopełnienia tego obowiązku, Towarzystwo nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego. Przepisu tego nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.

§ 2 (definicje)

Przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWU:

- 1) **Centrum Umawiania Wizyt** – jednostka zajmująca się organizacją świadczeń zdrowotnych,
- 2) **choroba** – stan zdrowia Ubezpieczonego, wymagający zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, udzielenia usługi medycznej,
- 3) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego Głównego, które nie ukończyło 25. roku życia (ochrona ubezpieczeniowa trwa do końca miesiąca kalendarzowego, w którym dziecko ukończyło 25. rok życia),
- 4) **karta ubezpieczenia** – dokument potwierdzający objęcie ochroną ubezpieczeniową, określający wariant ubezpieczenia i uprawniający do skorzystania z usług medycznych Partnera Medycznego; karta ubezpieczenia ważna jest tylko z zaopatrzeniem w zdjęcie dokumentem potwierdzającym tożsamość Ubezpieczonego (dowód osobisty, paszport, prawo jazdy, legitymacja szkolna; w przypadku dzieci nieposiadających dokumentu, karta ubezpieczenia ważna jest wraz z dokumentem tożsamości rodzica lub opiekuna prawnego),
- 5) **Katalog Usług Medycznych** – lista usług medycznych, z których może korzystać Ubezpieczony w ramach wybranego wariantu ubezpieczenia, stanowiąca Załącznik nr 1 do niniejszych OWU,
- 6) **leczenie** – działania medyczne, które wedle ogólnie uznanej wiedzy medycznej zostało podjęte w celu przywrócenia zdrowia, poprawienia stanu zdrowia lub zapobieżenia pogorszeniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego,
- 7) **lekarz** – osoba posiadająca odpowiednie, formalnie potwierdzone kwalifikacje zawodowe, wykonująca zawód lekarza w zakresie swoich kwalifikacji i uprawnień, niebędąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym ani osobą bliską dla Ubezpieczonego,
- 8) **małżonek** – osoba, z którą Ubezpieczony Główny pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa albo inna osoba (partner) wskazana w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, niespokrewniona z Ubezpieczonym w linii prostej, niebędąca rodzeństwem ani powinowatym z Ubezpieczonym, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przez co najmniej 12 miesięcy, wspólnie z Ubezpieczonym zamieszkiwała i prowadziła wspólne gospodarstwo domowe, a przy tym żadna z wymienionych osób nie pozostawała w związku małżeńskim,
- 9) **okres ubezpieczenia** – okres, przez który Towarzystwo ponosi odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego,
- 10) **Partner Medyczny** – podmiot lub placówka medyczna, udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentom objętym ubezpieczeniem na podstawie niniejszych OWU,
- 11) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu, trwający nieprzerwanie dłużej niż:
 - a) 1 dzień w przypadku pobytu w szpitalu wyłącznie w celu leczenia doznanych obrażeń ciała,
 - b) 3 dni w przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby (6 dni w przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby dziecka Ubezpieczonego) lub w przypadku pobytu w szpitalu związanego z ciążą wysokiego ryzyka,
 - c) 9 dni od dnia porodu – w przypadkach pobytu związanego z porodem i mającego na celu leczenie choroby, będącej skutkiem powikłań poporodowych, przy czym do okresu pobytu w szpitalu zaliczane są w całości: dzień, w którym osoba objęta ubezpieczeniem została przyjęta do szpitala oraz dzień, w którym osoba objęta ubezpieczeniem została wypisana ze szpitala,
- 12) **pracownik** – osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, mianowania, wyboru, powołania, umowy o pracę nakładczą, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy, osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy agencyjnej, jeżeli osoba ta jest objęta ubezpieczeniem społecznym z tego tytułu oraz osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy zawartej w wyniku powołania lub wyboru do organu reprezentującego osobę prawną, w tym kontraktu menedżerskiego,
- 13) **rocznica polisy** – każda kolejna rocznica wskazanego w polisie dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, przy czym za rocznicę dnia 29 lutego uważa się dzień 28 lutego następnego roku polisowego (w przypadku, gdy w roku polisowym występuje dzień 29 lutego, za rocznicę polisy uważa się dzień 29 lutego),

- 14) **rok polisowy** – okres 12 miesięcy liczonych od dnia rocznicy polisy do dnia poprzedzającego kolejną rocznicę polisy,
- 15) **szpital** – zakład opieki zdrowotnej przeznaczony do przyjmowania i leczenia osób, których stan zdrowia wymaga stałej, całodobowej obserwacji lub opieki lekarskiej i pielęgniarskiej; za szpital nie uznaje się domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarskiej, hospicjów, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych, ośrodków rekonescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych,
- 16) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której ustawa przyznaje zdolność prawną,
- 17) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rachunek której zawarto umowę ubezpieczenia:
 - a) pracownik Ubezpieczającego (Ubezpieczony Główny),
 - b) małżonek lub dzieci Ubezpieczonego Głównego – jeżeli umowa ubezpieczenia tak stanowi,
- 18) **usługa medyczna** – działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania,
- 19) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – skorzystanie przez Ubezpieczonego z usługi medycznej.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo, na podstawie niniejszych OWU, udziela Ubezpieczonym ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
 - 1) udostępnienia oraz pokrycia kosztów ambulatoryjnych usług medycznych realizowanych w placówkach Partnerów Medycznych: ambulatoryjnych konsultacji lekarskich, ambulatoryjnie przeprowadzonych badań laboratoryjnych i diagnostycznych,
 - 2) refundacji części kosztów usług medycznych zrealizowanych poza siecią placówek Partnerów Medycznych,
 - 3) wypłaty świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby lub obrażeń ciała, zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
3. Szczegółowy wykaz świadczeń przysługujących Ubezpieczonym w ramach poszczególnych wariantów ubezpieczenia określa Katalog Usług Medycznych.
4. Zakres ubezpieczenia wskazany w niniejszych OWU obejmuje usługi medyczne świadczone na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie ubezpieczenia.
5. W przypadku rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej o ryzyka dodatkowe, dodatkowy zakres ubezpieczenia zostaje wskazany we właściwych OWDU.

§ 4 (warianty ubezpieczenia, możliwość zmiany)

1. Za zgodą Towarzystwa możliwe jest obowiązywanie u jednego Ubezpieczającego, w tym samym czasie, więcej niż jednego ubezpieczenia grupowego, zawartego na podstawie niniejszych OWU.
2. Utworzenie podgrupy, dla której zróżnicowany jest zakres ubezpieczenia lub inne warunki ubezpieczenia, wymaga określenia akceptowanego przez Towarzystwo kryterium podziału na podgrupę.
3. W tym samym czasie Ubezpieczony może być objęty odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia grupowego zawartego na podstawie niniejszych OWU, wyłącznie w ramach jednej podgrupy.
4. W przypadku gdy Ubezpieczający, w tym samym czasie, obowiązuje więcej niż jedno ubezpieczenie grupowe, zawarte na podstawie niniejszych OWU, Ubezpieczeni mogą dokonywać wyboru jednego z obowiązujących ubezpieczeń grupowych. Zmiana ubezpieczenia grupowego może nastąpić na wniosek Ubezpieczonego nie częściej niż jeden raz w roku polisowym (brany jest pod uwagę rok polisowy ubezpieczenia grupowego, którym Ubezpieczony jest objęty składając wniosek o zmianę).
5. Zmiana ubezpieczenia grupowego, o której mowa w ust. 4, nastąpi z początkiem najbliższego miesiąca, następującego po dniu złożenia przez Ubezpieczonego wniosku w tym zakresie. Zmiana ubezpieczenia grupowego nastąpi pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej w wysokości właściwej dla wybranego ubezpieczenia grupowego oraz pod warunkiem, że Ubezpieczony spełnia warunki do objęcia wybranym ubezpieczeniem grupowym.

§ 5 (wyłączenia odpowiedzialności)

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pokrycia kosztów usług medycznych wykonanych z powodu lub w następstwie:

- 1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wewnętrznych zamieszek, strajków, rozruchów, lokautów oraz aktów terrorystyki i sabotażu,
- 2) reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, skażenia lub zanieczyszczenia odpadami przemysłowymi, działania broni biologicznej lub chemicznej, promieni laserowych i maserowych oraz pola magnetycznego i elektromagnetycznego, celowego spowodowania przez Ubezpieczonego rozstroju zdrowia lub zagrożenia życia,
- 3) leczenia wad wrodzonych,
- 4) zabiegów lub kuracji odwykowych lub leczenia odwykowego,
- 5) diagnozowania lub leczenia niepłodności oraz zabiegów związanych ze zmianą płci,
- 6) leczenia chorób lub zaburzeń psychicznych łącznie z ich następstwami,
- 7) leczenia stomatologicznego, profetycznego, ortodontycznego, chirurgii szczękowej,
- 8) poddania się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych, stosowania naukowo nieuznanych metod leczenia, medycyny niekonwencjonalnej, udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych,
- 9) stosowania leków niedopuszczonych do stosowania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej,
- 10) leczenia lub zabiegów z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej lub kosmetyki,
- 11) leczenia kuracyjnego, sanatoryjnego lub uzdrowiskowego.

III. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 6 (składka ubezpieczeniowa)

1. Składkę ubezpieczeniową ustala się odrębnie dla każdej umowy ubezpieczenia w jednakowej wysokości dla wszystkich lub dla części grupy Ubezpieczonych. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od stopnia ryzyka jakie poniesie Towarzystwo po rozpoczęciu odpowiedzialności ubezpieczeniowej oraz kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia. Składka ubezpieczeniowa wyliczana jest zgodnie z zasadami matematyki aktuarności, na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy ubezpieczenia.
2. Przy kalkulacji wysokości składki ubezpieczeniowej uwzględnia się:
 - 1) zakres ochrony ubezpieczeniowej,

- 2) wiek Ubezpieczonych,
- 3) wielkość grupy,
- 4) częstotliwość opłacania składki.
3. Wysokość składki ubezpieczeniowej stanowi iloczyn stawki taryfowej oraz liczby Ubezpieczonych.
4. Składka może być opłacana jednorazowo albo z częstotliwością miesięczną.
5. Składkę opłaca się przelewem na rachunek bankowy Towarzystwa.
6. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek ubezpieczeniowych w terminie do 20. dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który składka ubezpieczeniowa jest należna, chyba że strony umówią się inaczej.
7. Za dzień zapłaty uważa się dzień dokonania zlecenia przelewu na właściwy rachunek Towarzystwa, pod warunkiem że na rachunku Ubezpieczającego znajdowała się wystarczająca ilość środków pozwalająca na zrealizowanie zlecenia; w odmiennym przypadku za dzień zapłaty uznaje się dzień wpływu pełnej kwoty składki na rachunek Towarzystwa.
8. W przypadku ustania ochrony ubezpieczeniowej przed zakończeniem okresu ubezpieczenia, Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego, dokona zwrotu części składki ubezpieczeniowej przypadającej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

IV. UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 7 (zawarcie umowy ubezpieczenia)

1. Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, na formularzu stosowanym przez Towarzystwo.
2. Minimalna liczebność grupy podlegająca ubezpieczeniu wynosi 3 pracowników.
3. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia, Towarzystwo na podstawie danych zawartych we wniosku o ubezpieczenie oraz deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, dokonuje oceny poziomu ryzyka ubezpieczeniowego. Wyznaczenie poziomu ryzyka ubezpieczeniowego dla grupy polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych, objętych zakresem ubezpieczenia, na podstawie zbiorczych danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem, w tym struktury wieku grupy.
4. W przypadku stwierdzenia podwyższonego poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, wynikającego z wyższego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia, zawarcia jej na warunkach odbiegających od wnioskowanych przez Ubezpieczającego, odmowy objęcia danej osoby ubezpieczeniem lub zaproponowania objęcia ubezpieczeniem na zasadach odbiegających od wnioskowanych poprzez podwyższenie składki za daną osobę lub zmianę zakresu ubezpieczenia w odniesieniu do tej osoby.
5. Jeżeli strony nie umówią się inaczej, do zawarcia umowy dochodzi z chwilą akceptacji przez Towarzystwo wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 7–9.
6. Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wystawia dokument ubezpieczenia (polisę).
7. Jeżeli dokument ubezpieczenia zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić na to Ubezpieczającemu uwagę na piśmie przy doręczeniu dokumentu ubezpieczenia, wyznaczając mu co najmniej siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku przez Towarzystwo, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego nie są skuteczne, a umowa ubezpieczenia jest zawarta zgodnie z warunkami oferty.
8. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 7, uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia, od następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
9. W przypadku zgłoszenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu, o którym mowa w ust. 7, uważa się, że umowa ubezpieczenia nie doszła do skutku, a odpowiedzialność Towarzystwa nie rozpoczęła się, chyba że strony dojdą do porozumienia co do warunków umowy ubezpieczenia. W przypadku niedościa do skutku umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu dokonane wpłaty na poczet składek ubezpieczeniowych.

§ 8 (okres trwania umowy ubezpieczenia)

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na jeden rok.
2. Umowa ubezpieczenia zostanie automatycznie przedłużona na okres kolejnego roku, o ile najpóźniej na 30 dni przed końcem umowy ubezpieczenia, żadna ze stron umowy nie złoży pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu tej umowy lub o gotowości przedłużenia umowy na zmienionych warunkach.
3. W przypadku złożenia przez stronę umowy ubezpieczenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 2, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta, chyba że strony dojdą do porozumienia co do warunków przedłużenia okresu trwania umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku zawarcia porozumienia, o którym mowa w ust. 3, zmienione warunki ubezpieczenia mają zastosowanie od dnia następnego po dniu rocznicy polisy, chyba że strony umówią się inaczej.

§ 9 (odstąpienie, wypowiedzenie umowy i inne przypadki rozwiązania umowy)

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia doręczenia mu przez Towarzystwo dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia, przez złożenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia; odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
2. W przypadku nieopłacenia w terminie kolejnej składki ubezpieczeniowej, a także w przypadku opłacenia składki w niepełnej wysokości, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty tej składki lub jej brakującej części, wyznaczając w tym celu dodatkowy termin 7 dni. W wezwaniu do zapłaty Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego o skutkach, o których mowa w ust. 3.
3. Jeżeli kolejna składka lub brakująca część składki nie zostaną opłacone w dodatkowym terminie wskazanym w ust. 2, umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym upłynął dodatkowy termin wskazany w ust. 2. W przypadku uiszczenia jedynie części składki, Towarzystwo zwróci część składki ubezpieczeniowej przypadającej za okres, w którym nie świadczyło ochrony ubezpieczeniowej.
4. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa zdarzenia, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, począwszy od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak, niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania, druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
5. Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa.

6. Na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa, umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana w każdym czasie.

V. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 10 (rozpoczęcie odpowiedzialności Towarzystwa)

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca, następującego po zawarciu umowy ubezpieczenia i opłaceniu składki, pod warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia oraz opłacenia składki do 20. dnia miesiąca, poprzedzającego datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
2. Jeżeli zawarcie umowy lub zapłacenie składki nastąpi po 20. dniu miesiąca poprzedzającego wnioskowaną datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, ochrona ubezpieczeniowa rozpocznie się miesiąc później.

§ 11 (objętość ubezpieczenia)

1. Dana osoba może zostać objęta ubezpieczeniem wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia lub z początkiem każdego kolejnego miesiąca trwania ubezpieczenia, pod warunkiem złożenia deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia nie później niż do 20. dnia miesiąca, poprzedzającego rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danej osoby i opłacenia w terminie składki należnej za tę osobę.
2. W przypadku nieopłacenia pierwszej składki ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się.
3. Ubezpieczonym Głównym może zostać osoba będąca pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu niniejszych OWU. Warunkiem objęcia ubezpieczeniem pracownika jest jego pozostawanie w stosunku pracy z Ubezpieczającym (lub pozostawanie w ramach innej umowy lub więzi wynikającej z definicji pracownika wskazanej w niniejszych OWU) w dacie składania deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.
4. Towarzystwo ma prawo do weryfikacji, czy osoba zgłoszona do ubezpieczenia jako Ubezpieczony Główny jest pracownikiem w rozumieniu niniejszych OWU. W tym celu Towarzystwo może zwracać się do Ubezpieczającego o przedstawienie dokumentacji i wyjaśnień niezbędnych do potwierdzenia faktu zatrudnienia.
5. Wraz z Ubezpieczonym Głównym, ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęci małżonek i dzieci Ubezpieczonego Głównego, jeżeli umowa ubezpieczenia tak stanowi, pod warunkiem złożenia deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia grupowego.
6. Ubezpieczeniem mogą zostać objęte osoby, które w dniu składania deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyły 67. roku życia.

§ 12 (czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa)

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego trwa do końca okresu, na jaki zawarto umowę ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2. Do przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej, stosuje się odpowiednio zapisy § 8 ust. 1–3.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:
 - 1) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w trybie określonym w § 9 ust. 1 – w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych,
 - 2) z dniem upływu okresu wypowiedzenia w trybie określonym w § 9 ust. 3 – w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych,
 - 3) z dniem rozwiązania umowy w trybie określonym w § 9 ust. 6,
 - 4) z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony Główny utracił status pracownika – w stosunku do danego Ubezpieczonego,
 - 5) z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony będący dzieckiem Ubezpieczonego Głównego ukończył 25. rok życia – w stosunku do danego Ubezpieczonego,
 - 6) z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym do Towarzystwa wpłynął wniosek Ubezpieczonego o rezygnacji z ubezpieczenia grupowego – w stosunku do danego Ubezpieczonego,
 - 7) z dniem śmierci Ubezpieczonego – w stosunku do danego Ubezpieczonego.
3. Zakończenie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego Głównego jest równoznaczne z zakończeniem odpowiedzialności w stosunku do Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową wraz z Ubezpieczonym Głównym, przy czym w przypadku śmierci Ubezpieczonego Głównego, ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową wraz z Ubezpieczonym Głównym trwa do końca okresu, za który została opłacona składka.

VI. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§ 13 (obowiązki Ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia)

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, które mogą mieć wpływ na podjęcie przez Towarzystwo decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia, przez udzielenie przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Towarzystwa zawarte w formularzach Towarzystwa lub przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przed przedstawicielem, obowiązkiem ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia postanowień ust. 1 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie przewidziane umową i jego następstwa prawne są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 14 (obowiązki Ubezpieczającego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia)

1. Przed przystąpieniem do ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest udostępnić Ubezpieczonym treść obowiązujących OWU.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest przechowywać złożone przez Ubezpieczonych deklaracje przystąpienia do ubezpieczenia, zgodnie z wymogami obowiązujących przepisów prawa, w szczególności w zakresie ochrony danych osobowych, do czasu przekazania ich Towarzystwu.
3. W czasie trwania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do przesyłania Towarzystwu, w terminie do 20. dnia miesiąca, poprzedzającego kolejny miesiąc kalendarzowy ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) deklaracji osób nowo przystępujących do ubezpieczenia wraz z formularzem rozliczenia deklaracji przystąpienia,
 - 2) składek ubezpieczeniowych wraz z formularzem rozliczenia składki.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest do pośredniczenia w przekazywaniu dokumentów kierowanych do Ubezpieczonych przez Towarzystwo i do Towarzystwa przez Ubezpieczonych.
5. W czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwu przysługuje prawo do kontrolowania obsługi ubezpieczenia wykonywanej przez Ubezpieczającego, względem osób objętych ochroną ubezpieczeniową.

§ 15 (obowiązki Towarzystwa)

Towarzystwo jest zobowiązane do:

- 1) doręczenia Ubezpieczającemu tekstu OWU przed zawarciem umowy ubezpieczenia,
- 2) przedstawienia Ubezpieczającemu w formie pisemnej różnic między postanowieniami umowy a OWU (zapis ten nie ma zastosowania do umów zawieranych w drodze negocjacji),
- 3) wydania Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia,
- 4) udzielenia Ubezpieczającemu informacji o sposobie i trybie rozpatrywania skarg i zażaleń oraz o organie właściwym do ich rozpatrzenia.

VII. REALIZACJA ŚWIADCZENIA**§ 16 (realizacja świadczeń w placówkach Partnerów Medycznych)**

1. Usługi medyczne realizowane są w placówkach Partnerów Medycznych, po wcześniejszym umówieniu usług za pośrednictwem Centrum Umawiania Wizyt – telefonicznie pod numerem **+48 801 005 777** lub za pośrednictwem strony **www.saltuszdzrowie.pl**.
2. Konsultant Centrum Umawiania Wizyt ustala miejsce i termin wizyty z uwzględnieniem preferencji Ubezpieczonego oraz zakresu usług medycznych oferowanych przez poszczególne Partnerów Medycznych na wskazanym terenie, w możliwie najbliższym i dogodnym dla Ubezpieczonego terminie, który:
 - 1) w przypadku lekarza internisty, pediatry, lekarza rodzinnego nie powinien przekraczać 48 godzin,
 - 2) w przypadku lekarzy pozostałych specjalności nie powinien przekraczać 7 dni roboczych,
 - 3) w przypadku konieczności dostępu do usług medycznych z przyczyn nagłych, powinien być możliwie najkrótszy.
3. Przed skorzystaniem z usługi medycznej w placówce Partnera Medycznego, Ubezpieczony zobowiązany jest okazać kartę ubezpieczenia oraz ważny dokument ze zdjęciem, potwierdzający tożsamość.
4. Koszt usług medycznych umówionych za pośrednictwem Centrum Umawiania Wizyt ponosi Towarzystwo.

§ 17 (realizacja świadczeń poza siecią Partnerów Medycznych)

1. Jeżeli wybrany wariant ubezpieczenia obejmuje zwrot całości lub części kosztów usług medycznych, zrealizowanych poza siecią Partnerów Medycznych, Ubezpieczony jest zobowiązany przesłać do Towarzystwa oryginał faktury lub rachunku za te usługi wraz z wypełnionym formularzem zgłoszenia roszczenia, w terminie 30 dni od daty wystawienia faktury lub rachunku.
2. W przypadku opisanym w ust. 1, zwrot całości lub części kosztów usług medycznych zostanie dokonany na rachunek bankowy Ubezpieczonego, podany we wniosku o zwrot kosztów.
3. Jeżeli wybrany wariant ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie równe 20 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu.
4. Wysokość łącznych świadczeń, związanych z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu nie może przekroczyć 90 dni pobytu w roku polisowym.

§ 18 (wymagane dokumenty)

1. W celu ustalenia rozmiarów szkody i wysokości świadczenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo weryfikacji wszelkich dokumentów, dotyczących zaistniałego zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia z tytułu zwrotu całości lub części kosztów usług medycznych, zrealizowanych poza siecią Partnerów Medycznych, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu, za pośrednictwem Ubezpieczającego, następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - 1) zgłoszenie roszczenia na formularzu Towarzystwa,
 - 2) oryginał faktury lub rachunku wystawionego na rzecz Ubezpieczonego za zrealizowaną usługę medyczną.
3. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - 1) zgłoszenie roszczenia na formularzu Towarzystwa,
 - 2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego.

§ 19 (wypłata świadczenia zrealizowanego poza siecią Partnerów Medycznych)

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, o ile nie są osobami występującymi z zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje, w formie pisemnej lub drogą elektroniczną (jeżeli osoba występująca z roszczeniem wyrazi na to zgodę), osobę występującą z roszczeniem o wypłatę świadczenia, o wykazie dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, w wyniku ustaleń dokonanych w procesie likwidacji, zawartej ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
3. Towarzystwo wypłaca należne świadczenie w ciągu 30 dni od daty zgłoszenia roszczenia. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu wypłacane jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, przy czym w przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo może wypłacić część świadczenia przed zakończeniem tego pobytu.
4. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia jest niemożliwe, świadczenie to powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia wypłaca się w terminie przewidzianym w ust. 3.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 nie zostanie wypłacone świadczenie, Towarzystwo zawiadamia osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części.
6. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem świadczenia, należne przed śmiercią świadczenia wypłaca się spadkobiercom Ubezpieczonego.

§ 20 (odwołanie od decyzji Towarzystwa)

1. Jeżeli osoba uprawniona do odbioru świadczenia nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa co do odmowy wypłaty świadczenia lub jego wysokości, może, w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia, zwrócić się do Zarządu Towarzystwa o ponowne rozpatrzenie sprawy i zmianę stanowiska, co nie narusza uprawnień tej osoby do dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
2. Zarząd Towarzystwa ustosunkuje się do odwołania osoby uprawnionej do odbioru świadczenia, wysyłając pisemną odpowiedź w terminie 30 dni od daty wpływu odwołania.

3. W zawiadomieniu o ograniczeniu wysokości świadczenia lub odmowie jego wypłaty Towarzystwo pouczy zainteresowane osoby o trybie dochodzenia roszczeń.

VIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE**§ 21 (zasady korespondencji)**

1. Wypowiedzenia, odstąpienia oraz wszelkie inne zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Towarzystwa, Ubezpieczającego i Ubezpieczonego lub innej osoby uprawnionej do odbioru świadczenia, powinny być kierowane na piśmie, pod rygorem nieważności. Strony mogą umówić się co do innej formy korespondencji.
2. Towarzystwo, Ubezpieczający oraz Ubezpieczony zobowiązani są do powiadamiania się wzajemnie o zmianie swojego adresu zamieszkania lub siedziby.

§ 22 (przepisy zewnętrzne)

1. Wszelkie informacje związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, uzyskane przez strony zarówno w trakcie negocjacji zmierzających do podpisania umowy ubezpieczenia, jak i w trakcie realizacji tej umowy, objęte są tajemnicą i nie mogą być udostępniane osobom trzecim, poza przypadkami określonymi powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU, mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa, w szczególności przepisy Kodeksu cywilnego oraz przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

§ 23 (prawo wglądu do akt)

Towarzystwo udostępni na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczonego bądź uprawnionego do odbioru świadczenia, informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa i wysokość świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Towarzystwo udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Towarzystwo. Towarzystwo na wniosek tych osób udostępni informacje i dokumenty w postaci elektronicznej.

§ 24 (skargi, zażalenia i spory sądowe)

1. Zasady opisane w § 20 ust. 1 i 2 stosowane są odpowiednio w odniesieniu do skarg i zażaleń składanych przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub osobę uprawnioną do odbioru świadczenia w związku z umową ubezpieczenia. Skargi i zażalenia mogą być również kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych.
2. Spory wynikające z umów ubezpieczenia będą rozstrzygane przez sąd według właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.

§ 25

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 31.03.2015 roku przez Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 31.03.2015 roku.



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Katarzyna Bieranowska
Członek Zarządu

Załącznik nr 1
do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SALTUS ZDROWIE
KATALOG USŁUG MEDYCZNYCH

jeśli dana usługa medyczna przysługuje Ubezpieczonemu bez limitów ilościowych	TAK			
jeśli dana usługa medyczna nie przysługuje Ubezpieczonemu w ramach danego wariantu	NIE			
USŁUGA MEDYCZNA	WARIANT ŻÓŁTY	WARIANT ZIELONY	WARIANT NIEBIESKI	WARIANT CZERWONY
KONSULTACJE LEKARZY PIERWSZEGO KONTAKTU				
Lekarz rodzinny	TAK	TAK	TAK	TAK
Internista / Pediatra	TAK	TAK	TAK	TAK
KONSULTACJE SPECJALISTÓW				
„LIMIT” oznacza, że Ubezpieczonemu przysługuje limitowana liczba konsultacji z tej kategorii w ciągu roku polisowego				
	LIMIT 6	LIMIT 12		
Alergolog / Alergolog dziecięcy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Androlog	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Anestezjolog	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Chirurg / Chirurg dziecięcy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Chirurg naczyniowy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Chirurg onkolog	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Dermatolog i wenerolog / Dermatolog dziecięcy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Diabetolog	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Dietetyk	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Endokrynolog/ Endokrynolog dziecięcy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Flebolog	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Gastrolog	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Ginekolog/ Ginekolog dziecięcy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Hematolog	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Hepatolog	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Immunolog	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Kardiochirurg	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Kardiolog / Kardiolog dziecięcy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Lekarz chorób zakaźnych	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Lekarz medycyny tropikalnej	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Lekarz specjalista rehabilitacji	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Logopeda	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Nefrolog / Nefrolog dziecięcy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Neonatolog	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Neurochirurg	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Neurolog / Neurolog dziecięcy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Okulista / Okulista dziecięcy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Onkolog	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Ortopeda i traumatolog / Ortopeda dziecięcy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Otolaryngolog / Otolaryngolog dziecięcy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Proktolog	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Pulmonolog / Pulmonolog dziecięcy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Radiolog	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Reumatolog	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Urolog / Urolog dziecięcy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
KONSULTACJE PROFESORSKIE				
„LIMIT” oznacza, że Ubezpieczonemu przysługuje limitowana liczba konsultacji z tej kategorii w ciągu roku polisowego				
		LIMIT 3	LIMIT 6	
Alergolog – konsultacja profesorska	NIE	LIMIT	LIMIT	TAK
Chirurg – konsultacja profesorska	NIE	LIMIT	LIMIT	TAK
Chirurg naczyniowy – konsultacja profesorska	NIE	LIMIT	LIMIT	TAK
Chirurg onkolog – konsultacja profesorska	NIE	LIMIT	LIMIT	TAK
Dermatolog i wenerolog – konsultacja profesorska	NIE	LIMIT	LIMIT	TAK
Diabetolog – konsultacja profesorska	NIE	LIMIT	LIMIT	TAK
Endokrynolog – konsultacja profesorska	NIE	LIMIT	LIMIT	TAK

Gastrolog – konsultacja profesorska	NIE	LIMIT	LIMIT	TAK
Ginekolog – konsultacja profesorska	NIE	LIMIT	LIMIT	TAK
Kardiochirurg – konsultacja profesorska	NIE	LIMIT	LIMIT	TAK
Kardiolog – konsultacja profesorska	NIE	LIMIT	LIMIT	TAK
Nefrolog – konsultacja profesorska	NIE	LIMIT	LIMIT	TAK
Neurochirurg – konsultacja profesorska	NIE	LIMIT	LIMIT	TAK
Neurolog – konsultacja profesorska	NIE	LIMIT	LIMIT	TAK
Okulista – konsultacja profesorska	NIE	LIMIT	LIMIT	TAK
Onkolog – konsultacja profesorska	NIE	LIMIT	LIMIT	TAK
Ortopeda – konsultacja profesorska	NIE	LIMIT	LIMIT	TAK
Otolaryngolog – konsultacja profesorska	NIE	LIMIT	LIMIT	TAK
Proktolog – konsultacja profesorska	NIE	LIMIT	LIMIT	TAK
Pulmunolog – konsultacja profesorska	NIE	LIMIT	LIMIT	TAK
Reumatolog – konsultacja profesorska	NIE	LIMIT	LIMIT	TAK
Urolog – konsultacja profesorska	NIE	LIMIT	LIMIT	TAK
KONSULTACJE PSYCHIATRYCZNE				
„LIMIT” oznacza, że Ubezpieczonemu przysługuje limitowana liczba konsultacji z tej kategorii w ciągu roku polisowego				
			LIMIT 3	LIMIT 3
Konsultacje psychiatry / psychiatry dziecięcego	NIE	NIE	LIMIT	LIMIT
RECEPTA				
Wystawienie recepty	TAK	TAK	TAK	TAK
BADANIA LABORATORYJNE				
„LIMIT” oznacza, że Ubezpieczonemu przysługuje limitowana liczba badań z tej kategorii w ciągu roku polisowego				
	LIMIT 12	LIMIT 36		
Badania biochemiczne krwi				
Adrenalina	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Albuminy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Aminotransferaza alaninowa (ALT)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Aminotransferaza asparaginianowa (AST)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Amylaza	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Amylaza trzustkowa	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Antygen swoisty dla stercza – PSA całkowite	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Apolipoproteina A1	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Badanie przeglądowe na obecność alloprzeciwciał	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Białko całkowite	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Białko całkowite (rozdział elektroforetyczny)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Białko C-reaktywne (CRP)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Bilirubina bezpośrednia	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Bilirubina całkowita	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Bilirubina pośrednia	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
BUN (azot mocznikowy)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Ceruloplazmina	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Chlorki (Cl)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Cholesterol – HDL	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Cholesterol – LDL	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Cholesterol całkowity	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Ferrytyna	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Fosfataza alkaliczna (AP)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Fosfataza kwaśna całkowita	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Fosfataza sterczowa	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Fosfor	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Fosforany	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Gamma glutamylotranspeptydaza (GGTP)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Glukoza	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Glukoza-krzywa	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Hemoglobina	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK

Hemoglobina glikowana (HbA1C)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Kinaza fosfokreatynowa	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Kinaza fosfokreatynowa izoenzym (CK-MB)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Kreatynina	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Klirens kreatyniny	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Kwas foliowy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Kwas moczowy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Lipaza	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Lipidogram	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Magnez całkowity (Mg)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Miedź (Cu)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Mocznik	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Odczyn Coombsa BTA	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Potas (K)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Proteinogram	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Sód (Na)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Stężenie transferazy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Test obciążenia glukozą (OGTT/DTTG)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Transferyna	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Triglicerydy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Troponina T	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Troponina I	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Tyreoglobulina	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Wapń całkowity (Ca)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Witamina B12	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Witamina D metabolit 25(OH)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Witamina D3 metabolit 1,25(OH) ₂	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Żelazo (Fe)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Żelazo-krzywa wchłaniania	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
α-globuliny	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
β-globuliny	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
γ-globuliny (immunoglobuliny)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Badania hormonalne				
17-hydroksykortykosteroidy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Aldosteron	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Androstendion	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Androsteron	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Dehydroepiandrosteronu siarczan DHEA-S	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Esteraza acetylocholinowa	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Estradiol	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Gonadotropina kosmówkowa (HCG)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Hormon adrenokortykotropowy (ACTH)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Hormon folikulotropowy (FSH)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Hormon luteinizujący (LH)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Hormon tyreotropowy (TSH)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Hormon wzrostu (GH)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Insulina	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Kalcytonina	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Kortyzol	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Osteokalcyna	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Parathormon (PTH)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Parathormon intact (iPTH)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
PRL po metoclopramidzie	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Progesteron	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Prolaktyna (PRL)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Testosteron	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK

Trijodotyronina całkowita (TT3)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Trijodotyronina wolna (fT3)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Tyrosyna całkowita (TT4)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Tyrosyna wolna (fT4)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Badania immunochemiczne krwi				
Czynnik reumatoidalny (RF)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Antystreptolizyna O (ASO)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Odczyn Waalera-Rosego	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Przeciwciała przeciw tyreoglobulinowe (ATG)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej (ATPO)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Przeciwciała przeciw mononukleozie IgM (EBV) test lateksowy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Przeciwciała anty helicobacter pylori	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Immunoglobulina G – IgG	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Immunoglobulina M – IgM	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Immunoglobulina A – IgA	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Immunoglobulina E całkowite – IgE	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Badania moczu				
Adrenalina w moczu	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Amylaza w moczu	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Badanie ogólne moczu (profil)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Białko w moczu	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Bilirubina w moczu	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
BUN w moczu dobowo	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Ciała ketonowe w moczu	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Fosfor nieorganiczny	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Fosforany w moczu – wydalanie dobowe	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Glukoza w moczu	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Glukoza w moczu – wydalanie dobowe	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Katecholaminy w moczu	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Kortyzol w moczu	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Kreatynina w moczu	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Kreatynina w moczu – wydalanie dobowe	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Kwas moczowy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Kwas moczowy – wydalanie dobowe	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Kwas wanilinomigdałowy w moczu	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Liczba Addisa	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Magnez w moczu	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Magnez w moczu – wydalanie dobowe	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Metoksykatecholaminy w moczu	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Miedź w moczu	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Mocznik	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Noradrenalina w moczu	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Olów w dobowej zbiorce moczu	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Potas w moczu	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Potas w moczu – wydalanie dobowe	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Sód w moczu	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Sód w moczu – wydalanie dobowe	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Wapń w moczu	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Wapń w moczu – wydalanie dobowe	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Badania serologiczne				
Oznaczenie grupy krwi układu A, B, O, Rh (D) z oceną hemolizyn	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Odczyn VDRL/USR/RPR	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Przeciwciała przeciw Hbs	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Hbs antygen	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Przeciwciała przeciw tarczycowe	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Mononukleoza zakaźna IgM	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Chlamydia trachomatis IgG	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK

Chlamydia trachomatis IgM	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Badanie układu krzepnięcia				
D-Dimery	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Czas protrombinowy (PT)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji/czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Fibrynogen (FIBR)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Czas tromboplastynowy (INR)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Czas krzepnięcia	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Czas krwawienia	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Antytrombina III (ATIII)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Czas trombinowy (TT)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Badania hematologiczne				
Morfologia krwi z pełnym różnicowaniem granulocytów	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Morfologia krwi bez rozmazu	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Płytki krwi	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Retikulocyty	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Odczyn opadania krwinek czerwonych (OB.)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Hematokryt	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Eozynofilia bezwzględna	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Leukocyty	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Badanie kału				
Badanie ogólne kału	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Pasożyty/jaja pasożytów w kale	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Krew utajona w kale	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Resztki pokarmowe w kale	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Kał na lamblie ELISA	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Roża wirus w kale	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Kał na pasożyty i cysty Lamblii	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Badanie w kierunku owsików-wymaz	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Posiewy i bakteriologia				
Posiew moczu z antybiogramem	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Posiew z gardła	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Posiew z rany	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Posiew kału ogólny	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Posiew kału w kierunku Salmonella-Shigella	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Posiew kału w kierunku Yersinia sp.	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Posiew kału w kier. Campylobacter sp.	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Posiew kału w kierunku enteropatogennej E.coli	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Posiew z gardła z antybiogramem	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Wymaz z odbytu	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Posiew nasienia	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Posiew płwociny	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Mykogram	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Badanie mykologiczne z posiewem	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Posiew z nosa	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Posiew z oka	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Posiew z ucha	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Posiew z cewki	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Posiew ze zmiany	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Posiew z pochwy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Posiew z kanału szyjki macicy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Grzybnice powierzchniowe – badanie mykologiczne mikroskopowe	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Grzybnice powierzchniowe – badanie mykologiczne posiew	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Antybiogram	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Badania immunologiczne				
Sallmonella spp.	NIE	NIE	TAK	TAK
Borrelija przeciwciała całkowite	NIE	NIE	TAK	TAK

Chlamydia pneumoniae przeciwciała IgA	NIE	NIE	TAK	TAK
Chlamydia pneumoniae przeciwciała IgM	NIE	NIE	TAK	TAK
Chlamydia pneumoniae przeciwciała IgG	NIE	NIE	TAK	TAK
Chlamydia trachomatis przeciwciała IgA	NIE	NIE	TAK	TAK
Chlamydia trachomatis przeciwciała IgG/IgM	NIE	NIE	TAK	TAK
Przeciwciała przeciw cytoplazmie ANCA	NIE	NIE	TAK	TAK
Przeciwciała przeciwiądrowa ANA	NIE	NIE	TAK	TAK
Badania toksykologiczne				
Digoxiny	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Ołów	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Badania wirusologiczne				
Antygen Hbe – WZW typu B	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Przeciwciała przeciw rubella (rózyczka) IgM	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Przeciwciała przeciw rubella (rózyczka) IgG	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Przeciwciała przeciw toksoplazmoza gondii – przeciwciała IgM	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Przeciwciała przeciw toksoplazmoza gondii – przeciwciała IgG	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
HIV	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
HIV test potwierdzenia	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
CMV IGG (cytomegalia IgG)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
CMV IGM (cytomegalia IgM)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Przeciwciała przeciw Hbe	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Przeciwciała przeciw HCV	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Przeciwciała przeciw mononukleoa zakaźna /EBV (IgM)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Cytomegalovirus (CMV) przeciwciała IgA	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Przeciwciała anty-HBc (IgM)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Przeciwciała przeciw mononukleozą zakaźną /EBV (IgG)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
WZW typu C	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Markery nowotworowe				
AFP	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Antygen CA 125 (CA 125)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Antygen CA 15-3 (CA 15-3)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Antygen CA 19-9 (CA 19-9)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Antygen karcyno-embrionalny (CEA)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
BADANIA DIAGNOSTYCZNE				
„LIMIT” oznacza, że Ubezpieczonemu przysługuje limitowana liczba badań z tej kategorii w ciągu roku polisowego				
	LIMIT 6	LIMIT 6		
Audiometria				
Audiometria tonalna	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Audiometria impedancyjna (tympnogram)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Audiometria impedancyjna + ocena funkcji trąbki słuchowej	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Audiometria nadprogowa	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Audiometria nadprogowa SISI	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Densytometria				
Densytometria kręgosłupa	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Densytometria kości udowej	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Densytometria kości obu rąk	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Densytometria całego kośćca	NIE	NIE	NIE	TAK
Scyntygrafia				
Scyntygrafia tarczycy	NIE	NIE	NIE	TAK
Inne badania diagnostyczne				
EKG spoczynkowe	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
EKG próba wysiłkowa	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
EKG – pomiar całodobowy metodą Holtera	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Spirometria	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Całodobowy pomiar ciśnienia tętniczego	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Pomiar ciśnienia śródgałkowego	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Badanie cytologiczne	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK

Czystość pochwy	NIE	NIE	TAK	TAK
Cytologia złuszczeniowa z nosa	NIE	NIE	TAK	TAK
Urografia	NIE	NIE	TAK	TAK
Biopsja cienkoigłowa tarczycy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Biopsja guzka piersi	NIE	NIE	TAK	TAK
Biopsja zmiany w tkance podskórnej	NIE	NIE	TAK	TAK
Biopsja węzłów chłonnych (wraz z oceną histopatologiczną)	NIE	NIE	TAK	TAK
EEG				
EEG badanie zwykłe papierowe	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
EEG w śnie	NIE	NIE	TAK	TAK
EEG w czuwaniu	NIE	NIE	TAK	TAK
EEG Holter	NIE	NIE	TAK	TAK
EMG				
EMG – badania przewodzenia we włóknach czuciowych jednego nerwu	NIE	NIE	TAK	TAK
EMG – cieśni nadgarstka	NIE	NIE	TAK	TAK
EMG – elektrostymulacyjna próba męczliwości jednego mięśnia (próba miasteniczna)	NIE	NIE	TAK	TAK
EMG – badanie ilościowe jednego mięśnia	NIE	NIE	TAK	TAK
EMG – próba ischemiczna (tężyczkowa)	NIE	NIE	TAK	TAK
Diagnostyka obrazowa				
Pantomogram	NIE	NIE	NIE	TAK
RTG zębów	NIE	NIE	NIE	TAK
Mammografia	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG kończyny dolnej	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG kończyny górnej	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG łokcia/przedramienia	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG nadgarstka/dłoni/palca	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG barku i ramienia	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG czaszki	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG gruczołów ślinowych	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG języczka	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG klatki piersiowej AP	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG klatki piersiowej AP + bok	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG klatki piersiowej z barytem	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG kostki/stopy/palca	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG kości twarzy okolicy czołowej	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG kręgosłupa AP i L: całego	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG kręgosłupa całego w projekcji AP	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG kręgosłupa całego w projekcji bocznej	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG kręgosłupa AP i L: lędźwiowo-krzyżowego	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego w projekcji AP	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego w projekcji bocznej	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG kręgosłupa AP i L: piersiowego	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG kręgosłupa piersiowego w projekcji AP	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG kręgosłupa piersiowego w projekcji bocznej	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG kręgosłupa AP i L: szyjnego	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG kręgosłupa szyjnego w projekcji AP	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG kręgosłupa szyjnego w projekcji bocznej	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG krtani	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG łąpatki	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG miednicy/biodra	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG mostka	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG nosa	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG nosogardzieli	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG oczodołu	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG okolicy jarzmowo szczękowej	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG okolicy nadoczodołowej	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG okolicy tarczycy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK

RTG przeglądowe jamy brzusznej	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG przewodu nosowo-łzowego	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG spojenia żuchwy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG stawów	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG szczęki	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG tkanek miękkich klatki piersiowej	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG trzeciego migdała	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG uda/kolana/podudzia	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG w kierunku skoliozy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG zatok nosa	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG żeber	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
RTG żuchwy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Wlew doodbytniczy – kontrast	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Echokardiografia (ECHO) dorośli	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Echokardiografia (ECHO) dzieci	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Echokardiografia (ECHO) płodu	NIE	NIE	TAK	TAK
Echokardiografia (ECHO) wysiłkowe	NIE	NIE	TAK	TAK
Echokardiografia (ECHO) z Dopplerem	NIE	NIE	TAK	TAK
USG 3D/4D	NIE	NIE	TAK	TAK
USG biopsja	NIE	NIE	TAK	TAK
USG ciąży	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
USG dopplerowskie kończyn	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
USG dopplerowskie kończyn (jedna kończyna)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
USG dopplerowskie naczyń jamy brzusznej	NIE	LIMIT	TAK	TAK
USG dopplerowskie płodu	NIE	LIMIT	TAK	TAK
USG dopplerowskie szyi	NIE	LIMIT	TAK	TAK
USG dopplerowskie tętnic nerkowych	NIE	LIMIT	TAK	TAK
USG dopplerowskie tętnic wewnętrznych	NIE	NIE	TAK	TAK
USG więzadeł	NIE	LIMIT	TAK	TAK
USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
USG ginekologiczne przezpochwowe (transwaginalne)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
USG gruczołu krokowego (przez powłoki brzuszne)	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
USG gruczołu krokowego transrektalne	NIE	NIE	TAK	TAK
USG jąder	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
USG krtani	NIE	LIMIT	TAK	TAK
USG miednicy małej	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
USG mięśni	NIE	LIMIT	TAK	TAK
USG nadgarstka	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
USG palca	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
USG piersi	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
USG jamy brzusznej	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
USG przeciemięciowe u dzieci	NIE	LIMIT	TAK	TAK
USG stawów barkowych	NIE	LIMIT	TAK	TAK
USG stawów biodrowych	NIE	LIMIT	TAK	TAK
USG stawów kolanowych	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
USG stawów biodrowych u dzieci	NIE	LIMIT	TAK	TAK
USG stawów łokciowych	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
USG stawów skokowych	NIE	LIMIT	TAK	TAK
USG ścięgna	NIE	LIMIT	TAK	TAK
USG ślinianek	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
USG tarczycy	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
USG układu moczowego	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
USG węzłów chłonnych	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Tomografia komputerowa				
Kontrast do TK 100 ml	NIE	NIE	TAK	TAK
Kontrast do TK 150 ml	NIE	NIE	TAK	TAK
Kontrast do TK 50 ml	NIE	NIE	TAK	TAK

USG węzłów chłonnych	LIMIT	LIMIT	TAK	TAK
Tomografia komputerowa				
Kontrast do TK 100 ml	NIE	NIE	TAK	TAK
Kontrast do TK 150 ml	NIE	NIE	TAK	TAK
Kontrast do TK 50 ml	NIE	NIE	TAK	TAK
Angiografia z kontrastem	NIE	NIE	NIE	TAK
Tomografia komputerowa całego kręgosłupa	NIE	NIE	TAK	TAK
Tomografia komputerowa głowy	NIE	NIE	TAK	TAK
Tomografia komputerowa głowy – przysadka	NIE	NIE	TAK	TAK
Tomografia komputerowa jamy brzusznej	NIE	NIE	TAK	TAK
Tomografia komputerowa klatki piersiowej	NIE	NIE	TAK	TAK
Tomografia komputerowa kości	NIE	NIE	TAK	TAK
Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego	NIE	NIE	TAK	TAK
Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego	NIE	NIE	TAK	TAK
Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego	NIE	NIE	TAK	TAK
Tomografia komputerowa miednicy	NIE	NIE	TAK	TAK
Tomografia komputerowa nadgarstka	NIE	NIE	TAK	TAK
Tomografia komputerowa oczodołów	NIE	NIE	TAK	TAK
Tomografia komputerowa podudzia	NIE	NIE	TAK	TAK
Tomografia komputerowa przedramienia	NIE	NIE	TAK	TAK
Tomografia komputerowa ramienia	NIE	NIE	TAK	TAK
Tomografia komputerowa ręki	NIE	NIE	TAK	TAK
Tomografia komputerowa stawów	NIE	NIE	TAK	TAK
Tomografia komputerowa stopy	NIE	NIE	TAK	TAK
Tomografia komputerowa szyi	NIE	NIE	TAK	TAK
Tomografia komputerowa twarzoczaszki	NIE	NIE	TAK	TAK
Tomografia komputerowa uda	NIE	NIE	TAK	TAK
Tomografia komputerowa uszu/piramid	NIE	NIE	TAK	TAK
Tomografia komputerowa wieloodcinkowa	NIE	NIE	TAK	TAK
Tomografia komputerowa zatok	NIE	NIE	TAK	TAK
Rezonans magnetyczny				
Kontrast do MRI 10 ml	NIE	NIE	TAK	TAK
Kontrast do MRI 15 ml	NIE	NIE	TAK	TAK
Kontrast do MRI 20 ml	NIE	NIE	TAK	TAK
Kontrast do MRI 5 ml	NIE	NIE	TAK	TAK
Rezonans magnetyczny całego kręgosłupa	NIE	NIE	TAK	TAK
Rezonans magnetyczny głowy	NIE	NIE	TAK	TAK
Rezonans magnetyczny jamy brzusznej	NIE	NIE	TAK	TAK
Rezonans magnetyczny klatki piersiowej	NIE	NIE	TAK	TAK
Rezonans magnetyczny kręgosłupa lędźwiowego	NIE	NIE	TAK	TAK
Rezonans magnetyczny kręgosłupa piersiowego	NIE	NIE	TAK	TAK
Rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego	NIE	NIE	TAK	TAK
Rezonans magnetyczny miednicy	NIE	NIE	TAK	TAK
Rezonans magnetyczny nadgarstka	NIE	NIE	TAK	TAK
Rezonans magnetyczny oczodołów	NIE	NIE	TAK	TAK
Rezonans magnetyczny podudzia	NIE	NIE	TAK	TAK
Rezonans magnetyczny przedramienia	NIE	NIE	TAK	TAK
Rezonans magnetyczny przysadki	NIE	NIE	TAK	TAK
Rezonans magnetyczny ramienia	NIE	NIE	TAK	TAK
Rezonans magnetyczny ręki	NIE	NIE	TAK	TAK
Rezonans magnetyczny stawów	NIE	NIE	TAK	TAK
Rezonans magnetyczny stopy	NIE	NIE	TAK	TAK
Rezonans magnetyczny twarzoczaszki	NIE	NIE	TAK	TAK
Rezonans magnetyczny uda	NIE	NIE	TAK	TAK
Rezonans magnetyczny zatok	NIE	NIE	TAK	TAK

Badania endoskopowe (z możliwością wykonania testu ureazowego i badania histopatologicznego)				
Gastroskopia	NIE	LIMIT	TAK	TAK
Rektoskopia	NIE	LIMIT	TAK	TAK
Sigmoidoskopia	NIE	LIMIT	TAK	TAK
Kolonoskopia	NIE	LIMIT	TAK	TAK
Anoskopia	NIE	LIMIT	TAK	TAK
Znieczulenie ogólne do zabiegów endoskopowych	NIE	NIE	TAK	TAK
Testy alergiczne				
Testy alergiczne skórne (1 pkt.)	NIE	NIE	TAK	TAK
Testy alergiczne płatkowe (1 alergen)	NIE	NIE	TAK	TAK
Testy alergiczne – panel pokarmowy	NIE	NIE	TAK	TAK
Testy alergiczne – panel wziewny	NIE	NIE	TAK	TAK
Testy alergiczne – panel mieszany (pediatryczny)	NIE	NIE	TAK	TAK
SZCZEPIENIA OCHRONNE				
Szczepienie przeciwko grypie obejmuje konsultację, szczepionkę oraz iniekcję	NIE	NIE	TAK	TAK
Anatoksyna przeciw tężcowi	NIE	NIE	TAK	TAK
Szczepienie przeciw WZW typu A	NIE	NIE	TAK	TAK
Szczepienie przeciw WZW typu B	NIE	NIE	TAK	TAK
ZABIEGI				
Zabiegi alergologiczne				
Odczulanie bez uwzględnienia kosztu leku	NIE	TAK	TAK	TAK
Zabiegi chirurgiczne				
Nacięcie i drenaż ropnia/krwiaka	NIE	TAK	TAK	TAK
Leczenie wrośniętego paznokcia	NIE	TAK	TAK	TAK
Szycie rany do 3 cm	NIE	TAK	TAK	TAK
Szycie rany powyżej 3 cm	NIE	TAK	TAK	TAK
Zdjęcie szwów	TAK	TAK	TAK	TAK
Wycięcie zmian skórnych z medycznymi wskazaniami do usunięcia	NIE	NIE	NIE	TAK
leczenie owrzodzeń, oparzeń, odmrożeń	NIE	NIE	TAK	TAK
Pobieranie wycinków do badań histopatologicznych łącznie z oceną	NIE	TAK	TAK	TAK
Wycięcie odcisku	NIE	NIE	TAK	TAK
Punkcja torbieli	NIE	NIE	NIE	TAK
Usunięcie ciała obcego z powłok skórnych	NIE	NIE	NIE	TAK
Założenie i zmiana prostego opatrunku	TAK	TAK	TAK	TAK
Zabiegi dermatologiczne				
Wyłyżeczkowanie brodawek	NIE	NIE	NIE	TAK
Elektrokoagulacja dermatologiczna	NIE	TAK	TAK	TAK
Krioterapia dermatologiczna	NIE	TAK	TAK	TAK
Ścięcie i koagulacja włókniaków skóry	NIE	TAK	TAK	TAK
Zabiegi ginekologiczne				
Pobieranie materiałów do badań cytologicznych i mikrobiologicznych	TAK	TAK	TAK	TAK
Leczenie nadżerek metodą elektrokoagulacji	NIE	NIE	TAK	TAK
Leczenie nadżerek metodą krioterapii	NIE	NIE	TAK	TAK
Założenie wkładki domacicznej (wkładka pacjentki)	NIE	NIE	NIE	TAK
Usunięcie wkładki domacicznej	NIE	NIE	NIE	TAK
Zabiegi ogólnolekarskie				
Zakładanie cewników	NIE	NIE	TAK	TAK
Pobieranie materiałów do badań mikrobiologicznych	NIE	NIE	TAK	TAK
Opatrunek drobnych urazów (rany, skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane działania)	TAK	TAK	TAK	TAK
Usunięcie kleszcza	TAK	TAK	TAK	TAK
Zabiegi okulistyczne				
Badanie dna oka	TAK	TAK	TAK	TAK
Badanie ostrości widzenia	TAK	TAK	TAK	TAK
Badanie pola widzenia	TAK	TAK	TAK	TAK
Usunięcie ciała obcego z oka	TAK	TAK	TAK	TAK
Dobór szkieł korekcyjnych	TAK	TAK	TAK	TAK

Płukanie dróg łzowych	NIE	TAK	TAK	TAK
Iniekcja podspojówkowa	NIE	TAK	TAK	TAK
Usunięcie gradówki	NIE	TAK	TAK	TAK
Badanie wydzielania łez	NIE	TAK	TAK	TAK
GDX	NIE	TAK	TAK	TAK
Gonioskopia	NIE	TAK	TAK	TAK
Zabiegi ortopedyczne				
Opatrzenie drobnych urazów	TAK	TAK	TAK	TAK
Zdjęcie gipsu	TAK	TAK	TAK	TAK
Założenie gipsu tradycyjnego	NIE	TAK	TAK	TAK
Założenie gipsu syntetycznego	NIE	TAK	TAK	TAK
Punkcja stawu	NIE	TAK	TAK	TAK
Blokada dostawowa i okołostawowa (bez leku)	NIE	TAK	TAK	TAK
Unieruchomienie typu Desault mały/duży	TAK	TAK	TAK	TAK
Zabiegi otolaryngologiczne				
Płukanie uszu	TAK	TAK	TAK	TAK
Przedmuchiwanie trąbki słuchowej	TAK	TAK	TAK	TAK
Usunięcie ciała obcego z ucha/nosa/gardła	NIE	TAK	TAK	TAK
Postępowanie zachowawcze w krwawieniu z nosa	TAK	TAK	TAK	TAK
Opatrunek uszny z lekiem	TAK	TAK	TAK	TAK
Paracenteza (przebicie błony bębenkowej)	NIE	NIE	TAK	TAK
Punkcja w tym m.in. zatoki szczękowej	NIE	NIE	TAK	TAK
Płukanie zatok	NIE	TAK	TAK	TAK
Laryngologiczne zabiegi kriochirurgiczne	NIE	NIE	NIE	TAK
Wlewka krtaniowa	NIE	NIE	NIE	TAK
Koagulacja naczyń przegrody nosa	NIE	NIE	NIE	TAK
Zabiegi pielęgniarskie				
Iniekcje: domięśniowe, dożylnie, podskórne	TAK	TAK	TAK	TAK
Podłączenie wlewu kroplowego	TAK	TAK	TAK	TAK
Pobranie krwi	TAK	TAK	TAK	TAK
Lewatywa	NIE	NIE	TAK	TAK
AMBULATORYJNA REHABILITACJA LECZNICZA				
„LIMIT” oznacza, że Ubezpieczonemu przysługuje limitowana liczba zabiegów z tej kategorii w ciągu roku polisowego				
			LIMIT 20	LIMIT 50
Ćwiczenia bierne	NIE	NIE	NIE	LIMIT
Ćwiczenia czynne w odciążeniu	NIE	NIE	NIE	LIMIT
Ćwiczenia czynne wolne	NIE	NIE	NIE	LIMIT
Ćwiczenia czynne z oporem	NIE	NIE	NIE	LIMIT
Ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane	NIE	NIE	NIE	LIMIT
Ćwiczenia izometryczne	NIE	NIE	NIE	LIMIT
Ćwiczenia ogólnousprawniające	NIE	NIE	NIE	LIMIT
Ćwiczenia specjalne	NIE	NIE	NIE	LIMIT
Diatermia krótkofalowa	NIE	NIE	NIE	LIMIT
Diatermia mikrofalowa	NIE	NIE	NIE	LIMIT
Elektrostymulacja	NIE	NIE	LIMIT	LIMIT
Galwanizacja	NIE	NIE	LIMIT	LIMIT
Jonoforeza	NIE	NIE	LIMIT	LIMIT
Laseroterapia punktowa	NIE	NIE	LIMIT	LIMIT
Magnetoterapia	NIE	NIE	LIMIT	LIMIT
Masaż hydropowietrzny całkowity	NIE	NIE	NIE	LIMIT
Masaż hydropowietrzny miejscowy	NIE	NIE	NIE	LIMIT
Masaż podwodny	NIE	NIE	NIE	LIMIT
Masaż suchy całkowity	NIE	NIE	NIE	LIMIT
Masaż suchy częściowy	NIE	NIE	NIE	LIMIT
Metody reedukacji nerwowo-mięśniowej	NIE	NIE	NIE	LIMIT
Naświetlanie UV	NIE	NIE	LIMIT	LIMIT
Okłady parafinowe	NIE	NIE	NIE	LIMIT

Okłady wilgotne ciepłe i zimne	NIE	NIE	NIE	LIMIT
Okłady z borowiny częściowe	NIE	NIE	NIE	LIMIT
Okłady z borowiny ogólne	NIE	NIE	NIE	LIMIT
Prądy diadynamiczne	NIE	NIE	LIMIT	LIMIT
Prądy interferencyjne	NIE	NIE	LIMIT	LIMIT
Prądy TENS	NIE	NIE	LIMIT	LIMIT
Prądy Traberta	NIE	NIE	LIMIT	LIMIT
Sollux	NIE	NIE	LIMIT	LIMIT
Światło spolaryzowane	NIE	NIE	LIMIT	LIMIT
Ultradźwięki miejscowe	NIE	NIE	LIMIT	LIMIT
Ultrafonoreza	NIE	NIE	LIMIT	LIMIT
Wyciągi	NIE	NIE	NIE	LIMIT
Krioterapia miejscowa	NIE	NIE	LIMIT	LIMIT
STOMATOLOGIA				
Periodontologia				
Scalling złogów nazębnych	NIE	NIE	NIE	2 łuki w roku
Stomatologia zachowawcza				
Przeгляд stomatologiczny raz w roku	NIE	NIE	TAK	TAK
Instruktaż higieny jamy ustnej	NIE	NIE	TAK	TAK
Lakowanie zębów	NIE	NIE	NIE	1 raz/rok
Konsultacja ortodonty	NIE	NIE	NIE	3 wizyty/rok
KOMPLEKSOWY PRZEGLĄD STANU ZDROWIA – JEDNORAZOWO W ROKU POLISOWYM				
Internista	TAK	TAK	TAK	TAK
RTG klatki piersiowej				
EKG spoczynkowe				
Odczyn opadania krwinek czerwonych (OB.)				
Morfologia krwi z pełnym różnicowaniem granulocytów				
Badanie ogólne moczu (profil)				
Glukoza				
Lipidogram				
OPIEKA PRZEDPORODOWA				
Konsultacje lekarskie i badania zgodnie z wybranym wariantem	TAK	TAK	TAK	TAK
ZASIŁEK SZPITALNY				
Zasiłek szpitalny – pobyt w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby	NIE	NIE	20 zł dziennie	20 zł dziennie
ZWROT KOSZTÓW USŁUG MEDYCZNYCH POZA SIECIĄ PARTNERÓW MEDYCZNYCH				
Zwrot kosztów konsultacji lekarskiej na podstawie przedstawionego rachunku	20 zł/wizyta	50 zł/wizyta	50 zł/wizyta	70 zł/wizyta

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO SALTUS ZDROWIE MEDYCYNĄ PRACY

§ 1 (postanowienia ogólne)

- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego SALTUS ZDROWIE – medycyna pracy (OWDU) mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia zdrowotnego SALTUS ZDROWIE (OWU).
- Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta jedynie przez Ubezpieczającego, który jest pracodawcą, pod warunkiem zawarcia z Towarzystwem podstawowej umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego.
- Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego zostanie potwierdzone dodatkowym dokumentem ubezpieczenia.

§ 2 (definicje)

Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:

- medycyna pracy** – specjalność medyczna, której przedmiotem jest badanie wpływu środowiska pracy na pacjenta, diagnostyka, leczenie i profilaktyka chorób zawodowych,
- pracodawca** – zatrudniająca pracowników osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie będąca osobą prawną, której ustawa przyznaje zdolność prawną.

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje pokrycie kosztów usług medycznych w ramach medycyny pracy, przewidzianych w Kodeksie Pracy (Dz.U. 1998.21.94 j.t. z późn. zm.).
- Zakresem ubezpieczenia objęte są koszty:
 - 1) badań wstępnych, kontrolnych i okresowych,
 - 2) wizytacji stanowisk pracy,
 - 3) analizy stanu zdrowia pracowników,
 - 4) wystawiania zaświadczeń o stanie zdrowia Ubezpieczonych lub niezdolności do pracy,
 - 5) aktywnego poradnictwa w stosunku do Ubezpieczonych, którzy cierpią na choroby zawodowe lub inne choroby związane z wykonywanym zawodem,
 - 6) delegowania lekarza do zakładowej komisji BHP w przypadkach obowiązkowych.

§ 4 (składka ubezpieczeniowa)

- Przy kalkulacji wysokości składki ubezpieczeniowej uwzględnia się:
 - 1) charakter wykonywanej przez Ubezpieczonych pracy,
 - 2) rodzaj zagrożeń występujących na stanowiskach pracy Ubezpieczonych,
 - 3) częstotliwość opłacania składki.
- Składka ubezpieczeniowa płatna jest z częstotliwością miesięczną, o ile strony nie umówią się inaczej.
- Wysokość składki ubezpieczeniowej stanowi iloczyn stawki taryfowej oraz liczby Ubezpieczonych.
- Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek ubezpieczeniowych należnych za wszystkich Ubezpieczonych, w terminie do 5 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni.
- Wraz ze składką ubezpieczeniową, Ubezpieczający zobowiązany jest do przesyłania Towarzystwu, w terminie do 5. dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni, wykazu osób objętych ubezpieczeniem.

§ 5 (zawarcie umowy ubezpieczenia)

- Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia zdrowotnego – medycyna pracy, na formularzu stosowanym przez Towarzystwo.
- Minimalna liczebność grupy podlegająca ubezpieczeniu wynosi 3 osoby.

§ 6 (realizacja świadczeń)

- Usługi medyczne z zakresu medycyny pracy realizowane są na podstawie indywidualnego skierowania, wystawionego przez pracodawcę.
- Usługi medyczne realizowane są w placówkach Partnerów Medycznych, po wcześniejszym umówieniu usług za pośrednictwem Centrum Umawiania Wizyt – telefonicznie pod numerem +48 801 005 777 lub za pośrednictwem strony www.saltuszdrowie.pl.
- Konsultant Centrum Umawiania Wizyt ustala miejsce i termin wykonania usług medycznych z uwzględnieniem preferencji pracodawcy/Ubezpieczonego oraz zakresu usług medycznych oferowanych przez poszczególnych Partnerów Medycznych na wskazanym terenie, w możliwie najbliższym i dogodnym dla Ubezpieczonego terminie.
- Jeżeli na określonym przez Ubezpieczonego terenie lub w wymaganym terminie nie ma możliwości wykonania całości lub części usług medycznych w placówkach Partnerów Medycznych, Ubezpieczony może zrealizować usługi poza siecią Partnerów Medycznych, po uzyskaniu zgody Towarzystwa na pokrycie kosztów tych usług.

§ 7 (wymagane dokumenty)

Osoba występująca z roszczeniem o zwrot kosztów usług wykonanych poza siecią Partnerów Medycznych, winna przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości roszczenia:

- 1) zgłoszenie roszczenia na formularzu Towarzystwa,
- 2) oryginał rachunku / faktury VAT za usługę medyczną z zakresu medycyny pracy, wystawiony na pracodawcę,
- 3) kserokopię skierowania na badania medycyny pracy,
- 4) własny dokument tożsamości.

§ 8 (postanowienia końcowe)

- Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.
- Niniejsze ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 31.03.2015 roku przez Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 31.03.2015 roku.



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Katarzyna Bieranowska
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO SALTUS ZDROWIE KOSZTY LECZENIA ZA GRANICĄ

§ 1 (postanowienia ogólne)

- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego SALTUS ZDROWIE – koszty leczenia za granicą (OWDU) mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia zdrowotnego SALTUS ZDROWIE (OWU).
- Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta pod warunkiem zawarcia z Towarzystwem podstawowej umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego.
- Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego zostanie potwierdzone w dokumencie ubezpieczenia.

§ 2 (definicje)

Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:

- biuro podróży** – przedsiębiorca prowadzący działalność na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (dalej: RP), organizujący imprezy turystyczne lub pośredniczący w zawieraniu umów o świadczenie usług turystycznych na podstawie Ustawy o usługach turystycznych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tekst jednolity Dz.U. 04.223.2268 z późn. zm.),
- Centrum Pomocy** – podmiot wskazany przez Towarzystwo, do którego Ubezpieczony obowiązany jest zgłosić zaistnienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w celu uzyskania pomocy i likwidacji szkody w zakresie określonym w OWU,
- choroba przewlekła** – stan chorobowy, charakteryzujący się powolnym rozwojem i długookresowym przebiegiem, w trakcie którego mogą następować okresy czasowego ustąpienia dolegliwości lub ich zaostrzenia, zdiagnozowany lub leczony w okresie 24 miesięcy poprzedzających zawarcie umowy ubezpieczenia,
- ekspedycja** – zorganizowana wyprawa, mająca na celu zrealizowanie wyznaczonych zadań o charakterze sportowym bądź naukowym,
- hospitalizacja** – pomoc medyczna w zakresie diagnostyki lub leczenia, udzielana w szpitalu bądź innej placówce medycznej, trwająca co najmniej 24 godziny,
- koszty leczenia** – niezbędne i udokumentowane koszty usług medycznych, poniesione przez Ubezpieczonego poza granicami RP, w związku z jego nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem objętym ochroną ubezpieczeniową, zaistniałymi podczas uczestnictwa w wyjeździe zagranicznym,
- leczenie ambulatoryjne** – udzielenie pomocy medycznej w zakresie diagnostyki lub leczenia w placówce opieki medycznej, trwające krócej niż 24 godziny,
- nagle zachorowanie** – powstały nagle i niespodziewanie, niezależnie od woli Ubezpieczonego, za granicą RP, stan chorobowy zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, nie będący następstwem wcześniejszej choroby lub schorzenia, powodujący konieczność uzyskania natychmiastowej pomocy lekarskiej przed zakończeniem pobytu za granicą,
- nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, w następstwie którego Ubezpieczony niezależnie od swej woli, doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł; za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się:
 - zawału serca,
 - udar mózgu,
 - infekcji,
 - innych chorób, w tym występujących nagle,
- sporty wysokiego ryzyka** – sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, nurkowanie przy użyciu aparatów gazowych, surfing, windsurfing, kitesurfing, sporty motorowe i motorowodne, sporty spadochronowe i balonowe, paralotniarstwo, szybownictwo oraz pilotowanie samolotów silnikowych, skoki bungee, sztuki walki i wszelkiego rodzaju sporty obronne, sporty związane z użyciem broni, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, speleologia, myślistwo, rugby, jazda konna, kolarstwo, jazda na nartach wodnych, narciarstwo zjazdowe, snowboard, bobsleje, saneczkarstwo, skoki narciarskie, sporty, w których wykorzystywane są pojazdy poruszające się po śniegu lub lodzie; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi albo udział w ekspedycjach,
- wyczynowe uprawianie sportów** – uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych, jak również uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych,
- wyjazd zagraniczny** – pobyt za granicą RP lub wyjazd za granicę RP zorganizowany przez biuro podróży, zakupiony za pośrednictwem biura podróży lub zorganizowany przez Ubezpieczonego we własnym zakresie, w celach turystycznych lub zarobkowych; wyjazd rozpoczyna się i kończy w momencie przekroczenia granicy RP,
- wykonywanie pracy** – prowadzenie przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej, wykonywanie zawodu lub pracy zarobkowej,
- zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie określonych dyscyplin sportowych za wynagrodzeniem.

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

- Przedmiotem ubezpieczenia są niezbędne i udokumentowane koszty leczenia oraz koszty transportu medycznego, poniesione przez Ubezpieczonego w czasie wyjazdu zagranicznego, w związku z jego nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem objętym ochroną ubezpieczeniową, w zakresie niezbędnym do przywrócenia stanu zdrowia Ubezpieczonego, pozwalającego na kontynuację leczenia w RP.

- Zakresem ubezpieczenia objęte są koszty:
 - leczenia wymaganego i zaleconego przez lekarzy wskazanych przez Centrum Pomocy, w szczególności:
 - koszty hospitalizacji (w tym zabiegów operacyjnych),
 - koszty leczenia ambulatoryjnego (do wysokości 1000,00 €),
 - koszty lekarstw i środków opatrunkowych,
 - związane z przedwczesnym porodem, który nastąpił nie później niż w 32. tygodniu ciąży – w ramach sumy ubezpieczenia Towarzystwo pokryje koszty opieki medycznej, lekarstw, pobytu w szpitalu, w tym koszty opieki medycznej noworodka,
 - leczenia stomatologicznego (do wysokości 150,00 €) – jedynie w przypadkach ostrych stanów zapalnych i bólowych lub gdy leczenie było konieczne wskutek urazu doznanego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - transportu z miejsca wypadku do najbliższej placówki służby zdrowia,
 - zorganizowanego przez Centrum Pomocy transportu do innej placówki służby zdrowia za granicą w przypadku, gdy wymaga tego stan zdrowia Ubezpieczonego – o możliwości i sposobie transportu Ubezpieczonego decyduje lekarz Centrum Pomocy po konsultacji z lekarzem prowadzącym za granicą i w oparciu o dokumentację medyczną,
 - jeżeli transport powrotny Ubezpieczonego nie jest możliwy ze względu na przeciwwskazania zdrowotne przed zakończeniem ważności ubezpieczenia, Towarzystwo pokrywa koszty leczenia do dnia, w którym stan zdrowia chorego pozwala na transport, jednak nie dłużej niż 90 dni licząc od daty zachorowania/wypadku i maksymalnie do wysokości sumy ubezpieczenia.

§ 4 (wyłączenia odpowiedzialności)

- Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte szkody powstałe wskutek:
 - umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego,
 - umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym – chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuźności,
 - działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wewnętrznych zamieszek, strajków, rozruchów, lokautów oraz aktów terroryzmu i sabotażu,
 - reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, skażenia lub zanieczyszczenia odpadami przemysłowymi, działania broni biologicznej lub chemicznej, promieni laserowych i maserowych oraz pola magnetycznego i elektromagnetycznego, popalenia lub usiłowania popalenia przez Ubezpieczonego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
 - samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na jego własną prośbę,
 - pełnienia przez Ubezpieczonego czynnej służby w siłach zbrojnych jakiegokolwiek państwa,
 - uczestniczenia Ubezpieczonego w bójkach, z wyjątkiem działania w obronie koniecznej,
 - działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza – o ile miało to wpływ na powstanie szkody,
 - prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu (dla oceny, czy kierujący posiada uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu, miarodajne jest prawo obowiązujące w kraju, w którym doszło do wypadku, a gdy w tym zakresie brak jest uregulowań lub istniejące uregulowania są mniej restrykcyjne niż prawo polskie – zastosowanie znajduje prawo polskie) bądź w stanie nietrzeźwości (gdy procent alkoholu we krwi przekracza dopuszczalne normy ustalone dla kierowców pojazdów mechanicznych, obowiązujące w kraju, w którym doszło do wypadku), pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile miało to wpływ na powstanie szkody,
 - uczestniczenia w jazdach próbnych, rajdach i wyścigach oraz wszelkiego rodzaju próbach prędkościowych,
 - przewozu lotniczego Ubezpieczonego, w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
 - zażycia leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź ze wskazaniem ich użycia, chyba że ten fakt nie miał wpływu na powstanie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową,
 - zignorowania przez Ubezpieczonego przeciwwskazań lekarskich do odbycia podróży ze względów zdrowotnych,
 - działania Ubezpieczonego w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego – o ile miało to wpływ na powstanie szkody.
- Zakres ubezpieczenia nie obejmuje kosztów leczenia związanych z:
 - wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu,
 - amatorskim uprawianiem sportów wysokiego ryzyka,
 - wykonywaniem pracy poza granicami RP,
 - leczeniem chorób przewlekłych,
 - porodem lub powikłaniami, które wystąpiły po 32. tygodniu ciąży,
 - zabiegami usuwania ciąży, o ile nie został on wykonany w celu ratowania życia lub zdrowia,
 - ciężą, za wyjątkiem jednej wizyty lekarskiej i związanego z nią niezbędnego transportu do placówki medycznej, przy czym górny limit odpowiedzialności Towarzystwa za wymienione świadczenia wynosi 150,00 €,
 - naprawą lub zakupem leczniczych środków technicznych (endoprotezy) albo protez dentystycznych, koron lub wykonaniem świadczeń z zakresu ortodoncji, depresją, zaburzeniami psychicznymi, wadami wrodzonymi, chorobami wenerycznymi, AIDS i wirusem HIV,
 - chirurgią plastyczną, zabiegami kosmetycznymi, oraz związanych ze stosowaniem środków odżywczych (wzmacniających) lub środków odchudźających, nieprzyjęciem szczepień ochronnych wymaganych przy wyjeździe do danego kraju lub przyjęcia ich w terminie, który wyklucza skuteczne zadziałanie szczepionki,
 - zaplanowanym leczeniem poza granicami RP albo jeżeli wiadomo było, że w trakcie pobytu za granicą wystąpi konieczność leczenia,
 - świadczeniami zdrowotnymi o charakterze kuracyjnym, sanatoryjnym lub rehabilitacyjnym albo wynikającymi z konieczności udzielenia opieki przez domy opieki, hospicja lub inne instytucje świadczące usługi o podobnym zakresie lub związane z dodatkową opieką pielęgnacyjną,
 - leczeniem z zastosowaniem medycyny niekonwencjonalnej: akupunktura, hipnoza, helioterapia, zabiegi holistyczne,
 - leczeniem prowadzonym przez Ubezpieczonego we własnym zakresie, bądź przez lekarza będącego członkiem jego rodziny, chyba że zostało to zaakceptowane przez Centrum Pomocy,
 - niestosowanie się Ubezpieczonego do zaleceń lekarzy wskazanych przez Centrum Pomocy.

3. Towarzystwo nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową pokrycia kosztów leczenia ambulatoryjnego nie przekraczających 50,00 € na osobę. Z kwoty wyliczonego odszkodowania potrącany jest udział własny Ubezpieczonego w wysokości 50,00 € na osobę. Udziału własnego nie stosuje się, jeżeli nastąpiła hospitalizacja.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne.

§ 5 (suma ubezpieczenia)

1. Określona w umowie suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia, z uwzględnieniem limitów określonych w § 3 ust. 2 pkt 1) i 3) oraz w § 4 ust. 2 pkt 7) i wynosi:
 - 1) 20 000,00 € w wariantcie ubezpieczenia MINI,
 - 2) 40 000,00 € w wariantcie ubezpieczenia MIDI,
 - 3) 60 000,00 € w wariantcie ubezpieczenia MAXI.
2. Suma ubezpieczenia stanowi podstawę do określenia wysokości składek ubezpieczeniowych oraz obliczenia wysokości świadczenia.
3. Suma ubezpieczenia ulega zmniejszeniu o wartość każdego wypłaconego świadczenia.

§ 6 (składka ubezpieczeniowa)

1. Przy kalkulacji wysokości składki ubezpieczeniowej uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej stanowi iloczyn stawki taryfowej oraz liczby Ubezpieczonych.

§ 7 (obowiązki Ubezpieczonego w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego)

W przypadku zaistnienia zdarzenia, powodującego konieczność poniesienia kosztów leczenia Ubezpieczonego, Ubezpieczony zobowiązany jest:

- 1) przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie, niezwłocznie powiadomić Centrum Pomocy i uzyskać gwarancję pokrycia kosztów leczenia lub transportu medycznego, podając dane osobowe oraz numer telefonu kontaktowego, a w przypadku, gdy jest to niemożliwe – starać się złagodzić skutki zdarzenia i niezwłocznie uzyskać pomoc lekarską, korzystając w miarę możliwości ze świadczeń publicznej służby zdrowia,
- 2) stosować się do zaleceń Centrum Pomocy, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw,
- 3) poddać się badaniom lekarskim u wskazanego przez Centrum Pomocy lekarza lub ewentualnej obserwacji klinicznej,
- 4) uzyskać dokumentację lekarską, stwierdzającą rozpoznanie (diagnozę lekarską), uzasadniającą konieczność leczenia lub hospitalizacji oraz przekazać ją Towarzystwu wraz z oryginałami rachunków i innych dokumentów uzasadniających wysokość roszczenia,
- 5) zgłosić do Towarzystwa zdarzenie objęte ubezpieczeniem najpóźniej w terminie 7 dni od daty powrotu na terytorium RP, jeżeli zdarzenie nie zostało wcześniej zgłoszone do Centrum Pomocy.

§ 8 (wymagane dokumenty)

1. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, winna przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości roszczenia:
 - 1) zgłoszenie roszczenia na formularzu Towarzystwa,
 - 2) dokumentację medyczną, stwierdzającą rozpoznanie (diagnozę lekarską), uzasadniającą konieczność leczenia oraz zalecenia do transportu medycznego,
 - 3) dokumentację kosztów leczenia lub transportu medycznego – oryginały rachunków oraz dowodów opłat,
 - 4) własny dokument tożsamości.
2. Na pisemną prośbę Centrum Pomocy lub Towarzystwa, osoba występująca z roszczeniem winna przedłożyć dokumenty, wystawione za granicą, przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
3. Wszelkie koszty związane z uzyskaniem i przekazaniem niezbędnych dokumentów urzędowych ponosi Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia.

§ 9 (ustalenie rozmiarów szkody i wysokości świadczenia)

1. W celu ustalenia rozmiarów szkody i wysokości świadczenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo weryfikacji wszelkich dokumentów składanych przez Ubezpieczonego, dotyczących zaistniałego zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Refundacji kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego za granicą, dokonuje się na terenie RP w złotych. W celu przeliczenia kwot wyrażonych w walutach obcych na złote, stosuje się kursy średnie NBP z dnia zgłoszenia roszczenia.

§ 10 (postanowienia końcowe)

1. Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.
2. Niniejsze ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 31.03.2015 roku przez Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 31.03.2015 roku.



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Katarzyna Bieranowska
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO SALTUS ZDROWIE NASTĘPSTWA NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

§ 1 (postanowienia ogólne)

- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego SALTUS ZDROWIE – następstwa nieszczęśliwych wypadków (OWDU) mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia zdrowotnego SALTUS ZDROWIE (OWU).
- Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta pod warunkiem zawarcia z Towarzystwem podstawowej umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego.
- Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego zostanie potwierdzone w dokumencie ubezpieczenia.

§ 2 (definicje)

Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:

- ekspedycja** – zorganizowana wyprawa, mająca na celu zrealizowanie wyznaczonych zadań o charakterze sportowym bądź naukowym,
- nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, w następstwie którego Ubezpieczony niezależnie od swej woli, doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub umarł; za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się:
 - zawału serca,
 - udar mózgu,
 - infekcji,
 - innych chorób, w tym występujących nagle,
- sporty wysokiego ryzyka** – sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, nurkowanie przy użyciu aparatów gazowych, surfing, windsurfing, kitesurfing, sporty motorowe i motorowodne, sporty spadochronowe i balonowe, paralotniarstwo, szybownictwo oraz pilotowanie samolotów silnikowych, skoki bungee, sztuki walki i wszelkiego rodzaju sporty obronne, sporty związane z użyciem broni, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, speleologia, myślistwo, rugby, jazda konna, kolarstwo, jazda na nartach wodnych, narciarstwo zjazdowe, snowboard, bobsleje, saneczkarstwo, skoki narciarskie, sporty, w których wykorzystywane są pojazdy poruszające się po śniegu lub lodzie; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi albo udział w ekspedycjach,
- śmierć w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – śmierć, będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku,
- trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe naruszenie czynności organu, narządu lub układu, wskazane w Tabeli Uszczerbku na Zdrowiu, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych OWDU,
- uposażony** – wskazana przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do odbioru świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek jego śmierci,
- wycynowe uprawianie sportu** – udział w regularnych treningach, zawodach, obozach kondycyjnych, zgrupowaniach, w celu uzyskania maksymalnych wyników sportowych,
- wykonywanie pracy** – prowadzenie przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej, wykonywanie zawodu lub pracy zarobkowej,
- zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie określonych dyscyplin sportowych za wynagrodzeniem.

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

- Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych przez Ubezpieczonego.
- Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
 - uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego – zgodnie z Tabelą Uszczerbków Na Zdrowiu, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWDU, a w przypadku braku danego uszczerbku w ww. Tabeli – na podstawie orzeczenia komisji lekarskiej,
 - śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 4 (wyłączenia odpowiedzialności)

- Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje następstw nieszczęśliwych wypadków powstałych wskutek:
 - działania wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wewnętrznych zamieszek, strajków, rozruchów, lokautów oraz aktów terroryzmu i sabotażu,
 - reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, skażenia lub zanieczyszczenia odpadami przemysłowymi, działania broni biologicznej lub chemicznej, promieni laserowych i maserowych oraz pola magnetycznego i elektromagnetycznego,
 - popelnienia lub usiłowania popelnienia przez osobę objętą ubezpieczeniem przestępstwa, stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
 - pełnienia przez Ubezpieczonego czynnej służby w siłach zbrojnych jakiegokolwiek państwa,
 - uczestniczenia Ubezpieczonego w bójkach, z wyjątkiem działania w obronie koniecznej,
 - samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na jego własną prośbę,
 - działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, wyłączając przypadki ich zażywania zgodnie z zaleceniem lekarza – o ile miało to wpływ na powstanie szkody,
 - działania Ubezpieczonego w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego – o ile miało to wpływ na powstanie szkody,
 - poddania się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze paramedycznym poza

- kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
- niewłaściwego leczenia lub niewłaściwie wykonanych zabiegów leczniczych, chyba że leczenie lub zabiegi zostały wykonane zgodnie ze wskazaniem lekarskim w związku z leczeniem skutków nieszczęśliwego wypadku,
- 11) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu (dla oceny, czy kierujący posiada uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu, miarodajne jest prawo obowiązujące w kraju, w którym doszło do wypadku, a gdy w tym zakresie brak jest uregulowań lub istniejące uregulowania są mniej restrykcyjne niż prawo polskie – zastosowanie znajduje prawo polskie) bądź w stanie nietrzeźwości (gdy procent alkoholu we krwi przekracza dopuszczalne normy ustalone dla kierowców pojazdów mechanicznych, obowiązujące w kraju, w którym doszło do wypadku), pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile miało to wpływ na powstanie szkody,
- 12) uczestniczenia w rajdach, wyścigach lub próbach prędkościowych,
- 13) przewozu lotniczego Ubezpieczonego, w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
- 14) wycynowego lub zawodowego uprawiania sportu,
- 15) amatorskiego uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
- 16) wykonywania pracy poza granicami RP.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne.

§ 5 (suma ubezpieczenia)

- Określona w umowie suma ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków stanowi górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia, w odniesieniu do wszystkich części ciała oraz narządów zmysłu, przy czym maksymalny uznawany stopień uszczerbku na zdrowiu wynosi łącznie 100%. Suma ubezpieczenia wynosi:
 - 10 000,00 zł w wariancie ubezpieczenia MINI,
 - 20 000,00 zł w wariancie ubezpieczenia MIDI,
 - 30 000,00 zł w wariancie ubezpieczenia MAXI.
- Suma ubezpieczenia stanowi podstawę do określenia wysokości składek ubezpieczeniowych oraz obliczenia wysokości świadczenia.
- W trakcie roku polisowego suma ubezpieczenia ulega zmniejszeniu o wartość każdego wypłaconego świadczenia.

§ 6 (składka ubezpieczeniowa)

- Przy kalkulacji wysokości składki ubezpieczeniowej uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia.
- Wysokość miesięcznej składki ubezpieczeniowej stanowi iloczyn stawki taryfowej oraz liczby Ubezpieczonych.

§ 7 (obowiązki Ubezpieczonego w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego)

- W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony zobowiązany jest:
- niezwłocznie powiadomić Towarzystwo o szkodzie,
 - uzyskać dokumentację lekarską, stwierdzającą rozpoznanie i uzasadniającą wysokość roszczenia oraz przekazać ją Towarzystwu.

§ 8 (wymagane dokumenty)

- Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, winna przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty:
 - zgłoszenie roszczenia na formularzu Towarzystwa,
 - w przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego:
 - dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - dokumentację medyczną potwierdzającą rodzaj inwalidztwa/doznanego uszczerbku na zdrowiu,
 - na pisemny wniosek Towarzystwa – orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
 - własny dokument tożsamości,
 - w przypadku śmierci Ubezpieczonego:
 - dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu,
 - dokument tożsamości osoby występującej z roszczeniem.
- W przypadku śmierci Ubezpieczonego, która nastąpiła za granicą, wszelkie dokumenty wystawione za granicą przez uprawnione podmioty, dotyczące śmierci Ubezpieczonego i składane przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
- Wszelkie koszty związane z uzyskaniem i przekazaniem niezbędnych dokumentów urzędowych ponosi Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia.

§ 9 (ustalenie rozmiarów szkody i wysokości świadczenia)

- Wysokość świadczenia ustala się po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a zdarzeniem objętym odpowiedzialnością Towarzystwa.
- Wysokość świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu ustalana jest na podstawie dokumentacji medycznej, w uzasadnionych przypadkach – po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, nie później niż po 18 miesiącach licząc od daty wypadku, w kwocie odpowiadającej takiemu procentowi sumy ubezpieczenia, w jakim został ustalony uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego na podstawie tabeli, o której mowa w § 3 ust. 2 pkt 1.
- W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje były już upośledzone przed wypadkiem wskutek choroby lub trwałego uszczerbku na zdrowiu powstałego w następstwie innego zdarzenia, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę między stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po wypadku, a stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącym przed wypadkiem.
- Suma świadczeń wypłacanych z tytułu uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, w związku z jednym nieszczęśliwym wypadkiem, nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia. Świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu wypłacane jest Ubezpieczonemu.
- Świadczenie z tytułu śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku wynosi 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wypłacane jest osobie uprawnionej.
- W przypadku wcześniejszej wypłaty świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu śmierci w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku zostanie pomniejszone o kwotę wcześniej wypłaconego świadczenia.
- Jeżeli Ubezpieczony zmarł po ustaleniu uszczerbku na zdrowiu z przyczyn związanych z wypadkiem, ale nie pobrał należnego świadczenia, wówczas uprawnionemu wypłaca się wyłącznie świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 9 (osoba uprawniona do świadczenia)

1. Ubezpieczony może wskazać imiennie jednego lub więcej uposażonych do otrzymania świadczenia w przypadku jego śmierci. Wskazanie uposażonego może nastąpić zarówno przy zawarciu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać uposażonego. Zmiana lub odwołanie uposażonego następuje w momencie wpłynięcia tego zawiadomienia do Towarzystwa.
3. Jeżeli zostało wskazanych kilku uposażonych, a nie oznaczono ich udziału w kwocie świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe.
4. Wskazanie uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.
5. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma imiennie wyznaczonego uposażonego, świadczenie ubezpieczeniowe otrzymują wskazane poniżej osoby, w następującej kolejności:
 - 1) małżonek Ubezpieczonego – otrzymuje świadczenie w całości,
 - 2) inni spadkobiercy Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony w dniu śmierci nie pozostawał w związku małżeńskim lub małżonek nie żyje lub nie jest uprawniony do świadczenia (świadczenie wypłacane jest w równych częściach, po przedłożeniu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia).
6. W razie braku uposażonego lub osoby wymienionej w ust. 5, przysługującego świadczenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaca, w granicach sumy ubezpieczenia, w pierwszym rzędzie udowodnione oryginałami rachunków koszty pogrzebu osobie, która te koszty poniosła.

§ 10 (ustalenie rozmiarów szkody i wysokości świadczenia)

1. W celu ustalenia rozmiarów szkody i wysokości świadczenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo weryfikacji wszelkich dokumentów składanych przez Ubezpieczonego, dotyczących zaistniałego zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Refundacji kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego za granicą, dokonuje się na terenie RP w złotych. W celu przeliczenia kwot wyrażonych w walutach obcych na złote, stosuje się kursy średnie NBP z dnia zgłoszenia roszczenia.

§ 11 (postanowienia końcowe)

1. Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.
2. Niniejsze ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 31.03.2015 roku przez Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 31.03.2015 roku.



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Katarzyna Bieranowska
Członek Zarządu

Załącznik nr 1

do Ogólnych Warunków Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SALTUS ZDROWIE – Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków wprowadzonych Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z dnia 31.03.2015 roku

TABELA USZCZERBKÓW NA ZDROWIU

Lp.	Rodzaj uszkodzenia ciała	Stopień uszczerbku na zdrowiu
USZKODZENIA GŁOWY, TWARZY, NARZĄDU WZROKU, NARZĄDU SŁUCHU, NARZĄDU MOWY		
1	Wstrząśnienie mózgu	2%
2	Stłuczenie mózgu	10%
3	Pęknięcie kości czaszki	5%
4	Złamanie kości twarzy (szczęki, kości jarzmowej)	10%
5	Utrata szczęki	30%
6	Utrata żuchwy	35%
7	Złamanie żuchwy	10%
8	Utrata zębów stałych – siekacze i kły (za każdy ząb)	1,5%
9	Utrata zębów stałych – pozostałe zęby (za każdy ząb)	1%
10	Utrata nosa (łącznie z kośćmi nosa)	30%
11	Złamanie kości nosa	5%
12	Całkowita utrata wzroku w obu oczach	100%
13	Utrata wzroku w jednym oku	30%
14	Uszkodzenie gałki ocznej lub odwarstwienie siatkówki	10%
15	Utrata małżowiny usznej	15%
16	Całkowita obustronna utrata słuchu	50%
17	Jednostronna utrata słuchu	20%
18	Ubytek podniebienia	25%
19	Częściowy ubytek języka	3%
20	Całkowita utrata mowy / języka	50%
USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY, PRZĘŁYKU		
21	Złamanie kręgosłupa szyjnego ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości	5% za trzon
22	Uszkodzenie krtani z zaburzeniami głosu	25%
23	Uszkodzenie tchawicy	25%
24	Uszkodzenie przełyku powodujące trudności w odżywianiu	30%
USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ, TUŁOWIA, NARZĄDÓW WEWNĘTRZNYCH		
25	Złamanie kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości (z wyłączeniem kości ogonowej)	4% za trzon
26	Złamanie łopatki	4%
27	Złamanie obojczyka	4%
28	Złamanie mostka	3%
29	Złamanie żebra (za każde żebro)	2%
30	Złamanie kości tworzących miednicę	15%
31	Złamanie dna panewki	10%
32	Utrata gruczołu piersiowego	25%
33	Całkowita utrata płuca	20%
34	Uszkodzenie płuc z niewydolnością oddechową	20%
35	Przepukliny urazowe	10%
36	Całkowita utrata żołądka	20%
37	Uszkodzenie żołądka lub jelit z zaburzeniami trawienia	15%
38	Przetoki jelitowe	30%
39	Uszkodzenie zwieracza odbytu	60%
40	Utrata śledziony	15%
41	Uszkodzenie wątroby lub dróg żółciowych z zaburzeniami czynności	30%
42	Uszkodzenie trzustki z zaburzeniami czynności	30%
43	Utrata nerki	20%
44	Uszkodzenie moczowodu	20%
45	Uszkodzenie pęcherza	15%
46	Uszkodzenie cewki moczowej	30%
47	Utrata macicy	20%
48	Utrata jajnika lub jądra	10%
49	Utrata obu jajników lub obu jąder	30%
50	Utrata prącia	30%
51	Uszkodzenie krocza	10%
USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ		
52	Utrata kończyny górnej na wysokości ramienia	70%
53	Utrata kończyny górnej powyżej stawu łokciowego	60%
54	Utrata kończyny górnej na wysokości przedramienia	50%
55	Utrata kończyny górnej na wysokości nadgarstka	40%
56	Utrata kciuka (w przypadku utraty częściowej – 1/2 wartości za każdy palec)	10%
57	Utrata palca wskazującego (w przypadku utraty częściowej – 1/3 wartości za każdy palec)	8%
58	Utrata palca dłoni od III do V (za każdy palec, w przypadku utraty częściowej – 1/3 wartości za każdy palec)	6%
59	Złamanie nasady bliższej kości ramiennej	3%
60	Złamanie trzonu kości ramiennej	3%
61	Złamanie (śródstawowe) nasady dalszej kości ramiennej lub nasady bliższej kości promieniowej lub nasady bliższej kości łokciowej	3%
62	Zwichnięcie stawu barkowego	1%
63	Skręcenie stawu barkowego	1%
64	Złamanie trzonu kości łokciowej lub trzonu kości promieniowej	5%
65	Złamanie (śródstawowe) nasady dalszej kości łokciowej lub nasady dalszej kości promieniowej	5%
66	Złamanie (śródstawowe) nasad dalszych kości promieniowej i kości łokciowej (obu kości przedramienia)	10%
67	Zwichnięcie stawu łokciowego	1%
68	Skręcenie stawu łokciowego	1%
69	Złamanie kości nadgarstka i śródreżca	4%
70	Złamanie w obrębie kciuka	3%
71	Złamanie palca wskazującego	2%
72	Złamanie w obrębie palców od III do V ręki (za każdy palec)	1%
USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ		
73	Utrata kończyny dolnej na wysokości powyżej połowy uda	70%
74	Utrata kończyny dolnej do wysokości połowy uda	70%
75	Utrata kończyny dolnej na wysokości poniżej kolana	60%
76	Utrata kończyny dolnej na wysokości do połowy łydki	50%
77	Utrata stopy	30%
78	Utrata palucha (w przypadku utraty częściowej – 1/2 wartości za każdy palec)	12%
79	Utrata palców stopy od II do V (za każdy palec, w przypadku utraty częściowej – 1/3 wartości za każdy palec)	3%
80	Zwichnięcie stawu biodrowego	10%
81	Skręcenie stawu biodrowego	10%
82	Złamanie kości udowej	10%
83	Pęknięcie rzepki	10%
84	Zwichnięcie stawu kolanowego	5%
85	Skręcenie stawu kolanowego	5%
86	Złamanie kości piszczelowej	10%
87	Złamanie kości strzałki	5%
88	Złamanie kości piszczelowej i kości strzałki (obu kości podudzia)	10%
89	Złamanie kości piętowej	5%
90	Złamanie kości skokowej	5%
91	Zwichnięcie w stawach skokowych	1%
92	Skręcenie w stawach skokowych	1%
93	Złamanie kości stępu	5%
94	Złamanie kości śródstopia	3%
95	Złamanie palucha	2%
96	Złamanie palców stopy od II do V (za każdy palec)	1%
USZKODZENIA UKŁADU NERWOWEGO POTWIERDZONE WYNIKAMI BADAŃ NEUROLOGICZNEGO		
97	Uszkodzenie rdzenia kręgowego z całkowitym porażeniem czterech kończyn	100%
98	Porażenie całkowite obu kończyn górnych bez porażenia kończyn dolnych	90%

99	Niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia kończyn górnych	80%
100	Uszkodzenie nerwów splotu barkowego	20%
101	Uszkodzenie nerwów splotu lędźwiowo-krzyżowego	20%
102	Uszkodzenie pozostałych nerwów obwodowych kończyn górnych	10%
103	Uszkodzenie pozostałych nerwów obwodowych kończyn dolnych	10%
104	Zaburzenia zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów	30%
105	Padaczka	50%
106	Jednostronne uszkodzenie nerwu twarzowego	10%
107	Dwustronne uszkodzenie nerwu twarzowego	20%
108	Zaburzenia mowy – afazja	50%
USZKODZENIA POWŁOK CIAŁA		
109	Uszkodzenia powłok twarzy pozostawiające trwałe blizny lub ubytki	5%
110	Oparzenie II stopnia rozległość max do 30% całej powierzchni ciała (za każdy 1%)	1% max 30%
111	Oparzenie III stopnia rozległość max do 40% całej powierzchni ciała (za każdy 1%)	2% max 40%
112	Oparzenie dróg oddechowych (leczone w szpitalu)	25%

Za uszczerbek na zdrowiu polegający na pęknięciu kości, przyznawane jest świadczenie tej samej wysokości co za uszczerbek polegający na złamaniu tych kości.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO SALTUS ZDROWIE REHABILITACJA

§ 1 (postanowienia ogólne)

- Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego SALTUS ZDROWIE – rehabilitacja (OWDU) mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia zdrowotnego SALTUS ZDROWIE (OWU).
- Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta pod warunkiem zawarcia z Towarzystwem podstawowej umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego w wariantcie niebieskim lub czerwonym.
- Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego zostanie potwierdzone w dokumencie ubezpieczenia.

§ 2 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Towarzystwo udziela Ubezpieczonym ochrony ubezpieczeniowej w zakresie udostępnienia oraz pokrycia kosztów usług medycznych z zakresu ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej, wskazanych w poniższej tabeli:

Ćwiczenia bierne
Ćwiczenia czynne w odciążeniu
Ćwiczenia czynne wolne
Ćwiczenia czynne z oporem
Ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane
Ćwiczenia izometryczne
Ćwiczenia ogólnousprawniające
Ćwiczenia specjalne
Diatermia krótkofalowa
Diatermia mikrofalowa
Elektrostymulacja
Galwanizacja
Jonoforeza
Laseroterapia punktowa
Magnetoterapia
Masaż hydropowietrzny całkowity
Masaż hydropowietrzny miejscowy
Masaż podwodny
Masaż suchy całkowity
Masaż suchy częściowy
Metody reedukacji nerwowo-mięśniowej
Naświetlanie UV
Okłady parafinowe
Okłady wilgotne ciepłe i zimne
Okłady z borowiny częściowe
Okłady z borowiny ogólne
Prądy diadynamiczne
Prądy interferencyjne
Prądy TENS
Prądy Traberta
Sollux
Światło spolaryzowane
Ultradźwięki miejscowe
Ultrafonoreza
Wyciągi
Krioterapia miejscowa

- Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie pokrycie kosztów usług realizowanych przez Partnerów Medycznych, po wcześniejszym umówieniu usług za pośrednictwem Centrum Umawiania Wizyt.

§ 3 (postanowienia końcowe)

- Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.
- Niniejsze ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 31.03.2015 roku przez Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 31.03.2015 roku.



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Katarzyna Bieranowska
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO SALTUS ZDROWIE WIZYTY DOMOWE

§ 1 (postanowienia ogólne)

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego SALTUS ZDROWIE – wizyty domowe (OWDU) mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia zdrowotnego SALTUS ZDROWIE (OWU).
2. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta pod warunkiem zawarcia z Towarzystwem podstawowej umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego w wariantcie niebieskim lub czerwonym.

§ 2 (definicje)

Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:

- 1) **nagle zachorowanie** – powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający zdrowiu Ubezpieczonego i powodujący konieczność udzielenia Ubezpieczonemu natychmiastowej pomocy medycznej.

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo udziela Ubezpieczonym ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zapewnienia oraz pokrycia kosztów usług medycznych realizowanych w formie wizyt domowych lekarza rodzinnego, lekarza internisty lub pediatry, w przypadku wystąpienia nagłego zachorowania Ubezpieczonego przy braku możliwości skorzystania przez niego z wizyty w placówce Partnera Medycznego, pod warunkiem, że stan zdrowia Ubezpieczonego nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie pokrycie kosztów usług realizowanych przez Partnerów Medycznych, z zastrzeżeniem, że na danym terenie usługi tego rodzaju są przez Partnerów Medycznych świadczone oraz po wcześniejszym umówieniu usług za pośrednictwem Centrum Umawiania Wizyt.

§ 4 (postanowienia końcowe)

1. Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.
2. Niniejsze ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 31.03.2015 roku przez Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 31.03.2015 roku.



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Katarzyna Bieranowska
Członek Zarządu