

# Ubezpieczenie kosztów leczenia ANTIDOTUM plus



Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group  
z siedzibą w Polsce, ul. Noakowskiego 22, 00-668 Warszawa,  
numer zezwolenia Ministra Finansów DU/905/A/KP/93 z 5 listopada 1993 roku

Produkt: **kosztów leczenia ANTIDOTUM plus**

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podawane są w innych dokumentach w tym w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Antidotum plus zatwierdzonych uchwałą nr 02/14/02/2023 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 14.02.2023 roku.

## Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

ANTIDOTUM plus to ubezpieczenie zdrowotne umożliwiające bezgotówkową realizację świadczeń medycznych w prywatnych placówkach. Realizacja świadczeń odbywa się w placówkach dedykowanych przez InterRisk do obsługi Ubezpieczonych, wskazanych na stronie [www.interrisk.pl](http://www.interrisk.pl). Koszty udzielonych świadczeń pokrywa InterRisk bezpośrednio na konto Partnera Medycznego.



### Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ koszty świadczeń medycznych, w tym kosztów stomatologii powstałe w okresie ubezpieczenia w wyniku leczenia chorób i następstw nieszczęśliwych wypadków oraz pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w okresie ubezpieczenia lub chorobą, która została zdiagnozowana w okresie ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia:

- ✓ górną granicę odpowiedzialności InterRisk w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych i ubezpieczeniu kosztów stomatologii, stanowią koszty świadczeń medycznych,
- ✓ w ubezpieczeniu pobytu w szpitalu suma ubezpieczenia stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia oraz 60 dni pobytu w szpitalu i wynosi maksymalnie 3.000 zł.



### Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- × kosztów leków i środków medycznych, za wyjątkiem użytych w nagłych przypadkach dla ratowania życia,
- × ubezpieczenie kosztów świadczeń medycznych nie obejmuje: kosztów rehabilitacji, o ile dotyczy ona chorób przewlekłych lub wad wrodzonych i ich następstw, wad postawy, urazów okołoporodowych, przewlekłych chorób tkanki łącznej i ich następstw, chorób demielinizacyjnych i ich następstw, chorób neurodegeneracyjnych i ich następstw, fizjoterapii po zabiegach operacyjnych nie wykonanych przez Partnera Medycznego, incydentach kardiologicznych, neurologicznych i naczyniowo-mózgowych, fizjoterapii uroinekologicznej, fizjoterapii metodami wyspecjalizowanymi (metody mechaniczne, neurofizjologiczne, techniki osteopatyczne), usług o charakterze diagnostyki i treningu funkcjonalnego, gimnastyki korekcyjnej i fitness, fizjoterapii martwic jałowych blizn/bliznowców, stanów po oparzeniach oraz terapii wisceralnej – terapii narządów wewnętrznych,
- × w ubezpieczeniu pobytu w szpitalu InterRisk nie ponosi odpowiedzialności za pobyt w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pobyt w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.



### Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

InterRisk nie odpowiada w szczególności za zdarzenia, powstałe w następstwie lub w związku z:

- ! leczeniem niepłodności oraz zabiegów związanych ze zmianą płci,
- ! leczenia, zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetyki,
- ! zabiegów i kuracji odwykowych oraz leczenia odwykowego,
- ! chorób psychicznych,
- ! popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, samookaleczeniem, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
- ! działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami,
- ! aktów terroru,
- ! leczeniem skutków i chorób spowodowanych spożywaniem alkoholu oraz używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych,
- ! uczestnictwa Ubezpieczonego w badaniach klinicznych i eksperymentach medycznych,
- ! poronieniem sztucznym,
- ! leczeniem choroby Alzheimera,
- ! leczeniem AIDS lub schorzeń związanych z tą chorobą,
- ! uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
- ! epidemii w rozumieniu ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
- ! prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego będącego kierowcą pojazdu, nieposiadającego wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeżeli pojazd nie był zarejestrowany lub nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do danego pojazdu istnieje wymóg rejestracji lub dokonania okresowych badań technicznych, chyba że brak wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, brak zarejestrowania pojazdu lub stan techniczny pojazdu nie miał wpływu na zajście wypadku,
- ! działaniem energii jądrowej, odpadów radioaktywnych, bądź materiałów wybuchowych,
- ! pandemii.



### Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium RP.



### Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

W razie powstania potrzeby realizacji świadczeń medycznych w ramach ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych, Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się bezpośrednio z telefoniczną infolinią medyczną, zastosować się do zaleceń i wskazówek personelu medycznego Partnera Medycznego w zakresie uzasadnionym realizowanym świadczeniem zdrowotnym, odwołać zarezerwowane wizyty na świadczenia medyczne w przypadku braku możliwości lub potrzeby skorzystania z nich w umówionym terminie.



### Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę należy opłacić w wysokości, formie (gotówka lub przelew) i terminach określonych w umowie ubezpieczenia.



### Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy, chyba że nastąpi jej przedłużenie. Odpowiedzialność InterRisk rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie jako początek okresu ubezpieczenia.

Umowa ubezpieczenia jest każdorazowo przedłużana na kolejny 12 miesięczny okres ubezpieczenia, jeśli w bieżącym okresie ubezpieczenia, nie później jednak niż w jego ostatnim dniu, żadna ze stron nie złoży drugiej stronie w formie pisemnej pod rygorem nieważności oświadczenia wyrażającego brak zgody na przedłużenie umowy ubezpieczenia na dotychczasowych warunkach. Umowa ubezpieczenia może być również przedłużona na zmienionych warunkach, o ile zostaną zachowane obowiązki wynikające z OWU.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- a) wraz z zakończeniem okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem zasad przy przedłużeniu umowy ubezpieczenia,
- b) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
- c) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia,
- d) w przypadku opłacania składki w ratach – jeżeli po upływie terminu płatności raty InterRisk wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialności InterRisk, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w tym terminie – z dniem upływu tego terminu,
- e) wobec Ubezpieczonego z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia – dotyczy ubezpieczenia pobytu w szpitalu,
- f) wobec Ubezpieczonego z dniem jego zgonu,
- g) wobec Ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia partnerskiego lub rodzinnego – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym InterRisk otrzymał oświadczenie o wystąpieniu Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia partnerskiego lub rodzinnego. Ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia partnerskiego lub rodzinnego w każdym czasie.



### Jak rozwiązać umowę?

Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia.

Konsument, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. W przypadku odstąpienia przez konsumenta od umowy ubezpieczenia InterRisk przysługuje wyłącznie część składki obliczonej proporcjonalnie za każdy dzień udzielania przez InterRisk ochrony ubezpieczeniowej.

## SPIS TREŚCI

Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej .....	rewers str. 1
POSTANOWIENIA POZĄTKOWE .....	1
DEFINICJE .....	1
PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA .....	3
ZAKRES UBEZPIECZENIA .....	3
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI .....	3
SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY .....	4
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA .....	4
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI INTERRISK .....	4

PRZEDŁUŻENIE UMOWY UBEZPIECZENIA .....	5
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA .....	5
ZMIANY OWU I SKŁADEK .....	5
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA .....	5
PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY .....	5
ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA, USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA .....	6
SKARGI I REKLAMACJE .....	7
POSTANOWIENIA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO UMÓW UBEZPIECZENIA NA ODLEGŁOŚĆ W ROZUMIENIU USTAWY O PRAWACH KONSUMENTA .....	7
POSTANOWIENIA KOŃCOWE .....	7

## POSTANOWIENIA POZĄTKOWE

### §1

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia Antidotum plus zwane dalej „OWU” mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółkę Akcyjną Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000054136, prowadzącą działalność ubezpieczeniową i reasekuracyjną w oparciu o zezwolenie Ministra Finansów Du/905/A/KP/93 z 5 listopada 1993 roku zwaną dalej „InterRisk” z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nie będącymi osobami prawnymi prowadzącymi działalność gospodarczą.
2. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć także na cudzy rachunek, z tym że Ubezpieczony imiennie wskazany jest w umowie ubezpieczenia. Zarzuty mające wpływ na odpowiedzialność InterRisk, InterRisk może podnieść także przeciwko Ubezpieczonemu.
3. Do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone, za zgodą stron, postanowienia dodatkowe lub odmienne, z tym że różnice między niniejszymi OWU, a treścią umowy InterRisk przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
4. Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, w tym przepisy kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

## DEFINICJE

### §2

W rozumieniu niniejszych OWU przez poniższe określenia, użyte w OWU, wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, polisie a także innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z umową ubezpieczenia, uważa się:

- 1) **akty terroru** – nielegalne działania i akcje organizowane z pobudek ideologicznych, religijnych, politycznych lub społecznych, indywidualne lub grupowe, prowadzone przez osoby działające samodzielnie lub na rzecz bądź z ramienia jakiegokolwiek organizacji lub rządu, skierowane przeciwko osobom, obiektom lub społeczeństwu, mające na celu wywarcie wpływu na rząd, wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności i dezorganizację życia publicznego przy użyciu przemocy lub groźby użycia przemocy,
- 2) **choroba** – zaburzenia w funkcjonowaniu narządów lub organów ciała Ubezpieczonego, niezależnie od niczyjej woli, co do której lekarz może postawić diagnozę, wymagające leczenia, diagnostyki lub rehabilitacji,
- 3) **choroba przewlekła** – stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem, leczony stale lub okresowo przed datą objęcia ochroną,
- 4) **dziecko** – każde dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko w pełni, bądź nie w pełni przez niego przysposobione, w wieku do 18 lat, a w przypadku uczęszczania do szkoły publicznej lub niepublicznej (w tym uczelni wyższej), znajdującej się na terytorium Rzeczypospolitej Polski, w trybie dziennym, zaocznym lub wieczorowym, z wyłączeniem kursów oraz kształcenia korespondencyjnego – w wieku do 25 lat,
- 5) **działalność gospodarcza** – zorganizowana działalność zarobkowa, wykonywana we własnym imieniu i w sposób ciągły, w rozumieniu ustawy prawo przedsiębiorców w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 6) **lekarz** – osoba posiadająca formalnie potwierdzone kwalifikacje zgodnie z wymogami prawa obowiązującego w kraju, w którym świadczy usługi, wykonująca zawód w zakresie swoich uprawnień, i kwalifikacji, niebędąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub osobą bliską dla Ubezpieczonego,
- 7) **materiały wybuchowe** – substancje chemiczne stałe lub ciekłe albo mieszaniny substancji zdolne do reakcji chemicznej z wytwarzaniem gazu o takiej temperaturze i ciśnieniu, i z taką szybkością, że mogą powodować zniszczenia w otaczającym środowisku, a także wyroby wypełnione materiałem wybuchowym, w rozumieniu

ustawy o wykonywaniu działalności gospodarczej w zakresie wytwarzania i obrotu materiałami wybuchowymi, bronią, amunicją oraz wyrobami i technologią o przeznaczeniu wojskowym i policyjnym w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, a także ustawy o materiałach wybuchowych przeznaczonych do użytku cywilnego w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,

- 8) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek której Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała,
- 9) **ocena ryzyka** – procedura ustalona i stosowana przez InterRisk przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej, mająca wpływ na wysokość składki i zakres ochrony ubezpieczeniowej, uwzględniająca wysokość sumy ubezpieczenia i wiek,
- 10) **ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie InterRisk do spełnienia świadczenia objętego niniejszą umową, w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w umowie ubezpieczenia, za które InterRisk ponosi odpowiedzialność ubezpieczeniową,
- 11) **odpady radioaktywne** – odpady promieniotwórcze: stałe, ciekłe lub gazowe, zawierające substancje promieniotwórcze,
- 12) **osoba bliska** – małżonek, dzieci, partner, rodzeństwo, matka, ojciec, macocha, pasierb, pasierbica, teściowie, zięciowie, synowie, przysposabiający i przysposobieni Ubezpieczonego, opiekunowie ustanowieni przez sąd opiekuńczy,
- 13) **pandemia** – epidemia danej choroby zakaźnej występująca w tym samym czasie w różnych krajach i na różnych kontynentach, w rozumieniu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO),
- 14) **partner** – osoba fizyczna, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa, ani przysposobienia,
- 15) **Partner Medyczny** – podmiot wykonujący działalność leczniczą, z którym InterRisk zawarł umowę w sprawie realizacji świadczeń medycznych, na rzecz Ubezpieczonych,
- 16) **pobyt w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który rozpoczął się w okresie ubezpieczenia służący przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w okresie ubezpieczenia lub chorobą, która została zdiagnozowana w okresie ubezpieczenia, trwający przez okres co najmniej trzech dni. Za dzień pobytu w szpitalu uważa się również dzień przyjęcia do szpitala i dzień wypisu ze szpitala. Gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością InterRisk, pod warunkiem że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia,
- 17) **podmiot wykonujący działalność leczniczą** – podmiot leczniczy oraz praktyka zawodowa, w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 18) **pojazd** – samochód osobowy, samochód ciężarowy, autobus, pociąg, tramwaj, trolejbus,
- 19) **pozostawanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi:
  - a) od 0,2 ‰ alkoholu we krwi
  - lub
  - b) od 0,1 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup> w wydychanym powietrzu,
- 20) **przystąpienie do ubezpieczenia** – objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej w ramach umowy ubezpieczenia,
- 21) **rozruchy i zamieszki** – demonstacje i starcia uliczne będące wyrazem buntu przeciwko władzy państwowej,
- 22) **Senior** – osoba fizyczna po 70 r. ż, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, pod warunkiem, iż osoba ta w dniu przystąpienia do ubezpieczenia, nie ukończyła 80 lat,

**Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy  
o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej**

<b>RODZAJ INFORMACJI</b>	<b>NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY</b>
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§2, §3, §4, §9, §10, §11, §15-19, Załącznik nr 1, 2 i 3
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§5, §6, §7, §9, §14 ust. 2

- 23) **sporty wysokiego ryzyka** – bouldering, wspinaczka skalna, wspinaczka lodowa, taternictwo, alpinizm, himalaizm, skialpinizm, trekking, jazdy ekstremalne na nartach, freestyle, freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje narciarskie i snowboardowe, rafting, canyoning, hydrospeed, kajakarstwo górskie, szybownictwo spadochroniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, baloniarstwo, pilotowanie samolotów lub śmigłowców, zorbing, skoki z/na bungee, nurkowanie, parkour, freerun, buggykiting, windsurfing, quady, kitesurfing, żegluga poza wodami terytorialnymi w odległości powyżej 12 mil morskich od brzegu, kolarstwo ekstremalne, kolarstwo górskie, jeździectwo, speleologia, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, rajdy pojazdów lądowych, wodnych lub powietrznych, heliskiing, heliboarding, freefall, downhill, b.a.s.e. jumping, dream jumping oraz jazdy na nartach lub snowboardzie poza wyznaczonymi trasami, jazda na nartach wodnych oraz sporty, w których wykorzystywane są pojazdy przeznaczone do poruszania się po śniegu lub lodzie,
- 24) **substancja psychotropowa** – substancja określona w wykazie substancji psychotropowych zawartym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 25) **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w postaci świadczeń szpitalnych, w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 26) **środek odurzający** – substancja określona w wykazie środków odurzających zawartym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 27) **środek zastępczy** – produkt zawierający substancję o działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, który może być użyty w takich samych celach jak środek odurzający, substancja psychotropowa lub nowa substancja psychoaktywna, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 28) **świadczenia medyczne** – realizowane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie ubezpieczenia, niezbędne z medycznego punktu widzenia świadczenia medyczne, określone w Załącznikach nr 1 i 2 do niniejszych OWU, udzielone Ubezpieczonemu w związku z chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, a także badania profilaktyczne oraz świadczenia udzielone w związku z ciążą lub porodem,
- 29) **świadczenia szpitalne** – świadczenia w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej wykonywane całą dobą kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin,
- 30) **świadczenia zdrowotne** – zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, świadczenia służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania,
- 31) **telefoniczna linia medyczna** – linia telefoniczna umożliwiająca Ubezpieczonemu uzyskanie informacji o możliwości skorzystania ze świadczeń medycznych u Partnera Medycznego (numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia),
- 32) **Ubezpieczający** – jeden z podmiotów, o których mowa w §1 ust. 1, zawierający umowę ubezpieczenia i zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej,
- 33) **ubezpieczenie indywidualne** – umowa ubezpieczenia zawierana przez Ubezpieczyciela z Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonego, wskazanego w umowie ubezpieczenia,
- 34) **ubezpieczenie partnerskie** – ubezpieczenie zawierane przez InterRisk z Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych:
- osoby fizycznej i jej współmałżonka lub partnera;
  - osoby fizycznej i jej dziecka;
- wskazanych imiennie w umowie ubezpieczenia,
- 35) **ubezpieczenie rodzinne** – ubezpieczenie zawierane przez InterRisk z Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych: osób fizycznych i ich współmałżonków lub partnerów oraz dzieci, wskazanych imiennie w umowie ubezpieczenia (polisie),
- 36) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, pod warunkiem, iż osoba ta w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyła 70 lat, a w przypadku umowy ubezpieczenia partnerskiego lub rodzinnego także jej małżonek lub partner i ich dzieci, pod warunkiem, iż osoby te w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyły 70 lat, za wyjątkiem Senior, o którym mowa w pkt 22),
- 37) **wypadek komunikacyjny** – nagłe zdarzenie wywołane ruchem pojazdu, niezależne od woli Ubezpieczonego będącego pasażerem pojazdu, osobą kierującą pojazdem lub pieszym, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną uszkodzeń ciała Ubezpieczonego,
- 38) **wyczynowe uprawianie sportu** – podejmowana dobrowolnie forma aktywności fizycznej człowieka polegająca na uprawianiu dyscyplin sportu poprzez regularne uczestniczenie w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych, w celu uzyskania, w drodze indywidualnej lub zbiorowej rywalizacji, maksymalnych wyników sportowych przez osoby będące członkami klubów, związków i organizacji sportowych. W rozumieniu niniejszych OWU za wyczynowe uprawianie sportu uważa się również uprawianie sportu w celach zarobkowych,
- 39) **zakład lecznictwa uzdrowiskowego** – podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych wykonujących działalność leczniczą w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia w rodzaju ambulatoryjne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, działający na obszarze uzdrowiska, utworzony w celu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, w ramach kierunków leczniczych i przeciwwskazań ustalonych dla danego uzdrowiska, w szczególności wykorzystujący warunki naturalne uzdrowiska przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

## PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

### §3

Przedmiotem ubezpieczenia są koszty świadczeń medycznych, w tym kosztów stomatologii powstałe w okresie ubezpieczenia w wyniku leczenia chorób i następstw nieszczęśliwych wypadków oraz pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w okresie ubezpieczenia lub chorobą, która została zdiagnozowana w okresie ubezpieczenia.

## ZAKRES UBEZPIECZENIA

### §4

- Zakres ubezpieczenia ustalany jest na wniosek Ubezpieczającego i może obejmować:
  - koszty świadczeń medycznych określonych w Tabeli nr 1 Załącznika nr 1 do niniejszych OWU w wariantcie: STANDARD, ROZSZERZONY lub COMPLEX, lub
  - koszty świadczeń medycznych określonych w Tabeli nr 2 Załącznika nr 1 do niniejszych OWU w wariantcie KOMFORT,
  - koszty stomatologii określone w Załączniku nr 2 do niniejszych OWU w wariantcie I, II i III,
  - pobyt w szpitalu określony w Załączniku nr 3 do niniejszych OWU w wariantcie: ROZSZERZONY lub COMPLEX.
- Stosowanie do wniosku Ubezpieczającego, w oparciu o postanowienia niniejszych OWU umowa ubezpieczenia zawarta w zakresie określonym:
  - w ust. 1 pkt 1) w wariantcie ROZSZERZONY lub COMPLEX może zostać rozszerzona o ubezpieczenie określone ust. 1 pkt 3),
  - w ust. 1 pkt 1) w wariantcie STANDARD, ROZSZERZONY lub COMPLEX, może zostać rozszerzona o ubezpieczenie określone ust. 1 pkt 4),
  - w ust. 1 pkt 2) w wariantcie KOMFORT może zostać rozszerzona o ubezpieczenie określone ust. 1 pkt 4).
- Umowa ubezpieczenia może być zawarta w formie ubezpieczenia indywidualnego, partnerskiego lub ubezpieczenia rodzinnego w rozumieniu §2 pkt 34) – pkt 35).
- Dziecko, o którym mowa w §2 pkt 4) OWU może być objęte ochroną ubezpieczeniową w formie ubezpieczenia indywidualnego, partnerskiego lub rodzinnego w rozumieniu §2 pkt 34) – pkt 35) od chwili urodzenia.
- Senior, o którym mowa w §2 pkt 22) OWU może być objęty ochroną ubezpieczeniową w formie ubezpieczenia indywidualnego lub partnerskiego w rozumieniu §2 pkt 34) – pkt 35) tylko w wariantcie STANDARD.
- InterRisk pokrywa koszty świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 1) – pkt 3), jeżeli są one niezbędne z medycznego punktu widzenia.
- Wizyty u lekarzy specjalistów, o których mowa w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU, w zależności od specjalizacji lekarskiej wymagają skierowania od lekarza Partnera Medycznego. Udzielenie pozostałych świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU, wymaga skierowania od lekarza Partnera Medycznego.
- Zmiana zakresu ubezpieczenia w czasie trwania umowy ubezpieczenia wymaga zgody InterRisk i zawarcia aneksu w formie pisemnej pod rygorem nieważności do obowiązującej umowy ubezpieczenia.

## WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

### §5

- InterRisk nie odpowiada za zdarzenia, powstałe w następstwie lub w związku:
  - leczeniem niepłodności oraz zabiegów związanych ze zmianą płci,
  - leczenia, zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetyki,
  - zabiegów i kuracji odwykowych oraz leczenia odwykowego,

- 4) chorób psychicznych,
  - 5) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, samookaleceniem, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
  - 6) działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami,
  - 7) aktów terroru,
  - 8) leczeniem skutków i chorób spowodowanych spożyciem alkoholu oraz używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych,
  - 9) uczestnictwa Ubezpieczonego w badaniach klinicznych i eksperymentach medycznych,
  - 10) poronieniem sztucznym,
  - 11) leczeniem choroby Alzheimera,
  - 12) leczeniem AIDS lub schorzeń związanych z tą chorobą,
  - 13) uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
  - 14) epidemii w rozumieniu ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
  - 15) prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego będącego kierowcą pojazdu, nieposiadającego wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeżeli pojazd nie był zarejestrowany lub nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do danego pojazdu istnieje wymóg rejestracji lub dokonania okresowych badań technicznych, chyba że brak wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, brak zarejestrowania pojazdu lub stan techniczny pojazdu nie miał wpływu na zajście wypadku,
  - 16) działaniem energii jądrowej, odpadów radioaktywnych, bądź materiałów wybuchowych,
  - 17) pandemii.
2. Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów leków i środków medycznych, za wyjątkiem użytych w nagłych przypadkach dla ratowania życia.
3. Ubezpieczenie kosztów świadczeń medycznych nie obejmuje:
- 1) kosztów rehabilitacji, o ile dotyczy ona chorób przewlekłych,
  - 2) wad wrodzonych i ich następstw,
  - 3) wad postawy,
  - 4) urazów okołoporodowych,
  - 5) przewlekłych chorób tkanki łącznej i ich następstw,
  - 6) chorób demielinizacyjnych i ich następstw,
  - 7) chorób neurodegeneracyjnych i ich następstw,
  - 8) fizjoterapii po zabiegach operacyjnych nie wykonanych przez Partnera Medycznego,
  - 9) incydentach kardiologicznych, neurologicznych i naczyniowo-mózgowych,
  - 10) fizjoterapii uroginekologicznej,
  - 11) fizjoterapii metodami wysokospecjalistycznymi (metody mechaniczne, neurofizjologiczne, techniki osteopatyczne),
  - 12) usług o charakterze diagnostyki i treningu funkcjonalnego, gimnastyki korekcyjnej i fitness,
  - 13) fizjoterapii martwic jałowych blizn/bliznowców, stanów po oparzeniach oraz terapii wisceralnej – terapii narządów wewnętrznych.

4. InterRisk nie świadczy ochrony ani nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona lub wypłata świadczenia naraziłyby InterRisk na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy.

#### §6

1. **W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu**, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 4) z uwzględnieniem wyłączeń, o których mowa w §5 ust. 1 InterRisk dodatkowo nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:
- 1) uszkodzeniami ciała lub chorobami zdiagnozowanymi przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową,
  - 2) epilepsją, łuszczycą, gruźlicą, dializami,
  - 3) leczeniem otyłości, ubytków wagi ciała, skutków kuracji odchudzających, bulimii, anoreksji,
  - 4) leczeniem wad wzroku, zabiegów plastyczno – kosmetycznych, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku,
  - 5) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, z wyłączeniem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza, o ile pozostawianie Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji

psychotropowych lub środków zastępczych miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku lub choroby,

- 6) rehabilitacją.

2. **W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu**, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 4) z uwzględnieniem wyłączeń, o których mowa w ust. 1 oraz w §5 ust. 1 InterRisk nie ponosi odpowiedzialności za pobyt w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pobyt w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

#### SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY

##### §7

1. Górną granicę odpowiedzialności InterRisk w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych i ubezpieczeniu kosztów stomatologii, stanowią koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 i 2 do niniejszych OWU.
2. W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu suma ubezpieczenia stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia oraz 60 dni pobytu w szpitalu, o których mowa w §17 ust. 1.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2 ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego.
4. Suma ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2 określona jest w umowie ubezpieczenia i stanowi górną granicę odpowiedzialności InterRisk dla ubezpieczenia pobytu w szpitalu.

#### ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

##### §8

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się w formie imiennej na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, który powinien zawierać co najmniej następujące dane:
  - 1) imię, nazwisko (nazwę) oraz adres (siedzibę) Ubezpieczającego,
  - 2) zakres ubezpieczenia,
  - 3) wariant ubezpieczenia,
  - 4) formę ubezpieczenia: umowa indywidualna, partnerska, rodzinna,
  - 5) propozycję sumy ubezpieczenia dla ubezpieczenia pobytu w szpitalu,
  - 6) okres ubezpieczenia,
  - 7) propozycję postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, które chce wprowadzić do umowy Ubezpieczający.
2. InterRisk może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji, mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, o czym informuje Ubezpieczającego na piśmie.
3. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych określonych w ust. 1 lub 2, albo został sporządzony wadliwie lub niezgodnie z warunkami ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest na wezwanie InterRisk odpowiednio go uzupełnić, względnie sporządzić nowy wniosek, w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma InterRisk w tej sprawie. Niedotrzymanie powyższego terminu powoduje, że umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta.
4. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy, z zastrzeżeniem §10.
5. Okres ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia.
6. InterRisk potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia.

#### POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI INTERRISK

##### §9

1. W umowie ubezpieczenia określa się datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność InterRisk z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, wskazanego w umowie jako początek ochrony ubezpieczeniowej (okresu ubezpieczenia) jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub pierwszej raty składki.
3. Odpowiedzialność InterRisk ustaje:
  - 1) wraz z zakończeniem okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem §10 i §12,
  - 2) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
  - 3) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia, o którym mowa w §11 ust. 2 – 4,
  - 4) w przypadku opłacania składki w ratach – jeżeli po upływie terminu płatności raty InterRisk wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialności InterRisk, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w tym terminie – z dniem upływu tego terminu,
  - 5) wobec Ubezpieczonego z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia – dotyczy ubezpieczenia pobytu w szpitalu,

- 6) wobec Ubezpieczonego z dniem jego zgonu,
  - 7) wobec Ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia partnerskiego lub rodzinnego – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym InterRisk otrzymał oświadczenie o wystąpieniu Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia partnerskiego lub rodzinnego. Ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia partnerskiego lub rodzinnego w każdym czasie.
4. W przypadku, gdy odpowiedzialność InterRisk ustała wskutek wyczerpania sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 3 pkt 5) wznowienie odpowiedzialności InterRisk z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia następuje w drodze aneksu do umowy ubezpieczenia, od dnia wskazanego w tym aneksie jednak nie wcześniej niż po zapłacie dodatkowej składki za doubezpieczenie.
  5. W przypadku wystąpienia przez Ubezpieczonego z ubezpieczenia, ponowne przystąpienie przez niego do ubezpieczenia możliwe jest po upływie 12 miesięcy od daty ustania odpowiedzialności InterRisk określonej w ust. 3 pkt 7).

#### **PRZEDŁUŻENIE UMOWY UBEZPIECZENIA**

##### §10

1. Umowa ubezpieczenia jest każdorazowo przedłużana na kolejny 12 miesięczny okres ubezpieczenia, jeśli w bieżącym okresie ubezpieczenia, nie później jednak niż w jego ostatnim dniu, żadna ze stron nie złoży drugiej stronie w formie pisemnej pod rygorem nieważności oświadczenia wyrażającego brak zgody na przedłużenie umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może dodatkowo złożyć wypowiedzenie umowy ubezpieczenia w przypadku i terminach wskazanych w §12 ust. 1 pkt 2).

#### **ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA**

##### §11

1. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia.
3. W przypadku ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając 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.
4. Jeżeli InterRisk ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w terminie, InterRisk może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadła niezapłacona składka.
5. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w §9 ust. 3 pkt 4).

#### **ZMIANY OWU I SKŁADEK**

##### §12

1. OWU i wysokości składek mogą zostać zmienione przez InterRisk ze skutkiem od początku nowego okresu ubezpieczenia dla umowy ubezpieczenia przedłużonej na kolejny 12 miesięczny okres pod warunkiem, że:
  - 1) co najmniej 30 dni przed końcem bieżącego okresu ubezpieczenia InterRisk doręczy Ubezpieczającego w formie pisemnej pod rygorem nieważności, informacje o zmianach i na czym one polegają,
  - 2) Ubezpieczający nie wypowiedział umowy ubezpieczenia w formie pisemnej pod rygorem nieważności najpóźniej w ostatnim dniu bieżącego okresu ubezpieczenia.
2. W sytuacji braku wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego zgodnie z ust. 1 pkt 2) umowę uważa się za przedłużoną na zmienionych warunkach od początku nowego 12 miesięcznego okresu ubezpieczenia.

#### **SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA**

##### §13

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej należnej za okres odpowiedzialności InterRisk określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od czynników oceny ryzyka, a w szczególności:
  - 1) zakresu ubezpieczenia,
  - 2) wariantu ubezpieczenia,

- 3) formy ubezpieczenia,
  - 4) okresu ubezpieczenia,
  - 5) wnioskowanej przez Ubezpieczającego wysokości sum ubezpieczenia.
4. Składka ubezpieczeniowa określona jest kwotowo dla danego rodzaju ubezpieczenia. Składka ubezpieczeniowa określona jest w złotych polskich.
  5. Wysokość składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia (lub zmiany) umowy ubezpieczenia.
  6. Jeżeli taryfa składek nie uwzględnia ubezpieczonego ryzyka, wówczas wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie indywidualnej oceny ryzyka przez InterRisk.
  7. InterRisk może zastosować zniżki i/lub zwwyżki podstawowej składki ubezpieczeniowej.
  8. Wysokość ostatecznej składki ubezpieczeniowej oblicza się stosując zwwyżki i zniżki składki.
  9. InterRisk może zastosować zwwyżki składki, w szczególności z tytułu:
    - 1) wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od zapisów niniejszych OWU, o które wnioskował Ubezpieczający,
    - 2) wysokiej częstotliwości zaistniałych zdarzeń ubezpieczeniowych, z tytułu których InterRisk wypłacił świadczenia.
  10. InterRisk może zastosować zniżki składki, w szczególności z tytułu wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od zapisów niniejszych OWU, o które wnioskował Ubezpieczający.
  11. Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo, chyba że strony umówiły się inaczej.
  12. Składka ubezpieczeniowa, na wniosek Ubezpieczającego, może zostać rozłożona na raty. Terminy płatności i wysokość kolejnych rat określa się w umowie ubezpieczenia.
  13. Składka lub pierwsza rata składki za ubezpieczenie powinna być zapłacona w dniu zawierania umowy, jednak nie później niż do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc kalendarzowy, w którym nastąpi początek okresu ubezpieczenia. Kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są w terminach płatności określonych w umowie ubezpieczenia (polisie).
  14. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego, InterRisk należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
  15. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

#### **PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY**

##### §14

1. Ubezpieczający obowiązany jest do:
  - 1) podania InterRisk, przed zawarciem umowy ubezpieczenia, znanych sobie okoliczności, o które InterRisk zapytywał w formularzu wniosku lub w pismach skierowanych do niego. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane,
  - 2) zgłaszania InterRisk zmian okoliczności, o których Ubezpieczający informował InterRisk przed zawarciem umowy ubezpieczenia, niezwłocznie po powzięciu o nich wiadomości,
  - 3) opłacenia składki ubezpieczeniowej lub jej rat w ustalonym terminie,
  - 4) umożliwienia InterRisk zasięgnięcia informacji odnoszących się do okoliczności wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego,
  - 5) przestrzegania obowiązków określonych w niniejszych OWU.
2. Jeżeli Ubezpieczający nie podał do wiadomości InterRisk znanych sobie okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt 1) lub nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2) InterRisk nie ponosi odpowiedzialności, za skutki tych okoliczności.
3. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek:
  - 1) Ubezpieczający jest zobowiązany do doręczenia Ubezpieczonemu OWU i udzielenia niezbędnych informacji dotyczących ochrony ubezpieczeniowej,
  - 2) Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać osobie zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przed przystąpieniem przez tę osobę do umowy ubezpieczenia, na piśmie, lub jeżeli osoba zainteresowana przystąpieniem do umowy ubezpieczenia wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku,
  - 3) Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczonego na jego żądanie o sposobie obliczenia i opłacenia składki ubezpieczeniowej oraz doręczyć Ubezpieczonemu warunki umowy, w szczególności postanowień umowy w zakresie stanowiącym o prawach i obowiązkach Ubezpieczającego, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej (o ile Ubezpieczony finansuje składkę). Informacje powinny zawierać także opis obowiązków Ubezpieczającego i InterRisk względem Ubezpieczonego,

- 4) niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od InterRisk przez Ubezpieczającego, Ubezpieczony albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.
4. Jeśli umowa ubezpieczenia grupowego zawarta została na rachunek pracowników Ubezpieczającego lub osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych oraz członków ich rodzin lub na rachunek członków stowarzyszeń, samorządów zawodowych lub związków zawodowych i Ubezpieczający otrzymuje od InterRisk wynagrodzenie lub inne korzyści w związku z oferowaniem możliwości skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej lub czynnościami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia grupowego, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczający przekazuje osobie zainteresowanej przystąpieniem do takiej umowy informacje o:
  - 1) firmie InterRisk i adresie siedziby InterRisk,
  - 2) charakterze wynagrodzenia lub innych korzyści otrzymywanych w związku z proponowanym przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego,
  - 3) możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.
5. InterRisk obowiązany jest do:
  - 1) zachowania należytej staranności przy zawieraniu i wykonywaniu umowy ubezpieczenia,
  - 2) przekazywania Ubezpieczającemu informacji niezbędnych do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym informacji o adresach placówek medycznych, w których realizowane są świadczenia medyczne, a w przypadku zgłoszenia roszczenia zobowiązany jest do terminowej likwidacji,
  - 3) dostarczenia Ubezpieczającemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia tekstu niniejszych OWU, a także innych dokumentów i formularzy niezbędnych z punktu widzenia wykonywania umowy ubezpieczenia,
  - 4) na żądanie Ubezpieczonego, udzielenia informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie praw i obowiązków Ubezpieczonego,
  - 5) udostępnienia Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu informacji i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia. W/w osoby mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez InterRisk udostępnionych informacji, a także sporządzać na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem przez InterRisk,
  - 6) objęcia ochroną ubezpieczeniową osób, które zostały zgłoszone przez Ubezpieczającego i za które została zapłacona składka ubezpieczeniowa,
  - 7) wypłaty świadczenia na warunkach i zasadach określonych w niniejszych OWU i umowie ubezpieczenia,
  - 8) zabezpieczenia danych osobowych, otrzymanych w wyniku realizacji umowy ubezpieczenia zgodnie z wymogami ustawy o ochronie danych osobowych,
  - 9) informowania osoby występującej z roszczeniem pisemnie jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania, zgodnie z §15 ust. 5,
  - 10) pisemnego informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z §15 ust. 6,
  - 11) przekazania Ubezpieczającemu kart identyfikacyjnych, uprawniających do korzystania przez każdego Ubezpieczonego ze świadczeń medycznych udzielanych przez Partnera Medycznego.
6. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony mają prawo wglądu do informacji i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, żądania pisemnego potwierdzenia przez InterRisk udostępnionych informacji i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich za zgodność z oryginałem przez InterRisk.
7. Niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od InterRisk przez Ubezpieczającego Ubezpieczony albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.
8. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń regulują: ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.

#### ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA, USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

##### §15

1. **Świadczenia medyczne**, o których mowa w §4 ust. 1 pkt 1) – 3), udzielane są Ubezpieczonemu w placówkach medycznych Partnera Medycznego współpracującego z InterRisk. Informację o adresach placówek medycznych, w których realizowane są świadczenia medyczne Ubezpieczony może uzyskać kontaktując się z telefoniczną infolinią medyczną lub sprawdzić na stronie internetowej InterRisk.
2. W ramach ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych, o których mowa w ust. 1 Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest:
  - 1) skontaktować się bezpośrednio z telefoniczną infolinią medyczną,

- 2) zastosować się do zaleceń i wskazówek personelu medycznego Partnera Medycznego w zakresie uzasadnionym realizowanym świadczeniem zdrowotnym,
  - 3) odwołać zarezerwowane wizyty na świadczenia medyczne w przypadku braku możliwości lub potrzeby skorzystania z nich w umówionym terminie.
3. Koszty świadczeń medycznych, o których mowa w ust. 1 pokrywane są przez InterRisk bezpośrednio na konto Partnera Medycznego, udzielającego świadczenie.

##### §16

1. W przypadku skorzystania ze świadczeń medycznych, o których mowa w §4 ust. 1 pkt 1) w placówkach medycznych spoza sieci placówek Partnera Medycznego, Ubezpieczony zobowiązany jest pokryć koszty udzielonych świadczeń bezpośrednio w placówce medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w danej placówce.
2. Ubezpieczonemu przysługuje zwrot poniesionych kosztów w wysokości 70% ceny, jaką Ubezpieczony opłacił w placówce medycznej za wykonane świadczenie medyczne zgodnie z cennikiem tej placówki, z zachowaniem limitu refundacji wynoszącego 500 zł na wszystkie świadczenia zrefundowane w danym kwartale.
3. Świadczenie medyczne, które zostało zrefundowane, zaliczane jest do limitu refundacji w danym kwartale na podstawie daty jego wykonania.
4. Jeżeli wartość faktur dołączonych do wniosku o refundację przekracza wysokość dostępnego w danym kwartale limitu refundacji, zwrot dokonywany jest maksymalnie do wysokości pozostałego w tym kwartale limitu refundacji. Koszt wykonanych świadczeń medycznych nie może być zaliczony na poczet przyszłych limitów refundacji z przyszłych kwartałów. Limit refundacji niewykorzystany w danym kwartale nie przechodzi na następny kwartał.
5. Wypłata odszkodowania (refundacja) z tytułu ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych nie może być wyższa od kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego.
6. W celu otrzymania zwrotu poniesionych kosztów, Ubezpieczony powinien przesłać na adres korespondencyjny wskazany we wniosku refundacyjnym następujące dokumenty:
  - 1) oryginał faktury albo rachunku zawierającego następujące dane: imię i nazwisko lub nazwę udzielającego świadczenia medyczne, dane Ubezpieczonego (imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania), nazwę świadczenia, datę udzielenia świadczenia medycznego, koszt świadczenia medycznego,
  - 2) faktura albo rachunek za wykonane świadczenie medyczne na rzecz Ubezpieczonego powinna być wystawiona na Ubezpieczonego, a w przypadku świadczeń medycznych realizowanych na rzecz dziecka do 18 roku życia – na przedstawiciela ustawowego dziecka oraz zawierać dane Ubezpieczonego dziecka w treści faktury,
  - 3) kopię skierowania na badania laboratoryjne, diagnostyczne, rehabilitację oraz na konsultację lekarskie, jeśli wymóg posiadania skierowania wynika z zakresu ubezpieczenia,
  - 4) kompletny i poprawnie wypełniony wniosek o refundację, którego wzór znajduje się na stronie InterRisk: [www.interrisk.pl](http://www.interrisk.pl).

##### §17

1. W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 4) świadczenie wypłacane jest w oparciu o postanowienia niniejszych OWU. Świadczenie stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia oraz łącznej liczby dni pobytu w szpitalu, nie więcej jednak niż za 60 dni łącznego pobytu w szpitalu.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 przysługuje, począwszy od trzeciego dnia pobytu za każdy dzień pobytu w szpitalu.
3. Jeżeli pobyt w szpitalu jest następstwem wypadku komunikacyjnego, związanego z ruchem pojazdu, w rozumieniu definicji §2 pkt 37) niniejszych OWU Ubezpieczonemu przysługuje dodatkowe świadczenie w wysokości 50% świadczenia dziennego, o którym mowa w ust. 1. Dodatkowe świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu za okres nie dłuższy niż 14 dni pobytu w szpitalu.
4. W przypadku gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością InterRisk, pod warunkiem, że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia.

##### §18

1. Postanowienia sformułowane w niniejszym paragrafie dotyczą ubezpieczenia pobytu w szpitalu, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 4).
2. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia, powinno zawierać poniższe podstawowe informacje i dokumenty:
  - 1) numer polisy,
  - 2) dane Ubezpieczonego: imię i nazwisko, adres zamieszkania, datę urodzenia,
  - 3) datę rozpoznania choroby, o ile jest znana Ubezpieczonemu,
  - 4) w przypadku nieszczęśliwego wypadku – datę oraz szczegółowy opis okoliczności jego zaistnienia,
  - 5) posiadane zaświadczenia lekarskie opisujące proces leczenia oraz zawierające dokładną diagnozę,
  - 6) posiadane zaświadczenia szpitalne opisujące rodzaj i rozległość obrażeń oraz



- zawierające dokładną diagnozę, kartę informacyjną ze szpitala,
- 7) raporty policyjne dotyczące zdarzenia, o ile zostały sporządzone i są w posiadaniu Ubezpieczonego,
  - 8) inne dokumenty określone w postanowieniach dodatkowych lub odmiennych wprowadzonych do umowy ubezpieczenia lub w piśmie skierowanym do Ubezpieczonego w trybie określonym w ust. 6.
3. InterRisk może na swój koszt, kierować Ubezpieczonego na badania lekarskie z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi.
  4. InterRisk może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, za pośrednictwem lekarza upoważnionego przez InterRisk, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją danych o jego stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
  5. Wystąpienie InterRisk o informację, o której mowa w ust. 4, wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, albo jego przedstawiciela ustawowego.
  6. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, InterRisk w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
  7. W przypadku powzięcia przez InterRisk nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanych roszczeń lub wysokości świadczenia, InterRisk w terminie 7 dni od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.

#### §19

1. Ustalenie zasadności świadczeń następuje na podstawie przedłożonych dokumentów, jednakże InterRisk ma prawo do ich weryfikacji i zasięgnięcia opinii specjalistów.
2. InterRisk wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie na podstawie uznania roszczenia, po uprzednim przeprowadzeniu własnego postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności zgłoszonego roszczenia i wysokości świadczenia, zawartej ugody lub prawomocnego orzeczenia sądownego.
3. Świadczenie może być wypłacone: przelewem bankowym lub przekazem pocztowym.
4. Świadczenia wypłacane są w złotych polskich.
5. InterRisk spełnia świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
6. Jeżeli w terminie określonym w ust. 5 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności InterRisk albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia InterRisk wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
7. Jeżeli w terminie określonym w ust. 5 InterRisk nie wypłaci świadczenia, zawiadamia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub części w powyższym terminie.
8. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, InterRisk informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, w terminach określonych w ust. 5 lub 6, wskazując na okoliczności oraz na podstawie prawnej uzasadniającej całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza o możliwości złożenia skargi lub reklamacji do InterRisk lub dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

#### SKARGI I REKLAMACJE

##### §20

1. Poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do występowania z zastrzeżeniami dotyczącymi usług świadczonych przez InterRisk, w tym do zgłaszania skarg i zażaleń, zwanych dalej łącznie reklamacjami.
2. Reklamacja może być złożona:
  - 1) na piśmie – osobiście, w każdej jednostce organizacyjnej InterRisk obsługującej klientów, za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera, albo wysłana na adres do doręczeń elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych,
  - 2) ustnie – telefonicznie poprzez InterRisk Kontakt (nr tel.: 22 575 25 25) lub osobiście

- 3) w postaci elektronicznej – wysyłając e-mail na adres: szkody@interrisk.pl.
3. InterRisk udziela odpowiedzi na reklamację bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do maksymalnie 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. InterRisk informując o przedłużeniu terminu odpowiedzi na reklamację wskazuje przyczynę opóźnienia, okoliczności, które muszą zostać ustalone oraz określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji.
5. InterRisk odpowiada na reklamacje osoby fizycznej na piśmie, a na wniosek tej osoby – pocztą elektroniczną. Na reklamacje złożone przez podmioty inne niż osoby fizyczne, InterRisk odpowiada w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku.
6. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Konsumentom przysługuje także prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
7. InterRisk podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

#### POSTANOWIENIA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO UMÓW UBEZPIECZENIA NA ODLEGŁOŚĆ W ROZUMIENIU USTAWY O PRAWACH KONSUMENTA

##### §21

W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na odległość w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta, do umowy mają zastosowanie następujące postanowienia:

- 1) Konsument, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. W przypadku odstąpienia przez konsumenta od umowy ubezpieczenia InterRisk przysługuje wyłącznie część składki obliczonej proporcjonalnie za każdy dzień udzielania przez InterRisk ochrony ubezpieczeniowej.
- 2) Umowa ubezpieczenia nie wiąże się z ryzykiem finansowym wynikającym z jej szczególnych cech lub charakteru czynności, które mają być wykonane, a składka ubezpieczeniowa nie zależy od ruchu cen na rynku finansowym.
- 3) Konsument ponosi koszty wynikające ze środków porozumiewania się na odległość według taryfy operatora konsumenta.
- 4) Spory wynikające z umów zawartych pomiędzy konsumentami a InterRisk za pośrednictwem strony internetowej lub innych środków elektronicznych mogą być rozwiązywane przez właściwe organy za pomocą europejskiej platformy pozasądowego rozwiązywania sporów dostępnej pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.
- 5) Umowa ubezpieczenia nie jest objęta funduszem gwarancyjnym lub innym systemem gwarancyjnym.
- 6) Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy InterRisk a konsumentem jest język polski.
- 7) Prawem właściwym dla stosunków InterRisk z konsumentem przed zawarciem umowy jak również prawem właściwym dla zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.

#### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

##### §22

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia złożone przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub InterRisk w związku z umową ubezpieczenia (dotyczące zarówno wykonania jak i rozwiązania lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia) powinny być złożone na piśmie pod rygorem nieważności, za wyjątkiem przypadku, gdy podmioty te wyrażą zgodę na przekazywanie zawiadomień i oświadczeń w formie elektronicznej.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
3. Wszelkie spory wynikające z umowy ubezpieczenia lub powstające w związku z nią mogą być przedmiotem rozstrzygnięcia przez Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego. Powyższe postanowienie nie stanowi zapisu na sąd polubowny.
4. InterRisk zobowiązany jest na podstawie ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich do pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy

konsumentami a InterRisk jest Rzecznik Finansowy ([www.rf.gov.pl](http://www.rf.gov.pl)).

5. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU jest prawo polskie.
6. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia kosztów leczenia **ANTIDOTUM plus** zostały zatwierdzone uchwałą nr 02/14/02/2023 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 14.02.2023 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.03.2023 roku.
7. Integralną częścią niniejszych OWU są następujące Załączniki:
  - 1) Załącznik nr 1 – Ubezpieczenie kosztów świadczeń medycznych,
  - 2) Załącznik nr 2 – Ubezpieczenie kosztów stomatologii,
  - 3) Załącznik nr 3 – Ubezpieczenie pobytu w szpitalu.

Prezes Zarządu



Piotr Narloch

Członek Zarządu



Włodzimierz Wasiak

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kosztów Leczenia ANTIDOTUM plus  
zatwierdzonych uchwałą nr 02/14/02/2023 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 14.02.2023 roku.

**ZAKRES ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH W WARIANCIE STANDARD, ROZSZERZONY, COMPLEX**

§1

Tabela Nr1

I.p.	ŚWIADCZENIE MEDYCZNE	Wariant STANDARD	Wariant ROZSZERZONY	Wariant COMPLEX
<b>1</b>	<b>KONSULTACJE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ</b> Usługa obejmuje nielimitowane wizyty w placówkach medycznych wskazanych przez InterRisk, w sytuacjach: chorobowych oraz pomocy w nagłych zachorowaniach. Usługa zawiera: wywiad, poradę Lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia.  Usługa nie obejmuje: konsultacji Lekarzy dyżurnych, konsultacji Lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również Lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego. Również pozostałe konsultacje są odpłatne.			
1.1	Internista	TAK	TAK	TAK
1.2	Pediatra	TAK	TAK	TAK
1.3	Lekarz medycyny rodzinnej	TAK	TAK	TAK
<b>2</b>	<b>KONSULTACJE SPECJALISTÓW</b> Usługa obejmuje nielimitowany dostęp do konsultacji lekarzy w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez InterRisk w sytuacjach chorobowych, pomocy w nagłych zachorowaniach oraz poradnictwa ogólnomedycznego. Konsultacje specjalistyczne obejmują: wywiad, poradę lekarza specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia.  Konsultacje specjalistów nie obejmują: konsultacji Lekarzy dyżurnych, konsultacji Lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.			
2.1	<b>KONSULTACJE SPECJALISTÓW dla Ubezpieczonych powyżej 18 r.ż. (bez skierowania):</b>			
2.1.1	Chirurg ogólny	TAK	TAK	TAK
2.1.2	Ginekolog	TAK	TAK	TAK
2.1.3	Laryngolog	TAK	TAK	TAK
2.1.4	Neurolog	TAK	TAK	TAK
2.1.5	Okulista	TAK	TAK	TAK
2.1.6	Ortopeda	TAK	TAK	TAK
2.1.7	Kardiolog	TAK	TAK	TAK
2.1.8	Alergolog	NIE	TAK	TAK
2.1.9	Dermatolog	NIE	TAK	TAK
2.1.10	Diabetolog	NIE	TAK	TAK
2.1.11	Endokrynolog	NIE	TAK	TAK
2.1.12	Gastroenterolog	NIE	TAK	TAK
2.1.13	Hematolog	NIE	TAK	TAK
2.1.14	Nefrolog	NIE	TAK	TAK
2.1.15	Onkolog	NIE	TAK	TAK
2.1.16	Pulmonolog	NIE	TAK	TAK
2.1.17	Proktolog	NIE	TAK	TAK
2.1.18	Reumatolog	NIE	TAK	TAK
2.1.19	Urolog	NIE	TAK	TAK
2.1.20	Ginekolog-endokrynolog	NIE	NIE	TAK
2.2	<b>KONSULTACJE SPECJALISTÓW dla Ubezpieczonych powyżej 18 r.ż. (ze skierowaniem od lekarza placówki medycznej wskazanej przez Partnera Medycznego):</b>			
2.2.1	Chirurg naczyniowy	NIE	NIE	TAK
2.2.2	Chirurg onkolog	NIE	NIE	TAK
2.2.3	Lekarz chorób zakaźnych	NIE	NIE	TAK
2.2.4	Hepatolog	NIE	NIE	TAK
2.2.5	Immunolog	NIE	NIE	TAK
2.2.6	Neurochirurg	NIE	NIE	TAK
2.2.7	Lekarz rehabilitacji medycznej	NIE	NIE	TAK

2.3	<b>KONSULTACJE SPECJALISTÓW</b> dla Ubezpieczonych poniżej 18 r.ż. (bez skierowania):			
2.3.1	Chirurg ogólny	TAK	TAK	TAK
2.3.2	Ginekolog (od 16 r.ż.)	TAK	TAK	TAK
2.3.3	Laryngolog	TAK	TAK	TAK
2.3.4	Neurolog	TAK	TAK	TAK
2.3.5	Okulista	TAK	TAK	TAK
2.3.6	Ortopeda	TAK	TAK	TAK
2.3.7	Dermatolog	NIE	TAK	TAK
2.4	<b>KONSULTACJE SPECJALISTÓW</b> dla Ubezpieczonych poniżej 18 r.ż. (ze skierowaniem od lekarza placówki medycznej wskazanej przez Partnera Medycznego):			
2.4.1	Alergolog	NIE	TAK	TAK
2.4.2	Gastroenterolog	NIE	TAK	TAK
2.4.3	Kardiolog	NIE	TAK	TAK
2.4.4	Nefrolog	NIE	TAK	TAK
2.4.5	Pulmonolog	NIE	TAK	TAK
2.4.6	Reumatolog	NIE	TAK	TAK
2.4.7	Urolog	NIE	TAK	TAK
2.4.8	Diabetolog	NIE	NIE	TAK
2.4.9	Endokrynolog	NIE	NIE	TAK
2.4.10	Ginekolog (do 16 r.ż.)	NIE	NIE	TAK
2.4.11	Hematolog	NIE	NIE	TAK
2.4.12	Onkolog	NIE	NIE	TAK
2.4.13	Lekarz rehabilitacji medycznej	NIE	NIE	TAK
<b>3</b>	<b>KONSULTACJE DIETETYKA</b> Usługa umożliwia skorzystanie przez Ubezpieczonego z <b>3 wizyt dietetyka w 12-miesięcznym okresie obowiązywania umowy</b> , obejmujących wywiad, zalecenia dietetyczne (bez indywidualnego ułożenia diety) w placówkach medycznych Partnera Medycznego			
3.1.	Ubezpieczeni powyżej 18 r.ż. – wizyty bez skierowania	NIE	NIE	TAK
3.2	Ubezpieczeni do 18 r.ż. – wizyty wymagają skierowania od lekarza ambulatoryjnej placówki medycznej wskazanej przez InterRisk	NIE	NIE	TAK
<b>4</b>	<b>KONSULTACJE SPECJALISTÓW: PSYCHIATRA, PSYCHOLOG, ANDROLOG, SEKSUOLOG, LOGOPEDA</b> Usługa umożliwia Ubezpieczonemu skorzystanie <b>ogółem łącznie z 3 konsultacji w 12-miesięcznym okresie obowiązywania umowy</b> w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez InterRisk.  Usługa obejmuje: wywiad, poradę specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Usługa nie obejmuje konsultacji profesorskich, surdo- i neurologopedii jak również prowadzenia terapii.			
4.1	<b>Ubezpieczeni powyżej 18 r.ż. – wizyty bez skierowania, dotyczą konsultacji w zakresie:</b>			
4.1.1	psychiatrii	NIE	NIE	TAK
4.1.2	psychologii	NIE	NIE	TAK
4.1.3	seksuologii	NIE	NIE	TAK
4.1.4	andrologii	NIE	NIE	TAK
4.1.5	logopeda	NIE	NIE	TAK
4.2	<b>Ubezpieczeni do 18 r.ż. – wizyty bez skierowania, dotyczą konsultacji w zakresie:</b>			
4.2.1	psychiatrii	NIE	NIE	TAK
4.2.2	psychologii	NIE	NIE	TAK
4.2.3	logopedii	NIE	NIE	TAK
<b>5</b>	<b>KONSULTACJE LEKARZY DYŻURNYCH</b> Usługa obejmuje wyłącznie pomoc doraźną, podstawową w nagłym zachorowaniu, które wystąpiło w ciągu 24 h od momentu przyjęcia zgłoszenia chęci odbycia konsultacji. Lekarze dyżurni są dostępni w godzinach pracy placówek medycznych wskazanych przez InterRisk, wyłącznie w dniu jej zgłoszenia.  Usługa nie obejmuje świadczeń zdrowotnych udzielanych w celu ratowania życia i zdrowia zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006.191.1410 ze zm.).  Usługa zawiera: wywiad, poradę Lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia wstępnej diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej i dotyczy konsultacji w następującym zakresie:			
5.1	Internista	TAK	TAK	TAK
5.2	Pediatra	TAK	TAK	TAK
5.3	Lekarz medycyny rodzinnej	TAK	TAK	TAK

<b>6</b>	<b>ZABIEGI PIELĘGNIARSKIE</b> Usługi obejmujące pomiary podstawowe, drobne zabiegi w tym diagnostyczne, zgodnie z kompetencjami wykonywane przez pielęgniarkę lub położną samodzielnie lub na zlecenie lekarza, w placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych uzależniony jest od zakresu konsultacji Lekarzy, do których Ubezpieczony jest uprawniony w ramach zakresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i dostępności zabiegu w placówce medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela.  Materiały i środki medyczne takie, jak: opatrunki, bandaże, venflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa, środki dezynfekujące, użyte do ww. zabiegów, są bezpłatne. Za pozostałe materiały i środki medyczne zużyte do poniżej wskazanych zabiegów od Ubezpieczonego pobierana jest opłata.			
6.1	Iniekcja dożylna	TAK	TAK	TAK
6.2	Iniekcja podskórna / domięśniowa	TAK	TAK	TAK
6.3	Kroplówka w sytuacji doraźnej	TAK	TAK	TAK
6.4	Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej	TAK	TAK	TAK
6.5	Pomiar temperatury ciała (bez skierowania lekarza)	TAK	TAK	TAK
6.6	Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały	TAK	TAK	TAK
6.7	Pobranie krwi	TAK	TAK	TAK
6.8	Mierzenie RR / ciśnienia (bez skierowania lekarza)	TAK	TAK	TAK
6.9	Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania lekarza)	TAK	TAK	TAK
6.10	Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi	TAK	TAK	TAK
<b>7</b>	<b>ZABIEGI AMBULATORYJNE</b> Usługi obejmujące pomiary podstawowe, zabiegi w tym diagnostyczne, niewymagające hospitalizacji oraz reżimu sali operacyjnej. Zgodnie z kompetencjami wykonywane przez lekarza lub pielęgniarkę lub położną, podczas właściwej dla zabiegu konsultacji lekarskiej lub poza konsultacją lekarską w placówkach medycznych wskazanych przez InterRisk. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych uzależniony jest od zakresu konsultacji lekarzy, do których Ubezpieczony jest uprawniony w ramach posiadanego zakresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i dostępności zabiegu w placówce medycznej wskazanej przez InterRisk.  Materiały i środki medyczne, takie jak: opatrunki, bandaże, venflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa, środki dezynfekujące, szwy i nici chirurgiczne, użyte do ww. zabiegów, są bezpłatne. Za pozostałe materiały i środki medyczne zużyte do poniżej wskazanych zabiegów, od Ubezpieczonego pobierana jest opłata.			
7.1	<b>Zabiegi ambulatoryjne ogólnolekarskie:</b>			
7.1.1	Mierzenie RR / ciśnienia	TAK	TAK	TAK
7.1.2	Pomiar wzrostu i wagi ciała	TAK	TAK	TAK
7.1.3	Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne	TAK	TAK	TAK
7.2	<b>Zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne:</b>			
7.2.1	Szycie rany do 1,5 cm	TAK	TAK	TAK
7.2.2	Usunięcie kleszcza – chirurgiczne	TAK	TAK	TAK
7.2.3	Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne	TAK	TAK	TAK
7.2.4	Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały (niewymagający opracowania chirurgicznego)	TAK	TAK	TAK
7.2.5	Usunięcie innego ciała obcego bez nacięcia	TAK	TAK	TAK
7.2.6	Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym, po zabiegach wykonywanych w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez InterRisk	TAK	TAK	TAK
7.2.7	Usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza placówkami medycznymi wskazanymi przez InterRisk- kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza Partnera Medycznego (za wyjątkiem zdejmowania szwów po porodzie)	TAK	TAK	TAK
7.2.8	Szycie rany do 3 cm (w nagłych przypadkach wymagających niezwłocznej pomocy)	NIE	NIE	TAK
7.2.9	Usunięcie czyraka / drobnego ropnia powłok skórnych (do 2 cm)	NIE	NIE	TAK
7.2.10	Wycięcie chirurgiczne metodą klasyczną zmiany skórnej do 1,5 cm ze wskazań medycznych (nie obejmuje zmian usuwanych ze wskazań estetycznych, plastycznych) wraz ze standardowym badaniem histopatologicznym – materiał z usuniętej zmiany skórnej	NIE	NIE	TAK
7.3	<b>Zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:</b>			
7.3.1	Badanie trąbek słuchowych przedmuchiwanie	TAK	TAK	TAK
7.3.2	Katetyzacja trąbki słuchowej	TAK	TAK	TAK
7.3.3	Płukanie ucha	TAK	TAK	TAK
7.3.4	Usunięcie ciała obcego z nosa / ucha	TAK	TAK	TAK
7.3.5	Proste opatrunki laryngologiczne	TAK	TAK	TAK
7.3.6	Koagulacja naczyń przegrody nosa	TAK	TAK	TAK
7.3.7	Elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa	TAK	TAK	TAK
7.3.8	Usunięcie tamponady nosa	TAK	TAK	TAK
7.3.9	Zaopatrzenie krwotoku z nosa – dwie strony	TAK	TAK	TAK
7.3.10	Zaopatrzenie krwotoku z nosa – jedna strona	TAK	TAK	TAK
7.3.11	Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonywanych w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez InterRisk	TAK	TAK	TAK

7.3.12	Usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza placówkami medycznymi wskazanymi przez Ubezpieczyciela – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza Partnera Medycznego	TAK	TAK	TAK
7.3.13	Donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa w sytuacji doraźnej	TAK	TAK	TAK
7.3.14	Założenie / zmiana / usunięcie sączka w przewodzie słuchowym zewnętrznym	TAK	TAK	TAK
7.3.15	Wlewka krtaniowa	NIE	NIE	TAK
7.3.16	Podcięcie wędzidelka języka w jamie ustnej	NIE	NIE	TAK
7.3.17	Nacięcie krwiałków przegrody nosa	NIE	NIE	TAK
7.3.18	Nacięcie krwiałków małżowiny usznej	NIE	NIE	TAK
7.3.19	Nastawienie nosa zamknięte	NIE	NIE	TAK
7.3.20	Płukanie zatok	NIE	NIE	TAK
<b>7.4</b>	<b>Zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:</b>			
7.4.1	Standardowe* badanie dna oka	TAK	TAK	TAK
7.4.2	Dobór szkieł korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową)	TAK	TAK	TAK
7.4.3	Gonioskopia (ocena kąta przesączania)	TAK	TAK	TAK
7.4.4	Usunięcie ciała obcego z oka	TAK	TAK	TAK
7.4.5	Badanie ostrości widzenia	TAK	TAK	TAK
7.4.6	Standardowe* badanie autorefraktometrem	TAK	TAK	TAK
7.4.7	Podanie leku do worka spojówkowego	TAK	TAK	TAK
7.4.8	Standardowy* pomiar ciśnienia śródgałkowego	TAK	TAK	TAK
7.4.9	Standardowe* badanie widzenia przestrzennego	TAK	TAK	TAK
7.4.10	Płukanie kanalików łzowych (dot. Ubezpieczonych powyżej 18 r.ż.)	TAK	TAK	TAK
<b>7.5</b>	<b>Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne:</b>			
7.5.1	Pobranie standardowej* cytologii z szyjki macicy	TAK	TAK	TAK
7.5.2	Usunięcie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej	NIE	NIE	TAK
7.5.3	Wprowadzenie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej	NIE	NIE	TAK
7.5.4	Zabiegi w obrębie szyjki macicy kriokoagulacja – leczenie nadżerki	NIE	NIE	TAK
7.5.5	Zabiegi w obrębie szyjki macicy i sromu metodą kriokoagulacji	NIE	NIE	TAK
<b>7.6</b>	<b>Znieczulenia:</b>			
7.6.1	Znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchniowe	TAK	TAK	TAK
7.6.2	Znieczulenie miejscowe (powierzchniowe) do endoskopii	NIE	NIE	TAK
<b>7.7</b>	<b>Zabiegi ambulatoryjne ortopedyczne:</b>			
7.7.1	Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – małe stawy	NIE	TAK	TAK
7.7.2	Nastawienie zwłknięcia lub złamania	NIE	TAK	TAK
7.7.3	Przygotowanie gips tradycyjny – opaska	NIE	TAK	TAK
7.7.4	Założenie gipsu	NIE	TAK	TAK
7.7.5	Zdjęcie gipsu – kończyna dolna	NIE	TAK	TAK
7.7.6	Zdjęcie gipsu – kończyna górna	NIE	TAK	TAK
7.7.7	Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały	NIE	TAK	TAK
7.7.8	Wykonanie iniekcji dostawowej i okołostawowej	NIE	NIE	TAK
7.7.9	Punkcja dostawowa – pobranie materiału do badań	NIE	NIE	TAK
7.7.10	Blokada dostawowa i okołostawowa	NIE	NIE	TAK
7.7.11	Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – duże stawy	NIE	NIE	TAK
7.7.12	Unieruchomienie typu Dessault mały / duży	NIE	NIE	TAK
7.7.13	Założenie gipsu tradycyjnego typu gorset	NIE	NIE	TAK
<b>7.8</b>	<b>Zabiegi ambulatoryjne dermatologiczne:</b>			
7.8.1	Standardowa* dermatoskopia	NIE	TAK	TAK
7.8.2	Zabieg dermatologiczny – ścięcie i koagulacja włókniaków skóry	NIE	NIE	TAK
7.8.3	Zabieg dermatologiczny metodą krioterapii 1 do 6 zmian	NIE	NIE	TAK
7.8.4	Zabieg dermatologiczny metodą elektroterapii 1 do 6 zmian	NIE	NIE	TAK
7.8.5	Zabieg dermatologiczny metodą krioterapii od 7 do 10 zmian	NIE	NIE	TAK
7.8.6	Zabieg dermatologiczny metodą elektroterapii od 7 do 10 zmian	NIE	NIE	TAK
<b>7.9</b>	<b>Zabiegi ambulatoryjne alergologiczne:</b>			
7.9.1	Odczulanie wraz z konsultacją alergologa	NIE	TAK	TAK

7.10	<b>Biopsje wraz z standardowym badaniem histopatologicznym – materiał z biopsji cienkoigłowej:</b>			
7.10.1	Biopsja cienkoigłowa skóry / tkanki podskórnej	NIE	NIE	TAK
7.10.2	Biopsja cienkoigłowa sutka	NIE	NIE	TAK
7.10.3	Biopsja cienkoigłowa ślinianki	NIE	NIE	TAK
7.10.4	Biopsja cienkoigłowa tarczycy	NIE	NIE	TAK
7.10.5	Biopsja cienkoigłowa węzłów chłonnych	NIE	NIE	TAK
7.11	<b>Inne:</b>			
7.11.1	Usunięcie cewnika Foleya	NIE	NIE	TAK
7.11.2	Wykonanie enemy	NIE	NIE	TAK
7.11.3	Założenie cewnika Foleya	NIE	NIE	TAK
<b>8</b>	<b>SZCZEPIENIA PRZECIWKO GRYPIE I TĘŻCOWI</b>			
	Usługa obejmuje w ramach profilaktyki chorób zakaźnych szczepienia przeciwko grypie sezonowej oraz przeciwko tężcowi (anatoksyna przeciw tężcową). Usługa składa się z: konsultacji lekarskiej przed szczepieniem, szczepionki (preparat), wykonania usługi pielęgniarskiej w postaci iniekcji.	TAK	TAK	TAK
<b>9</b>	<b>DODATKOWE SZCZEPIENIA</b> Usługa jest dostępna w ramach dodatkowej profilaktyki chorób zakaźnych w placówkach medycznych Partnera Medycznego, na podstawie skierowania lekarza z ww. placówki. Usługa składa się z: konsultacji lekarskiej przed szczepieniem, szczepionki (preparat), wykonania usługi pielęgniarskiej w postaci iniekcji. Usługa obejmuje szczepienia przeciwko następującym chorobom (dotyczy również szczepionek skojarzonych):			
9.1	Odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowych	NIE	NIE	TAK
9.2	Wirusowemu zapaleniu wątroby typu A	NIE	NIE	TAK
9.3	Wirusowemu zapaleniu wątroby typu A i B	NIE	NIE	TAK
9.4	Różyczce, śwince, odrze	NIE	NIE	TAK
9.5	Śwince	NIE	NIE	TAK
9.6	Odrze	NIE	NIE	TAK
<b>10</b>	<b>PANEL BADAŃ LABORATORYJNYCH bez skierowania</b> Usługa jest dostępna dla Ubezpieczonych, którzy ukończyli 18 r.ż. i jest realizowana wyłącznie w placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela. Usługa obejmuje jednorazowe wykonanie bez skierowania lekarza (w ciągu 12 miesięcy okresu ubezpieczenia), panelu badań laboratoryjnych, zawierającego:			
10.1	Mocz – badanie ogólne	TAK	TAK	TAK
10.2	Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny	TAK	TAK	TAK
10.3	Cholesterol całkowity	TAK	TAK	TAK
10.4	Glukoza na czczo	TAK	TAK	TAK
10.5	Standardowa cytologia szyjki macicy (dostępna dla Ubezpieczonych już od 16 r.ż.)	TAK	TAK	TAK
<b>11</b>	<b>DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA I OBRAZOWA</b> Usługa obejmuje niżej wymienione badania diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i czynnościowej, wykonywane w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez InterRisk. Liczba realizowanych badań nie jest limitowana. Wszystkie badania diagnostyczne dostępne w ramach usługi wykonywane są na podstawie skierowań wystawionych przez lekarzy placówek medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego, wyłącznie ze wskazań medycznych w przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego prowadzonego ww. placówkach. W związku z rozwojem technologii nazwy lub metody wykonania poszczególnych badań diagnostycznych mogą ulegać zmianie, co nie będzie ograniczać zakresu usług określonych w niniejszej umowie. Jeżeli efektem zastosowania nowej metody, będzie rozszerzenie ww. zakresu usług, to usługi wynikające z rozszerzenia zakresu, nie będą objęte zakresem usług. Wynik badania wydawany jest na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce medycznej. O ile nie zaznaczono inaczej, usługa nie obejmuje testów paskowych a diagnostyka obrazowa w zakresie TK, MR i USG obejmuje prezentację 2D bez dodatkowych opcji (w tym rozszerzonego USG genetycznego).			
11.1	<b>Diagnostyka laboratoryjna:</b>			
11.1.1	<b>Badania hematologiczne i koagulologiczne wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:</b>			
11.1.1.1	Eozynofilia bezwzględna w rozmazie krwi	TAK	TAK	TAK
11.1.1.2	Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny	TAK	TAK	TAK
11.1.1.3	OB / ESR	TAK	TAK	TAK
11.1.1.4	INR / Czas protrombinowy	TAK	TAK	TAK
11.1.1.5	Czas trombinowy – TT	TAK	TAK	TAK
11.1.1.6	APTT	TAK	TAK	TAK
11.1.1.7	Fibrynogen	TAK	TAK	TAK
11.1.1.8	Rozmaz ręczny krwi	NIE	TAK	TAK
11.1.1.9	Płytki krwi	NIE	TAK	TAK
11.1.1.10	D – Dimery	NIE	TAK	TAK
11.1.1.11	Białko S wolne	NIE	NIE	TAK
11.1.1.12	Antytrombina III	NIE	NIE	TAK
11.1.1.13	Białko C aktywność	NIE	NIE	TAK

11.1.2	<b>Badania biochemiczne i hormonalne oraz markery nowotworowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:</b>			
11.1.2.1	CRP ilościowo	TAK	TAK	TAK
11.1.2.2	Transaminaza GPT / ALT	TAK	TAK	TAK
11.1.2.3	Transaminaza GOT / AST	TAK	TAK	TAK
11.1.2.4	Amylaza	TAK	TAK	TAK
11.1.2.5	Albuminy	TAK	TAK	TAK
11.1.2.6	Białko całkowite	TAK	TAK	TAK
11.1.2.7	Białko PAPP-a	TAK	TAK	TAK
11.1.2.8	Bilirubina całkowita	TAK	TAK	TAK
11.1.2.9	Bilirubina bezpośrednia	TAK	TAK	TAK
11.1.2.10	Chlorki / Cl	TAK	TAK	TAK
11.1.2.11	Cholesterol całkowity	TAK	TAK	TAK
11.1.2.12	HDL Cholesterol	TAK	TAK	TAK
11.1.2.13	LDL Cholesterol	TAK	TAK	TAK
11.1.2.14	LDL Cholesterol oznaczany bezpośrednio	TAK	TAK	TAK
11.1.2.15	CK (kinaza kreatynowa)	TAK	TAK	TAK
11.1.2.16	LDH – dehydrogen. mlec.	TAK	TAK	TAK
11.1.2.17	Fosfataza zasadowa	TAK	TAK	TAK
11.1.2.18	Fosfataza kwaśna	TAK	TAK	TAK
11.1.2.19	Fosfor / P	TAK	TAK	TAK
11.1.2.20	GGTP	TAK	TAK	TAK
11.1.2.21	Test obciążenia glukozą (4pkt, 75g, 0, 1, 2, 3h)	TAK	TAK	TAK
11.1.2.22	Glukoza na czczo	TAK	TAK	TAK
11.1.2.23	Glukoza 120' po jedzeniu	TAK	TAK	TAK
11.1.2.24	Glukoza 60' po jedzeniu	TAK	TAK	TAK
11.1.2.25	Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 4 godzinach	TAK	TAK	TAK
11.1.2.26	Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 5 godzinach	TAK	TAK	TAK
11.1.2.27	Kreatynina	TAK	TAK	TAK
11.1.2.28	Kwas moczowy	TAK	TAK	TAK
11.1.2.29	Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)	TAK	TAK	TAK
11.1.2.30	Magnez / Mg	TAK	TAK	TAK
11.1.2.31	Mocznik / Azot Mocznikowy/ BUN	TAK	TAK	TAK
11.1.2.32	Potas / K	TAK	TAK	TAK
11.1.2.33	Proteinogram	TAK	TAK	TAK
11.1.2.34	Sód / Na	TAK	TAK	TAK
11.1.2.35	Trójglicerydy	TAK	TAK	TAK
11.1.2.36	Wapń / Ca	TAK	TAK	TAK
11.1.2.37	Żelazo / Fe	TAK	TAK	TAK
11.1.2.38	Immunoglobulin IgE (IgE całkowite)	TAK	TAK	TAK
11.1.2.39	Immunoglobulin IgA	TAK	TAK	TAK
11.1.2.40	Immunoglobulin IgG	TAK	TAK	TAK
11.1.2.41	Immunoglobulin IgM	TAK	TAK	TAK
11.1.2.42	Kwas foliowy	TAK	TAK	TAK
11.1.2.43	Witamina B12	TAK	TAK	TAK
11.1.2.44	Całkowita zdolność wiązania żelaza / TIBC – zastępuje Saturację Fe	TAK	TAK	TAK
11.1.2.45	Żelazo / Fe 120 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)	TAK	TAK	TAK
11.1.2.46	Żelazo / Fe 180 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)	TAK	TAK	TAK
11.1.2.47	Żelazo / Fe 240 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)	TAK	TAK	TAK
11.1.2.48	Żelazo / Fe 300 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)	TAK	TAK	TAK
11.1.2.49	Żelazo / Fe 60 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)	TAK	TAK	TAK
11.1.2.50	Ferrytyna	TAK	TAK	TAK
11.1.2.51	Ceruloplazmina	TAK	TAK	TAK



11.1.2.52	Transferyna	TAK	TAK	TAK
11.1.2.53	Tyreoglobulina	TAK	TAK	TAK
11.1.2.54	Apolipoproteina A1	TAK	TAK	TAK
11.1.2.55	Lipaza	TAK	TAK	TAK
11.1.2.56	Miedź	TAK	TAK	TAK
11.1.2.57	TSH / hTSH	TAK	TAK	TAK
11.1.2.58	T3 Wolne	TAK	TAK	TAK
11.1.2.59	T4 Wolne	TAK	TAK	TAK
11.1.2.60	Total Beta-hCG	TAK	TAK	TAK
11.1.2.61	AFP – alfa-fetoproteina	TAK	TAK	TAK
11.1.2.62	PSA – wolna frakcja	TAK	TAK	TAK
11.1.2.63	PSA całkowite	TAK	TAK	TAK
11.1.2.64	CEA – antygen carcinoembrionalny	TAK	TAK	TAK
11.1.2.65	Kortyzol po południu	NIE	TAK	TAK
11.1.2.66	Kortyzol rano	NIE	TAK	TAK
11.1.2.67	Prolaktyna 120' po obciążeniu MCP 1 tabl.	NIE	TAK	TAK
11.1.2.68	Prolaktyna 30' po obciążeniu MCP 1 tabl.	NIE	TAK	TAK
11.1.2.69	Prolaktyna 60' po obciążeniu MCP 1 tabl.	NIE	TAK	TAK
11.1.2.70	Prolaktyna	NIE	TAK	TAK
11.1.2.71	Estradiol	NIE	TAK	TAK
11.1.2.72	FSH	NIE	TAK	TAK
11.1.2.73	LH	NIE	TAK	TAK
11.1.2.74	Progesteron	NIE	TAK	TAK
11.1.2.75	Testosteron	NIE	TAK	TAK
11.1.2.76	Testosteron wolny	NIE	TAK	TAK
11.1.2.77	CA 125	NIE	TAK	TAK
11.1.2.78	CA 15.3 – antyg. raka sutka	NIE	TAK	TAK
11.1.2.79	CA 19.9 – antyg. Raka przewodu pokarmowego	NIE	TAK	TAK
11.1.2.80	ALFA 1 – Antytrypsyna	NIE	NIE	TAK
11.1.2.81	Alfa – 1 – kwaśna glikoproteina (Orozomukoid	NIE	NIE	TAK
11.1.2.82	Androstendion	NIE	NIE	TAK
11.1.2.83	Beta – 2 – Mikroglobulina	NIE	NIE	TAK
11.1.2.84	Ceruloplazmina	NIE	NIE	TAK
11.1.2.85	Cholinesteraza	NIE	NIE	TAK
11.1.2.86	Cholinesteraza krwinkowa / Acetylocholinesteraza krwinkowa	NIE	NIE	TAK
11.1.2.87	Cynk	NIE	NIE	TAK
11.1.2.88	Dehydroepiandrosteron (DHEA)	NIE	NIE	TAK
11.1.2.89	DHEA – S	NIE	NIE	TAK
11.1.2.90	Cynkoprotoporfiryny w erytrocytach (ZnPP)	NIE	NIE	TAK
11.1.2.91	Erytropoetyna	NIE	NIE	TAK
11.1.2.92	Estriol wolny	NIE	NIE	TAK
11.1.2.93	Fosfataza kwaśna sterczowa	NIE	NIE	TAK
11.1.2.94	Fosfataza zasadowa / – frakcja kostna	NIE	NIE	TAK
11.1.2.95	Gastryna	NIE	NIE	TAK
11.1.2.96	Haptoglobina	NIE	NIE	TAK
11.1.2.97	Hb A1c – Hemoglobina glikowana	NIE	NIE	TAK
11.1.2.98	Homocysteina	NIE	NIE	TAK
11.1.2.99	Hormon adenokortykotropowy (ACTH)	NIE	NIE	TAK
11.1.2.100	Hormon wzrostu (GH)	NIE	NIE	TAK
11.1.2.101	IGF – BP 3	NIE	NIE	TAK
11.1.2.102	Insulina – Insulina 120'	NIE	NIE	TAK
11.1.2.103	Insulina – Insulina 60'	NIE	NIE	TAK

11.1.2.104	Insulina – na czczo	NIE	NIE	TAK
11.1.2.105	Insulina – po 75g glukozy po 1 godzinie	NIE	NIE	TAK
11.1.2.106	Insulina – po 75g glukozy po 2 godzinach	NIE	NIE	TAK
11.1.2.107	Insulina – po 75g glukozy po 3 godzinach	NIE	NIE	TAK
11.1.2.108	Insulina – po 75g glukozy po 4 godzinach	NIE	NIE	TAK
11.1.2.109	Insulina – po 75g glukozy po 5 godzinach	NIE	NIE	TAK
11.1.2.110	CK – MB – aktywność	NIE	NIE	TAK
11.1.2.111	CK – MB – mass	NIE	NIE	TAK
11.1.2.112	Kalcytonina	NIE	NIE	TAK
11.1.2.113	Klirens kreatyniny	NIE	NIE	TAK
11.1.2.114	Mioglobina	NIE	NIE	TAK
11.1.2.115	Osteokalcyna (marker tworzenia kości)	NIE	NIE	TAK
11.1.2.116	Parathormon	NIE	NIE	TAK
11.1.2.117	Peptyd C	NIE	NIE	TAK
11.1.2.118	Utajona zdolność wiązania żelaza (UIBC)	NIE	NIE	TAK
11.1.2.119	Witamina D3 – metabolit 25 OH	NIE	NIE	TAK
11.1.2.120	T3 Całkowite	NIE	NIE	TAK
11.1.2.121	T4 Całkowite	NIE	NIE	TAK
11.1.2.122	Somatomedyna – (IGF – 1)	NIE	NIE	TAK
11.1.2.123	PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA / PSA)	NIE	NIE	TAK
11.1.2.124	Retikulocyty	NIE	NIE	TAK
11.1.2.125	SCC – antygen raka płaskonabłonkowego	NIE	NIE	TAK
11.1.2.126	SHBG	NIE	NIE	TAK
11.1.2.127	Łańcuchy lekkie kappa w surowicy	NIE	NIE	TAK
11.1.2.128	Łańcuchy lekkie lambda w surowicy	NIE	NIE	TAK
11.1.2.129	Cystatyna C	NIE	NIE	TAK
11.1.2.130	Makroprolaktyna	NIE	NIE	TAK
11.1.2.131	Aktywność reninowa osocza	NIE	NIE	TAK
11.1.2.132	Enzym konwertujący angiotensynę	NIE	NIE	TAK
11.1.2.133	Apo A1	NIE	NIE	TAK
11.1.2.134	Aldolaza	NIE	NIE	TAK
11.1.2.135	17 – OH Progesteron	NIE	NIE	TAK
11.1.2.136	Aldosteron	NIE	NIE	TAK
11.1.3	<b>Badania serologiczne i diagnostyka infekcji wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:</b>			
11.1.3.1	Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR	TAK	TAK	TAK
11.1.3.2	ASO ilościowo	TAK	TAK	TAK
11.1.3.3	ASO jakościowo	TAK	TAK	TAK
11.1.3.4	RF – CZYNNIK REUMATOIDALNY – ilościowo	TAK	TAK	TAK
11.1.3.5	Odczyn Waaler-Rose	TAK	TAK	TAK
11.1.3.6	Test BTA	TAK	TAK	TAK
11.1.3.7	Grupa krwi AB0, Rh, p / ciała przeglądowe	TAK	TAK	TAK
11.1.3.8	P / ciała odpornościowe przeglądowe / alloprzeciwiła (zastępuje P / ciała anty Rh / - /)	TAK	TAK	TAK
11.1.3.9	HBs Ag / antygen	TAK	TAK	TAK
11.1.3.10	CMV IgG	TAK	TAK	TAK
11.1.3.11	CMV IgM	TAK	TAK	TAK
11.1.3.12	HBs Ab / przeciwiła	TAK	TAK	TAK
11.1.3.13	HIV I / HIV II	TAK	TAK	TAK
11.1.3.14	EBV / Mononukleozę – lateks	TAK	TAK	TAK
11.1.3.15	EBV / Mononukleozę IgG	TAK	TAK	TAK
11.1.3.16	EBV / Mononukleozę IgM	TAK	TAK	TAK
11.1.3.17	Toksoplazmoza IgG	TAK	TAK	TAK
11.1.3.18	Toksoplazmoza IgM	TAK	TAK	TAK

11.1.3.19	P / ciała a-mikrosomalne / Anty TPO	NIE	TAK	TAK
11.1.3.20	P / ciała a-tyreoglobulinowe / Anty TG	NIE	TAK	TAK
11.1.3.21	HCV Ab / przeciwciała	NIE	TAK	TAK
11.1.3.22	Helicobacter Pylori IgG ilościowo	NIE	TAK	TAK
11.1.3.23	Różyczka IgG	NIE	TAK	TAK
11.1.3.24	Różyczka IgM	NIE	TAK	TAK
11.1.3.25	P / ciała p / chlamydia trachomatis IgA	NIE	TAK	TAK
11.1.3.26	P / ciała p / chlamydia trachomatis IgG	NIE	TAK	TAK
11.1.3.27	P / ciała p / chlamydia trachomatis IgM	NIE	TAK	TAK
11.1.3.28	HBc Ab IgM	NIE	TAK	TAK
11.1.3.29	C1 – inhibitor	NIE	NIE	TAK
11.1.3.30	C1 – inhibitor – (aktywność)	NIE	NIE	TAK
11.1.3.31	C3 składowa dopełniacza	NIE	NIE	TAK
11.1.3.32	C4 składowa dopełniacza	NIE	NIE	TAK
11.1.3.33	Anty – HAV – IgM	NIE	NIE	TAK
11.1.3.34	Anty – HAV – total	NIE	NIE	TAK
11.1.3.35	Antykoagulant toczniowy	NIE	NIE	TAK
11.1.3.36	Bąblowica (Echinococcus granulosus) IgG	NIE	NIE	TAK
11.1.3.37	Borelioza IgG	NIE	NIE	TAK
11.1.3.38	Borelioza IgG – met. western – blot (test potwierdzenia)	NIE	NIE	TAK
11.1.3.39	Borelioza IgM	NIE	NIE	TAK
11.1.3.40	Borelioza IgM – met. western – blot (test potwierdzenia)	NIE	NIE	TAK
11.1.3.41	Brucelozę – IgG	NIE	NIE	TAK
11.1.3.42	Brucelozę – IgM	NIE	NIE	TAK
11.1.3.43	Glista ludzka (ASCARIS) IGG	NIE	NIE	TAK
11.1.3.44	Cytomegalia – IgG test awidności	NIE	NIE	TAK
11.1.3.45	HBc Ab total	NIE	NIE	TAK
11.1.3.46	HBe Ab	NIE	NIE	TAK
11.1.3.47	Hbe Ag	NIE	NIE	TAK
11.1.3.48	HSV / Herpes 1 i 2 – IgG – jakościowo	NIE	NIE	TAK
11.1.3.49	HSV / Herpes 1 i 2 – IgM – jakościowo	NIE	NIE	TAK
11.1.3.50	hsCRP	NIE	NIE	TAK
11.1.3.51	Mycoplasma pneumoniae – IgG	NIE	NIE	TAK
11.1.3.52	Mycoplasma pneumoniae – IgM	NIE	NIE	TAK
11.1.3.53	Odczyn – FTA	NIE	NIE	TAK
11.1.3.54	Odczyn – TPHA	NIE	NIE	TAK
11.1.3.55	Oznaczenie antygeny HLA B27	NIE	NIE	TAK
11.1.3.56	P / c. p. antygenom cytoplazmy neutrofilów ANCA (pANCA i cANCA) met. IIF	NIE	NIE	TAK
11.1.3.57	P / c. p. mięśniom poprzecznie prążkowanym i p. mięśniowi sercowemu (miasthenia gravis) met. IIF	NIE	NIE	TAK
11.1.3.58	P / c. p. nukleosomom (ANuA) (IMMUNOBLOT)	NIE	NIE	TAK
11.1.3.59	P / ciała antykardiolipinowe – IgG	NIE	NIE	TAK
11.1.3.60	P / ciała antykardiolipinowe – IgM	NIE	NIE	TAK
11.1.3.61	P / ciała antykardiolipinowe – IgM i IgG	NIE	NIE	TAK
11.1.3.62	P / ciała p. mikrosomom wątroby i nerki (anty – LKM) met. IIF	NIE	NIE	TAK
11.1.3.63	P / ciała p. transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) – w kl. IgA met. ELISA	NIE	NIE	TAK
11.1.3.64	P / ciała p. transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) – w kl. IgG met. ELISA	NIE	NIE	TAK
11.1.3.65	P / ciała p / – Beta – 2 – glikoproteinie – 1 IGG	NIE	NIE	TAK
11.1.3.66	P / ciała p / – Beta – 2 – glikoproteinie – 1 IGM	NIE	NIE	TAK
11.1.3.67	P / ciała p / – Beta – glikoproteinie IGG i IGM (łącznie)	NIE	NIE	TAK
11.1.3.68	P / ciała p / – CCP	NIE	NIE	TAK
11.1.3.69	P / ciała p / – endomysium i gliadynie w kl. IgA (łącznie) met. IIF	NIE	NIE	TAK

11.1.3.70	P / ciała p / – endomysium i gliadynie w kl. IgG (łącznie) met. IIF	NIE	NIE	TAK
11.1.3.71	P / ciała p / – endomysium i gliadynie w kl. IgA i IgG (łącznie) met. IIF	NIE	NIE	TAK
11.1.3.72	P / ciała p / – fosfatydyloinozytolowi IGG	NIE	NIE	TAK
11.1.3.73	P / ciała p / – fosfatydyloinozytolowi IGM	NIE	NIE	TAK
11.1.3.74	P / ciała p / – korze nadnerczy	NIE	NIE	TAK
11.1.3.75	P / ciała p / – transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) w kl. IgG i IgA met. ELISA	NIE	NIE	TAK
11.1.3.76	P / ciała p / – wyspom trzust., kom. zewnątrzwydzielniczym trzust. i kom. kubkowatym jelit met. IIF	NIE	NIE	TAK
11.1.3.77	P / ciała p / Coxackie	NIE	NIE	TAK
11.1.3.78	P / ciała p / chlamydia pneumoniae IgA	NIE	NIE	TAK
11.1.3.79	P / ciała p / chlamydia pneumoniae IgG	NIE	NIE	TAK
11.1.3.80	P / ciała p / chlamydia pneumoniae IgM	NIE	NIE	TAK
11.1.3.81	P / ciała p / czynnikowi wew. Castlea i kom. okładzinowym żółądka (APCA) met. IIF	NIE	NIE	TAK
11.1.3.82	P / ciała p / DNA dwuniciowemu / natywnemu – dsDNA (nDNA)	NIE	NIE	TAK
11.1.3.83	P / ciała p / endomysium – IgA – EmA IgA	NIE	NIE	TAK
11.1.3.84	P / ciała p / endomysium – IgG – EmA IgG	NIE	NIE	TAK
11.1.3.85	P / ciała p / endomysium IgG, IgA EmA	NIE	NIE	TAK
11.1.3.86	P / ciała p / gliadynie (AGA) – w kl. IgG i IgA (łącznie) met. IIF	NIE	NIE	TAK
11.1.3.87	P / ciała p / gliadynie klasy IgA – AGA	NIE	NIE	TAK
11.1.3.88	P / ciała p / gliadynie klasy IgG – AGA	NIE	NIE	TAK
11.1.3.89	P / ciała p / jądrowe – i p.cytoplazmatyczne (ANA1), test przesiewowy met. IIF	NIE	NIE	TAK
11.1.3.90	P / ciała p / komórkom mięśnia sercowego (HMA)	NIE	NIE	TAK
11.1.3.91	P / ciała p / komórkom okładzinowym żółądka – (APCA) met. IIF	NIE	NIE	TAK
11.1.3.92	P / ciała p / mięśniom gładkim ASMA	NIE	NIE	TAK
11.1.3.93	P / ciała p / mitochondrialne AMA	NIE	NIE	TAK
11.1.3.94	P / ciała p / mitochondrialne AMA typ M2	NIE	NIE	TAK
11.1.3.95	P / ciała panel wątrobowy – (anty – LKM, anty – LSP, anty – SLA) met. IIF	NIE	NIE	TAK
11.1.3.96	P / ciała panel wątrobowy pełny – (ANA2, AMA, ASMA, anty – LKM, anty – LSP, anty – SLA) met. IIF, DID	NIE	NIE	TAK
11.1.3.97	P / ciała przeciw receptorom acetylocholin (AChR – Ab)	NIE	NIE	TAK
11.1.3.98	P / ciała przeciw receptorom TSH (TRAb)	NIE	NIE	TAK
11.1.3.99	P / ciała przeciwjądrowe – (m.in. histonowe, Ku, rib – P – Protein) (ANA3) met. Immunoblotingu	NIE	NIE	TAK
11.1.3.100	P / ciała przeciwjądrowe – i p. cytoplazmatyczne (ANA2) met. IIF, DID	NIE	NIE	TAK
11.1.3.101	Krzusiec – IgA	NIE	NIE	TAK
11.1.3.102	Krzusiec – IgG	NIE	NIE	TAK
11.1.3.103	Krzusiec – IgM	NIE	NIE	TAK
11.1.3.104	Listerioza – jakościowo	NIE	NIE	TAK
11.1.3.105	Pneumocystoza – IgG – jakościowo	NIE	NIE	TAK
11.1.3.106	Pneumocystoza – IgM – jakościowo	NIE	NIE	TAK
11.1.3.107	Toksoplazmoza – IgG test awidności	NIE	NIE	TAK
11.1.3.108	Toxocarozę IgG (półilościowo)	NIE	NIE	TAK
11.1.3.109	Świnka – IgG	NIE	NIE	TAK
11.1.3.110	Świnka – IgM	NIE	NIE	TAK
11.1.3.111	SLE – półilościowo	NIE	NIE	TAK
11.1.3.112	Serologia kiły – test potwierdzenia – FTA – ABS	NIE	NIE	TAK
11.1.3.113	P / c p. ds. DNA met. IIF	NIE	NIE	TAK
11.1.3.114	P / c p. kanalikom żółciowym met. IIF	NIE	NIE	TAK
11.1.3.115	P / c p. antygenowi cytoplazmatycznemu wątroby typu 1 (anty – LC – 1) met. Immunoblotingu	NIE	NIE	TAK
11.1.3.116	P / c p. retikulinie (ARA) w kl. IgA met. IIF	NIE	NIE	TAK
11.1.3.117	P / c p. retikulinie (ARA) w kl. IgG met. IIF	NIE	NIE	TAK
11.1.3.118	P / c p. retikulinie (ARA) w kl. IgA i IgG (łącznie) met. IIF	NIE	NIE	TAK
11.1.3.119	P / c p. mięśniom poprzecznie prążkowanym met. IIF	NIE	NIE	TAK
11.1.3.120	P / c p. błonie podstawnej kłęb. Nerkowych (anty – GMB) i błonie pęch. płucnych met. IIF	NIE	NIE	TAK

11.1.3.121	P / c. p. Saccharomyces cerevisiae (ASCA) igG met. IIF	NIE	NIE	TAK
11.1.3.122	P / c. p. pemphigus i pemphigoid met. IIF	NIE	NIE	TAK
11.1.3.123	P / c. p. gliście ludzkiej IgG	NIE	NIE	TAK
11.1.3.124	P / c. p. endomysium, retikulinie i gliadynie IgA+IgG	NIE	NIE	TAK
11.1.3.125	P / c. p. endomysium, retikulinie i gliadynie IgG	NIE	NIE	TAK
11.1.3.126	P / c. p. Endomysium i retikulinie IgA	NIE	NIE	TAK
11.1.3.127	P / c. p. Endomysium i retikulinie IgG	NIE	NIE	TAK
11.1.3.128	Odkleszczowe zapalenia mózgu przeciwciała w kl. IgM	NIE	NIE	TAK
11.1.3.129	Włośnica IgG	NIE	NIE	TAK
11.1.3.130	P / c. p. dekarboksylazie kw. glutaminowego (anty GAD)	NIE	NIE	TAK
11.1.3.131	P / c. p. fosfatazie tyrozynowej (IA2)	NIE	NIE	TAK
11.1.4	<b>Badania moczu wraz z pobraniem materiału (mocz) do badania</b>			
11.1.4.1	Mocz – badanie ogólne	TAK	TAK	TAK
11.1.4.2	Białko w moczu	TAK	TAK	TAK
11.1.4.3	Białko całkowite / DZM	TAK	TAK	TAK
11.1.4.4	Fosfor w moczu	TAK	TAK	TAK
11.1.4.5	Fosfor w moczu / DZM	TAK	TAK	TAK
11.1.4.6	Kreatynina w moczu	TAK	TAK	TAK
11.1.4.7	Kreatynina w moczu / DZM	TAK	TAK	TAK
11.1.4.8	Kwas moczowy w moczu / DZM	TAK	TAK	TAK
11.1.4.9	Kwas moczowy w moczu	TAK	TAK	TAK
11.1.4.10	Magnez / Mg w moczu	TAK	TAK	TAK
11.1.4.11	Magnez / Mg w moczu DZM	TAK	TAK	TAK
11.1.4.12	Mocznik / Azot Mocznikowy / BUN / w moczu DZM	TAK	TAK	TAK
11.1.4.13	Mocznik / Azot Mocznikowy/ BUN w moczu	TAK	TAK	TAK
11.1.4.14	Sód / Na w moczu	TAK	TAK	TAK
11.1.4.15	Sód / Na w moczu / DZM	TAK	TAK	TAK
11.1.4.16	Wapń w moczu	TAK	TAK	TAK
11.1.4.17	Wapń w moczu / DZM	TAK	TAK	TAK
11.1.4.18	Potas / K w moczu	TAK	TAK	TAK
11.1.4.19	Potas / K w moczu / DZM	TAK	TAK	TAK
11.1.4.20	Ołów / Pb w moczu	TAK	TAK	TAK
11.1.4.21	Kwas wanilinomigdałowy (VAM) w moczu	NIE	TAK	TAK
11.1.4.22	Kwas delta – aminolewulinowy (ALA)	NIE	TAK	TAK
11.1.4.23	Kwas delta – aminolewulinowy (ALA) w DZM	NIE	TAK	TAK
11.1.4.24	Katecholaminy (Noradrenalina, Adrenalina) w DZM	NIE	TAK	TAK
11.1.4.25	Kortyzol w DZM	NIE	TAK	TAK
11.1.4.26	Metoksykatecholaminy w DZM	NIE	TAK	TAK
11.1.4.27	Albumina w moczu	NIE	NIE	TAK
11.1.4.28	Aldosteron w DZM	NIE	NIE	TAK
11.1.4.29	Amylaza w moczu	NIE	NIE	TAK
11.1.4.30	Białko Bence Jonesa w moczu	NIE	NIE	TAK
11.1.4.31	Chlorki / Cl w moczu	NIE	NIE	TAK
11.1.4.32	Chlorki / Cl w moczu / DZM	NIE	NIE	TAK
11.1.4.33	Glukoza i ketony w moczu	NIE	NIE	TAK
11.1.4.34	Kadm w moczu	NIE	NIE	TAK
11.1.4.35	Koproporfiryny w moczu	NIE	NIE	TAK
11.1.4.36	Kwas 5 – hydroksyindolooctowy w DZM (5 – HIAA)	NIE	NIE	TAK
11.1.4.37	Kwas hipurowy w moczu / DZM	NIE	NIE	TAK
11.1.4.38	Wskaźnik albumina / kreatynina w moczu (ACR) – (d. Mikroalbuminuria w moczu)	NIE	NIE	TAK
11.1.4.39	Rtęć / Hg w moczu	NIE	NIE	TAK
11.1.4.40	Łańcuchy lekkie kappa w moczu	NIE	NIE	TAK

11.1.4.41	Łańcuchy lekkie lambda w moczu	NIE	NIE	TAK
11.1.4.42	Białko Bence' a – Jonesa w moczu	NIE	NIE	TAK
11.1.4.43	Szczawiany w DZM	NIE	NIE	TAK
11.1.4.44	17 – ketosterydy w DZM	NIE	NIE	TAK
11.1.4.45	Aldosteron w DZM	NIE	NIE	TAK
11.1.4.46	17 – hydroksykortykosteroidy w DZM	NIE	NIE	TAK
11.1.4.47	Skład chemiczny kamienia nerkowegoPyrylinks D (marker resorpcji kości)	NIE	NIE	TAK
11.1.5	<b>Badania bakteriologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej):</b>			
11.1.5.1	Posiew moczu	TAK	TAK	TAK
11.1.5.2	Kał posiew ogólny	TAK	TAK	TAK
11.1.5.3	Wymaz z gardła / migdałków – posiew tlenowy	TAK	TAK	TAK
11.1.5.4	Wymaz z jamy ustnej – posiew tlenowy	TAK	TAK	TAK
11.1.5.5	Wymaz z języka – posiew tlenowy	TAK	TAK	TAK
11.1.5.6	Wymaz z nosogardła – posiew beztlenowy	TAK	TAK	TAK
11.1.5.7	Wymaz z nosogardła – posiew tlenowy	TAK	TAK	TAK
11.1.5.8	Wymaz z odbytu i pochwy w kierunku pać. hem. GBS	TAK	TAK	TAK
11.1.5.9	Wymaz z pochwy – posiew beztlenowy	TAK	TAK	TAK
11.1.5.10	Wymaz z pochwy – posiew tlenowy	TAK	TAK	TAK
11.1.5.11	Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy	TAK	TAK	TAK
11.1.5.12	Kał posiew w kierunku SS	TAK	TAK	TAK
11.1.5.13	Czystość pochwy (biocenoza pochwy)	TAK	TAK	TAK
11.1.5.14	Wymaz z kanału szyjki macicy	TAK	TAK	TAK
11.1.5.15	Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew beztlenowy	TAK	TAK	TAK
11.1.5.16	Posiew w kierunku GC (GNC) – wymaz z kanału szyjki macicy	TAK	TAK	TAK
11.1.5.17	Wymaz z ucha – posiew beztlenowy	NIE	TAK	TAK
11.1.5.18	Wymaz z ucha – posiew tlenowy	NIE	TAK	TAK
11.1.5.19	Wymaz z oka – posiew tlenowy	NIE	TAK	TAK
11.1.5.20	Wymaz z nosa	NIE	TAK	TAK
11.1.5.21	Wymaz z nosa – posiew tlenowy	NIE	TAK	TAK
11.1.5.22	Wymaz z rany	NIE	TAK	TAK
11.1.5.23	Wymaz z rany – posiew beztlenowy	NIE	TAK	TAK
11.1.5.24	Posiew nasienia tlenowy	NIE	TAK	TAK
11.1.5.25	Posiew płwociny	NIE	TAK	TAK
11.1.5.26	Kał posiew w kier. E. Coli patogenne u dzieci do lat 2	NIE	TAK	TAK
11.1.5.27	Kał posiew w kierunku Yersinia enterocolitica	NIE	TAK	TAK
11.1.5.28	Wymaz z cewki moczowej	NIE	TAK	TAK
11.1.5.29	Wymaz z cewki moczowej – posiew beztlenowy	NIE	TAK	TAK
11.1.5.30	Posiew pokarmu – z piersi lewej – tlenowy	NIE	NIE	TAK
11.1.5.31	Posiew pokarmu – z piersi prawej – tlenowy	NIE	NIE	TAK
11.1.5.32	Posiew treści ropnia	NIE	NIE	TAK
11.1.5.33	Posiew treści ropnia – beztlenowy	NIE	NIE	TAK
11.1.5.34	Posiew w kierunku GC (GNC) – wymaz z cewki moczowej	NIE	NIE	TAK
11.1.5.35	Seton z ucha – lewego – posiew tlenowy	NIE	NIE	TAK
11.1.5.36	Seton z ucha – prawego – posiew tlenowy	NIE	NIE	TAK
11.1.5.37	Wydzielina z piersi – posiew tlenowy	NIE	NIE	TAK
11.1.5.38	Wymaz spod napletka – posiew tlenowy	NIE	NIE	TAK
11.1.5.39	Wymaz z czyraków	NIE	NIE	TAK
11.1.5.40	Wymaz z dziąseł – posiew tlenowy	NIE	NIE	TAK
11.1.5.41	Wymaz z języka – posiew tlenowy	NIE	NIE	TAK
11.1.5.42	Wymaz z krtani – posiew tlenowy	NIE	NIE	TAK
11.1.5.43	Wymaz z krtani – w kierunku Pneumocistis carini	NIE	NIE	TAK
11.1.5.44	Wymaz z odbytu – posiew tlenowy	NIE	NIE	TAK

11.1.5.45	Wymaz z odbytu – posiew w kierunku SS	NIE	NIE	TAK
11.1.5.46	Wymaz z owrzodzenia – posiew tlenowy	NIE	NIE	TAK
11.1.5.47	Wymaz z pępka – posiew tlenowy	NIE	NIE	TAK
11.1.5.48	Wymaz z prącia – posiew tlenowy	NIE	NIE	TAK
11.1.5.49	Wymaz z warg sromowych – posiew tlenowy	NIE	NIE	TAK
11.1.5.50	Wymaz ze zmian skórnych – posiew tlenowy	NIE	NIE	TAK
11.1.5.51	Chlamydia pneumoniae antygen met. IIF wymaz	NIE	NIE	TAK
11.1.5.52	Chlamydia pneumoniae antygen met. IIF wymaz – inny materiał	NIE	NIE	TAK
11.1.5.53	Chlamydia pneumoniae antygen met. IIF wymaz – z gardła	NIE	NIE	TAK
11.1.5.54	Chlamydia trachomatis antygen met. IIF wymaz – inny materiał	NIE	NIE	TAK
11.1.5.55	Chlamydia trachomatis antygen met. IIF wymaz – z cewki moczowej	NIE	NIE	TAK
11.1.5.56	Chlamydia trachomatis antygen met. IIF wymaz – z kanału szyjki macicy	NIE	NIE	TAK
11.1.5.57	Eozynofile w wymazie z nosa	NIE	NIE	TAK
11.1.5.58	Mycoplasma hominis i Ureaplasma urealiticum – wymaz z cewki moczowej	NIE	NIE	TAK
11.1.5.59	Mycoplasma hominis i Ureaplasma urealiticum – wymaz z kanału szyjki macicy	NIE	NIE	TAK
11.1.5.60	Owsiki – wymaz z odbytu	NIE	NIE	TAK
11.1.6	<b>Badania kału wraz z pobraniem materiału do badania:</b>			
11.1.6.1	Kał badanie ogólne	TAK	TAK	TAK
11.1.6.2	Krew utajona w kale / F.O.B.	TAK	TAK	TAK
11.1.6.3	Kał na pasożyty 1 próba	NIE	TAK	TAK
11.1.6.4	Kał na Rota i Adenowirusy	NIE	TAK	TAK
11.1.6.5	Kał na Lamblię ELISA	NIE	TAK	TAK
11.1.6.6	Helicobacter Pylori – antygen w kale	NIE	NIE	TAK
11.1.6.7	Kał – Clostridium difficile – antygen GDH i toksyna A / B	NIE	NIE	TAK
11.1.7	<b>Badania cytologiczne wraz z pobraniem materiału do badania:</b>			
11.1.7.1	Standardowa* cytologia szyjki macicy	TAK	TAK	TAK
11.1.7.2	Standardowe* cytologiczne badanie błony śluzowej nosa	NIE	NIE	TAK
11.1.8	<b>Badania mykologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej):</b>			
11.1.8.1	Kał posiew w kierunku grzybów drożdż.	TAK	TAK	TAK
11.1.8.2	Posiew moczu w kierunku grzybów drożdż.	TAK	TAK	TAK
11.1.8.3	Wymaz z gardła / migdałków posiew w kierunku grzybów drożdż.	TAK	TAK	TAK
11.1.8.4	Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew w kierunku grzybów drożdż.	TAK	TAK	TAK
11.1.8.5	Wymaz z nosogardła posiew w kierunku grzybów drożdż.	TAK	TAK	TAK
11.1.8.6	Wymaz z pochwy posiew w kierunku grzybów drożdż.	TAK	TAK	TAK
11.1.8.7	Wymaz z jamy ustnej posiew w kierunku grzybów drożdż.	TAK	TAK	TAK
11.1.8.8	Wymaz z języka posiew w kierunku grzybów drożdż.	TAK	TAK	TAK
11.1.8.9	Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów paznokiec stopy	NIE	TAK	TAK
11.1.8.10	Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów paznokiec ręki	NIE	TAK	TAK
11.1.8.11	Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów włosy	NIE	TAK	TAK
11.1.8.12	Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów wymaz ze skóry	NIE	TAK	TAK
11.1.8.13	Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów zeszkrobiny skórne	NIE	TAK	TAK
11.1.8.14	Posiew płwociny w kierunku grzybów drożdż.	NIE	TAK	TAK
11.1.8.15	Posiew treści ropnia w kierunku grzybów drożdż.	NIE	TAK	TAK
11.1.8.16	Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych wydzielina	NIE	TAK	TAK
11.1.8.17	Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych wymaz	NIE	TAK	TAK
11.1.8.18	Wymaz z cewki moczowej posiew w kierunku grzybów drożdż.	NIE	TAK	TAK
11.1.8.19	Wymaz z nosa – posiew w kierunku grzybów drożdż.	NIE	TAK	TAK
11.1.8.20	Wymaz z oka – posiew w kierunku grzybów drożdż.	NIE	TAK	TAK
11.1.8.21	Wymaz z rany – posiew w kierunku grzybów drożdż.	NIE	TAK	TAK
11.1.8.22	Wymaz z ucha – posiew w kierunku grzybów drożdż.	NIE	TAK	TAK
11.1.8.23	Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów – naskórek dłoni – zeszkrobiny	NIE	NIE	TAK
11.1.8.24	Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów – naskórek stóp – zeszkrobiny	NIE	NIE	TAK

11.1.8.25	Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów – skóra owłosiona głowy – zeszkrobiny	NIE	NIE	TAK
11.1.8.26	Posiew nasienia w kierunku grzybów drożdż.	NIE	NIE	TAK
11.1.8.27	Wymaz spod napletka – posiew w kierunku grzybów drożdż.	NIE	NIE	TAK
11.1.8.28	Wymaz z dziąseł – posiew w kierunku grzybów drożdż.	NIE	NIE	TAK
11.1.8.29	Wymaz z krtani – posiew w kierunku grzybów drożdż.	NIE	NIE	TAK
11.1.8.30	Wymaz z okolicy odbytu – posiew w kierunku grzybów	NIE	NIE	TAK
11.1.8.31	Wymaz z owrzodzenia – posiew w kierunku grzybów	NIE	NIE	TAK
11.1.8.32	Wymaz z prącia – posiew w kierunku grzybów drożdż.	NIE	NIE	TAK
11.1.8.33	Wymaz z warg sromowych – posiew w kierunku grzybów drożdż.	NIE	NIE	TAK
11.1.8.34	Wymaz ze zmian skórnych – posiew w kierunku grzybów	NIE	NIE	TAK
11.1.9	<b>Szybkie testy paskowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:</b>			
11.1.9.1	CRP – test paskowy	TAK	TAK	TAK
11.1.9.2	Cholesterol badanie paskowe	TAK	TAK	TAK
11.1.9.3	Glukoza badanie glukometrem	TAK	TAK	TAK
11.1.9.4	Troponina – badanie paskowe	TAK	TAK	TAK
11.1.9.5	Wymaz z gardła w kierunku Streptococcus A. – szybki test	NIE	NIE	TAK
11.1.10	<b>Badania toksykologiczne wraz z pobraniem materiału (krew do badania):</b>			
11.1.10.1	Digoksyna	NIE	TAK	TAK
11.1.10.2	Ołów	NIE	TAK	TAK
11.1.10.3	Karbamazepina	NIE	NIE	TAK
11.1.10.4	Kwas walproinowy	NIE	NIE	TAK
11.1.10.5	Kwasy żółciowe	NIE	NIE	TAK
11.1.10.6	Lit	NIE	NIE	TAK
11.1.10.7	Badanie toksykologiczne – methemoglobina ilościowo	NIE	NIE	TAK
11.1.10.8	Fenytoina, ilościowo	NIE	NIE	TAK
11.1.10.9	Cyklosporyna A, ilościowo	NIE	NIE	TAK
11.2	<b>Diagnostyka obrazowa:</b>			
11.2.1	<b>Badania elektrokardiograficzne:</b>			
11.2.1.1	Badanie EKG – spoczynkowe	TAK	TAK	TAK
11.2.1.2	Standardowa* próba wysiłkowa	TAK	TAK	TAK
11.2.1.3	Założenie standardowego* Holtera EKG (na 24h) w gabinecie	NIE	TAK	TAK
11.2.1.4	Założenie Holtera RR (na 24h) w gabinecie	NIE	TAK	TAK
11.2.1.5	Próba wysiłkowa EKG wysiłkowe na cykloergometrze	NIE	NIE	TAK
11.2.1.6	Założenie Holtera EKG z 12 odprowadzeniami (na 24h)	NIE	NIE	TAK
11.2.2	<b>Badania rentgenowskie (wynik badania na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce medycznej):</b>			
11.2.2.1	RTG czaszki oczodoły	TAK	TAK	TAK
11.2.2.2	RTG oczodoły + boczne (2 projekcje)	TAK	TAK	TAK
11.2.2.3	RTG czaszki PA + bok	TAK	TAK	TAK
11.2.2.4	RTG czaszki PA + bok + podstawa	TAK	TAK	TAK
11.2.2.5	RTG czaszki podstawa	TAK	TAK	TAK
11.2.2.6	RTG czaszki półosiowe wg Orleya	TAK	TAK	TAK
11.2.2.7	RTG czaszki siodło tureckie	TAK	TAK	TAK
11.2.2.8	RTG czaszki styczne	TAK	TAK	TAK
11.2.2.9	RTG czaszki kanały nerwów czaszkowych	TAK	TAK	TAK
11.2.2.10	RTG twarzoczaszki	TAK	TAK	TAK
11.2.2.11	RTG jamy brzusznej inne	TAK	TAK	TAK
11.2.2.12	RTG jamy brzusznej na leżąco	TAK	TAK	TAK
11.2.2.13	RTG jamy brzusznej na stojąco	TAK	TAK	TAK
11.2.2.14	RTG klatki piersiowej	TAK	TAK	TAK
11.2.2.15	RTG klatki piersiowej + bok	TAK	TAK	TAK
11.2.2.16	RTG klatki piersiowej bok z barytem	TAK	TAK	TAK
11.2.2.17	RTG klatki piersiowej inne	TAK	TAK	TAK



11.2.2.18	RTG klatki piersiowej PA + bok z barytem	TAK	TAK	TAK
11.2.2.19	RTG klatki piersiowej tarczycy, tchawicy	TAK	TAK	TAK
11.2.2.20	RTG kości krzyżowej i guzicznej	TAK	TAK	TAK
11.2.2.21	RTG nosa boczne	TAK	TAK	TAK
11.2.2.22	RTG podudzia (goleni) AP + bok	TAK	TAK	TAK
11.2.2.23	RTG podudzia (goleni) AP + bok obu	TAK	TAK	TAK
11.2.2.24	RTG uda + podudzia	TAK	TAK	TAK
11.2.2.25	RTG kości udowej AP + bok lewej	TAK	TAK	TAK
11.2.2.26	RTG kości udowej AP + bok prawej	TAK	TAK	TAK
11.2.2.27	RTG barku / ramienia – osiowe	TAK	TAK	TAK
11.2.2.28	RTG barku / ramienia – osiowe obu	TAK	TAK	TAK
11.2.2.29	RTG barku / ramienia AP + bok	TAK	TAK	TAK
11.2.2.30	RTG barku / ramienia AP + bok obu – zdjęcie porównawcze	TAK	TAK	TAK
11.2.2.31	RTG barku / ramienia AP	TAK	TAK	TAK
11.2.2.32	RTG barku / ramienia AP obu – zdjęcie porównawcze	TAK	TAK	TAK
11.2.2.33	RTG przedramienia AP + bok	TAK	TAK	TAK
11.2.2.34	RTG przedramienia obu przedramion AP + bok	TAK	TAK	TAK
11.2.2.35	RTG łokcia / przedramienia AP + bok	TAK	TAK	TAK
11.2.2.36	RTG łokcia / przedramienia obu AP + bok	TAK	TAK	TAK
11.2.2.37	RTG kości skroniowych transorbitalne	TAK	TAK	TAK
11.2.2.38	RTG kości skroniowych wg Schullera / Steversa	TAK	TAK	TAK
11.2.2.39	RTG piramid kości skroniowej transorbitalne	TAK	TAK	TAK
11.2.2.40	RTG ręki bok	TAK	TAK	TAK
11.2.2.41	RTG ręki PA	TAK	TAK	TAK
11.2.2.42	RTG ręki PA obu	TAK	TAK	TAK
11.2.2.43	RTG palec / palce PA + bok / skos	TAK	TAK	TAK
11.2.2.44	RTG palec / palce PA + bok / skos obu rąk	TAK	TAK	TAK
11.2.2.45	RTG kości łódeczkowatej	TAK	TAK	TAK
11.2.2.46	RTG stopy AP + bok / skos	TAK	TAK	TAK
11.2.2.47	RTG stopy AP + bok / skos – na stojąco	TAK	TAK	TAK
11.2.2.48	RTG stopy AP + bok / skos obu	TAK	TAK	TAK
11.2.2.49	RTG stopy AP + bok / skos obu – na stojąco	TAK	TAK	TAK
11.2.2.50	RTG stóp AP (porównawczo)	TAK	TAK	TAK
11.2.2.51	RTG kości śródstopia	TAK	TAK	TAK
11.2.2.52	RTG palca / palców stopy AP + bok / skos	TAK	TAK	TAK
11.2.2.53	RTG pięty + osiowe	TAK	TAK	TAK
11.2.2.54	RTG pięty boczne	TAK	TAK	TAK
11.2.2.55	RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok	TAK	TAK	TAK
11.2.2.56	RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok + skos	TAK	TAK	TAK
11.2.2.57	RTG kręgosłupa lędźwiowego bok	TAK	TAK	TAK
11.2.2.58	RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego skosy	TAK	TAK	TAK
11.2.2.59	RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego AP + bok	TAK	TAK	TAK
11.2.2.60	RTG czynnościowe kręgosłupa lędźwiowego	TAK	TAK	TAK
11.2.2.61	RTG kręgosłupa piersiowego	TAK	TAK	TAK
11.2.2.62	RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok	TAK	TAK	TAK
11.2.2.63	RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok + skos	TAK	TAK	TAK
11.2.2.64	RTG kręgosłupa piersiowego bok	TAK	TAK	TAK
11.2.2.65	RTG kręgosłupa piersiowego skosy	TAK	TAK	TAK
11.2.2.66	RTG kręgosłupa szyjnego	TAK	TAK	TAK
11.2.2.67	RTG kręgosłupa szyjnego AP + bok	TAK	TAK	TAK
11.2.2.68	RTG kręgosłupa szyjnego bok	TAK	TAK	TAK
11.2.2.69	RTG kręgosłupa szyjnego bok + skosy (3 projekcje)	TAK	TAK	TAK

11.2.2.70	RTG kręgosłupa szyjnego skosy	TAK	TAK	TAK
11.2.2.71	RTG czynnościowe kręgosłupa szyjnego	TAK	TAK	TAK
11.2.2.72	RTG kręgosłupa AP na stojąco (skolioza)	TAK	TAK	TAK
11.2.2.73	RTG kręgosłupa AP na stojąco + bok (skolioza)	TAK	TAK	TAK
11.2.2.74	RTG łopatki	TAK	TAK	TAK
11.2.2.75	RTG miednicy i stawów biodrowych	TAK	TAK	TAK
11.2.2.76	RTG mostka AP	TAK	TAK	TAK
11.2.2.77	RTG mostka / boczne klatki piersiowej	TAK	TAK	TAK
11.2.2.78	RTG żuchwy	TAK	TAK	TAK
11.2.2.79	RTG zatok przynosowych	TAK	TAK	TAK
11.2.2.80	RTG żeber (1 strona) w 2 skosach	TAK	TAK	TAK
11.2.2.81	RTG nadgarstka boczne	TAK	TAK	TAK
11.2.2.82	RTG nadgarstka boczne – obu	TAK	TAK	TAK
11.2.2.83	RTG nadgarstka PA + bok	TAK	TAK	TAK
11.2.2.84	RTG nadgarstka PA + bok obu	TAK	TAK	TAK
11.2.2.85	RTG ręki PA + skos	TAK	TAK	TAK
11.2.2.86	RTG ręki PA + skos obu	TAK	TAK	TAK
11.2.2.87	RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos lewego	TAK	TAK	TAK
11.2.2.88	RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos prawego	TAK	TAK	TAK
11.2.2.89	RTG obu nadgarstków / dłoni PA + bok / skos	TAK	TAK	TAK
11.2.2.90	RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos obu	TAK	TAK	TAK
11.2.2.91	RTG rzepki osiowe obu	TAK	TAK	TAK
11.2.2.92	RTG rzepki osiowe obu w 2 ustawieniach	TAK	TAK	TAK
11.2.2.93	RTG rzepki osiowe obu w 3 ustawieniach	TAK	TAK	TAK
11.2.2.94	RTG stawów krzyżowo-biodrowych – PA	TAK	TAK	TAK
11.2.2.95	RTG stawów krzyżowo-biodrowych – skosy	TAK	TAK	TAK
11.2.2.96	RTG stawu biodrowego AP	TAK	TAK	TAK
11.2.2.97	RTG stawu biodrowego AP obu	TAK	TAK	TAK
11.2.2.98	RTG stawu biodrowego osiowe	TAK	TAK	TAK
11.2.2.99	RTG stawu kolanowego AP + bok	TAK	TAK	TAK
11.2.2.100	RTG stawu kolanowego AP + bok obu	TAK	TAK	TAK
11.2.2.101	RTG stawu kolanowego AP + bok obu – na stojąco	TAK	TAK	TAK
11.2.2.102	RTG stawu kolanowego boczne	TAK	TAK	TAK
11.2.2.103	RTG stawu łokciowego	TAK	TAK	TAK
11.2.2.104	RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok	TAK	TAK	TAK
11.2.2.105	RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok obu	TAK	TAK	TAK
11.2.2.106	RTG nosogardła	TAK	TAK	TAK
11.2.2.107	RTG barku (przez klatkę)	TAK	TAK	TAK
11.2.2.108	RTG barku AP + osiowe	TAK	TAK	TAK
11.2.2.109	RTG obojczyka	TAK	TAK	TAK
11.2.2.110	RTG klatki piersiowej – RTG tomograf	NIE	TAK	TAK
11.2.2.111	RTG czynnościowe stawów skroniowo żuchwowych	NIE	TAK	TAK
11.2.2.112	Urografia (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi)	NIE	TAK	TAK
11.2.2.113	RTG przedramienia obu przedramion AP + bok	NIE	NIE	TAK
11.2.2.114	RTG jelita grubego – wlew doodbytniczy (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi)	NIE	NIE	TAK
11.2.2.115	RTG krtani – tomogram	NIE	NIE	TAK
11.2.2.116	RTG pasaż jelita cienkiego (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi)	NIE	NIE	TAK
11.2.2.117	RTG przełyku, żołądka i 12-cy (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi)	NIE	NIE	TAK
11.2.3	<b>Badania ultrasonograficzne:</b>			
11.2.3.1	USG jamy brzusznej	TAK	TAK	TAK
11.2.3.2	USG piersi	TAK	TAK	TAK
11.2.3.3	USG tarczycy	TAK	TAK	TAK

11.2.3.4	USG prostaty przez powłoki brzuszne	TAK	TAK	TAK
11.2.3.5	USG ginekologiczne transwaginalne	TAK	TAK	TAK
11.2.3.6	USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne	TAK	TAK	TAK
11.2.3.7	USG układu moczowego	NIE	TAK	TAK
11.2.3.8	USG narządów moczny (jąder)	NIE	TAK	TAK
11.2.3.9	USG ślinianek	NIE	TAK	TAK
11.2.3.10	USG transrektalne prostaty	NIE	TAK	TAK
11.2.3.11	USG / doppler tętnic szyjnych i kręgowych	NIE	TAK	TAK
11.2.3.12	USG / doppler tętnic kończyn dolnych	NIE	TAK	TAK
11.2.3.13	USG / doppler tętnic kończyn górnych	NIE	TAK	TAK
11.2.3.14	USG / doppler żył kończyn dolnych	NIE	TAK	TAK
11.2.3.15	USG / doppler żył kończyn górnych	NIE	TAK	TAK
11.2.3.16	USG / doppler aorty brzusznej i tętnic biodrowych	NIE	TAK	TAK
11.2.3.17	USG / doppler naczyń wątroby (ocena krążenia wrotnego)	NIE	TAK	TAK
11.2.3.18	USG / doppler tętnic nerkowych	NIE	TAK	TAK
11.2.3.19	USG / doppler tętnic wewnątrzczaszkowych	NIE	TAK	TAK
11.2.3.20	USG stawów biodrowych dzieci	NIE	TAK	TAK
11.2.3.21	USG stawów biodrowych + konsultacja ortopedyczna stawów biodrowych (do 1 roku życia)	NIE	TAK	TAK
11.2.3.22	USG stawu biodrowego	NIE	TAK	TAK
11.2.3.23	USG stawu kolanowego	NIE	TAK	TAK
11.2.3.24	USG stawu łokciowego	NIE	TAK	TAK
11.2.3.25	USG stawu skokowego	NIE	TAK	TAK
11.2.3.26	USG stawu barkowego	NIE	TAK	TAK
11.2.3.27	USG tkanki podskórnej (tłuszczaki, włókniaki etc.)	NIE	TAK	TAK
11.2.3.28	USG krwiaka pourazowego mięśni	NIE	TAK	TAK
11.2.3.29	USG węzłów chłonnych	NIE	TAK	TAK
11.2.3.30	USG nadgarstka	NIE	TAK	TAK
11.2.3.31	USG więzadeł, mięśni, drobnych stawów	NIE	TAK	TAK
11.2.3.32	USG śródstopia	NIE	TAK	TAK
11.2.3.33	USG rozciągnięta podszwowego	NIE	TAK	TAK
11.2.3.34	USG stawów śródreżca i palców	NIE	TAK	TAK
11.2.3.35	USG ścięgna Achillesa	NIE	TAK	TAK
11.2.3.36	USG układu moczowego + TRUS	NIE	TAK	TAK
11.2.3.37	USG przeziemiączkowe	NIE	TAK	TAK
11.2.3.38	Echokardiografia – USG serca	NIE	TAK	TAK
11.2.3.39	USG krtani	NIE	NIE	TAK
11.2.3.40	USG gałek ocznych i oczodołów	NIE	NIE	TAK
11.2.4	<b>Badania endoskopowe wraz z pobraniem wycinków endoskopowych:</b>			
11.2.4.1	Anoskopia	TAK	TAK	TAK
11.2.4.2	Gastroskopia (z testem ureazowym)	NIE	TAK	TAK
11.2.4.3	Rektoskopia	NIE	TAK	TAK
11.2.4.4	Sigmoidoskopia	NIE	TAK	TAK
11.2.4.5	Kolonoskopia	NIE	TAK	TAK
11.2.4.6	Badanie histopatologiczne – materiału z biopsji endoskopowej	NIE	TAK	TAK
11.2.5	<b>Rezonans magnetyczny wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi (za wyj. MR – Rezonans magnetyczny głowy):</b>			
11.2.5.1	MR – Rezonans magnetyczny głowy	TAK	TAK	TAK
11.2.5.2	MR – Rezonans magnetyczny angio głowy	NIE	TAK	TAK
11.2.5.3	MR – Rezonans magnetyczny głowy + angio	NIE	TAK	TAK
11.2.5.4	MR - Rezonans magnetyczny – głowy i przysadki mózgowej	NIE	TAK	TAK
11.2.5.5	MR – Rezonans magnetyczny twarzoczaszki	NIE	TAK	TAK
11.2.5.6	MR – Rezonans magnetyczny jamy brzusznej	NIE	TAK	TAK
11.2.5.7	MR – Rezonans magnetyczny miednicy mniejszej	NIE	TAK	TAK

11.2.5.8	MR – Rezonans magnetyczny miednicy kostnej	NIE	TAK	TAK
11.2.5.9	MR – Rezonans magnetyczny jamy brzusznej i miednicy mniejszej	NIE	TAK	TAK
11.2.5.10	MR – Rezonans magnetyczny klatki piersiowej	NIE	TAK	TAK
11.2.5.11	MR – Rezonans magnetyczny kręgosłupa lędźwiowego	NIE	TAK	TAK
11.2.5.12	MR – Rezonans magnetyczny kręgosłupa piersiowego	NIE	TAK	TAK
11.2.5.13	MR – Rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego	NIE	TAK	TAK
11.2.5.14	MR – Rezonans magnetyczny oczodołów	NIE	TAK	TAK
11.2.5.15	MR – Rezonans magnetyczny zatok	NIE	TAK	TAK
11.2.5.16	MR – Rezonans magnetyczny przysadki	NIE	TAK	TAK
11.2.5.17	MR – Rezonans magnetyczny stawu barkowego	NIE	TAK	TAK
11.2.5.18	MR – Rezonans magnetyczny stawu łokciowego	NIE	TAK	TAK
11.2.5.19	MR – Rezonans magnetyczny stawu kolanowego	NIE	TAK	TAK
11.2.5.20	MR – Rezonans magnetyczny nadgarstka	NIE	TAK	TAK
11.2.5.21	MR – Rezonans magnetyczny stawu skokowego	NIE	TAK	TAK
11.2.5.22	MR – Rezonans magnetyczny stawu biodrowego	NIE	TAK	TAK
11.2.5.23	MR – Rezonans magnetyczny stawów krzyżowo-biodrowych	NIE	TAK	TAK
11.2.5.24	MR – Rezonans magnetyczny stopy	NIE	TAK	TAK
11.2.5.25	MR – Rezonans magnetyczny podudzia	NIE	TAK	TAK
11.2.5.26	MR – Rezonans magnetyczny uda	NIE	TAK	TAK
11.2.5.27	MR – Rezonans magnetyczny przedramienia	NIE	TAK	TAK
11.2.5.28	MR – Rezonans magnetyczny ramienia	NIE	TAK	TAK
11.2.5.29	MR – Rezonans magnetyczny ręki	NIE	TAK	TAK
11.2.5.30	MR – Rezonans magnetyczny szyi	NIE	NIE	TAK
11.2.6	<b>Tomografia komputerowa wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi (za wyj. TK – Tomografia komputerowa głowy):</b>			
11.2.6.1	TK – Tomografia komputerowa głowy	TAK	TAK	TAK
11.2.6.2	TK – Tomografia komputerowa twarzoczaszki	NIE	TAK	TAK
11.2.6.3	TK – Tomografia komputerowa przysadki mózgowej	NIE	TAK	TAK
11.2.6.4	TK – Tomografia komputerowa zatok	NIE	TAK	TAK
11.2.6.5	TK – Tomografia komputerowa oczodołów	NIE	TAK	TAK
11.2.6.6	TK – Tomografia komputerowa kości skroniowych	NIE	TAK	TAK
11.2.6.7	TK – Tomografia komputerowa szyi	NIE	TAK	TAK
11.2.6.8	TK – Tomografia komputerowa krtani	NIE	TAK	TAK
11.2.6.9	TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej	NIE	TAK	TAK
11.2.6.10	TK – Tomografia komputerowa – klatki piersiowej niskodawkowa	NIE	TAK	TAK
11.2.6.11	TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej (HRCT)	NIE	TAK	TAK
11.2.6.12	TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej	NIE	TAK	TAK
11.2.6.13	TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej Trójfazowa	NIE	TAK	TAK
11.2.6.14	TK – Tomografia komputerowa miednicy mniejszej	NIE	TAK	TAK
11.2.6.15	TK – Tomografia komputerowa miednicy kostnej	NIE	TAK	TAK
11.2.6.16	TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy mniejszej	NIE	TAK	TAK
11.2.6.17	TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej i jamy brzusznej	NIE	TAK	TAK
11.2.6.18	TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej	NIE	TAK	TAK
11.2.6.19	TK – Tomografia komputerowa szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej	NIE	TAK	TAK
11.2.6.20	TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego	NIE	TAK	TAK
11.2.6.21	TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego	NIE	TAK	TAK
11.2.6.22	TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego	NIE	TAK	TAK
11.2.6.23	TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego + krzyżowego	NIE	TAK	TAK
11.2.6.24	TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + lędźwiowego	NIE	TAK	TAK
11.2.6.25	TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + piersiowego	NIE	TAK	TAK
11.2.6.26	TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + piersiowego + lędźwiowego	NIE	TAK	TAK
11.2.6.27	TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego + lędźwiowego	NIE	TAK	TAK
11.2.6.28	TK – Tomografia komputerowa stawu biodrowego	NIE	TAK	TAK

11.2.6.29	TK – Tomografia komputerowa stawu kolanowego	NIE	TAK	TAK
11.2.6.30	TK – Tomografia komputerowa stawu skokowego	NIE	TAK	TAK
11.2.6.31	TK – Tomografia komputerowa nadgarstka	NIE	TAK	TAK
11.2.6.32	TK – Tomografia komputerowa stawu barkowego	NIE	TAK	TAK
11.2.6.33	TK – Tomografia komputerowa stawu łokciowego	NIE	TAK	TAK
11.2.6.34	TK – Tomografia komputerowa stopy	NIE	TAK	TAK
11.2.6.35	TK – Tomografia komputerowa uda	NIE	TAK	TAK
11.2.6.36	TK – Tomografia komputerowa podudzia	NIE	TAK	TAK
11.2.6.37	TK – Tomografia komputerowa ramienia	NIE	TAK	TAK
11.2.6.38	TK – Tomografia komputerowa przedramienia	NIE	TAK	TAK
11.2.6.39	TK – Tomografia komputerowa ręki	NIE	TAK	TAK
11.2.6.40	TK – Tomografia komputerowa – Angio aorty brzusznej	NIE	NIE	TAK
11.2.6.41	TK – Tomografia komputerowa – Angio głowy – badanie żył i zatok mózgu	NIE	NIE	TAK
11.2.6.42	TK – Tomografia komputerowa – Angio głowy – tętnice	NIE	NIE	TAK
11.2.7	<b>Badania EEG:</b>			
11.2.7.1	EEG standardowe*	NIE	TAK w czuwaniu	TAK
11.2.7.2	Badanie EEG standardowe * – (dzieci)	NIE	NIE	TAK
11.2.8	<b>Badania EMG</b>			
11.2.8.1	Badanie EMG – elektromiografia – zespół cieśni nadgarstka	NIE	NIE	TAK
11.2.9	<b>Inne badania diagnostyczne:</b>			
11.2.9.1	Spirometria bez leku	TAK	TAK	TAK
11.2.9.2	Audiometr standardowy*	TAK	TAK	TAK
11.2.9.3	Mammografia	TAK	TAK	TAK
11.2.9.4	Mammografia – zdjęcie celowane	TAK	TAK	TAK
11.2.9.5	Spirometria – próba rozkurczowa	NIE	TAK	TAK
11.2.9.6	Densytometria kręgosłup lędźwiowy (ocena kości beleczkowej) – screening	NIE	TAK	TAK
11.2.9.7	Densytometria szyjka kości udowej (ocena kości korowej) – screening	NIE	TAK	TAK
11.2.9.8	Badanie uroflowmetryczne	NIE	TAK	TAK
11.2.9.9	Komputerowe pole widzenia	NIE	TAK	TAK
11.2.9.10	Badanie adaptacji do ciemności	NIE	TAK	TAK
11.2.9.11	Pachymetria	NIE	TAK	TAK
11.2.9.12	Badanie GDx	NIE	NIE	TAK
11.2.9.13	Badanie OCT – dwoje oczu	NIE	NIE	TAK
11.2.9.14	Badanie OCT – jedno oko	NIE	NIE	TAK
11.2.9.15	Palestyzjometria (czucie wibracji)	NIE	NIE	TAK
11.2.9.16	Próba błędnikowa	NIE	NIE	TAK
11.2.9.17	Próba oziębieniowa	NIE	NIE	TAK
11.2.9.18	Próba oziębieniowa – z termometrią skórną i próbą uciskową	NIE	NIE	TAK
11.2.9.19	Tympanometria	NIE	NIE	TAK
11.2.9.20	Audiometr standardowy – audiometria nadprogowa	NIE	NIE	TAK
11.2.9.21	Audiometr standardowy – audiometria słowna	NIE	NIE	TAK
<b>12</b>	<b>PROWADZENIE CIĄŻY</b> Usługa obejmuje prowadzenie ciąży o przebiegu fizjologicznym przez lekarza w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez InterRisk zgodnie ze standardami Partnera Medycznego i składa się z czynnego poradnictwa zdrowotnego w zakresie fizjologii przebiegu ciąży i porodu. Usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej; badania ultrasonograficzne obejmują prezentację 2D i nie obejmują rozszerzonego USG genetycznego. Realizacja poniżej wskazanego zakresu badań jest dostępna na podstawie okazania karty przebiegu ciąży wydanej Ubezpieczonej przez ambulatoryjną placówkę medyczną wskazaną przez InterRisk. Poniżej wskazany zakres badań nie ogranicza możliwości skierowania na badania spoza programu i zakresu usług, ale nie obejmuje ich kosztów – również w przypadku pojawienia się podczas ciąży Ubezpieczonej, wskazań medycznych do wykonania badań, nieobjętych powyższym programem i zakresem usług.			
12.1	Konsultacja ginekologa – prowadzenie ciąży	NIE	TAK	TAK
12.2	Glukoza na czczo	NIE	TAK	TAK
12.3	Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 1 godzinie	NIE	TAK	TAK
12.4	Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 2 godzinach	NIE	TAK	TAK
12.5	Grupa krwi AB0, Rh, p / ciała przegładowe	NIE	TAK	TAK

12.6	Estriol wolny	NIE	TAK	TAK
12.7	HBs Ab / przeciwciała	NIE	TAK	TAK
12.8	HBs Ag / antygen	NIE	TAK	TAK
12.9	HCV Ab / przeciwciała	NIE	TAK	TAK
12.10	HIV I / HIV II	NIE	TAK	TAK
12.11	Mocz – badanie ogólne	NIE	TAK	TAK
12.12	Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny	NIE	TAK	TAK
12.13	P / ciała odpornościowe przeglądowe / alloprzeciwciała (zastępuje P / ciała anty Rh / - /)	NIE	TAK	TAK
12.14	Różyczka IgG	NIE	TAK	TAK
12.15	Różyczka IgM	NIE	TAK	TAK
12.16	Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP)	NIE	TAK	TAK
12.17	Standardowa* cytologia szyjki macicy	NIE	TAK	TAK
12.18	Toksoplazmoza IgG	NIE	TAK	TAK
12.19	Toksoplazmoza IgM	NIE	TAK	TAK
12.20	Total Beta-hCG	NIE	TAK	TAK
12.21	Wymaz z odbytu i pochwy w kierunku pać. hem. GBS	NIE	TAK	TAK
12.22	Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy	NIE	TAK	TAK
12.23	Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy	NIE	TAK	TAK
12.24	USG ciąży	NIE	TAK	TAK
12.25	USG ciąży transwaginalne	NIE	TAK	TAK
12.26	USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne	NIE	TAK	TAK
12.27	USG ginekologiczne transwaginalne	NIE	TAK	TAK
<b>13</b>	<b>TESTY ALERGICZNE</b> Usługa obejmuje testy alergiczne skórne, testy alergiczne płatkowe lub kontaktowe. Testy wykonywane są na zlecenie lekarza ambulatoryjnej placówki medycznej wskazanej przez InterRisk. W związku z rozwojem technologii nazwy lub metody wykonania poszczególnych badań diagnostycznych mogą ulegać zmianie, co nie będzie ograniczać zakresu usług określonych w niniejszej umowie. Jeżeli efektem zastosowania nowej metody, będzie rozszerzenie poniżej wskazanego zakresu usług, to usługi wynikające z rozszerzenia zakresu, nie będą objęte zakresem usług.			
13.1	<b>Konsultacja alergologa – kwalifikacja do testów</b>	NIE	TAK	TAK
13.2	<b>Testy alergiczne skórne – testy wykonywane metodą nakłuć wraz z preparatem do testów alergicznych:</b>			
13.2.1	Testy alergiczne skórne 1 punkt	NIE	TAK	TAK
13.2.2	Testy alergiczne skórne panel pokarmowy	NIE	TAK	TAK
13.2.3	Testy alergiczne skórne panel wziewny	NIE	TAK	TAK
13.3	<b>Testy płatkowe / kontaktowe – testy wykonywane metodą płatkową wraz z preparatem do testów alergicznych:</b>			
13.3.1	Testy płatkowe / kontaktowe – panel owrzodzenia podudzi	NIE	TAK	TAK
13.3.2	Testy płatkowe / kontaktowe – panel podstawowy	NIE	TAK	TAK
13.3.3	Testy płatkowe / kontaktowe – 1 punkt	NIE	NIE	TAK
13.3.4	Testy płatkowe / kontaktowe – panel fryzjerski	NIE	NIE	TAK
13.3.5	Testy płatkowe / kontaktowe – panel kosmetyki	NIE	NIE	TAK
13.4	<b>Testy alergiczne z krwi wraz z pobraniem materiału do badania (krew):</b>			
13.4.1	IGE SP. Acarus Siro D70 (w kurzu)	NIE	NIE	TAK
13.4.2	IGE SP. Alternaria Tenuis M6	NIE	NIE	TAK
13.4.3	IGE SP. Amoksycyklina C204	NIE	NIE	TAK
13.4.4	IGE SP. Aspergillus Fumigatus M3	NIE	NIE	TAK
13.4.5	IGE SP. Babka lancetowata W9	NIE	NIE	TAK
13.4.6	IGE SP. Banan F92	NIE	NIE	TAK
13.4.7	IGE SP. Białko jaja F1	NIE	NIE	TAK
13.4.8	IGE SP. Brzoza Brodawkowata T3	NIE	NIE	TAK
13.4.9	IGE SP. Bylica Pospolita W6	NIE	NIE	TAK
13.4.10	IGE SP. Candida Albicans M5	NIE	NIE	TAK
13.4.11	IGE SP. Cebula F48	NIE	NIE	TAK
13.4.12	IGE SP. Chironimus Plumosus 173	NIE	NIE	TAK
13.4.13	IGE SP. Chwasty – mieszanka: bylica pospolita (W6), pokrzywa zwyczajna (W20), nawłoc pospolita (W12), babka lancetowata (W9), komosa biała (W10)	NIE	NIE	TAK

13.4.14	IGE SP. Cladosporium Herbarum M2	NIE	NIE	TAK
13.4.15	IGE SP. Czekolada F105	NIE	NIE	TAK
13.4.16	IGE SP. Dorsz F3	NIE	NIE	TAK
13.4.17	IGE SP. Drożdże browarnicze F403	NIE	NIE	TAK
13.4.18	IGE SP. Drzewa – mieszanka: olsza (T2), brzoza (T3), leszczyna (T4), dąb (T7), wierzbę (T12)	NIE	NIE	TAK
13.4.19	IGE SP. Fasola F15	NIE	NIE	TAK
13.4.20	IGE SP. FP5 – mieszanka żywności (dziecięca): dorsz (F3), białko jaja (F1), orzech ziemny (F13), mleko krowie (F2), soja (F14), mąka pszenna (F4)	NIE	NIE	TAK
13.4.21	IGE SP. Glista ludzka P1	NIE	NIE	TAK
13.4.22	IGE SP. Gluten (Gliadyna) F79	NIE	NIE	TAK
13.4.23	IGE SP. GP4 – mieszanka traw późnych: tomka wonna (G1), życica trwała (G5), tymotka łąkowa (G6), trzcina pospolita (G7), żyto (G12), kłosówka wełnista (G13)	NIE	NIE	TAK
13.4.24	IGE SP. Groch F12	NIE	NIE	TAK
13.4.25	IGE SP. Gruszka F94	NIE	NIE	TAK
13.4.26	IGE SP. Gryka F11	NIE	NIE	TAK
13.4.27	IGE SP. Indyk F284	NIE	NIE	TAK
13.4.28	IGE SP. Jabłko F49	NIE	NIE	TAK
13.4.29	IGE SP. Jad Osy Vespuła SP13	NIE	NIE	TAK
13.4.30	IGE SP. Jad Pszczoły I1	NIE	NIE	TAK
13.4.31	IGE SP. Jad Szerszenia Europejskiego I5	NIE	NIE	TAK
13.4.32	IGE SP. Jagnię (baranina) F88	NIE	NIE	TAK
13.4.33	IGE SP. Jajko całe F245	NIE	NIE	TAK
13.4.34	IGE SP. Jęczmień F6	NIE	NIE	TAK
13.4.35	IGE SP. Kakao F93	NIE	NIE	TAK
13.4.36	IGE SP. Karaluch – Prusak I6	NIE	NIE	TAK
13.4.37	IGE SP. Kawa F221	NIE	NIE	TAK
13.4.38	IGE SP. Kazeina F78	NIE	NIE	TAK
13.4.39	IGE SP. Kiwi F84	NIE	NIE	TAK
13.4.40	IGE SP. Komar I71	NIE	NIE	TAK
13.4.41	IGE SP. Komosa Biała W10	NIE	NIE	TAK
13.4.42	IGE SP. Koperek 277	NIE	NIE	TAK
13.4.43	IGE SP. Kostrzewa łąkowa G4	NIE	NIE	TAK
13.4.44	IGE SP. Krupówka Pospolita G3	NIE	NIE	TAK
13.4.45	IGE SP. Kukurydza F8	NIE	NIE	TAK
13.4.46	IGE SP. Kurczak F83	NIE	NIE	TAK
13.4.47	IGE SP. Kurz – mieszanka (Bencard)	NIE	NIE	TAK
13.4.48	IGE SP. Lateks K82	NIE	NIE	TAK
13.4.49	IGE SP. Lepidoglyphus Destructor D71	NIE	NIE	TAK
13.4.50	IGE SP. Leszczyna Pospolita T4	NIE	NIE	TAK
13.4.51	IGE SP. Marchew F31	NIE	NIE	TAK
13.4.52	IGE SP. mieszanka naskórków EP1: psa (E5), kota (E1), konia (E3), krowy (E4)	NIE	NIE	TAK
13.4.53	IGE SP. mieszanka pleśni MP1: Alternaria tenuis (M6), Penicilium notatum (M1), Cladosporium herbarum(M2), Aspergillus fumigatus(M3), Candida albicans (M5)	NIE	NIE	TAK
13.4.54	IGE SP. Mleko krowie – Beta – Laktoglobulina F77	NIE	NIE	TAK
13.4.55	IGE SP. Mleko krowie F2	NIE	NIE	TAK
13.4.56	IGE SP. Mleko krowie – alfa – laktoalbumina F76	NIE	NIE	TAK
13.4.57	IGE SP. Mucor Racemosus M4	NIE	NIE	TAK
13.4.58	IGE SP. Musztarda F89	NIE	NIE	TAK
13.4.59	IGE SP. Naskórek chomika E84	NIE	NIE	TAK
13.4.60	IGE SP. Naskórek królika E82	NIE	NIE	TAK
13.4.61	IGE SP. Naskórek owcy E81	NIE	NIE	TAK
13.4.62	IGE SP. Naskórek świnki morskiej E6	NIE	NIE	TAK
13.4.63	IGE SP. Odchody gołębia E7	NIE	NIE	TAK

13.4.64	IGE SP. Ogórek F244	NIE	NIE	TAK
13.4.65	IGE SP. Olcha T2	NIE	NIE	TAK
13.4.66	IGE SP. Orzech laskowy F17	NIE	NIE	TAK
13.4.67	IGE SP. Orzech włoski F256	NIE	NIE	TAK
13.4.68	IGE SP. Orzech ziemny F13	NIE	NIE	TAK
13.4.69	IGE SP. Owies F7	NIE	NIE	TAK
13.4.70	IGE SP. Panel alergenów oddechowych	NIE	NIE	TAK
13.4.71	IGE SP. Panel mieszany	NIE	NIE	TAK
13.4.72	IGE SP. Panel pokarmowy	NIE	NIE	TAK
13.4.73	IGE SP. Penicillium Notatum M1	NIE	NIE	TAK
13.4.74	IGE SP. Pieprz czarny F280	NIE	NIE	TAK
13.4.75	IGE SP. Pierze mieszane EP71 kacze pióra (E86), gęsie pióra (E70), kurze pióra, pierze indyka	NIE	NIE	TAK
13.4.76	IGE SP. Pierze (pióra gęsi) E70	NIE	NIE	TAK
13.4.77	IGE SP. Pietruszka F86	NIE	NIE	TAK
13.4.78	IGE SP. Pióra kaczki E86	NIE	NIE	TAK
13.4.79	IGE SP. Pióra kanarka E201	NIE	NIE	TAK
13.4.80	IGE SP. Pióra papużki falistej E78	NIE	NIE	TAK
13.4.81	IGE SP. Pomarańcza F33	NIE	NIE	TAK
13.4.82	IGE SP. Pomidor F25	NIE	NIE	TAK
13.4.83	IGE SP. Pszenica F4	NIE	NIE	TAK
13.4.84	IGE SP. Pyłki żyta G12	NIE	NIE	TAK
13.4.85	IGE SP. Roztocze Dermathopag Pteronys. D1	NIE	NIE	TAK
13.4.86	IGE SP. Roztocze Dermathopag Farinae D2	NIE	NIE	TAK
13.4.87	IGE SP. Ryż F9	NIE	NIE	TAK
13.4.88	IGE SP. Seler F85	NIE	NIE	TAK
13.4.89	IGE SP. Ser cheddar F81	NIE	NIE	TAK
13.4.90	IGE SP. Sierść konia E3	NIE	NIE	TAK
13.4.91	IGE SP. Sierść kota E1	NIE	NIE	TAK
13.4.92	IGE SP. Sierść psa E2	NIE	NIE	TAK
13.4.93	IGE SP. Soja F14	NIE	NIE	TAK
13.4.94	IGE SP. Topola T14	NIE	NIE	TAK
13.4.95	IGE SP. Trawy – mieszanka GP1 (G3 kupkówka, G4 kostrzewa, G5 życica, G6 tymotka, G8 wiechlina)	NIE	NIE	TAK
13.4.96	IGE SP. Truskawka F44	NIE	NIE	TAK
13.4.97	IGE SP. Tuńczyk F40	NIE	NIE	TAK
13.4.98	IGE SP. Tymotka Łąkowa G6	NIE	NIE	TAK
13.4.99	IGE SP. Tyrophagus Putescentiae	NIE	NIE	TAK
13.4.100	IGE SP. Wieprzowina F26	NIE	NIE	TAK
13.4.101	IGE SP. Wierzba T12	NIE	NIE	TAK
13.4.102	IGE SP. Wołowina F27	NIE	NIE	TAK
13.4.103	IGE SP. Ziemniak F35	NIE	NIE	TAK
13.4.104	IGE SP. Żółtko jaja F75	NIE	NIE	TAK
13.4.105	IGE SP. Żyto F5	NIE	NIE	TAK
13.4.106	IGE SP. mieszanka FP2 – ryby, skorupiaki, owoce morza: dorsz (F3), krewetka (F24), łosoś (F41), małż jadalny (F37), tuńczyk (F40)	NIE	NIE	TAK
<b>14</b>	<b>WIZYTY DOMOWE</b> Usługa jest realizowana przez lekarza pomocy doraźnej w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, jeżeli miejsce zamieszkania leży w aktualnym zasięgu terytorialnym realizacji wizyt domowych. Wizyty domowe realizowane są wyłącznie w uzasadnionych medycznie przypadkach, uniemożliwiających Ubezpieczonemu przybycie do ambulatoryjnej placówki medycznej wskazanej przez InterRisk z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia. Do przyczyn uniemożliwiających Ubezpieczonemu zgłoszenie się do placówki nie zalicza się w szczególności: niedoładnego dojazdu do placówki, potrzeby wypisania recepty lub wystawienia zwolnienia. Wizyta domowa jest świadczeniem pomocy doraźnej udzielanym wyłącznie w dniu zgłoszenia i ma na celu postawienie rozpoznania i rozpoczęcie leczenia, natomiast kontynuacja leczenia, a także wizyty kontrolne odbywają się w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez InterRisk. W przypadku wizyty domowej nie ma możliwości swobodnego wyboru lekarza. O przyjęciu lub odmowie wizyty domowej decyduje dyspozytor medyczny wskazany przez Partnera Medycznego, na podstawie uzyskanego wywiadu. Aktualny zasięg terytorialny realizacji wizyt domowych opisany jest na stronie Partnera Medycznego. W miastach w których wizyty domowe nie są świadczone, Ubezpieczony otrzyma zwrot kosztów. Szczegóły zwrotu kosztów znajdują się na w/w stronie. Zwrot kosztów uznaje się za zasadny wyłącznie po uprzedniej kwalifikacji Ubezpieczonego do wizyty domowej przez dyspozytora.			
14.1	4 wizyty w 12 miesięcznym okresie obowiązywania umowy	NIE	TAK	TAK



<b>15</b>	<b>REHABILITACJA</b> W ramach rehabilitacji Ubezpieczonemu przysługuje nielimitowany dostęp do konsultacji fizjoterapeuty. Usługa zawiera: wywiad, badanie funkcjonalne, poradę fizjoterapeuty wraz z czynnościami niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej oraz ustalenia trybu rehabilitacji. Usługa obejmuje wyłącznie rehabilitację narządu ruchu i realizowana jest z następujących wskazań (kryteriów kwalifikacyjnych) – dotyczy Ubezpieczonych: po urazach ortopedycznych, cierpiących na chorobę zwyrodnieniową stawów, cierpiących z powodu chorób zawodowych związanych z narządem ruchu (potwierdzonych odpowiednim orzeczeniem), cierpiących z powodu neurologicznych zespołów bólowych, z zaburzeniami napięcia mięśniowego (dot. rehabilitacji neurokinezyologicznej dla dzieci do 18 r.ż.), z wadami postawy (dot. rehabilitacji wad postawy dla dzieci do 18 r.ż.). Zabiegi są realizowane na podstawie skierowań fizjoterapeutów lub lekarzy (przyjmujących w zakresie ortopedii, neurologii, neurochirurgii, reumatologii, rehabilitacji medycznej, balneologii) z ambulatoryjnej placówki medycznej wskazanej przez InterRisk, określających zakres i rodzaj zabiegów rehabilitacyjnych i dotyczy fizjoterapii prowadzonej w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez InterRisk. Usługa jest limitowana i obejmuje wykonanie ogółem w <b>12 miesięcznym okresie obowiązywania umowy: 20 zabiegów fizjoterapeutycznych i 10 zabiegów kinezyterapeutycznych (w tym masaż leczniczy) oraz 3 zabiegów rehabilitacji (neurokinezyologicznej lub wad postawy) z następującego zakresu zabiegów fizyko- i kinezyterapii:</b>			
15.1	Fizykoterapia – elektrostymulacja mm. k. dolnej	NIE	NIE	TAK
15.2	Fizykoterapia – elektrostymulacja mm. k. górnej	NIE	NIE	TAK
15.3	Fizykoterapia – fonoforeza kręgosłup lędźwiowy	NIE	NIE	TAK
15.4	Fizykoterapia – fonoforeza kręgosłup piersiowy	NIE	NIE	TAK
15.5	Fizykoterapia – fonoforeza kręgosłup szyjny	NIE	NIE	TAK
15.6	Fizykoterapia – fonoforeza nadgarstek	NIE	NIE	TAK
15.7	Fizykoterapia – fonoforeza podudzie	NIE	NIE	TAK
15.8	Fizykoterapia – fonoforeza przedramię	NIE	NIE	TAK
15.9	Fizykoterapia – fonoforeza ramię	NIE	NIE	TAK
15.10	Fizykoterapia – fonoforeza ręka	NIE	NIE	TAK
15.11	Fizykoterapia – fonoforeza staw barkowy	NIE	NIE	TAK
15.12	Fizykoterapia – fonoforeza staw biodrowy	NIE	NIE	TAK
15.13	Fizykoterapia – fonoforeza staw kolanowy	NIE	NIE	TAK
15.14	Fizykoterapia – fonoforeza staw łokciowy	NIE	NIE	TAK
15.15	Fizykoterapia – fonoforeza staw skokowy	NIE	NIE	TAK
15.16	Fizykoterapia – fonoforeza stopa	NIE	NIE	TAK
15.17	Fizykoterapia – fonoforeza udo	NIE	NIE	TAK
15.18	Fizykoterapia – galwanizacja kręgosłup lędźwiowy	NIE	NIE	TAK
15.19	Fizykoterapia – galwanizacja kręgosłup piersiowy	NIE	NIE	TAK
15.20	Fizykoterapia – galwanizacja kręgosłup szyjny	NIE	NIE	TAK
15.21	Fizykoterapia – galwanizacja nadgarstek	NIE	NIE	TAK
15.22	Fizykoterapia – galwanizacja podudzie	NIE	NIE	TAK
15.23	Fizykoterapia – galwanizacja przedramię	NIE	NIE	TAK
15.24	Fizykoterapia – galwanizacja ramię	NIE	NIE	TAK
15.25	Fizykoterapia – galwanizacja ręka	NIE	NIE	TAK
15.26	Fizykoterapia – galwanizacja staw barkowy	NIE	NIE	TAK
15.27	Fizykoterapia – galwanizacja staw biodrowy	NIE	NIE	TAK
15.28	Fizykoterapia – galwanizacja staw kolanowy	NIE	NIE	TAK
15.29	Fizykoterapia – galwanizacja staw łokciowy	NIE	NIE	TAK
15.30	Fizykoterapia – galwanizacja staw skokowy	NIE	NIE	TAK
15.31	Fizykoterapia – galwanizacja stopa	NIE	NIE	TAK
15.32	Fizykoterapia – galwanizacja udo	NIE	NIE	TAK
15.33	Fizykoterapia – jonoforeza kręgosłup lędźwiowy	NIE	NIE	TAK
15.34	Fizykoterapia – jonoforeza kręgosłup piersiowy	NIE	NIE	TAK
15.35	Fizykoterapia – jonoforeza kręgosłup szyjny	NIE	NIE	TAK
15.36	Fizykoterapia – jonoforeza nadgarstek	NIE	NIE	TAK
15.37	Fizykoterapia – jonoforeza podudzie	NIE	NIE	TAK
15.38	Fizykoterapia – jonoforeza przedramię	NIE	NIE	TAK
15.39	Fizykoterapia – jonoforeza ramię	NIE	NIE	TAK
15.40	Fizykoterapia – jonoforeza ręka	NIE	NIE	TAK
15.41	Fizykoterapia – jonoforeza staw barkowy	NIE	NIE	TAK
15.42	Fizykoterapia – jonoforeza staw biodrowy	NIE	NIE	TAK
15.43	Fizykoterapia – jonoforeza staw kolanowy	NIE	NIE	TAK

15.44	Fizykoterapia – jonoforeza staw łokciowy	NIE	NIE	TAK
15.45	Fizykoterapia – jonoforeza staw skokowy	NIE	NIE	TAK
15.46	Fizykoterapia – jonoforeza stopa	NIE	NIE	TAK
15.47	Fizykoterapia – jonoforeza udo	NIE	NIE	TAK
15.48	Fizykoterapia – krioterapia miejscowa kręgosłup lędźwiowy	NIE	NIE	TAK
15.49	Fizykoterapia – krioterapia miejscowa kręgosłup piersiowy	NIE	NIE	TAK
15.50	Fizykoterapia – krioterapia miejscowa kręgosłup szyjny	NIE	NIE	TAK
15.51	Fizykoterapia – krioterapia miejscowa nadgarstek	NIE	NIE	TAK
15.52	Fizykoterapia – krioterapia miejscowa podudzie	NIE	NIE	TAK
15.53	Fizykoterapia – krioterapia miejscowa przedramię	NIE	NIE	TAK
15.54	Fizykoterapia – krioterapia miejscowa ramię	NIE	NIE	TAK
15.55	Fizykoterapia – krioterapia miejscowa ręka	NIE	NIE	TAK
15.56	Fizykoterapia – krioterapia miejscowa staw barkowy	NIE	NIE	TAK
15.57	Fizykoterapia – krioterapia miejscowa staw biodrowy	NIE	NIE	TAK
15.58	Fizykoterapia – krioterapia miejscowa staw kolanowy	NIE	NIE	TAK
15.59	Fizykoterapia – krioterapia miejscowa staw łokciowy	NIE	NIE	TAK
15.60	Fizykoterapia – krioterapia miejscowa staw skokowy	NIE	NIE	TAK
15.61	Fizykoterapia – krioterapia miejscowa stopa	NIE	NIE	TAK
15.62	Fizykoterapia – krioterapia miejscowa udo	NIE	NIE	TAK
15.63	Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny kręgosłup lędźwiowy	NIE	NIE	TAK
15.64	Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny kręgosłup piersiowy	NIE	NIE	TAK
15.65	Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny kręgosłup szyjny	NIE	NIE	TAK
15.66	Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny nadgarstek	NIE	NIE	TAK
15.67	Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny podudzie	NIE	NIE	TAK
15.68	Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny przedramię	NIE	NIE	TAK
15.69	Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny ramię	NIE	NIE	TAK
15.70	Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny ręka	NIE	NIE	TAK
15.71	Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny staw barkowy	NIE	NIE	TAK
15.72	Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny staw biodrowy	NIE	NIE	TAK
15.73	Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny staw kolanowy	NIE	NIE	TAK
15.74	Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny staw łokciowy	NIE	NIE	TAK
15.75	Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny staw skokowy	NIE	NIE	TAK
15.76	Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny stopa	NIE	NIE	TAK
15.77	Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny udo	NIE	NIE	TAK
15.78	Fizykoterapia – pole magnetyczne kręgosłup lędźwiowy	NIE	NIE	TAK
15.79	Fizykoterapia – pole magnetyczne kręgosłup piersiowy	NIE	NIE	TAK
15.80	Fizykoterapia – pole magnetyczne kręgosłup szyjny	NIE	NIE	TAK
15.81	Fizykoterapia – pole magnetyczne nadgarstek	NIE	NIE	TAK
15.82	Fizykoterapia – pole magnetyczne podudzie	NIE	NIE	TAK
15.83	Fizykoterapia – pole magnetyczne przedramię	NIE	NIE	TAK
15.84	Fizykoterapia – pole magnetyczne ramię	NIE	NIE	TAK
15.85	Fizykoterapia – pole magnetyczne ręka	NIE	NIE	TAK
15.86	Fizykoterapia – pole magnetyczne staw barkowy	NIE	NIE	TAK
15.87	Fizykoterapia – pole magnetyczne staw biodrowy	NIE	NIE	TAK
15.88	Fizykoterapia – pole magnetyczne staw kolanowy	NIE	NIE	TAK
15.89	Fizykoterapia – pole magnetyczne staw łokciowy	NIE	NIE	TAK
15.90	Fizykoterapia – pole magnetyczne staw skokowy	NIE	NIE	TAK
15.91	Fizykoterapia – pole magnetyczne stopa	NIE	NIE	TAK
15.92	Fizykoterapia – pole magnetyczne udo	NIE	NIE	TAK
15.93	Fizykoterapia – prądy DD kręgosłup lędźwiowy	NIE	NIE	TAK
15.94	Fizykoterapia – prądy DD kręgosłup piersiowy	NIE	NIE	TAK
15.95	Fizykoterapia – prądy DD kręgosłup szyjny	NIE	NIE	TAK

15.96	Fizykoterapia – prądy DD nadgarstek	NIE	NIE	TAK
15.97	Fizykoterapia – prądy DD podudzie	NIE	NIE	TAK
15.98	Fizykoterapia – prądy DD przedramię	NIE	NIE	TAK
15.99	Fizykoterapia – prądy DD ramię	NIE	NIE	TAK
15.100	Fizykoterapia – prądy DD ręka	NIE	NIE	TAK
15.101	Fizykoterapia – prądy DD staw barkowy	NIE	NIE	TAK
15.102	Fizykoterapia – prądy DD staw biodrowy	NIE	NIE	TAK
15.103	Fizykoterapia – prądy DD staw kolanowy	NIE	NIE	TAK
15.104	Fizykoterapia – prądy DD staw łokciowy	NIE	NIE	TAK
15.105	Fizykoterapia – prądy DD staw skokowy	NIE	NIE	TAK
15.106	Fizykoterapia – prądy DD stopa	NIE	NIE	TAK
15.107	Fizykoterapia – prądy DD udo	NIE	NIE	TAK
15.108	Fizykoterapia – prądy interferencyjne kręgosłup lędźwiowy	NIE	NIE	TAK
15.109	Fizykoterapia – prądy interferencyjne kręgosłup piersiowy	NIE	NIE	TAK
15.110	Fizykoterapia – prądy interferencyjne kręgosłup szyjny	NIE	NIE	TAK
15.111	Fizykoterapia – prądy interferencyjne nadgarstek	NIE	NIE	TAK
15.112	Fizykoterapia – prądy interferencyjne podudzie	NIE	NIE	TAK
15.113	Fizykoterapia – prądy interferencyjne przedramię	NIE	NIE	TAK
15.114	Fizykoterapia – prądy interferencyjne ramię	NIE	NIE	TAK
15.115	Fizykoterapia – prądy interferencyjne ręka	NIE	NIE	TAK
15.116	Fizykoterapia – prądy interferencyjne staw barkowy	NIE	NIE	TAK
15.117	Fizykoterapia – prądy interferencyjne staw biodrowy	NIE	NIE	TAK
15.118	Fizykoterapia – prądy interferencyjne staw kolanowy	NIE	NIE	TAK
15.119	Fizykoterapia – prądy interferencyjne staw łokciowy	NIE	NIE	TAK
15.120	Fizykoterapia – prądy interferencyjne staw skokowy	NIE	NIE	TAK
15.121	Fizykoterapia – prądy interferencyjne stopa	NIE	NIE	TAK
15.122	Fizykoterapia – prądy interferencyjne udo	NIE	NIE	TAK
15.123	Fizykoterapia – prądy TENS kręgosłup lędźwiowy	NIE	NIE	TAK
15.124	Fizykoterapia – prądy TENS kręgosłup piersiowy	NIE	NIE	TAK
15.125	Fizykoterapia – prądy TENS kręgosłup szyjny	NIE	NIE	TAK
15.126	Fizykoterapia – prądy TENS nadgarstek	NIE	NIE	TAK
15.127	Fizykoterapia – prądy TENS podudzie	NIE	NIE	TAK
15.128	Fizykoterapia – prądy TENS przedramię	NIE	NIE	TAK
15.129	Fizykoterapia – prądy TENS ramię	NIE	NIE	TAK
15.130	Fizykoterapia – prądy TENS ręka	NIE	NIE	TAK
15.131	Fizykoterapia – prądy TENS staw barkowy	NIE	NIE	TAK
15.132	Fizykoterapia – prądy TENS staw biodrowy	NIE	NIE	TAK
15.133	Fizykoterapia – prądy TENS staw kolanowy	NIE	NIE	TAK
15.134	Fizykoterapia – prądy TENS staw łokciowy	NIE	NIE	TAK
15.135	Fizykoterapia – prądy TENS staw skokowy	NIE	NIE	TAK
15.136	Fizykoterapia – prądy TENS stopa	NIE	NIE	TAK
15.137	Fizykoterapia – prądy TENS udo	NIE	NIE	TAK
15.138	Fizykoterapia – ultradźwięki kręgosłup lędźwiowy	NIE	NIE	TAK
15.139	Fizykoterapia – ultradźwięki kręgosłup piersiowy	NIE	NIE	TAK
15.140	Fizykoterapia – ultradźwięki kręgosłup szyjny	NIE	NIE	TAK
15.141	Fizykoterapia – ultradźwięki nadgarstek	NIE	NIE	TAK
15.142	Fizykoterapia – ultradźwięki podudzie	NIE	NIE	TAK
15.143	Fizykoterapia – ultradźwięki przedramię	NIE	NIE	TAK
15.144	Fizykoterapia – ultradźwięki ramię	NIE	NIE	TAK
15.145	Fizykoterapia – ultradźwięki ręka	NIE	NIE	TAK
15.146	Fizykoterapia – ultradźwięki staw barkowy	NIE	NIE	TAK
15.147	Fizykoterapia – ultradźwięki staw biodrowy	NIE	NIE	TAK

15.148	Fizykoterapia – ultradźwięki staw kolanowy	NIE	NIE	TAK
15.149	Fizykoterapia – ultradźwięki staw łokciowy	NIE	NIE	TAK
15.150	Fizykoterapia – ultradźwięki staw skokowy	NIE	NIE	TAK
15.151	Fizykoterapia – ultradźwięki stopa	NIE	NIE	TAK
15.152	Fizykoterapia – ultradźwięki udo	NIE	NIE	TAK
15.153	Fizykoterapia – ultradźwięki (w wodzie)	NIE	NIE	TAK
15.154	Fizykoterapia – prądy Traberta kręgosłup lędźwiowy	NIE	NIE	TAK
15.155	Fizykoterapia – prądy Traberta kręgosłup piersiowy	NIE	NIE	TAK
15.156	Fizykoterapia – prądy Traberta kręgosłup szyjny	NIE	NIE	TAK
15.157	Fizykoterapia – prądy Traberta nadgarstek	NIE	NIE	TAK
15.158	Fizykoterapia – prądy Traberta podudzie	NIE	NIE	TAK
15.159	Fizykoterapia – prądy Traberta przedramię	NIE	NIE	TAK
15.160	Fizykoterapia – prądy Traberta ramię	NIE	NIE	TAK
15.161	Fizykoterapia – prądy Traberta ręka	NIE	NIE	TAK
15.162	Fizykoterapia – prądy Traberta staw barkowy	NIE	NIE	TAK
15.163	Fizykoterapia – prądy Traberta staw biodrowy	NIE	NIE	TAK
15.164	Fizykoterapia – prądy Traberta staw kolanowy	NIE	NIE	TAK
15.165	Fizykoterapia – prądy Traberta staw łokciowy	NIE	NIE	TAK
15.166	Fizykoterapia – prądy Traberta staw skokowy	NIE	NIE	TAK
15.167	Fizykoterapia – prądy Traberta stopa	NIE	NIE	TAK
15.168	Fizykoterapia – prądy Traberta udo	NIE	NIE	TAK
15.169	Kinezyterapia – ćw. instruktażowe kręgosłup lędźwiowy	NIE	NIE	TAK
15.170	Kinezyterapia – ćw. instruktażowe kręgosłup piersiowy	NIE	NIE	TAK
15.171	Kinezyterapia – ćw. instruktażowe kręgosłup szyjny	NIE	NIE	TAK
15.172	Kinezyterapia – ćw. instruktażowe nadgarstek	NIE	NIE	TAK
15.173	Kinezyterapia – ćw. instruktażowe podudzie	NIE	NIE	TAK
15.174	Kinezyterapia – ćw. instruktażowe przedramię	NIE	NIE	TAK
15.175	Kinezyterapia – ćw. instruktażowe ramię	NIE	NIE	TAK
15.176	Kinezyterapia – ćw. instruktażowe ręka	NIE	NIE	TAK
15.177	Kinezyterapia – ćw. instruktażowe staw barkowy	NIE	NIE	TAK
15.178	Kinezyterapia – ćw. instruktażowe staw biodrowy	NIE	NIE	TAK
15.179	Kinezyterapia – ćw. instruktażowe staw kolanowy	NIE	NIE	TAK
15.180	Kinezyterapia – ćw. instruktażowe staw łokciowy	NIE	NIE	TAK
15.181	Kinezyterapia – ćw. instruktażowe staw skokowy	NIE	NIE	TAK
15.182	Kinezyterapia – ćw. instruktażowe stopa	NIE	NIE	TAK
15.183	Kinezyterapia – ćw. instruktażowe udo	NIE	NIE	TAK
15.184	Kinezyterapia – ćw. usprawniające kręgosłup lędźwiowy	NIE	NIE	TAK
15.185	Kinezyterapia – ćw. usprawniające kręgosłup piersiowy	NIE	NIE	TAK
15.186	Kinezyterapia – ćw. usprawniające kręgosłup szyjny	NIE	NIE	TAK
15.187	Kinezyterapia – ćw. usprawniające nadgarstek	NIE	NIE	TAK
15.188	Kinezyterapia – ćw. usprawniające podudzie	NIE	NIE	TAK
15.189	Kinezyterapia – ćw. usprawniające przedramię	NIE	NIE	TAK
15.190	Kinezyterapia – ćw. usprawniające ramię	NIE	NIE	TAK
15.191	Kinezyterapia – ćw. usprawniające ręka	NIE	NIE	TAK
15.192	Kinezyterapia – ćw. usprawniające staw barkowy	NIE	NIE	TAK
15.193	Kinezyterapia – ćw. usprawniające staw biodrowy	NIE	NIE	TAK
15.194	Kinezyterapia – ćw. usprawniające staw kolanowy	NIE	NIE	TAK
15.195	Kinezyterapia – ćw. usprawniające staw łokciowy	NIE	NIE	TAK
15.196	Kinezyterapia – ćw. usprawniające staw skokowy	NIE	NIE	TAK
15.197	Kinezyterapia – ćw. usprawniające stopa	NIE	NIE	TAK
15.198	Kinezyterapia – ćw. usprawniające udo	NIE	NIE	TAK

15.199	Kinezyterapia – terapia indywidualna kręgosłup lędźwiowy	NIE	NIE	TAK
15.200	Kinezyterapia – terapia indywidualna kręgosłup piersiowy	NIE	NIE	TAK
15.201	Kinezyterapia – terapia indywidualna kręgosłup szyjny	NIE	NIE	TAK
15.202	Kinezyterapia – terapia indywidualna nadgarstek	NIE	NIE	TAK
15.203	Kinezyterapia – terapia indywidualna podudzie	NIE	NIE	TAK
15.204	Kinezyterapia – terapia indywidualna przedramię	NIE	NIE	TAK
15.205	Kinezyterapia – terapia indywidualna ramię	NIE	NIE	TAK
15.206	Kinezyterapia – terapia indywidualna ręka	NIE	NIE	TAK
15.207	Kinezyterapia – terapia indywidualna staw barkowy	NIE	NIE	TAK
15.208	Kinezyterapia – terapia indywidualna staw biodrowy	NIE	NIE	TAK
15.209	Kinezyterapia – terapia indywidualna staw kolanowy	NIE	NIE	TAK
15.210	Kinezyterapia – terapia indywidualna staw łokciowy	NIE	NIE	TAK
15.211	Kinezyterapia – terapia indywidualna staw skokowy	NIE	NIE	TAK
15.212	Kinezyterapia – terapia indywidualna stopa	NIE	NIE	TAK
15.213	Kinezyterapia – terapia indywidualna udo	NIE	NIE	TAK
15.214	Kinezyterapia – wyciąg trakcyjny kręgosłup lędźwiowy	NIE	NIE	TAK
15.215	Kinezyterapia – wyciąg trakcyjny kręgosłup szyjny	NIE	NIE	TAK
15.216	Terapia miorelaksacyjna – masaż leczniczy kręgosłupa	NIE	NIE	TAK
15.217	Terapia indywidualna wg metod neurokinezyjologicznych / neurofizjologicznych dzieci	NIE	NIE	TAK
15.218	Kinezyterapia – ćwic. usprawniające wady postawy dzieci	NIE	NIE	TAK
<b>16</b>	<b>KONSULTACJE ONLINE</b> Konsultacja online jest świadczeniem medycznym realizowanym przez Partnera Medycznego za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Ubezpieczyciel udostępnia Ubezpieczonemu możliwość interaktywnej indywidualnej rozmowy ze specjalistą medycznym (lekarzem, położną lub pielęgniarką) za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość tj. Portalu Pacjenta. Z Konsultacji online mogą skorzystać Ubezpieczeni, którzy posiadają pełny dostęp do Portalu Pacjenta. Dostępność czasowa Konsultacji online z udziałem lekarza, położnej oraz pielęgniarki wynika z grafiku specjalistów medycznych i widoczna jest w zakładce "Konsultacje online". Ubezpieczony może wybrać kanał komunikacji: wideo, audio lub tekst. Specjaliści medyczni odpowiadający na pytania mają wgląd do dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, dzięki czemu w sytuacjach uzasadnionych medycznie mogą zlecić określone badania lub skierować do innego specjalisty. Konsultacja online udzielana jest wyłącznie po zalogowaniu przez Ubezpieczonego do Portalu Pacjenta, a treść Konsultacji online jest zapisywana i stanowi część dokumentacji medycznej Ubezpieczonego. W zakres Konsultacji online wchodzi niżej wymienione porady specjalistów medycznych, w zakresie nie wymagającym osobistego kontaktu ze specjalistą. <b>Usługa obejmuje e-Konsultacje medyczne w następującym zakresie:</b>			
16.1	interny (od 18 r.ż.)	TAK	TAK	TAK
16.2	medycyny rodzinnej (od 18 r.ż.)	TAK	TAK	TAK
16.3	pediatrii (do 18 r.ż.)	TAK	TAK	TAK
16.4	pielęgniarstwa pediatrycznego	TAK	TAK	TAK
16.5	położnictwa	TAK	TAK	TAK
<b>17.</b>	<b>REFUNDACJA</b> częściowy zwrot kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego za świadczenia objęte zakresem ubezpieczenia, zrealizowane w placówce medycznej innej niż placówki Partnera Medycznego. Zwrot w wysokości 70% ceny jednostkowej świadczenia ambulatoryjnego do wysokości limitu refundacji wynoszącego 500 zł kwartalnie na Ubezpieczonego.	TAK	TAK	TAK
<b>18.</b>	<b>10% zniżki</b> na pozostałe świadczenia zdrowotne nieobjęte zakresem ubezpieczenia zrealizowane w placówkach marki LUX MED i Medycyna Rodzinna (z wyłączeniem świadczeń z zakresu stomatologii) oraz w placówkach PROFEMED. Rabat naliczany jest od cennika dostępnego w ww. placówkach. Rabatów nie sumuje się.	TAK	TAK	TAK

\* Standardowe – powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP

**ZAKRES ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH W WARIANCIE KOMFORT**

§2

Tabela nr 2

I.p.	ŚWIADCZENIE MEDYCZNE	Wariant KOMFORT
1	<b>telefoniczna linia medyczna</b>	TAK
	konsultacje lekarzy specjalistów: konsultacje lekarskie nie obejmują porad specjalistów z tytułem docenta i profesora; w przypadku gdy Ubezpieczonym jest dziecko, w zakres nie wchodzi specjalista dziecięcy pomijając pediatrę	
2	<b>lekarz internista</b>	TAK
3	<b>lekarz pediatra</b>	TAK gdy Ubezpieczonym jest dziecko w wariancie rodzinnym
4	<b>szczepienie przeciw grypie</b>	10% niżki
5	<b>zakres opieki specjalistycznej:</b>	
5.1	<b>alergolog:</b>	
	konsultacje lekarskie	TAK
	wykonywanie skórnych testów uczuleniowych	TAK
5.2	<b>chirurg ogólny:</b>	
	konsultacje lekarskie	TAK
	drobne zabiegi chirurgiczne:	
	założenie prostego opatrunku – nie wymagającego opracowania chirurgicznego	TAK
	zmiana prostego opatrunku – nie wymagającego opracowania chirurgicznego	TAK
	nacięcie i drenaż ropnia powłok skórnych do 3 cm	TAK
	założenie małego szwu do 3 cm	TAK
usunięcie szwu do 3 cm	TAK	
5.3	<b>ortopeda:</b>	
	konsultacje lekarskie	TAK
	leczenie schorzeń pourazowych,	TAK
	założenie gipsu tradycyjnego	TAK
	unieruchomienie kończyn i stawów	TAK
	wykonywanie iniekcji dostawowych	TAK
5.4	<b>dermatolog:</b>	
	konsultacje lekarskie	TAK
	leczenie grzybic	TAK
	zabiegi dermatologiczne: usuwanie drobnych zmian w zakresie skóry i tkanki podskórnej do 3 cm	TAK
5.5	<b>gastrolog:</b>	
	konsultacje lekarskie	TAK
	gastroskopia – ocena histopatologiczna za dodatkową opłatą.	TAK
	rektoskopia, sigmoidoskopia - ocena histopatologiczna za dodatkową opłatą.	TAK
5.6	<b>ginekolog:</b>	
	konsultacje lekarskie	TAK
	prowadzenie ciąży	TAK
	badania cytologiczne	TAK
5.7	<b>kardiolog:</b>	
	konsultacje lekarskie	TAK
	24-godzinne monitorowanie czynności serca i ciśnienia tętniczego	TAK
	EKG spoczynkowe	TAK
	EKG wysiłkowe	TAK
	badanie serca (echo serca)	TAK
5.8	<b>laryngolog:</b>	
	konsultacje lekarskie	TAK
	drobne zabiegi laryngologiczne:	TAK
	płukanie uszu	TAK
	usunięcie ciała obcego z nosa, ucha, gardła	TAK

	przedmuchiwanie trąbki słuchowej	TAK
	punkcja zatok	TAK
	audiometria	TAK
	opatrunek uszny z lekiem	TAK
5.9	<b>neurolog:</b>	
	konsultacje lekarskie	TAK
	badanie elektroencefalograficzne (EEG)	TAK
	badanie elektromiograficzne (EMG)	TAK
5.10	<b>okulista:</b>	
	konsultacje lekarskie	TAK
	badanie dna oka, badanie ostrości widzenia	TAK
	usuwanie ciała obcego, zaopatrzenie urazu gałki ocznej i oczodołu	TAK
	pomiar ciśnienia śródgałkowego	TAK
5.11	<b>reumatolog:</b>	
	konsultacje lekarskie	TAK
5.12	<b>urolog:</b>	
	konsultacje lekarskie	TAK
	założenie cewnika	TAK
	leczenie chorób gruczołu krokowego,	TAK
5.13	<b>inni specjaliści współpracujący z Partnerem Medycznym</b> (za pośrednictwem telefonicznej linii medycznej Ubezpieczony uzyska informacje o innych lekarzach specjalistach współpracujących z placówką Partnera Medycznego)	TAK wyłącznie: diabetolog, chirurg naczyniowy, endokrynolog, chirurg onkolog
<b>6</b>	<b>badania diagnostyczne</b>	
6.1	<b>badania laboratoryjne (analizy):</b>	
	OB	TAK
	morfologia z rozmazem	TAK
	liczba płytek	TAK
	APTT (czas kefalinowo- kaolinowy)	TAK
	wskaźnik protrombinowy	TAK
	fibrynogen	TAK
	<b>badania moczu i kału:</b>	
	badanie ogólne moczu	TAK
	badanie kału ogólne	TAK
	badanie kału w kierunku pasożytów i ich jaj	TAK
	<b>badania biochemiczne:</b>	
	białko całkowite	TAK
	białko C reaktywne	TAK
	elektroforeza	TAK
	cholesterol całkowity	TAK
	cholesterol HDL	TAK
	cholesterol LDL	TAK
	glukoza	TAK
	hemoglobina glikowana	TAK
	elektrolity Na, K	TAK
	wapń	TAK
	magnez	TAK
	chlorki	TAK
	fosfor	TAK
	mocznik	TAK
	kreatynina	TAK
	trójglicerydy	TAK
	aminotransferaza asparaginianowa	TAK
	aminotransferaza alaninowa	TAK

glutamylotranspeptydaza (GGTP)	TAK
amylaza	TAK
kinaza kreatynowa całkowita	TAK
dehydrogenaza mleczanowa	TAK
fosfatazy (kwaśna, zasadowa i sterczowa)	TAK
kwasy moczowe	TAK
bilirubina całkowita	TAK
bilirubina bezpośrednia	TAK
czynnik reumatoidalny	TAK
odczyn Waalera – Rosego	TAK
ASO	TAK
poziom żelaza w surowicy	TAK
zdolność wiązania żelaza	TAK
ferrytyna	TAK
transferyna	TAK
albuminy	TAK
<b>posiewy i wymazy z:</b>	
moczu	TAK
kału	TAK
rany	TAK
krwi	TAK
plwociny	TAK
ropy	TAK
gardła (w zależności od zalecenia lekarza Partnera Medycznego dodatkowo antybiogram)	TAK
cewki moczowej (w zależności od zalecenia lekarza Partnera Medycznego dodatkowo antybiogram)	TAK
kanału szyjki macicy, pochwy (w zależności od zalecenia lekarza Partnera Medycznego dodatkowo antybiogram)	TAK
nosa, oka, ucha (w zależności od zalecenia lekarza Partnera Medycznego dodatkowo antybiogram)	TAK
<b>badania immunologiczne:</b>	
WZW typu B – Antygen Hbs	TAK
WZW typu B – Antygen Hbe	TAK
WZW typu C – przeciwciała anti-HCV	TAK
różyczka –przeciwciała IgM	TAK
różyczka – przeciwciała IgG	TAK
toxoplasma gondi – przeciwciała IgM	TAK
toxoplasma gondi – przeciwciała IgG,	TAK
mononukleozę zakaźną IgG, IgM	TAK
przeciwciała p. Helicobacter pylori	TAK
Immunoglobuliny (IgA)	TAK
Immunoglobuliny (IgG)	TAK
Immunoglobuliny (IgM)	TAK
IgE całkowite	TAK
WR	TAK
HIV	TAK
<b>hormony płciowe i metaboliczne:</b>	
estradiol	TAK
FSH	TAK
LH	TAK
prolaktyna	TAK
progesteron	TAK
testosteron	TAK
kortyzol	TAK
DHEA-S	TAK



	osteokalcyna	TAK
	parathormon	TAK
	ACTH	TAK
	aldosteron	TAK
	<b>diagnostyka chorób tarczycy:</b> hormony tarczycy – TSH, T3, T4, fT3, fT4	TAK
	<b>markery nowotworowe:</b>	
	PSA – całkowite	TAK
	Alfafetoproteina – AFP	TAK
	antygen karcynoembrionalny – CEA	TAK
	antygen CA 125 (CA 125)	TAK
	antygen CA 15-3 (CA 15-3)	TAK
	antygen CA 19-9 (CA 19-9)	TAK
6.2	<b>badania RTG:</b>	
	zdjęcia czaszki i zatok	TAK
	zdjęcia klatki piersiowej	TAK
	zdjęcia kręgosłupa	TAK
	zdjęcia kończyn, stawów, miednicy	TAK
	zdjęcia przeglądowe jamy brzusznej	TAK
	zdjęcia górnego odcinka przewodu pokarmowego	TAK
6.3	<b>wlew doodbytniczy</b>	TAK
6.4	<b>mammografia</b>	TAK
6.5	<b>badanie densytometryczne</b>	TAK
6.6	<b>CT, NMR</b> – w przypadku konieczności użycia kontrastu, jego koszt pokrywa Ubezpieczony; odpłatność za kontrast zgodnie z cennikiem Partnera Medycznego	TAK
6.7	<b>badania USG:</b>	
	badanie wszystkich narządów jamy brzusznej	TAK
	badanie piersi	TAK
	badanie tarczycy (biopsja cienkoigłowa) – w przypadku zalecenia lekarza Partnera Medycznego pobranie wycinka – ocena histopatologiczna za dodatkową opłatą	TAK
	ślinianek	TAK
	badanie nerek, pęcherza, prostaty	TAK
	badanie transrektalne prostaty	TAK
	badanie macicy, jajników	TAK
	badanie ginekologiczne transwaginalne	TAK
	badanie przepływu krwi metodą Dopplera: Doppler USG tętnic szyi, Doppler USG żył szyi, Doppler USG tętnic kończyny, Doppler USG żył kończyny, USG Doppler jamy brzusznej / układu wrotnego, USG Doppler tętnic nerkowych	TAK
	stawu biodrowego	TAK
	stawu kolanowego	TAK
	ciąży (zakres świadczeń nie obejmuje badań ultrasonograficznych wykonywanych w technologii 3D/4D)	TAK
<b>7</b>	<b>usługi pielęgniarskie:</b>	
	iniekcja domięśniowa (bez leku)	TAK
	iniekcja dożylna (bez leku)	TAK
	iniekcja dostawowa (bez leku)	TAK
	wlew dożylny (kroplówka)	TAK
<b>8</b>	<b>wizyty domowe*</b> (internista, a w przypadku ubezpieczenia rodzinnego lekarz pediatra lub lekarz rodzinny) wizyty dla osób dorosłych – realizowane są w dni powszednie w godzinach 20:00 – 08:00, a w dni ustawowo wolne od pracy – całodobowo, wizyty dla dzieci – realizowane są całodobowo	TAK
<b>9</b>	<b>rehabilitacja</b> zabiegi zlecone przez lekarza Partnera Medycznego, w oparciu o zakres usług rehabilitacyjnych świadczonych przez Partnera Medycznego	TAK 15 zabiegów na osobę w ramach leczenia danej jednostki chorobowej
<b>10</b>	<b>przeгляд stomatologiczny</b> (bez leczenia) – raz w roku	TAK

<b>11</b>	<b>stomatologiczne leczenie zachowawcze</b> – 10% zniżki (w placówkach własnych Partnera Medycznego)	TAK
<b>12</b>	<b>chirurgia stomatologiczna</b> – 10% zniżki (w placówkach własnych Partnera Medycznego)	TAK

\* wizyty realizowane przez lekarza zespołów wyjazdowych w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, konieczne z uwagi na stan jego zdrowia, który uniemożliwia mu przybycie do placówki medycznej. Wizyty domowe obejmują tylko przypadki nagłych zachorowań lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, w tym zaostrzenia dolegliwości przewlekłych. Wizyta domowa w domu Ubezpieczonego ma na celu postawienie rozpoznania i rozpoczęcie leczenia, natomiast kontynuacja leczenia, a także wizyty kontrolne odbywają się w placówkach medycznych Partnera Medycznego. Niedogodny dojazd do placówki medycznej, wypisanie recepty lub zwolnienia nie są okolicznościami uzasadniającymi wizytę w domu Ubezpieczonego. Wizyta domowa jest świadczeniem pomocy doraźnej, które jest udzielane wyłącznie w dniu jego zgłoszenia. W przypadku wizyty domowej nie ma możliwości swobodnego wyboru lekarza. Usługa realizowana jest w obrębie granic administracyjnych miast, w których Partner Medyczny – POLMED S.A. posiada własne placówki medyczne i w ich okolicach (30 km od centrum). Informacja o miastach, w których Partner Medyczny – POLMED S.A. posiada własne placówki medyczne dostępna jest pod numerem telefonicznej infolinii medycznej oraz na stronie internetowej InterRisk.

Wizyty domowe nie zastępują Pogotowia Ratunkowego w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, czyli w stanach w rozumieniu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym polegających na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagających podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. W takich stanach Ubezpieczony powinien bezwzględnie skontaktować się z Pogotowiem Ratunkowym.

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kosztów Leczenia ANTIDOTUM plus  
 zatwierdzonych uchwałą nr 02/14/02/2023 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 14.02.2023 roku.

**UBEZPIECZENIE KOSZTÓW STOMATOLOGII**

§1

1. W ubezpieczeniu kosztów stomatologii, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 3) OWU, zakresem ubezpieczenia objęte są koszty świadczeń medycznych poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, określone w Tabeli nr 3.

**Tabela nr 3**

I.p.	Zakres świadczeń stomatologicznych	Wariant I	Wariant II	Wariant III
<b>1.</b>	<b>Dyżur stomatologiczny*</b>	TAK	TAK	TAK
	*Zakres Dyżuru stomatologicznego, w zależności od placówki medycznej, obejmuje pokrycie (bezgotówkową realizację usługi) albo zwrot kosztów (Refundacja Partnera Medycznego) wykonywanych przez lekarzy stomatologów określonych poniżej w pkt 1.1 – 1.17 usług do maksymalnej wysokości limitu, tj. kwoty 350 zł w każdym 12 miesięcznym okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia. Usługi w ramach Dyżuru stomatologicznego wykonywane są wyłącznie w razie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku poza godzinami pracy placówek własnych Partnera Medycznego			
1.1	Dewitalizacja miazgi zęba mlecznego z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.2	Dewitalizacja miazgi zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.3	Nacięcie ropnia zębopochodnego – wyłącznie z drenażem pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.4	Odbarczenie ropnia przyzębnego pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.5	Opatrunek leczniczy w zębie mlecznym pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.6	Opatrunek leczniczy w zębie stałym pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.7	Usunięcie zęba jednokorzeniowego pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.8	Usunięcie zęba jednokorzeniowego mlecznego pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.9	Usunięcie zęba wielokorzeniowego pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.10	Usunięcie zęba wielokorzeniowego mlecznego pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.11	Plukanie suchego zębodołu + założenie leku pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.12	Usunięcie zęba przez dłutowanie wewnątrzzębodołowe pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.13	Repozycja i unieruchomienie zwichniętego zęba pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.14	Znieczulenie w stomatologii miejscowe nasiętkowe pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.15	Znieczulenie w stomatologii miejscowe powierzchniowe pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.16	Znieczulenie w stomatologii przewodowe wewnątrzustne pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.17	RTG punktowe zdjęcie zęba pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
<b>2</b>	<b>Profilaktyka stomatologiczna</b>	TAK	TAK	TAK
	Zakres Profilaktyki Stomatologicznej obejmuje wykonanie 1 raz w 12 miesięcznym okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego przeglądu stomatologicznego tj. oceny stanu uzębienia przez Lekarza stomatologa przyjmującego w zakresie stomatologii zachowawczej oraz zabiegów higieny jamy ustnej przez higienistkę stomatologiczną i obejmuje następujące usługi:			
2.1	Badanie lekarskie stomatologiczne	TAK	TAK	TAK
2.2	Lakierowanie zębów (Fluor Protektor) 1 łuk zębowy	TAK	TAK	TAK
2.3	Lakierowanie zębów (Fluor Protektor) 1/2 łuku zębowego	TAK	TAK	TAK
2.4	Lakierowanie zębów (Fluor Protektor) 2 łuki zębowe	TAK	TAK	TAK
2.5	Instruktaż higieny jamy ustnej	TAK	TAK	TAK
2.6	Polerowanie zębów	TAK	TAK	TAK
2.7	Usunięcie złożeń naddziąsłowych / scaling / uzupełniające	TAK	TAK	TAK
2.8	Usunięcie złożeń naddziąsłowych / scaling / z 1 łuku zębowego	TAK	TAK	TAK
2.9	Usunięcie złożeń naddziąsłowych / scaling / ze wszystkich zębów	TAK	TAK	TAK
2.10	Usuwanie osadu – piaskowanie	TAK	TAK	TAK
2.11	Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym – 1 ząb	TAK	TAK	TAK
2.12	Indywidualna fluoryzacja metodą kontaktową	TAK	TAK	TAK
<b>3</b>	<b>Znieczulenia</b>	TAK	TAK	TAK
	Usługa jest wykonywana przez lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje następujące usługi:			
3.1	Znieczulenie w stomatologii aparatem WAND	TAK	TAK	TAK
3.2	Znieczulenie w stomatologii miejscowe nasiętkowe	TAK	TAK	TAK
3.3	Znieczulenie w stomatologii miejscowe powierzchniowe	TAK	TAK	TAK

3.4	Znieczulenie w stomatologii przewodowe wewnątrzustne	TAK	TAK	TAK
<b>4</b>	<b>Stomatologia zachowawcza</b>			
	Usługa jest wykonywana przez lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje następujące usługi:			
			oraz 1 raz w 12 miesięcznym okresie obowiązywania Umowy jedną z niżej wymienionych usług (pkt 4.2 – 4.6)	
4.1	Konsultacja specjalistyczna stomatologia zachowawcza	TAK	TAK	TAK
4.2	Wypełnienie ubytku korony zęba na 1 powierzchni standardowym materiałem światłoutwardzalnym	10 % zniżki	TAK	TAK
4.3	Wypełnienie ubytku korony zęba na 2 powierzchniach standardowym materiałem światłoutwardzalnym	10 % zniżki	TAK	TAK
4.4	Wypełnienie ubytku korony zęba na 3 powierzchniach standardowym materiałem światłoutwardzalnym	10 % zniżki	TAK	TAK
4.5	Odbudowa zniszczonego kąta w zębach siecznych standardowym materiałem światłoutwardzalnym	10 % zniżki	TAK	TAK
4.6	Wypełnienie giasjonomer	10 % zniżki	TAK	TAK
4.7	Badanie żywotność zęba	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
4.8	Ćwiek okołomiążgowy	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
4.9	Kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa – licówka z kompozytu	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
4.10	Kosmetyczne pokrycie przebarwienia zębiny w zębach przednich – licówka z kompozytu	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
4.11	Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
4.12	Opatrunek leczniczy w zębie stałym	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
4.13	Plukanie kieszonki dziąsłowej	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
4.14	Plukanie kieszonki dziąsłowej i aplikacja leku	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
4.15	Kauteryzacja brodawki dziąsłowej	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
<b>5</b>	<b>Pedodoncja</b>			
	Usługa jest wykonywana przez lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje następujące usługi:			
			oraz 1 raz w 12 miesięcznym okresie obowiązywania Umowy jedną z niżej wymienionych usług (pkt 5.2 – 5.7)	
5.1	Badanie lekarskie stomatologiczne kontrolne pedodontyczne	TAK	TAK	TAK
5.2	Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 1 powierzchni	10 % zniżki	TAK	TAK
5.3	Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 1 powierzchni lecznicze	10 % zniżki	TAK	TAK
5.4	Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 2 powierzchniach	10 % zniżki	TAK	TAK
5.5	Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 2 powierzchniach lecznicze	10 % zniżki	TAK	TAK
5.6	Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 3 powierzchniach	10 % zniżki	TAK	TAK
5.7	Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 3 powierzchniach lecznicze	10 % zniżki	TAK	TAK
5.8	Wizyta adaptacyjna (dzieci) – stomatologia	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
5.9	Opatrunek leczniczy w zębie mlecznym	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
5.10	Impregnacja zębiny – każdy ząb	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
5.11	Amputacja zdewitalizowanej miazgi zęba mlecznego	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
5.12	Leczenie endodontyczne zęba mlecznego	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
5.13	Leczenie zgorzeli miazgi zęba mlecznego	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
5.14	Amputacja przyżyciowa miazgi w zębie z nieuformowanym korzeniem	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
5.15	Dewitalizacja miazgi zęba mlecznego z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
<b>6</b>	<b>Chirurgia stomatologiczna</b>			
	Usługa jest wykonywana przez lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje następujące usługi:			
6.1	Konsultacja specjalistyczna chirurga stomatologa	TAK	TAK	TAK
6.2	Nacięcie ropnia zębopochodnego – włącznie z drenażem	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK

6.3	Resekcja wierzchołka korzenia zęba bocznego	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.4	Resekcja wierzchołka korzenia zęba bocznego z wstecznym wypełnieniem kanału	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.5	Resekcja wierzchołka korzenia zęba przedniego	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.6	Resekcja wierzchołka korzenia zęba przedniego z wstecznym wypełnieniem kanału	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.7	Usunięcie zęba jednokorzeniowego	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.8	Usunięcie zęba jednokorzeniowego mlecznego	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.9	Usunięcie zęba przez dłutowanie wewnątrzzębodołowe	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.10	Usunięcie zęba przez dłutowanie zewnątrzzębodołowe z wytworzeniem płata śluzówkowo-okostnowego	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.11	Usunięcie zęba wielokorzeniowego	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.12	Usunięcie zęba wielokorzeniowego mlecznego	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.13	Wycięcie kaptura dziąsłowego w obrębie 1 zęba	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.14	Wycięcie małego guzka, zmiany guzopodobnej, mucocele stomatologia	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.15	Założenie opatrunku chirurgicznego stomatologia	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.16	Plukanie suchego zębodołu + założenie leku	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.17	Pobranie wycinka w jamie ustnej	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.18	Plastyka wędzidełka wargi, policzka, języka stomatologia	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.19	Wyluszczenie torbieli zębopochodnej	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.20	Operacyjne usunięcie zęba skomplikowane chirurgicznie	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.21	Operacyjne odsłonięcie zęba zatrzymanego	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.22	Operacyjne odsłonięcie zęba zatrzymanego z doklejeniem zamka	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.23	Operacyjne usunięcie zęba częściowo zatrzymanego	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.24	Repozycja i unieruchomienie zwichniętego zęba	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.25	Reimplantacja zęba	NIE	NIE	15 % zniżki
6.26	Plastyka wyrostka zębodołowego w obrębie połowy szczęki – przygotowanie do protetyki	NIE	NIE	15 % zniżki
6.27	Plastyka wyrostka zębodołowego z użyciem przeszczepu – bez kosztu materiału	NIE	NIE	15 % zniżki
6.28	Repozycja i unieruchomienie złamanego wyrostka zębodołowego	NIE	NIE	15 % zniżki
6.29	Wyluszczenie kamienia z przewodu ślinianki stomatologia	NIE	NIE	15 % zniżki
6.30	Plastyka połączenia lub przetoki ustno-zatokowej	NIE	NIE	15 % zniżki
6.31	Tymczasowe zaopatrzenie złamanej szczęki	NIE	NIE	15 % zniżki
6.32	Repozycja i unieruchomienie zwichnięcia zuchwy	NIE	NIE	15 % zniżki
6.33	Augmentacja zatoki szczękowej 1	NIE	NIE	15 % zniżki
6.34	Augmentacja zatoki szczękowej 2	NIE	NIE	15 % zniżki
6.35	Augmentacja zatoki szczękowej 3	NIE	NIE	15 % zniżki
6.36	Przeszczep tkanki łącznej z podniebienia – pobranie	NIE	NIE	15 % zniżki
6.37	Przeszczep tkanki łącznej z podniebienia – pobranie	NIE	NIE	15 % zniżki
6.38	Transpozycja nerwu zębodołowego dolnego	NIE	NIE	15 % zniżki
6.39	Augmentacja kości 1	NIE	NIE	15 % zniżki
6.40	Augmentacja kości 2	NIE	NIE	15 % zniżki
6.41	Augmentacja kości 3	NIE	NIE	15 % zniżki
6.42	Zabieg wszczepiania Emdogain i Endobon	NIE	NIE	15 % zniżki
6.43	Zabieg płytowy z augmentacją preparatem Endobon	NIE	NIE	15 % zniżki
6.44	Zabieg płytowy z augmentacją preparatem Endobon i błoną Osseoguard	NIE	NIE	15 % zniżki
6.45	Zabieg płytowy z augmentacją preparatem Endobon i preparatem Emdogain	NIE	NIE	15 % zniżki
6.46	Regeneracja / Augmentacja zębodołu po ekstrakcji z wykorzystaniem biomateriału	NIE	NIE	15 % zniżki
6.47	Szycie rany wargi	NIE	NIE	15 % zniżki
6.48	Operacyjne usunięcie zawiązków zębów	NIE	NIE	15 % zniżki
6.49	Regeneracja / Augmentacja zębodołu po ekstrakcji z wykorzystaniem stozków kolagenowych	NIE	NIE	15 % zniżki
6.50	Autogenny przeszczep kości do 3 zębodołów	NIE	NIE	15 % zniżki
6.51	Uzupełnienie zębodołu materiałem kościostępującym bez kosztu materiału	NIE	NIE	15 % zniżki
6.52	Zabieg użycia fibryny bogatopłytkowej (PRP) w stomatologii	NIE	NIE	15 % zniżki
6.53	Membrana wraz z zastosowaniem	NIE	NIE	15 % zniżki

6.54	Membrana zastępująca tkankę łączną wraz z zastosowaniem	NIE	NIE	15 % zniżki
6.55	Membrana kolagenowa wraz z zastosowaniem	NIE	NIE	15 % zniżki
6.56	Membrana i-GEN lub siatka tytanowa wraz z zastosowaniem	NIE	NIE	15 % zniżki
6.57	Usunięcie membrany i-Gen	NIE	NIE	15 % zniżki
<b>7</b>	<b>Endodoncja</b>			
	Usługa jest wykonywana przez lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje następujące usługi:			
7.1	Konsultacja specjalistyczna stomatologia zachowawcza	NIE	TAK	TAK
7.2	Dewitalizacja miazgi zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem	NIE	15 % zniżki	TAK
7.3	Chemo-mechaniczne opracowanie kanału korzeniowego	NIE	15 % zniżki	TAK
7.4	Udrożnienie kanału korzeniowego	NIE	15 % zniżki	TAK
7.5	Wypełnienie kanału korzeniowego	NIE	15 % zniżki	TAK
7.6	Usunięcie wkładu koronowo-korzeniowego	NIE	15 % zniżki	TAK
7.7	Usunięcie złamanego narzędzia z kanału w mikroskopie zabiegowym	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
7.8	Usunięcie wkładu koronowo-korzeniowego w mikroskopie zabiegowym	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
7.9	Leczenie endodontyczne zęba siecznego lub kła w mikroskopie zabiegowym etap I	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
7.10	Leczenie endodontyczne zęba siecznego lub kła w mikroskopie zabiegowym etap II	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
7.11	Leczenie endodontyczne zęba przedtrzonowego w mikroskopie zabiegowym etap I	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
7.12	Leczenie endodontyczne zęba przedtrzonowego w mikroskopie zabiegowym etap II	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
7.13	Leczenie endodontyczne zęba trzonowego w mikroskopie zabiegowym etap I	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
7.14	Leczenie endodontyczne zęba trzonowego w mikroskopie zabiegowym etap II	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
7.15	Specjalistyczna ocena tkanek w mikroskopie zabiegowym	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
7.16	Wizyta interwencyjna w leczeniu endodontycznym	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
<b>8</b>	<b>Protetyka</b>			
	Usługa jest wykonywana przez lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje następujące usługi:			
8.1	Konsultacja specjalistyczna protetyczna	NIE	TAK	TAK
8.2	Proteza całkowita z metalowym podniebieniem	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.3	Korekta zgryzu	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.4	Modele dla celów diagnostycznych lub planowania lekarz	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.5	Wkład koronowo-korzeniowy lany met.	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.6	Wkład koronowo-korzeniowy lany met. składany	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.7	Wkład koronowo-korzeniowy ze złota	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.8	Wkład koronowo-korzeniowy ze złota składany	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.9	Wkład koronowo-korzeniowy z metalu, ceramiki, szkła – standardowy	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.10	Korona tymczasowa metodą pośrednią	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.11	Korona lana pełnometalowa	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.12	Korona lana ze złota przedtrzonowiec	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.13	Korona porcelanowa na metalu bez stopnia	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.14	Korona porcelanowa na galwanie	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.15	Korona porcelanowa na złocie przedtrzonowiec	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.16	Licówka porcelanowa	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.17	Wkład koronowy kompozytowy ONLAY INLAY OVERLAY	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.18	Korona teleskopowa galwaniczna, złota	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.19	Zasuwa / zatrask / punkt retencyjny w protezie szkieletowej	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.20	Wymiana wkładki Rhein / zatrasku kulowego – 1 element	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.21	Proteza częściowa osiadająca w zakresie 1-4 brakujących zębów	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.22	Proteza całkowita w szczęcie	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.23	Proteza całkowita w żuchwie	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.24	Proteza szkieletowa z zatraskami bez kosztu zatrasku	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.25	Proteza szkieletowa	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.26	Proteza overdenture na zatrasku ze złota	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.27	Naprawa protezy – 1 element	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki

8.28	Podścielenie protezy bezpośrednie	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.29	Podścielenie protezy pośrednie	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.30	Zdjęcie korony protetycznej – 1 element	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.31	Proteza częściowa osiadająca w zakresie 5-8 brakujących zębów	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.32	Proteza częściowa osiadająca w zakresie więcej niż 8 zębów	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.33	Korona porcelanowa na złocie trzonowiec	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.34	Korona porcelanowa na złocie w odcinku przednim	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.35	Korona lana ze złota trzonowiec	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.36	Korona lana ze złota ząb w odcinku przednim	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.37	Wkład koronowy porcelanowy ONLAY INLAY OVERLAY	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.38	Cementowanie korony protetycznej	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.39	Cementowanie mostu	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.40	Proteza częściowa osiadająca – 1 punkt	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.41	Ustalenie zwarcia przy pomocy artykulatora	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.42	Wycisk czynnościowy za pomocą łyżki indywidualnej	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.43	Wkład koronowo-korzeniowy pełnoceramiczny	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.44	Wkład koronowo-korzeniowy lany met. I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.45	Wkład koronowo-korzeniowy lany met. II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.46	Wkład koronowo-korzeniowy lany met. składany I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.47	Wkład koronowo-korzeniowy lany met. składany II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.48	Wkład koronowo-korzeniowy ze złota I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.49	Wkład koronowo-korzeniowy ze złota II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.50	Wkład koronowo-korzeniowy ze złota składany I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.51	Wkład koronowo-korzeniowy ze złota składany II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.52	Korona lana pełnometalowa I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.53	Korona lana pełnometalowa II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.54	Korona lana ze złota przedtrzonowiec I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.55	Korona lana ze złota przedtrzonowiec II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.57	Korona lana ze złota trzonowiec I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.57	Korona lana ze złota trzonowiec II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.58	Korona lana ze złota ząb w odcinku przednim I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.59	Korona lana ze złota ząb w odcinku przednim II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.60	Korona porcelanowa na metalu bez stopnia I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.61	Korona porcelanowa na metalu bez stopnia II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.62	Korona porcelanowa na galwanie I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.63	Korona porcelanowa na galwanie II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.64	Korona porcelanowa na złocie przedtrzonowiec I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.65	Korona porcelanowa na złocie przedtrzonowiec II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.66	Korona porcelanowa na złocie trzonowiec I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.67	Korona porcelanowa na złocie trzonowiec II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.68	Korona porcelanowa na złocie w odcinku przednim I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.69	Korona porcelanowa na złocie w odcinku przednim II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.70	Licówka porcelanowa I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.71	Licówka porcelanowa II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.72	Wkład koronowy porcelanowy ONLAY INLAY OVERLAY I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.73	Wkład koronowy porcelanowy ONLAY INLAY OVERLAY II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.74	Korona teleskopowa galwaniczna, złota I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.74	Korona teleskopowa galwaniczna, złota II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.76	Zasuwa / zatrask / punkt retencyjny w protezie szkieletowej I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.77	Zasuwa / zatrask / punkt retencyjny w protezie szkieletowej II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.78	Proteza częściowa osiadająca w zakresie 1-4 brakujących zębów I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.79	Proteza częściowa osiadająca w zakresie 1-4 brakujących zębów II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki

8.80	Proteza częściowa osiadająca w zakresie 5-8 brakujących zębów I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.81	Proteza częściowa osiadająca w zakresie 5-8 brakujących zębów II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.82	Proteza częściowa osiadająca w zakresie więcej niż 8 zębów I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.83	Proteza częściowa osiadająca w zakresie więcej niż 8 zębów II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.84	Proteza całkowita w szczęcie I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.85	Proteza całkowita w szczęcie II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.86	Proteza całkowita w żuchwie I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.87	Proteza całkowita w żuchwie II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.88	Proteza szkieletowa z zatrzaskami bez kosztu zatrzasku I etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.89	Proteza szkieletowa z zatrzaskami bez kosztu zatrzasku II etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.90	Proteza szkieletowa I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.91	Proteza szkieletowa II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.92	WAX UP	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.93	WAX UP INTERDENT	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.94	Wkład koronowo-korzeniowy pełnoceramiczny I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.95	Wkład koronowo-korzeniowy pełnoceramiczny II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.96	Most adhezyjny – 1 punkt	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.97	Korona porcelanowa na cyrkonie metodą CAD/CAM lava everest	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.98	Korona porcelanowa na cyrkonie metodą CAD/CAM lava everest I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.99	Korona porcelanowa na cyrkonie metodą CAD/CAM lava everest II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.100	Zatrzask Rhein 1 element	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.101	Zatrzask Bredent 1 element	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.102	Korona porcelanowa na metalu ze stopniem ceramicznym	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.103	Korona porcelanowa na metalu ze stopniem ceramicznym I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.104	Korona porcelanowa na metalu ze stopniem ceramicznym II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.105	Korona teleskopowa metalowa	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.106	Korona teleskopowa metalowa I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.107	Korona teleskopowa metalowa II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.108	Licówka porcelanowa boczna	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.109	Licówka porcelanowa boczna I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.110	Licówka porcelanowa boczna II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.111	Proteza overdenture na zatrzasku ze złota I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.112	Proteza overdenture na zatrzasku ze złota II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.113	Maska dziąsłowa Gradia	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.114	Maska dziąsłowa Gradia I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.115	Maska dziąsłowa Gradia II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.116	Kontrola i korekta ustawienia zębów w wosku	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.117	Kontrola i korekta metalu protezy szkieletowej	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.118	Szynoproteza	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.119	Wkład koronowy metalowy ONLAY INLAY OVERLAY	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.120	Wkład koronowy ze złota	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.121	Wkłady kulowe	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.122	Szyna ochronna sport	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.123	Szyna ochronna sport kolor	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.124	Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.125	Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy Etap I	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.126	Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy Etap II	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.127	Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy składany	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.128	Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy składany Etap I	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.129	Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy składany Etap II	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.130	Wzmocnienie protezy łukiem	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.131	Wzmocnienie protezy siatką stalową	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki



8.132	Wzmocnienie protezy siatką pozłacaną	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.133	Proteza overdenture na koronach teleskopowych Etap I	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.134	Proteza overdenture na koronach teleskopowych Etap II	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.135	Zamek ASC	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.136	Badanie łukiem twarzowym i osadzenie w artykulatorze	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.137	Mikroproteza akrylowa	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.138	MOCK UP 1 łuk	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.139	MOCK UP 1 punkt	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.140	Wizualizacja efektu leczenia protetycznego na modelu	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.141	Wymiana teflonu	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.142	Korona kompozytowa pełna	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.143	Korona kompozytowa na włóknie szklanym	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.144	Korona pełnoceramiczna na cyrkonie	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.145	Korona pełnoceramiczna na cyrkonie I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.146	Korona pełnoceramiczna na cyrkonie II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.147	Korona pełnoceramiczna	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.148	Korona pełnoceramiczna I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.149	Korona pełnoceramiczna II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.150	Maryland uzupełnienie brakującego zęba – akryl	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.151	Maryland uzupełnienie brakującego zęba – kompozyt	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
<b>9</b>	<b>Ortodoncja</b>			
	Usługa jest wykonywana przez lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje następujące usługi:			
9.1.	Konsultacja ortodonta	NIE	TAK	TAK
9.2	Aparat grubotukowy Bi-helix, Quad – helix	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.3	Aparat blokowy z modyfikacją	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.4	Aparat Derishwailera	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.5	Aparat ortodontyczny ruchomy	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.6	Aparat stały – zamknięty metalowy 1 łuk	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.7	Aparat Stochfische	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.8	Jeden punkt aparatu metalowego przezroczystego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.9	Jeden punkt aparatu metalowego stałego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.10	Lip – bumper	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.11	Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana łuku	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.12	Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana śruby 1	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.13	Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana śruby 2	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.14	Naprawa aparatu ortodontycznego pęknięcie płyty	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.15	Naprawa aparatu ortodontycznego dorobienie elementu drucianego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.16	Płytki Nanca	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.17	Płytki przedsionkowa	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.18	Proca bródkowa	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.19	Przerzut podniebienny	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.20	Przerzut podniebienny NiTi	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.21	Retainer 1	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.22	Retainer 2	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.23	Retainer 3	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.24	Konsultacja ortodonta w przebiegu leczenia aparatem ruchomym	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.25	Konsultacja ortodonta w przebiegu leczenia aparatem stałym	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.26	Wyciąg zewnętrzny	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.27	Zdjęcie aparatu ortodontycznego stałego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.28	Wizyta z procą bródkową	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.29	Wizyta ze szlifowaniem guzków	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki

9.30	Analiza zgryzu i opracowanie planu leczenia	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.31	Aparat blokowy	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.32	Jeden łuk aparatu stałego zamki porcelanowe	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.33	Jeden łuk aparatu stałego metalowego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.34	Konsultacja ortodonta z wyciskiem	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.35	Naprawa aparatu dorobienie 1 elementu	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.36	Naprawa aparatu dorobienie 2 elementów	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.37	Naprawa aparatu dorobienie 3 elementów	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.38	Wizyta z płytą przedSIONKOWĄ	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.39	Wizyta kontrolna w przebiegu leczenia aparatem ruchomym	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.40	Wizyta kontrolna w przebiegu leczenia aparatem stałym x 1	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.41	Wymiana zamka metalowego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.42	Wymiana zamka porcelanowego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.43	Łuk segmentowy 1/3	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.44	Łuk segmentowy 1/2	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.45	Wizyta kontrolna – aparat stały, zamki metalowe	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.46	Wizyta kontrolna – aparat stały, zamki kryształowe	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.47	Jeden łuk aparatu stałego zamki kryształowe	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.48	Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.49	Aparat ruchomy – płyta Schwarza	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.50	Aparat stały – zamki estetyczne 1 łuk	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.51	Aparat Hyrax	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.52	Aparat pendulum	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.53	Aparat stały – zamki estetyczne część łuku 1	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.54	Aparat stały – zamki estetyczne część łuku 2	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.55	Aparat grubołówkowy Bi-helix, Quad – helix I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.56	Aparat grubołówkowy Bi-helix, Quad – helix II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.57	Aparat blokowy I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.58	Aparat blokowy II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.59	Aparat ruchomy – płyta Schwarza I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.60	Aparat ruchomy – płyta Schwarza II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.61	Aparat Hyrax I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.62	Aparat Hyrax II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.63	Jeden łuk aparatu stałego zamki kryształowe I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.64	Jeden łuk aparatu stałego zamki kryształowe II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.65	Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.66	Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.67	Naprawa aparatu ortodontycznego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.68	Aparat pendulum I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.69	Aparat pendulum II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.70	Aparat Nance	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.71	Kontrola retencji	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.72	Stripping – pionowe szlifowanie zębów 1 ząb	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.73	Wykonanie szyny nagryzowej akrylowej	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.74	Założenie wyciągu zewnątrzrustnego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.75	Wykonanie płytki retencyjnej	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.76	Założenie łuku retencyjnego – szczęka	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.77	Założenie łuku retencyjnego – żuchwa	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.78	Zdjęcie łuku retencyjnego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.79	Aparat stały – zamki bezligaturowe metalowe 1 łuk	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.80	Aparat stały – zamki bezligaturowe estetyczne 1 łuk	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.81	Aparat TWIN – BLOCK	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki

9.82	Aparat TWIN – BLOCK etap I	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.83	Aparat TWIN – BLOCK etap II	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.84	Wizyta kontrolna – aparat stały, zamki porcelanowe	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.85	Aparat Hassa	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.86	Utrzymywacz przestrzeni	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.87	Clear aligner wycisk	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.88	Clear aligner kontrola	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.89	Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 1 łuku zamki ceramiczne	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.90	Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 2 łuków zamki ceramiczne	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.91	Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 1 łuku zamki metalowe	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.92	Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 2 łuków zamki metalowe	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.93	Dodatkowy element ortodontyczny 1	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.94	Dodatkowy element ortodontyczny 2	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.95	Dodatkowy element ortodontyczny 3	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.96	Wymiana zamka estetycznego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.97	Płytki przedsiolkowa – infant trainer	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.98	Aparat stały – zamki bezligaturowe Damona – estetyczne 1 łuk	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.99	Aparat stały – zamki bezligaturowe Damona – metalowe 1 łuk	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.100	Wizyta kontrolna w przebiegu leczenia aparatem stałym z zamkami bezligaturowymi Damona – 1 łuk	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.101	Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe i kryształowe	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.102	Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe i kryształowe I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.103	Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe i kryształowe II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.104	Aparat Multi – P	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.105	Aparat wieloczynnościowy Rotator trzonowców	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.106	Aparat Ekspander	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.107	Aparat TWIN – BLOCK ze śrubą – zmodyfikowany	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.108	Aparat TWIN – BLOCK ze śrubą – zmodyfikowany etap I	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.109	Aparat TWIN – BLOCK ze śrubą – zmodyfikowany etap II	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.110	Zawias Herbst	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.111	Zawias Herbst etap I	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.112	Zawias Herbst etap II	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.113	Dystalizer Carriere	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.114	Rozklinowanie typu Guray / OBC	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.115	Aparat stały fragmentaryczny	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.116	Aparat stały – zamki językowe 2D 1 łuk	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.117	Wymiana zamka metalowego językowego 2D	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.118	Wizyta kontrolna – aparat stały, zamki językowe 2D jeden łuk	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.119	Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 1 łuku zamki językowe 2D	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.120	Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 2 łuków zamki językowe 2D	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.121	Aparat MALU	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.122	Aparat grubołułkowy – łuk podniebienny	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.123	Aparat grubołułkowy – łuk językowy	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.124	Aparat stały 2x4 metalowy	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.125	Szyna akrylowa ortodontyczna	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.126	Korektor drugiej klasy	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.127	Jeden łuk aparatu stałego zamki językowe indywidualne	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.128	Jeden łuk aparatu stałego zamki językowe indywidualne Etap I	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.129	Wymiana łuku zamki językowe indywidualne	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.130	Wymiana zamka językowego indywidualnego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.131	Jeden łuk aparatu stałego zamki językowe indywidualne Etap II	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.132	Aparat System Benefit etap I	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki

9.133	Aparat System Benefit etap II	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.134	Aparat ortodontyczny elastyczny	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.135	Zabieg separacji zębów	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.136	Wizyta kontrolna w przebiegu leczenia aparatem stałym częściowym	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.137	Przyklejenie zamka ortodontycznego metalowego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.138	Przyklejenie zamka ortodontycznego kryształowego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.139	Założenie łuku ortodontycznego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.140	Aparat stały 2x4 estetyczny	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.141	Aparat stały 2x4 estetyczny I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.142	Aparat stały 2x4 estetyczny II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.143	Jeden łuk aparatu stałego zamki bezniklowe	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.144	Jeden łuk aparatu stałego zamki bezniklowe I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.145	Jeden łuk aparatu stałego zamki bezniklowe II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.146	Retencja łuk retencyjny 1 ząb	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.147	Planowanie leczenia ortognatycznego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.148	Plytkoproteza dziecięca	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.149	Plytkoproteza dziecięca I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.150	Plytkoproteza dziecięca II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.151	Retencja łuk retencyjny 6 zębów	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.152	Modele dla celów diagnostycznych lub planowania ortodonta	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
<b>10</b>	<b>Biostomatologia</b>			
	Usługa jest wykonywana przez lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje:			
10.1	Badanie śliny za pomocą testu Saliva-Check Buffer (GC)	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
10.2	Badanie poziomu bakterii Streptococcus mutans w ślinie za pomocą Saliva-Check Mutans (GC)	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
10.3	Kontrola płytki nazębnej – Tri Plaque ID Gel (GC)	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
10.4	Test molekularno-biologiczny do oznaczania patogenów wywołujących periodontitis/periimplantitis metodą Real-Time PCR – PET standard (MIP PHARMA)	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
10.5	Test molekularno-biologiczny do oznaczania patogenów wywołujących periodontitis/periimplantitis metodą Real-Time PCR – PET plus (MIP PHARMA)	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
10.6	Test molekularno-biologiczny do oznaczania patogenów wywołujących periodontitis/periimplantitis metodą Real-Time PCR – PET deluxe (MIP PHARMA)	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
10.7	Infiltracja próchnicy – ICON (DMG)	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
10.8	Minimalnie inwazyjna terapia próchnicy z wykorzystaniem technologii szklanej hybrydy – EQUIA FORTE	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
10.9	Zastosowanie bioaktywnego substytutu zębiny – Biodentine (Septodont)	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
10.10	Biorekonstrukcja utraconych tkanek zęba z zastosowaniem materiału ACTIVA (Pulpdent)	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
10.11	Rekonstrukcja utraconych tkanek zęba z wykorzystaniem BPA-free Gaenial	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
10.12	Miejscowe stosowanie MI VARNISH (GC) uwalniającego biodostępny wapń, fosforan i fluor	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
10.13	Terapia podtrzymująca z wykorzystaniem biodostępnego wapnia, fosforanu i fluoru – GC MI Paste Plus	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
10.14	Remineralizacja szkliwa preparatem Tooth Mousse	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
<b>11</b>	<b>Periodontologia</b>			
	Usługa jest wykonywana przez lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje następujące usługi:			
11.1	Konsultacja specjalistyczna periodontologiczna	NIE	NIE	TAK
11.2	Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej – ozonoterapia lekarz	NIE	NIE	15 % zniżki
11.3	Kiretaż zwykły w obrębie 1/4 łuku	NIE	NIE	15 % zniżki
11.4	Kiretaż otwarty w obrębie 1 zęba	NIE	NIE	15 % zniżki
11.5	Unieruchomienie zębów ligaturą drucianą – ząb	NIE	NIE	15 % zniżki
11.6	Unieruchomienie zębów szyną z kompozytu – 1 ząb	NIE	NIE	15 % zniżki
11.7	Unieruchomienie zębów szyną z kompozytu z dodatkowymi wzmocnieniami – 1 ząb	NIE	NIE	15 % zniżki
11.8	Zabieg wszczepiania Biomateriału 1	NIE	NIE	15 % zniżki
11.9	Zabieg wszczepiania Emdogain 1 ząb	NIE	NIE	15 % zniżki
11.10	Zabieg pokrycia obnażonych korzeni zębów	NIE	NIE	15 % zniżki

11.11	Założenie opatrunku periodontologicznego	NIE	NIE	15 % zniżki
11.12	Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej – ozonoterapia higienistka	NIE	NIE	15 % zniżki
11.13	Zabieg wszczepiania Biomateriału 2	NIE	NIE	15 % zniżki
11.14	Zabieg wszczepiania Biomateriału 3	NIE	NIE	15 % zniżki
11.15	Zabieg wszczepiania Emdogain 2 zęby	NIE	NIE	15 % zniżki
11.16	Zabieg wszczepiania Emdogain 3 zęby	NIE	NIE	15 % zniżki
11.17	Gingiwoplastyka – w obrębie 1 zęba	NIE	NIE	15 % zniżki
11.18	Gingiwoosteoplastyka – w obrębie 1 zęba	NIE	NIE	15 % zniżki
11.19	Periodontologia Szynowanie szczęki i żuchwy	NIE	NIE	15 % zniżki
11.20	Periodontologia Wydłużenie korony zęba 2-korzeniowego	NIE	NIE	15 % zniżki
11.21	Periodontologia Wydłużenie korony zęba 1-korzeniowego	NIE	NIE	15 % zniżki
11.22	Periodontologia Sterowanie regeneracji kości	NIE	NIE	15 % zniżki
11.23	Periodontologia Przeszczep dziąsłowy – do 2 zębów	NIE	NIE	15 % zniżki
11.24	Laser biostymulacyjny stomatologiczny	NIE	NIE	15 % zniżki
11.25	Zabieg wszczepienia Nanobone – preparatu kośćcozastępczego	NIE	NIE	15 % zniżki
11.26	Test na nowotwór Vizilite plus	NIE	NIE	15 % zniżki
11.27	Root planning jeden łuk	NIE	NIE	15 % zniżki
11.28	Periodontologia Wydłużenie korony zęba (do 6-ściu zębów)	NIE	NIE	15 % zniżki
11.29	Wykonanie testu na obecność patogenów wywołujących periodontitis / periimplantitis	NIE	NIE	15 % zniżki
11.30	Konsultacja specjalistyczna periodontologiczna wizyta kontrolna	NIE	NIE	15 % zniżki
11.31	Zabieg pokrycia obnażonych korzeni zębów okolicy 1 zęba	NIE	NIE	15 % zniżki
11.32	Zabieg pokrycia obnażonych korzeni zębów okolicy 2 zębów	NIE	NIE	15 % zniżki
11.33	Zabieg pokrycia obnażonych korzeni zębów okolicy 3 zębów	NIE	NIE	15 % zniżki
11.34	Periodontologia Tunelizacja	NIE	NIE	15 % zniżki
11.35	Opracowanie na piśmie planu i kosztów leczenia periodontologicznego	NIE	NIE	15 % zniżki
11.36	Kiretaż zwykły w obrębie 1 zęba	NIE	NIE	15 % zniżki
11.37	Root planning 1/2 łuku	NIE	NIE	15 % zniżki
11.38	Periodontologia Flap (1 ząb)	NIE	NIE	15 % zniżki
11.39	Zabieg aparatem Vector periodontologiczny 2 łuki	NIE	NIE	15 % zniżki
11.40	Zabieg aparatem Vector periodontologiczny 1 łuk	NIE	NIE	15 % zniżki
11.41	Zabieg aparatem Vector protetyczny 2 łuki	NIE	NIE	15 % zniżki
11.42	Zabieg aparatem Vector protetyczny 1 łuk	NIE	NIE	15 % zniżki
11.43	Zabieg aparatem Vector protetyczny 1 ząb (1 do 6 zębów)	NIE	NIE	15 % zniżki
<b>12</b>	<b>Implantologia</b>			
	Usługa jest wykonywana przez lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje następujące usługi:			
12.1	Konsultacja specjalistyczna implantologiczna	NIE	NIE	TAK
12.2	Szyna implantologiczna z pozycjonerami tytanowymi	NIE	NIE	10 % zniżki
12.3	Odsłonięcie implantu ze śrubą gojącą 1 punkt	NIE	NIE	10 % zniżki
12.4	Założenie implantu mikro	NIE	NIE	10 % zniżki
12.5	Założenie implantu Astra	NIE	NIE	10 % zniżki
12.6	Założenie implantu Straumann	NIE	NIE	10 % zniżki
12.7	Usunięcie implantu mikro	NIE	NIE	10 % zniżki
12.8	Założenie implantu Astra i wspornika jednoetapowo	NIE	NIE	10 % zniżki
12.9	Założenie implantu BEGO	NIE	NIE	10 % zniżki
12.10	Usunięcie implantu stałego	NIE	NIE	10 % zniżki
12.11	Założenie implantu Dentium	NIE	NIE	10 % zniżki
12.12	Założenie implantu Neodent	NIE	NIE	10 % zniżki
12.13	Założenie implantu Straumann SL Actve	NIE	NIE	10 % zniżki
12.14	Szyna implantologiczna szablon	NIE	NIE	10 % zniżki
12.15	Belka tytanowa na 6-ciu implantach	NIE	NIE	10 % zniżki
12.16	Belka cerkonowa na implantach 4 – 5 implantów	NIE	NIE	10 % zniżki

12.17	Belka cerkonowa na implantach 4 – 5 implantów I Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.18	Belka cerkonowa na implantach 4 – 5 implantów II Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.19	Belka cerkonowa na implantach 6 – 8 implantów	NIE	NIE	10 % zniżki
12.20	Belka cerkonowa na implantach 6 – 8 implantów I Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.21	Belka cerkonowa na implantach 6 – 8 implantów II Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.22	Lokator na implancie	NIE	NIE	10 % zniżki
12.23	Korona porcelanowa na implancie dwustrukturowa na stali	NIE	NIE	10 % zniżki
12.24	Korona porcelanowa na implancie dwustrukturowa na stali I Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.25	Korona porcelanowa na implancie dwustrukturowa na stali II Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.26	Most porcelanowy na implantach 1 łuk	NIE	NIE	10 % zniżki
12.27	Most porcelanowy na implantach 1 łuk I Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.28	Most porcelanowy na implantach 1 łuk II Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.29	Most akrylowy Toronto na implantach 1 łuk	NIE	NIE	10 % zniżki
12.30	Most akrylowy Toronto na implantach 1 łuk I Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.31	Most akrylowy Toronto na implantach 1 łuk II Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.32	Most porcelanowy na implantach z indywidualnymi koronami 1 pkt	NIE	NIE	10 % zniżki
12.33	Most porcelanowy na implantach z indywidualnymi koronami 1 pkt I Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.34	Most porcelanowy na implantach z indywidualnymi koronami 1 pkt II Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.35	Korona tymczasowa na implancie natychmiastowa wykonana przez technika	NIE	NIE	10 % zniżki
12.36	Korona tymczasowa na implancie natychmiastowa wykonana przez lekarza	NIE	NIE	10 % zniżki
12.37	Renowacja mostu akrylowego Toronto na implantach wymiana akrylu	NIE	NIE	10 % zniżki
12.38	Proteza na 4 implantach na lokatorach	NIE	NIE	10 % zniżki
12.39	Proteza na 4 implantach na lokatorach Etap I	NIE	NIE	10 % zniżki
12.40	Proteza na 4 implantach na lokatorach Etap II	NIE	NIE	10 % zniżki
12.41	Proteza na 4 implantach na belce	NIE	NIE	10 % zniżki
12.42	Proteza na 4 implantach na belce Etap I	NIE	NIE	10 % zniżki
12.43	Proteza na 4 implantach na belce Etap II	NIE	NIE	10 % zniżki
12.44	Proteza na 2 implantach na belce	NIE	NIE	10 % zniżki
12.45	Proteza na 2 implantach na belce I Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.46	Proteza na 2 implantach na belce II Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.47	Proteza na 2 implantach na lokatorach	NIE	NIE	10 % zniżki
12.48	Proteza na 2 implantach na lokatorach I Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.49	Proteza na 2 implantach na lokatorach II Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
<b>13</b>	<b>Leczenie dysfunkcji czynnościowych narządu żucia</b>			
	Usługa jest wykonywana przez lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje:			
13.1	Szyna relaksacyjna miękka	NIE	NIE	10 % zniżki
13.2	Szyna relaksacyjna twarda	NIE	NIE	10 % zniżki
13.3	Szyna relaksacyjna NTI	NIE	NIE	10 % zniżki
13.4	Badanie łukiem twarzowym i osadzenie w artykulatorze z badaniem MDI	NIE	NIE	10 % zniżki
<b>14</b>	<b>Stomatologia estetyczna</b>			
	Usługa jest wykonywana przez lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje:			
14.1	Likwidacja diastemy – za każdy ząb	NIE	NIE	10 % zniżki
14.2	Wybielanie zęba metodą wewnętrzną – 1 zabieg	NIE	NIE	10 % zniżki
14.3	Wybielanie grupy zębów metodą zewnętrzną – 1 łuk zębowy	NIE	NIE	10 % zniżki
14.4	Wybielanie zębów metodą zewnętrzną – zestaw dodatkowy	NIE	NIE	10 % zniżki
14.5	Wybielanie zębów metodą zewnętrzną – 1 strzykawka	NIE	NIE	10 % zniżki
14.6	Wybielanie zębów Laser – Smile 1 łuk	NIE	NIE	10 % zniżki
14.7	Wybielanie zębów Laser – Smile 2 łuki	NIE	NIE	10 % zniżki
14.8	Wybielanie zębów Laser – Smile uzupełnienie	NIE	NIE	10 % zniżki
14.9	Wybielanie zębów metodą zewnętrzną – 1 strzykawka higienistka	NIE	NIE	10 % zniżki
14.10	Wybielanie zębów metodą zewnętrzną – zestaw dodatkowy higienistka	NIE	NIE	10 % zniżki
14.11	Wybielanie zębów lampa Beyond 1 łuk zębowy	NIE	NIE	10 % zniżki

14.12	Wybielanie zębów lampą Beyond 2 łuki zębowe	NIE	NIE	10 % zniżki
14.13	Wybielanie grupy zębów metodą zewnętrzną – 1 łuk zębowy za pomocą lampy LED	NIE	NIE	10 % zniżki
<b>15</b>	<b>Stomatologiczne badania rentgenowskie</b> (wynik badania na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce medycznej)			
	Usługa obejmuje wykonanie w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego, na skierowanie lekarza stomatologa z ww. placówek, następujących usług:			
15.1	RTG punktowe zdjęcie zęba	10 % zniżki	TAK	TAK
15.2	Pantomogram	NIE	15 % zniżki	TAK
15.3	Gwarancja	TAK	TAK	TAK

2. W celu uzyskania świadczeń medycznych w ramach Dyżuru stomatologicznego, o którym mowa w Tabeli nr 3 w pkt. 1 w sytuacji nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony zobowiązany jest:
  - 1) skontaktować się z telefoniczną infolinią medyczną,
  - 2) wykonać świadczenia medyczne w placówce medycznej wskazanej za pośrednictwem telefonicznej infolinii medycznej. W przypadku gdy w danej placówce medycznej nie można zrealizować świadczeń medycznych bezgotówkowo, pokrycie kosztów przez Ubezpieczonego następuje zgodnie z obowiązującym w niej cennikiem,
  - 3) złożyć w terminie 3 miesięcy od daty wykonania świadczenia medycznego wniosku o refundację dostępnego na stronie [www.interrisk.pl](http://www.interrisk.pl) wraz oryginałami faktur albo rachunków zawierającymi następujące dane:
    - a) imię i nazwisko lub nazwę podmiotu udzielającego świadczenia medycznego,
    - b) dane Ubezpieczonego na rzecz którego zostało udzielone świadczenie medyczne (imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania),
    - c) ilość wykonanych świadczeń medycznych,
    - d) cenę jednostkową oraz kwotę należności ogółem,
    - e) datę udzielenia świadczenia medycznego,
    - f) specyfikację wystawioną przez Placówkę Medyczną, która udzieliła świadczenia medycznego wraz z nazwą świadczenia lub kopię dokumentacji medycznej dotyczącej zrealizowanego świadczenia medycznego,
    - g) w przypadku usług na rzecz dziecka, gdy faktura wystawiona jest na przedstawiciela ustawowego w treści faktury lub rachunku powinny się znaleźć dane dziecka na rzecz którego udzielono świadczenia medycznego.
3. Partner Medyczny dokona zwrotu kosztów (Refundacji) na wskazany we wniosku o refundację numer rachunku bankowego w terminie do 30 dni od daty doręczenia kompletnego wniosku o refundację.
4. Gwarancja, o której mowa w Tabeli nr 3 w pkt 15.3 – Ubezpieczonemu przysługuje 24 miesięczna gwarancja na ostateczne wypełnienia zachowawcze zastosowane w zębach stałych. Warunkiem jej uzyskania jest:
  - 1) realizacja w placówkach medycznych Partnera Medycznego wizyt kontrolnych co najmniej 1 raz w 12 miesięcznym okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia lub według indywidualnie ustalonego harmonogramu,
  - 2) oczyszczanie zębów z kamienia i osadu oraz fluoryzacja 1 raz w 12 miesięcznym okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia lub według indywidualnie ustalonego harmonogramu w placówkach medycznych Partnera Medycznego,
  - 3) przestrzeganie zaleceń lekarza stomatologa,
  - 4) utrzymywanie stanu higieny jamy ustnej wg zaleceń lekarza stomatologa i/lub higienistki.
5. Gwarancji, o której mowa w ust. 4, nie podlegają stany powstałe w wyniku:
  - 1) nieprzestrzegania zalecanych wizyt kontrolnych i profilaktycznych,
  - 2) nieprzestrzegania zaleceń lekarza stomatologa,
  - 3) urazów mechanicznych, nieszczęśliwych wypadków, braków zębowych w odcinkach bocznych (brak stref podparcia),
  - 4) starcia patologicznego (bruksizmu) lub innych zaburzeń czynnościowych narządu żucia,
  - 5) fizjologicznego zaniku kości i zmian w przyzębiu,
  - 6) współistniejących schorzeń ogólnych mających wpływ na układ stomatognatyczny (cukrzyca, osteoporoza, padaczka, przeżyta radioterapia i chemioterapia),
  - 7) wypełnień traktowanych jako tymczasowe (np. założonych do czasu wykonania pracy protetycznej).
6. Wariant I, II i III nie obejmuje usług wykonanych w znieczuleniu ogólnym.

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kosztów Leczenia ANTIDOTUM plus  
zatwierdzonych uchwałą nr 02/14/02/2023 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 14.02.2023 roku.

**UBEZPIECZENIE POBYTU W SZPITALU**

§1

Zgodnie z postanowieniem §17 ust. 2 niniejszych OWU Ubezpieczonemu przysługują świadczenia uzależnione od wybranego wariantu ubezpieczenia w związku z pobytem w szpitalu. Szczegółowy zakres ochrony określa poniższa tabela:

**Tabela nr 4**

lp	Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu	Wariant ROZSZERZONY	Wariant COMPLEX
1	w wyniku nieszczęśliwego wypadku	100% świadczenia dziennego	100% świadczenia dziennego
1.2	w wyniku wypadku komunikacyjnego	dotatkowo 50% świadczenia do poz. nr 1	dotatkowo 50% świadczenia do poz. nr 1
2	w wyniku choroby	NIE	100% świadczenia dziennego

*Jeśli czynności dystrybucyjne w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia wykonuje pracownik InterRisk, pracownik otrzymuje z tego tytułu wynagrodzenie zasadnicze lub zasadnicze oraz zmienne uwzględnione w kwocie składki ubezpieczeniowej.*

*W przypadku gdy czynności dystrybucyjne w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia wykonuje agent ubezpieczeniowy, agent jest zobowiązany poinformować klienta o charakterze otrzymywanego wynagrodzenia, a w przypadku gdy honorarium jest płacone bezpośrednio przez klienta – o jego kwocie.*