



**KATALOG ŚWIADCZEŃ
INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA
ZDROWOTNEGO**



KRAJOWY
PROGRAM
ZDROWOTNY

Informacja w trybie art. 17 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dziennik Ustaw pozycja 1844)

W poniższych sekcjach wskazane zostały numery postanowień Katalogu Świadczeń, określających kwestie wskazane w nazwach tych sekcji:

| l.p. | sekcja | postanowienia Katalogu Świadczeń |
|------|--|-------------------------------------|
| 1. | przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń | §1 pkt 3) §2 §3 |
| 2. | ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia | §1 pkt 2) i 3) §2 §3 |

Spis treści

| | |
|---|----------|
| § 1. Informacje ogólne | 4 |
| 1.1 Swoboda leczenia | 4 |
| § 2. Świadczenia | 4 |
| 2.1 Świadczenia pieniężne w trybie on – line | 4 |
| 2.2 Świadczenia pieniężne w trybie off - line | 5 |
| 2.3 Świadczenia medyczne | 6 |
| 2.3.1 Standardy dostępność | 6 |
| 2.3.2 Udział własny kwotowy Ubezpieczonego | 6 |
| 2.3.3 Sposoby opłacania Udziału własnego kwotowego w przypadku korzystania ze Świadczenia medycznego | 6 |
| 2.3.3.1 Opłacenie Udziału własnego kwotowego on - line | 7 |
| 2.3.3.2 Opłacenie Udziału własnego kwotowego przez telefon | 7 |
| 2.3.3.3 Ramy czasowe opłacania Udziałów własnych kwotowych przy płatnościach on-line (e-mail) | 8 |
| 2.3.3.4 Postanowienia szczególne dotyczące rezerwowania świadczeń medycznych i opłacania udziału własnego kwotowego | 8 |
| § 3. Zakres świadczeń | 9 |
| 3.1 Opis ogólny | 9 |
| 3.1.1 Konsultacje lekarskie | 9 |
| 3.1.2 Konsultacje profesorskie | 10 |
| 3.1.3 Zabiegi lekarskie | 10 |
| 3.1.4 Badania diagnostyczne | 10 |
| 3.2 Zakres usług | 11 |
| 3.2.1 Konsultacje lekarskie | 11 |
| 3.2.2 Konsultacje profesorskie | 11 |
| 3.2.3 Zabiegi lekarskie | 11 |
| 3.2.4 Badania laboratoryjne | 11 |
| 3.2.5 Badania obrazowe –RTG | 11 |
| 3.2.6 Badania obrazowe – ultrasonografia (USG) | 12 |
| 3.2.7 Badania obrazowe – endoscopia | 12 |
| 3.2.8 Badania obrazowe – tomografia komputerowa | 12 |
| 3.2.9 Badania obrazowe – rezonans magnetyczny | 12 |
| 3.2.10 Badania czynnościowe | 12 |

§ 1. Informacje ogólne

- 1) Informacja o wybranej opcji ubezpieczenia jest podana na polisie ubezpieczeniowej.
- 2) Suma ubezpieczenia dla świadczeń pieniężnych wynosi 100 000 w jednym Roku ubezpieczeniowym.
- 3) W przypadku świadczeń wymagających zgody Konsultanta Medycznego takich jak: tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny, Ubezpieczony ma obowiązek przesłania do Towarzystwa Ubezpieczeń skierowania na dane badanie diagnostyczne za pośrednictwem **Portalu Ubezpieczonego**. Skierowania na badania diagnostyczne zachowują ważność przez 3 miesiące od daty wystawienia.

1.1 Swoboda leczenia

- 1) Ubezpieczony w ramach ubezpieczenia może korzystać z każdej placówki medycznej na terenie RP.
- 2) W ramach umowy ubezpieczenia TU ZDROWIE nie wymaga skierowania lekarza opieki podstawowej do lekarza opieki specjalistycznej.
- 3) W ramach umowy ubezpieczenia TU ZDROWIE realizuje skierowania na badania diagnostyczne wystawione przez każdego lekarza z dowolnej placówki medycznej na terenie Polski.

§ 2. Świadczenia

2.1 Świadczenia pieniężne w trybie on – line

Jeżeli Ubezpieczony skorzysta z Placówki KPZ ma obowiązek potwierdzić wykonanie danej usługi kodem sms przesłanym na podany przy przystąpieniu do ubezpieczenia numer telefonu komórkowego, albo własnoręcznym podpisem na druku otrzymania świadczenia przekazanym przez pracownika Placówki KPZ i ponieść koszt Udziału własnego kwotowego dla danego świadczenia, który został określony w tabeli „Zakres świadczeń” w § 3.2.

Lista Placówek KPZ jest zawsze dostępna na stronie internetowej www.tuzdrowie.pl albo www.twoje-zdrowie.pl

Schemat:



Znalezienie Placówki KPZ, na stronie www.tuzdrowie.pl albo www.twoje-zdrowie.pl



Umówienie w Placówce KPZ konsultacji, zabiegu lub badania w dogodnym dla Ubezpieczonego terminie



Przed wykonaniem usługi w wybranej przez Ubezpieczonego w Placówce KPZ, należy potwierdzić wykonanie usługi otrzymanym kodem lub własnoręcznym podpisem na druku otrzymania świadczenia oraz ponieść koszt Udziału własnego kwotowego

Uwaga!

Ubezpieczonemu przysługują wyłącznie usługi medyczne dostępne w danej Placówce KPZ oraz zgodne z posiadanym zakresem ubezpieczenia.

W przypadku, gdy w wybranej Placówce KPZ dana usługa medyczna nie jest dostępna w systemie przyznawania świadczeń pieniężnych on – line, to Ubezpieczonemu przysługują świadczenia pieniężne w trybie off – line zgodnie z posiadanym zakresem ochrony ubezpieczeniowej (zgodnie z pkt. 2.2).

2.2 Świadczenia pieniężne w trybie off - line

Jeżeli Ubezpieczony skorzysta z innej Placówki Medycznej na terenie RP, lub zgodnie z zapisami OWU w danym momencie mu one nie przysługują (w związku z § 5 ust. 1 i § 8 ust. 3) może uzyskać świadczenie pieniężne w wysokości różnicy GGO (Górna Granica Odpowiedzialności) i Udziału własnego kwotowego dla danego świadczenia, które zostały określone w tabeli „Zakres świadczeń” w rozdz. 3.2.

W takim przypadku, w celu potwierdzenia zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony ma obowiązek za pośrednictwem **Portalu Ubezpieczonego** przekazać skan faktury/rachunku wystawionego na Ubezpieczonego wraz z opisem udzielonej usługi.

Schemat:



Po opłaceniu usługi w wybranej przez Ubezpieczonego Placówce Medycznej spoza sieci Placówek KPZ, należy pobrać rachunek/fakturę wystawiony na Ubezpieczonego.



Po zalogowaniu na Portal Ubezpieczonego Ubezpieczony on – line wypełnia i wysyła „Wniosek o zwrot kosztów świadczenia” wraz z skanem faktury/rachunku



TU ZDROWIE zwraca poniesione koszty usługi medycznej na rachunek bankowy Ubezpieczonego do wysokości określonego dla danej usługi limitu GGO pomniejszonej o udział własny kwotowy

2.3 Świadczenia medyczne

- 1) W celu uzyskania świadczenia medycznego należy zgłosić konieczność wykonania usługi medycznej pod numerem telefonu 58 500 55 56
- 2) Konsultant 24 h Infolinii wskaże miejsce i termin wykonania danej usługi medycznej.
- 3) W przypadku badań diagnostycznych realizowanych za pośrednictwem 24 h Infolinii może być konieczne przesłanie kopii skierowania na dane badania wystawione przez lekarza.

2.3.1 Standardy dostępności

W przypadku korzystania ze świadczenia medycznego, którego wykonanie jest umawiane za pośrednictwem 24 h Infolinii, jeżeli Ubezpieczony nie wskazuje konkretnego lekarza lub konkretnej placówki medycznej, Towarzystwo Ubezpieczeń dołoży najwyższej staranności by zapewnić wykonanie usługi medycznej z zakresu:

1. opieki podstawowej w ciągu 48 godzin roboczych od momentu zgłoszenia;
2. porad lekarzy specjalistów w ciągu 7 dni roboczych.

2.3.2 Udział własny kwotowy Ubezpieczonego

Udział własny kwotowy - ustalona w niniejszym Katalogu Świadczeń dla danego świadczenia medycznego kwota w PLN stanowiąca udział własny Ubezpieczonego w tym świadczeniu, pomniejszający świadczenie Towarzystwa Ubezpieczeń.

Oznacza to, że Ubezpieczony chcąc skorzystać ze świadczeń medycznych oznaczonych w niniejszym Katalogu Świadczeń, jako świadczenia medyczne z udziałem własnym kwotowym, jest zobowiązany do uiszczenia wskazanej w tabeli dla danego świadczenia kwoty w PLN, zgodnie z zasadami opisanymi w punkcie 2.3.2

2.3.3 Sposoby opłacania Udziału własnego kwotowego w przypadku korzystania ze Świadczenia medycznego

1. Ubezpieczony zobligowany jest do opłacenia Udziału własnego kwotowego przed skorzystaniem ze Świadczenia medycznego.
2. Konsultant 24h infolinii przyjmując zgłoszenie, informuje Ubezpieczonego, że realizacja świadczenia medycznego będzie wymagała dokonania wpłaty Udziału własnego kwotowego. Po akceptacji Ubezpieczonego konsultant 24h Infolinii rozpoczyna realizację zgłoszenia.
3. Konsultant 24h infolinii kontaktuje się telefonicznie z Ubezpieczonym, przekazując informację o możliwościach realizacji zamawianego świadczenia medycznego i wysokości Udziału własnego kwotowego.
4. Po akceptacji przez Ubezpieczonego miejsca i terminu realizacji Świadczenia medycznego, konsultant 24h Infolinii informuje Ubezpieczonego o ostatecznej wysokości Udziału własnego kwotowego (kwota w PLN).
5. Udział własny kwotowy może być uiszczony przez Ubezpieczonego na dwa sposoby:
 - a. on-line (e-mail);
 - b. przez telefon.

2.3.3.1 Opłacenie Udziału własnego kwotowego on - line

1. Po umówieniu świadczenia medycznego i przekazaniu przez Ubezpieczonego adresu e-mail następuje rozłączenie z konsultantem 24h Infolinii.
2. Konsultant 24h Infolinii oznacza w systemie informatycznym opcję zapłaty „on-line”,

3. Ubezpieczony po otrzymaniu wiadomości e-mail z linkiem do płatności, dokonuje płatności poprzez przekierowanie na stronę banku, gdzie dokonuje wpłaty, dzięki usługom Przelewy24 płatność realizowana jest automatycznie,
4. W systemie 24h Infolinii pojawia się informacja, o dokonaniu wpłaty z konta Ubezpieczonego,
5. Konsultant 24h Infolinii generuje kod autoryzacji i wysyła go do Ubezpieczonego celem potwierdzenia możliwości skorzystania ze Świadczenia Medycznego.

Schemat:

Umówienie konsultacji lekarskiej, zabiegu lub badania w wybranym terminie za pośrednictwem 24h Infolinii oraz przekazanie adresu mailowego, na który konsultant 24h Infolinii prześle link do strony internetowej banku.



Oplacenie poprzez „Przelewy 24” udziału własnego kwotowego wyszczególnionego dla każdej usługi medycznej zgodnie z tabelą z punktu 3.2.

Oplacenie udziału musi nastąpić przed skorzystaniem ze świadczenia.



Po potwierdzeniu dokonania wpłaty, konsultant 24h przesyła Ubezpieczonemu kod autoryzacji, uprawniający do realizacji świadczenia w Placówce

2.3.3.2 Oplacenie Udziału własnego kwotowego przez telefon

1. Po umówieniu świadczenia medycznego następuje rozłączenie z konsultantem 24h Infolinii.
2. Konsultant 24h Infolinii oznacza w systemie informatycznym opcję zapłaty „przez telefon”,
3. Autokonsultant systemu „Przelewy24” niezwłocznie dzwoni do Ubezpieczonego i przeprowadza przez proces płatności, Ubezpieczony jest zobowiązany do podania m.in.:
 - a) nr karty kredytowej;
 - b) daty ważności karty;
 - c) kodu CVV;
4. System „Przelewy24” potwierdza dokonanie wpłaty,
5. Konsultant 24 h infolinii generuje kod autoryzacji i wysyła go do Ubezpieczonego celem potwierdzenia możliwości skorzystania ze Świadczenia Medycznego.

UWAGA:

Autokonsultant wykonuje maksymalnie 4 próby dodzwonienia się do Ubezpieczonego. Jeśli pierwsza próba dodzwonienia nie powiedzie się (Ubezpieczony nie odbierze telefonu lub nie odsłucha pierwszego komunikatu do końca) po 15 minutach następuje kolejna próba. Kolejne 2 próby w przypadku niepowodzenia następują po 30 minutach i 1 godzinie. Jeżeli po czterech próbach Autokonsultant nie dodzwoni się do Ubezpieczonego Świadczenie medyczne nie zostanie zarejestrowane.

Schemat:



Umówienie konsultacji lekarskiej, zabiegu lub badania w wybranym terminie za pośrednictwem 24h Infolinii .



Opłacenie poprzez **funkcję telefonicznego autokonsultanta** działającego w systemie „Przelewy 24” udziału własnego kwotowego wyszczególnionego dla każdej usługi medycznej zgodnie z tabelą z punktu 3.2. Autokonsultant podejmuje 4 próby dodzwonienia się do Ubezpieczonego.

Opłacenie udziału musi nastąpić przed skorzystaniem ze świadczenia.



Po potwierdzeniu dokonania wpłaty, konsultant 24h przesyła Ubezpieczonemu kod autoryzacji, uprawniający do realizacji świadczenia w Placówce

2.3.3.3 Ramy czasowe opłacania Udziałów własnych kwotowych przy płatnościach on-line (e-mail)

1. Dla Świadczeń medycznych w zakresie: konsultacji lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej, konsultacji lekarzy specjalistów, laboratoryjnych badań diagnostycznych, RTG oraz USG, Ubezpieczony powinien dokonać wpłaty Udziału własnego kwotowego najpóźniej na 24 godziny przed terminem realizacji Usługi medycznej.
2. W przypadku Świadczeń medycznych realizowanych w dniu zgłoszenia Ubezpieczony powinien dokonać wpłaty Udziału własnego kwotowego najpóźniej na 6 godzin przed terminem realizacji świadczenia.
3. W przypadku badań diagnostycznych tj. tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny, Ubezpieczony powinien dokonać wpłaty Udziału własnego kwotowego najpóźniej na 48 godzin przed terminem realizacji świadczenia.
4. Jeśli Ubezpieczony nie dokona płatności w wyznaczonych wyżej ramach czasowym zgłoszenie zostanie anulowane, o czym Ubezpieczony zostanie poinformowany za pomocą komunikatu SMS. W takim przypadku Świadczenie medyczne nie zostanie zarezerwowane.

2.3.3.4 Postanowienia szczególne dotyczące rezerwowania świadczeń medycznych i opłacania udziału własnego kwotowego

1. Ilekroć w niniejszym postanowieniu jest mowa o Użytkowniku, należy przez to rozumieć Ubezpieczonego dokonującego rezerwacji Świadczenia medycznego, jak również osobę fizyczną, która dokonuje rezerwacji Świadczenia medycznego oraz opłaca Udział własny kwotowy na rzecz Ubezpieczonego, w szczególności: przedstawiciela ustawowego na rzecz osoby nieposiadającej pełnej zdolności do czynności prawnych, w tym rodzica na rzecz dziecka, opiekuna prawnego na rzecz podopiecznego, a także osobę sprawującą faktycznie opiekę nad inną osobą fizyczną na rzecz takiej osoby fizycznej.

2. Użytkownik może uzyskać dostęp do rezerwacji Świadczeń medycznych z Udziałem własnym kwotowym z wykorzystaniem aparatu telefonicznego z możliwością odbierania połączeń i z wybieraniem tonowym DTMF. Dla opłacenia zarezerwowanego Świadczenia medycznego: z wykorzystaniem poczty elektronicznej e-mail Użytkownik powinien dysponować adresem poczty elektronicznej (adres e-mail) oraz komputerem, spełniającym poniższe wymagania minimalne: komputer z przeglądarką internetową Internet Explorer (wersja 8 lub wyższa) lub Firefox (wersja 5.0 lub wyższa) oraz stabilne łącze internetowe o przepustowości co najmniej 512KB natomiast z wykorzystaniem IVR Użytkownik powinien dysponować aparatem telefonicznym z możliwością odbierania połączeń i z wybieraniem tonowym DTMF.
3. Rezerwując Świadczenie medyczne z Udziałem własnym kwotowym Użytkownik powinien dokonać wpłaty Udziału własnego kwotowego, używając wskazanego przez konsultanta 24h Infolinii systemu płatności e-mail lub IVR, postępując zgodnie ze wskazówkami konsultanta 24h infolinii, względnie zgodnie ze wskazówkami, podanymi w otrzymanej wiadomości e-mail lub podanymi przez operatora płatności w systemie IVR. Brak odnotowania wpłaty Udziału własnego kwotowego za zarezerwowane przez Użytkownika Świadczenie medyczne we wskazanym przez konsultanta 24h infolinii terminie powoduje automatyczne anulowanie rezerwacji.
4. Opłaty Udziałów własnych kwotowych poprzez system płatności e-mailem oraz IVR uiszczane są za pośrednictwem serwisu Przelewy24.pl, zgodnie z warunkami tego serwisu, znajdującymi się na stronie www.przelewy24.pl
5. Użytkownik może zarezerwować przez 24h infolinię i opłacić poprzez system płatności e-mail lub IVR nieograniczoną ilość Świadczeń medycznych.
6. W celu zarezerwowania Świadczenia medycznego oraz opłacenia związanego z nim Udziału własnego kwotowego za pośrednictwem serwisu płatności e-mail lub IVR Użytkownik obligatoryjnie, świadomie i dobrowolnie podaje następujące dane: imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer PESEL, nr telefonu, adres mailowy. Podając dane osobowe osoby innej, niż sam Użytkownik, Użytkownik oświadcza, że dysponuje wynikającym z ustawy lub z oświadczenia tej innej osoby upoważnieniem do podania tych danych osobowych konsultantowi 24h infolinii w celu realizacji świadczenia medycznego. Ponadto Użytkownik oświadcza, że podawane przez niego dane są zgodne z prawdą.
7. Zarezerwowane Świadczenie medyczne, w odniesieniu do którego opłacony został Udział własny kwotowy za pośrednictwem serwisu e-mail lub IVR, można odwołać nie później, niż na 12 godzin przed umówionym terminem usługi. Nie dotyczy to świadczeń, które mają zostać zrealizowane w dniu zgłoszenia.
8. W przypadku odwołania zarezerwowanego Świadczenia medycznego, za który opłacono Udział własny kwotowy za pośrednictwem serwisu płatności e-mail lub IVR zgodnie z postanowieniami ustępu powyżej. Użytkownik ma prawo zwrócić się z pisemnym wnioskiem „Wniosek o zwrot udziału własnego - KPZ” sporządzonym na formularzu Towarzystwa Ubezpieczeń dostępnym na stronie www.tuzdrowie.pl na adres: Polmed S.A., Os. Kopernika 21, 83-200 Starogard Gdański z dopiskiem „zwrot udziału własnego KPZ”. Zwrot Udziału własnego kwotowego nastąpi na wskazany przez Użytkownika numer konta bankowego lub, w przypadku karty płatniczej bezpośrednio na jej rachunek.

§ 3. Zakres świadczeń

3.1 Opis ogólny

W tabeli „Zakres usług” przedstawiono przysługujące Ubezpieczonemu usługi medyczne i świadczenia pieniężne wraz z GGO i Udziałem własnym kwotowym.

3.1.1 Konsultacje lekarskie

Usługa zawiera: wywiad, **poradę lekarza** wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia.

Uwaga!

Usługa nie obejmuje konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.

Zakresem ubezpieczenia nie są objęte **porady lekarzy** psychiatrów, psychiatrów dziecięcych, psychologów, psychologów dziecięcych, seksuologów, dentystów, lekarzy medycyny pracy, lekarzy rehabilitacji medycznej i dietetyków.

3.1.2 Konsultacje profesorskie

Usługa obejmuje poradę lekarza ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia.

Wykonanie usługi nie wymaga skierowania od lekarza opieki podstawowej lub specjalistycznej.

Zakresem ubezpieczenia nie są objęte **konsultacje profesorów** psychiatrów, psychiatrów dziecięcych, psychologów, psychologów dziecięcych, seksuologów, lekarzy dentystów, lekarzy medycyny pracy, lekarzy rehabilitacji medycznej i dietetyków.

3.1.3 Zabiegi lekarskie

Usługa obejmuje Konsultację lekarską wraz z pomiarami podstawowymi i zabiegami diagnostycznymi i leczniczymi, niewymagającymi hospitalizacji oraz reżimu sali operacyjnej.

Usługa nie obejmuje kosztu leków i wyrobów medycznych koniecznych do przeprowadzenia zabiegu leczniczego lub diagnostycznego.

Uwaga! Usługa nie obejmuje zabiegów rehabilitacyjnych i zabiegów z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, nawet jeśli są wykonywane przez lekarza.

Usługa nie obejmuje zabiegów wykonywanych w obrębie jamy ustnej wykonywanych przez lekarzy dentystów i lekarzy chirurgii szczękowej.

3.1.4 Badania diagnostyczne

Usługa obejmuje nielimitowany dostęp do niżej wymienionych badań diagnostycznych tj. badania laboratoryjne, badania obrazowe - RTG, USG, endoskopia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny i badania czynnościowe.

Badania diagnostyczne wykonywane są na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza, wyłącznie ze wskazań medycznych w przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego.

Uwaga! W przypadku badań tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego w celu uzyskania świadczenia Ubezpieczony ma obowiązek przekazania do Towarzystwa Ubezpieczeń za pośrednictwem Portalu Ubezpieczonego skierowania na dane badanie. Skierowania zachowuje ważność przez 3 miesiące od daty wystawienia.

W przypadku badań USG ciąży, **usługa nie obejmuje badań wykraczających poza standard medyczny wykonywanych metodą 3D, 4D i badania USG genetycznego.**

W przypadku badań ECHO serca **usługa nie obejmuje badania ECHO serca płodu.**

Usługa nie obejmuje badań **pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) i scyntygrafii.**

3.2 Zakres usług

| Nazwa grupy usługi | Opis szczegółowy | Udział własny kwotowy (w zł) | GGO (w zł) |
|---------------------------------------|---|------------------------------|------------|
| 3.2.1 Konsultacje lekarskie | | 19,90 | 70,00 |
| 3.2.2 Konsultacje profesorskie | | 49,90 | 140,00 |
| 3.2.3 Zabiegi lekarskie | | | |
| | a) Odczulanie bez kosztu leku przepisanego na receptę | 49,90 | 80,00 |
| | b) Inne zabiegi lekarskie (bez kosztu leków i użytych wyrobów medycznych) | 29,90 | 80,00 |
| 3.2.4 Badania laboratoryjne | | | |
| | a) badania podstawowe laboratoryjne (morfologia bez rozmazu, OB., poziom sodu i potasu, kreatynina, badanie ogólne moczu, badanie osadu moczu) | 2,00 | 12,00 |
| | b) morfologia krwi/badania hematologiczne (grupa C wg ICD 9) | 9,90 | 30,00 |
| | c) czynniki układu krzepnięcia (grupa G wg ICD - 9) | 19,90 | 40,00 |
| | d) badania mikrobiologiczne – badanie w kierunku zakażeń bakteryjnych (posiewy, wymazy) | 19,90 | 40,00 |
| | e) badanie poziomu dopełniacza i składników dopełniacza | 29,90 | 50,00 |
| | f) badanie poziomu hormonów, neurohormonów, ich metabolitów, białek wiążących i ich receptorów we krwi i moczu | 29,90 | 50,00 |
| | g) badanie poziomu markerów nowotworowych | 29,90 | 50,00 |
| | h) badania mykologiczne - badania w kierunku zakażeń grzybiczych | 29,90 | 60,00 |
| | i) badania parazytologiczne - badania w kierunku zakażeń pasożytniczych | 29,90 | 50,00 |
| | j) badania serologiczne grup krwi (grupa E wg ICD - 9) | 29,90 | 50,00 |
| | k) testy alergiczne | 49,90 | 100,00 |
| | l) testy ciążowe i test PAPP-a | 39,90 | 50,00 |
| | m) badanie poziomu witamin i ich metabolitów | 29,90 | 60,00 |
| | n) badania przeciwciał (immunoglobuliny) i antygeny (bakteryjne, wirusowe i inne) | 29,90 | 50,00 |
| | o) inne nie wymienione powyżej badania laboratoryjne krwi, moczu i kału | 9,90 | 30,00 |
| 3.2.5 Badania obrazowe –RTG | | | |
| | a) densytometria | 29,90 | 70,00 |
| | b) mammografia | 29,90 | 70,00 |

| Nazwa grupy usługi | Opis szczegółowy | Udział własny kwotowy (w zł) | GGO (w zł) |
|--|---|------------------------------|------------|
| | c) inne nie wymienione powyżej badania RTG | 19,90 | 40,00 |
| 3.2.6 Badania obrazowe – ultrasonografia (USG) | | | |
| | a) badanie Dopplerowskie | 49,90 | 90,00 |
| | b) badanie narządów rodnych, w tym macicy ciężarnej i prostaty | 49,90 | 80,00 |
| | c) badanie stawów, więzadeł i tkanek okołostawowych | 49,90 | 80,00 |
| | d) inne nie wymienione powyżej badania USG | 29,90 | 75,00 |
| 3.2.7 Badania obrazowe – endoskopia | | 59,90 | 150,00 |
| 3.2.8 Badania obrazowe – tomografia komputerowa | | 199,90 | 390,00 |
| 3.2.9 Badania obrazowe – rezonans magnetyczny | | 349,90 | 550,00 |
| 3.2.10 Badania czynnościowe | | | |
| | a) badania podstawowe czynnościowe - EKG spoczynkowe | 19,90 | 50,00 |
| | b) badania narządu słuchu (np. audiometria, tonometria) | 19,90 | 50,00 |
| | c) badania narządu wzroku (bez tomografii komputerowej) | 19,90 | 50,00 |
| | d) badania układu krążenia (np. ECHO serca, Holter, test wysiłkowy) | 29,90 | 90,00 |
| | e) badania układu oddechowego (spirometria) | 19,90 | 50,00 |
| | f) badania układu moczowego (urowflowmetria) | 49,90 | 120,00 |
| | g) badania układu nerwowego (np. EEG, elektromiografia) | 39,90 | 100,00 |

Niniejszy Katalog Świadczeń o kodzie KS/04/2018 został przyjęty 09.04.2018r. na mocy uchwały Zarządu UZ/15/2018 i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

Prezes Zarządu
Xenia Kruszyńska



Wiceprezes Zarządu
Aleksander Roda



TU ZDROWIE



KRAJOWY
PROGRAM
ZDROWOTNY

Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE Spółka Akcyjna

Kapitał zakładowy w wysokości 21 950 000 zł.
opłacony w całości. Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ
w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy,
KRS 0000362027
NIP 5862257567
REGON 221064894

Siedziba:

ul. Śląska 17, 81-319 Gdynia,
tel. 58 728 9 555, fax 58 585 80 50

Biura Handlowe:

Ul. Kłobucka 23, 02-699 Warszawa,
tel. 58 728 9 555
ul. Bocheńskiego 38A lok. 208, 40-859 Katowice,
tel. 58 728 9 509

Jak działa?



KRAJOWY
PROGRAM
ZDROWOTNY



Tak, to takie proste.

JEDNA CENA, JEDEN PAKIET, WSZYSCY SPECJALIŚCI. Zawsze tam gdzie Ty.

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ NA STRONIE

www.krajowyprogramzdrowotny.pl