

Pomyśl o prywatnej OPIECE MEDYCZNEJ.

Pakiet Zdrowoty dla klienta indywidualnego to wsparcie dla Ciebie i bliskich, które zapewnia dostęp do lekarzy, badań oraz rehabilitacji w jak najkrótszym czasie.

Pomyśl



UNIQA

Wygodny dostęp do profesjonalnej opieki medycznej to podstawa

Pakiet Zdrowotny to ubezpieczenie, które w przypadku problemów ze zdrowiem będzie wsparciem dla Ciebie i Twoich najbliższych. Wygodny dostęp do profesjonalnej opieki medycznej to ważna sprawa i ma wiele zalet:

- ☑ konsultacje lekarskie w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w ciągu 24 h
- ☑ możliwość konsultacji specjalistycznych bez skierowania w ciągu 5 dni roboczych
- ☑ dostęp do badań pozwalających na szybkie postawienie diagnozy i rozpoczęcie leczenia



podstawowa opieka lekarska



konsultacje lekarzy specjalistów



opieka pielęgniarstwa



zabiegi ambulatoryjne



prowadzenie ciąży



wizyty domowe 24/7



badania laboratoryjne



badania radiologiczne



badania endoskopowe



badania czynnościowe



rehabilitacja



szczepienia

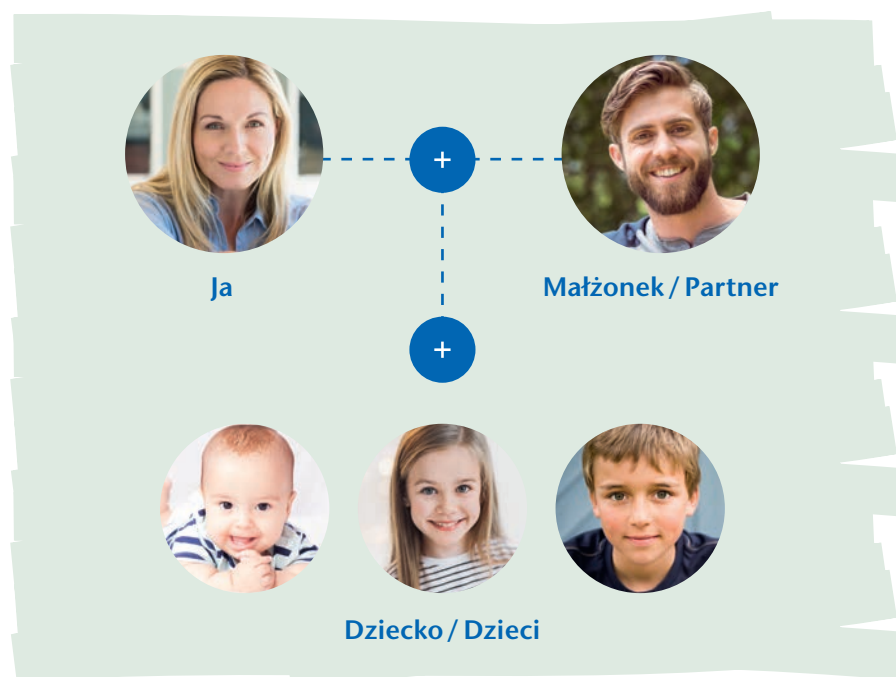


opieka stomatologiczna



coroczny bilans monitorujący rozwój dziecka

Forma rodzinna



Forma indywidualna



Zakres i warianty ubezpieczenia

Pakiet Zdrowotny zapewnia dostęp do lekarzy, badań oraz rehabilitacji w jak najkrótszym czasie.

Ubezpieczenie możesz kupić w formie indywidualnej lub rodzinnej. Wybierasz także podstawowy lub rozszerzony wariant ubezpieczenia. Różnią się one zakresem świadczeń zdrowotnych. Zobacz je w tabeli i zdecyduj, który będzie odpowiedni dla Ciebie.

! Warto wiedzieć

Usługi medyczne wykonywane są w placówkach **Lux Med** oraz placówkach współpracujących na terenie całego kraju. Grupa Lux Med zatrudnia wysokiej klasy specjalistów, dzięki czemu jest w stanie sprostać Twoim wymaganiom i zaoferować profesjonalną pomoc.

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant Podstawowy	Wariant Rozszerzony
Podstawowa opieka lekarska (wizyta realizowana w ciągu 24 godzin)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Konsultacje lekarzy specjalistów (wizyta realizowana w ciągu 5 dni roboczych)	<input checked="" type="checkbox"/> 6 specjalistów	<input checked="" type="checkbox"/> 21 specjalistów
Konsultacje profesorskie		<input checked="" type="checkbox"/>
Coroczny bilans monitorujący rozwój dziecka	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Zabiegowa opieka pielęgniarska	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Domowa opieka pielęgniarska		<input checked="" type="checkbox"/>
Zabiegi ambulatoryjne		<input checked="" type="checkbox"/>
Prowadzenie ciąży		<input checked="" type="checkbox"/>
Wizyty domowe 24/7 (zasięg terytorialny wizyt domowych wskazany jest w tabeli miejscowości znajdującej się na stronie internetowej Partnera Medycznego)		<input checked="" type="checkbox"/>
Badania laboratoryjne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Badania radiologiczne		<input checked="" type="checkbox"/>
Badania endoskopowe		<input checked="" type="checkbox"/>
Badania czynnościowe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rehabilitacja		<input checked="" type="checkbox"/>
Szczepienia		<input checked="" type="checkbox"/>
Opieka stomatologiczna (obejmuje profilaktyczny przegląd stomatologiczny oraz zdjęcie RTG zęba)		<input checked="" type="checkbox"/>
Śmierć Ubezpieczonego	Wysokość sumy ubezpieczenia	
	100 zł	

Składka miesięczna	Wariant Podstawowy	Wariant Rozszerzony
Forma indywidualna	68 zł	130 zł
Forma rodzinna	169 zł	325 zł

Zapoznaj się ze świadczeniami zdrowotnymi

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	Podstawowy	Rozszerzony
1. Podstawowa opieka lekarska		
internista	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
pediatra	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
lekarz medycyny rodzinnej	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Konsultacje lekarzy specjalistów		
chirurg ogólny	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
dermatolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
kardiolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
okulista	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
laryngolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ginekolog (z wyłączeniem leczenia niepłodności)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
alergolog		<input checked="" type="checkbox"/>
anestezjolog		<input checked="" type="checkbox"/>
pulmonolog		<input checked="" type="checkbox"/>
diabetolog		<input checked="" type="checkbox"/>
endokrynolog		<input checked="" type="checkbox"/>
gastrolog		<input checked="" type="checkbox"/>
hematolog		<input checked="" type="checkbox"/>
nefrolog		<input checked="" type="checkbox"/>
neurolog		<input checked="" type="checkbox"/>
onkolog		<input checked="" type="checkbox"/>
ortopeda i traumatolog		<input checked="" type="checkbox"/>
psychiatra (3 konsultacje w każdym roku obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej względem danego Ubezpieczonego lub współubezpieczonego); nie obejmują zajęć terapeutycznych		<input checked="" type="checkbox"/>
radiolog		<input checked="" type="checkbox"/>
reumatolog		<input checked="" type="checkbox"/>
urolog		<input checked="" type="checkbox"/>
3. Konsultacje profesorskie		
w pełnym zakresie, w każdym przypadku gdy na konsultacje kieruje prowadzący specjalista w ramach usługi „Konsultacje lekarzy specjalistów”		<input checked="" type="checkbox"/>
4. Coroczny bilans monitorujący rozwój dziecka		
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	Podstawowy	Rozszerzony
5. Zabiegowa opieka pielęgniarska		
iniekcje (domięśniowe, dożylnie, podskórne, podanie anatoksyny przeciwężcowej), założenie lub zmiana prostego opatrunku, usunięcie szwów, badanie EKG spoczynkowe (12 odprowadzeń), pomiar ciśnienia krwi, badanie moczu metodą paskową, próba uczuleniowa na lek, cholesterol + cukier metodą paskową	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Domowa opieka pielęgniarska		
6.1. wykonanie iniekcji domięśniowo, dożylnie lub podskórnie (maksymalnie przez 10 dni jeden raz dziennie lub przez maksymalnie 5 dni 2 razy dziennie w każdym roku obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej względem danego Ubezpieczonego lub współubezpieczonego)		<input checked="" type="checkbox"/>
6.2. oznaczenie poziomu glukozy (maksymalnie przez 10 dni jeden raz dziennie lub przez maksymalnie 5 dni 2 razy dziennie w każdym roku obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej względem danego Ubezpieczonego lub współubezpieczonego)		<input checked="" type="checkbox"/>
7. Zabiegi ambulatoryjne		
7.1. dermatologia: elektrokoagulacje i zabiegi kriochirurgiczne		<input checked="" type="checkbox"/>
7.2. alergologia:		
odczulanie (koszty leku ponosi Ubezpieczony lub współubezpieczony)		<input checked="" type="checkbox"/>
alergiczne testy skórne, testy skórne metodą nakłuć – panel wziewny 20 punktów (alergenów), panel pokarmowy 20 punktów (alergenów)		<input checked="" type="checkbox"/>
7.3. ortopedia: blokada dostawowa, założenie i zdjęcie opatrunku gipsowego		<input checked="" type="checkbox"/>
8. Prowadzenie ciąży		
Świadczenie obejmuje prowadzenie ciąży o przebiegu fizjologicznym przez lekarza placówki własnej Partnera Medycznego, składające się z czynnego poradnictwa zdrowotnego w zakresie fizjologii przebiegu ciąży i porodu		<input checked="" type="checkbox"/>
9. Wizyty domowe 24/7		
Zasięg terytorialny wizyt domowych wskazany jest w tabeli miejscowości znajdującej się na stronie internetowej Partnera Medycznego.		<input checked="" type="checkbox"/>
10. Badania laboratoryjne		
10.1. hematologia:		
morfologia krwi z rozmazem automatycznym, odczyn opadania krwinek czerwonych (OB), czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (czas K-K, APTT), czas protrombinowy Quicka (PT)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
układu krzepnięcia		<input checked="" type="checkbox"/>
10.2. biochemiczne:		
amylaza, białko całkowite, bilirubina całkowita, transaminazy, cholesterol całkowity, lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
albumina, aminotransferaza alaninowa (ALT), aminotransferaza asparaginianowa (AST), białko – proteinogram, białko C-reaktywne (CRP), chlorki (Cl)		<input checked="" type="checkbox"/>
10.3. enzymatyczne:		
fosfataza alkaliczna, fosfataza kwaśna, fosfataza sterczowa, glukoza, kreatynina, kwas moczowy, mocznik, potas (K), sód (Na), magnez (Mg), wapń (Ca), żelazo (Fe)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
kinaza fosfokreatynowa izoenzym CK_MB (CKMB), trójglicerydy, żelazo – całkowita zdolność wiązania żelaza (TIBC)		<input checked="" type="checkbox"/>
10.4. badanie moczu:		
ogólne badanie moczu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
dobowa zbiórka moczu (kreatynina, kwas moczowy, diastaza, wapń), skład chemiczny kamieni nerkowych		<input checked="" type="checkbox"/>
10.5. badanie kału:		
ogólne badanie kału	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	Podstawowy	Rozszerzony
pasożyty/jaja pasożytów w kale		<input checked="" type="checkbox"/>
10.6. badania hormonalne i metaboliczne:		
hormon tyreotropowy (TSH)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
antygen swoisty dla stercza (PSA)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
estradiol, F(wolne) alfa HCG, gonadotropina kosmówkowa (beta-HCG), gonadotropina kosmówkowa (alfa-HCG), hormon luteinizujący (LH), insulina, kortyzol, progesteron, prolaktyna, T ₃ całkowite, fT ₃ , T ₄ całkowite, fT ₄ , testosteron, Tg (tyreoglobulina)		<input checked="" type="checkbox"/>
10.7. serologiczne:		
oznaczenie grupy krwi układu A, B, 0, D, przeciwciała Rh, HIV I/II		<input checked="" type="checkbox"/>
10.8. immunologiczne:		
immunoglobuliny A (IgA), immunoglobuliny E całkowite (IgE), immunoglobuliny M (IgM), przeciwciała anti-HAV (total), przeciwciała anti-HBV (HBs, HBc), przeciwciała anti-HCV, przeciwciała p. bakteriom H. Pylori, przeciwciała p. bakteriom Borelia (metodą Elisa), przeciwciała p. bakteriom Chlamydia, przeciwciała p. cytomegalii (IgG, IgM), przeciwciała p. różyczce (IgG, IgM), przeciwciała p. toksoplazmozie		<input checked="" type="checkbox"/>
10.9. badania mikrobiologiczne:		
posiew ogólny moczu w kierunku tlenowej flory bakteryjnej, wymazy z odbytu i posiewy kału w kierunku tlenowej flory bakteryjnej oraz szczepów Salmonella i Shigella, badanie kału na nosicielstwo szczepów Salmonella i Shigella, wymazy i posiewy ginekologiczne w kierunku tlenowej flory bakteryjnej, badania mykologiczne skóry i paznokci		<input checked="" type="checkbox"/>
10.10. badania cytologiczne:		
cytologia ginekologiczna		<input checked="" type="checkbox"/>
10.11. inne:		
antygen HBs, RF, HBS-Ag, AFP (alfafetoproteiny), CA-125, CA-15-3, CA-19-9, CEA (antygen karcynoembrionalny)		<input checked="" type="checkbox"/>
11. Badania radiologiczne		
11.1. RTG klasyczne: czaszki, zatok i zębów, ślinianek podżuchwowych, klatki piersiowej (a-p, boczne i z kontrastem), klatki piersiowej warstwowe (tomogram), jamy brzusznej – przeglądowe, przełyku, żołądka i dwunastnicy, miednicy, kręgosłupa (szyjnego, piersiowego i lędźwiowego), stawów i/lub kości długich)		<input checked="" type="checkbox"/>
11.2. wlew doodbytniczy – badanie z kontrastem		<input checked="" type="checkbox"/>
11.3. urografia – badanie z kontrastem		<input checked="" type="checkbox"/>
11.4. mammografia		<input checked="" type="checkbox"/>
11.5. densytometria		<input checked="" type="checkbox"/>
11.6. CT – tomografia komputerowa z kontrastem z wyłączeniem badań w opcji naczyniowej i badań tomografii spiralnej: głowy (mózgoczaszki, twarzoczaszki, przysadki, ucha środkowego i wewnętrznego), szyi i klatki piersiowej, jamy brzusznej (do rozwidlenia aorty, trzustki, nadnerczy) i miednicy, kości długich, kręgosłupa i stawów		<input checked="" type="checkbox"/>
11.7. NMR – rezonans magnetyczny z kontrastem z wyłączeniem badań w opcji naczyniowej i badań tomografii spiralnej: głowy (mózgoczaszki, twarzoczaszki, przysadki, ucha środkowego i wewnętrznego), szyi i klatki piersiowej, jamy brzusznej (do rozwidlenia aorty, trzustki, nadnerczy) i miednicy, kości długich, kręgosłupa i stawów		<input checked="" type="checkbox"/>
11.8. USG		
ultrasonografia klasyczna: narządów jamy brzusznej, ginekologiczno-położnicza, narządów ruchu (stawów), innych narządów (jąder, tarczycy, ślinianek, piersi)		<input checked="" type="checkbox"/>
biopsja cienkoigłowa: tarczycy pod kontrolą USG, piersi pod kontrolą USG, gruczołu krokowego pod kontrolą USG		<input checked="" type="checkbox"/>
sondy transkorporalne: narządów rodnych (transwaginalne), gruczołu krokowego (transrektalne)		<input checked="" type="checkbox"/>

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	Podstawowy	Rozszerzony
UKG – echokardiografia: badanie USG serca metodą kolorowego Dopplera		<input checked="" type="checkbox"/>
ultrasonografia metodą Dopplera: badanie dopplerowskie tętnic nerkowych, badanie dopplerowskie tętnic kończyn, badanie dopplerowskie żył kończyn, badanie dopplerowskie tętnic domózgowych		<input checked="" type="checkbox"/>
12. Badania endoskopowe		
12.1. endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego		<input checked="" type="checkbox"/>
12.2. endoskopia dolnego odcinka przewodu pokarmowego: rektoskopia, sigmoidoskopia		<input checked="" type="checkbox"/>
13. Badania czynnościowe		
13.1. układu krążenia:		
EKG spoczynkowe, 12 odprowadzeń	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
24-godzinna rejestracja EKG (badanie metodą Holtera), 24-godzinne ambulatoryjne monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi (Holter RR)		<input checked="" type="checkbox"/>
13.2. układu nerwowego: elektroencefalografia (EEG)		<input checked="" type="checkbox"/>
13.3. okulistyczne: komputerowe badanie pola widzenia		<input checked="" type="checkbox"/>
13.4. układu oddechowego: spirometria bez leku / spirometria w warunkach podstawowych	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13.5. narządu słuchu: audiometria		<input checked="" type="checkbox"/>
14. Rehabilitacja Zestaw procedur fizjoterapeutycznych dobieranych według wskazań lekarskich i oceny efektywności przez lekarzy Partnera Medycznego w 10-dniowym cyklu leczniczym z intensywnością do 2 zabiegów dziennie, w każdym roku obowiązywania względem Ubezpieczonego lub współubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej.		
14.1. kinezyterapia:		
ćwiczenia instruktażowe, terapia indywidualna, ćwiczenia usprawniające, wyciąg tradycyjny		<input checked="" type="checkbox"/>
14.2. fizykoterapia:		
elektroterapia: galwanizacja, jonoforeza, elektrostymulacja, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, prądy TENS, prądy Traeberta		<input checked="" type="checkbox"/>
magnetoterapia: pole elektromagnetyczne wielkiej częstotliwości, pole elektromagnetyczne małej częstotliwości		<input checked="" type="checkbox"/>
terapia ultradźwiękowa miejscowa i fonoforeza		<input checked="" type="checkbox"/>
terapia skojarzona – ultradźwięki + prądy		<input checked="" type="checkbox"/>
krioterapia miejscowa		<input checked="" type="checkbox"/>
laseroterapia		<input checked="" type="checkbox"/>
15. Szczepienia		
szczepienie p. grypie – 1 raz w każdym roku obowiązywania względem Ubezpieczonego lub współubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej		<input checked="" type="checkbox"/>
16. Opieka stomatologiczna		
16.1. profilaktyczny przegląd stomatologiczny, indywidualne zalecenia profilaktyki stomatologicznej – 2 razy w każdym roku obowiązywania względem Ubezpieczonego lub współubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej		<input checked="" type="checkbox"/>
16.2. zdjęcie RTG zęba		<input checked="" type="checkbox"/>
17. 10% rabatu na pozostałe świadczenia zdrowotne realizowane na rzecz Ubezpieczonego lub współubezpieczonego w placówkach własnych Partnera Medycznego.		

Obiektywne informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ochrona z Plusem Pakiet Zdrowotny

Pełne informacje dotyczące umowy ubezpieczenia, w tym określające szczegółowy przedmiot ubezpieczenia, zakres ochrony ubezpieczeniowej (ochrona), ryzyka, które nie są objęte ochroną, oraz okresy, w których odpowiedzialność Towarzystwa (UNIQA) jest wyłączona, sumy ubezpieczenia i limity, podane są w innych dokumentach, w szczególności w: OWU, polisie, wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia (wniosek).

1. Czym jest Pakiet Zdrowotny

Pakiet Zdrowotny to ubezpieczenie o charakterze ochronnym, które w zależności od wybranej formy i wariantu umożliwia Ubezpieczonemu lub jego współmałżonkowi albo partnerowi oraz dzieciom organizację i pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych realizowanych w sieci placówek medycznych grupy Lux Med.

2. Dla kogo przeznaczony jest Pakiet Zdrowotny

Pakiet Zdrowotny to ubezpieczenie, które skierowane jest w szczególności do:

- 1) osób poszukujących dostępu do specjalistycznej opieki świadczonej przez lekarzy w sieci placówek medycznych na terenie całego kraju;
 - 2) osób mających potrzebę dostępu do prywatnej opieki zdrowotnej.
- Umowa ubezpieczenia (umowa) może być zawarta przez osobę, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia.

3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej

Pakiet Zdrowotny może zostać zawarty w formie indywidualnej, w której ochroną objęte jest życie oraz zdrowie Ubezpieczonego lub w formie rodzinnej, w której ochroną ubezpieczeniową objęte jest również zdrowie jego współmałżonka albo partnera lub dzieci.

Zakres ubezpieczenia w stosunku do Ubezpieczonego, zarówno w formie indywidualnej, jak i rodzinnej zależy od posiadanego wariantu ubezpieczenia, odpowiednio obejmuje:

- 1) śmierć Ubezpieczonego;
- 2) wykonywanie przez placówki medyczne świadczeń zdrowotnych i pokrycie ich kosztów zgodnie z posiadanym wariantem ubezpieczenia.

Zakres ubezpieczenia w stosunku do współmałżonka albo partnera lub dzieci Ubezpieczonego w formie rodzinnej obejmuje wykonywanie przez placówki medyczne świadczeń zdrowotnych i pokrycie ich kosztów zgodnie z posiadanym wariantem ubezpieczenia.

Pragniemy zwrócić uwagę na to, że OWU oraz polisa wskazują sytuacje nieobjęte zakresem ubezpieczenia lub w których ochrona jest ograniczona.

4. Okres trwania umowy ubezpieczenia

Umowa zawierana jest na okres 1 roku, licząc od daty początku ochrony określonej w polisie. Po upływie każdego rocznego okresu trwania umowy ulega ona przedłużeniu na kolejny roczny okres na tych samych warunkach, o ile żadna ze Stron nie postanowi inaczej. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia umowy na kolejny okres powinno być złożone drugiej Stronie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa została zawarta. Umowa dodatkowa zawierana jest na ten sam okres i w tym samym trybie co umowa podstawowa.

Umowa rozwiązuje się:

- 1) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy podstawowej;
- 2) z dniem śmierci Ubezpieczonego;
- 3) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 69. rok życia, chyba że polisa wskazuje inaczej;
- 4) z upływem ostatniego dnia roku polisy, jeżeli Ubezpieczony nie wyraził zgody na zmianę warunków umowy;

- 5) z ostatnim dniem miesiąca polisy, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenia o wypowiedzeniu umowy;
- 6) w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia, z upływem okresu, za jaki opłacono ostatnią składkę;
- 7) z upływem okresu, na jaki została zawarta, jeżeli jedna ze Stron wyrazi wolę nieprzedłużenia umowy na kolejny okres.

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, a także z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową.

5. Okres trwania ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona z tytułu umowy podstawowej lub umowy dodatkowej rozpoczyna się po łącznym spełnieniu następujących warunków:

- 1) została opłacona składka w należnej wysokości;
- 2) został przekazany do UNIQA poprawnie wypełniony wniosek;
- 3) została dokonana ocena ryzyka ubezpieczeniowego względem Ubezpieczonego.

Nabycie przez Ubezpieczonego prawa do korzystania ze świadczeń zdrowotnych rozpoczyna się:

- 1) w przypadku spełnienia powyższych warunków nie później niż do 5. dnia miesiąca kalendarzowego – od najbliższego 15. dnia miesiąca kalendarzowego;
- 2) w przypadku spełnienia powyższych warunków nie później niż do 20. dnia miesiąca kalendarzowego – od 1. dnia kolejnego miesiąca kalendarzowego.

Początek ochrony potwierdzony jest w polisie.

Ochrona z tytułu umowy podstawowej wygasa z dniem rozwiązania umowy.

Ochrona z tytułu umowy dodatkowej wygasa odpowiednio z dniem wygaśnięcia ochrony z tytułu umowy podstawowej, a ponadto:

- 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej;
- 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej;
- 3) w stosunku do współubezpieczonego w przypadku jego śmierci – w dniu śmierci współubezpieczonego;
- 4) w stosunku do współubezpieczonych w przypadku śmierci Ubezpieczonego – w ostatnim dniu okresu, za który została opłacona składka;
- 5) w stosunku do współubezpieczonego będącego współmałżonkiem lub partnerem – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym ten współubezpieczony ukończył 69. rok życia;
- 6) w stosunku do współubezpieczonego będącego dzieckiem – w ostatnim dniu roku polisy, w którym ten współubezpieczony ukończył 25. rok życia.

6. Jak i kiedy opłacać składkę

Ubezpieczający opłaca składkę z częstotliwością miesięczną. Składka opłacana jest przez Ubezpieczającego w pełnej wymaganej kwocie z góry w terminie wskazanym przez UNIQA, potwierdzonym w polisie. Składka jest należna za okres, w którym UNIQA udziela ochrony. Obowiązek opłacania składki istnieje przez cały czas trwania odpowiedzialności UNIQA. Składka płatna jest na wskazany rachunek bankowy UNIQA.

7. Główne wyłączenia odpowiedzialności

W ramach umów dodatkowych UNIQA nie odpowiada za zdarzenia będące następstwem:

- 1) samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- 2) choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV.

W ramach umów dodatkowych UNIQA nie odpowiada, jeśli zdarzenie spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem jest następstwem:

- 1) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
- 2) niezaleconego przez lekarza zażycia leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych;
- 3) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;

Świadczenia zdrowotne na rzecz Ubezpieczonego lub jego współmałżonka albo partnera lub dzieci nie zostaną zrealizowane, jeżeli potrzeba ich wykonania wynika z:

- 1) niezastosowania się do zaleceń lekarskich;
- 2) leczenia uzależnień;
- 3) leczenia niepłodności;
- 4) leczenia wad wrodzonych i wrodzonych chorób metabolicznych i ich następstw;
- 5) sytuacji wynikających z działań w trybie nagłym, w szczególności wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowia ratunkowe;
- 6) leczenia zakażenia wirusem HIV lub zespołu AIDS.

Ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu nie przysługuje dostęp do świadczeń zdrowotnych, jeżeli w okresie 24 miesięcy, poprzedzają-

cych bezpośrednio datę podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, rozpoznano u niego lub był on leczony z powodu:

- 1) zawału serca;
- 2) niewydolności krążenia;
- 3) udaru lub wylewu (wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy);
- 4) nowotworu złośliwego;
- 5) cukrzycy typu I;
- 6) marskości wątroby;
- 7) nosicielstwa wirusa HIV lub zespołu AIDS;
- 8) stwardnienia rozsianego;
- 9) choroby Alzheimera.

Niezależnie od powyższego istnieją odrębne wyłączenia odpowiedzialności określone w OWU.

8. Jak Ubezpieczający może rozwiązać umowę ubezpieczenia

- 1) Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia lub umowę dodatkową, składając UNIQA pisemne wypowiedzenie. W przypadku złożenia wypowiedzenia umowy rozwiązuje się ona ze skutkiem na koniec miesiąca polisy. W przypadku złożenia wypowiedzenia umowy dodatkowej rozwiązuje się ona ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.
- 2) Umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego również w przypadku nieopłacenia składki w terminie wymagalności, mimo uprzedniego wezwania Ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie nie krótszym niż 7 dni.
- 3) Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia, jak również od umowy dodatkowej, w terminie 30 dni od dnia zawarcia odpowiednio umowy lub umowy dodatkowej. Oświadczenie o odstąpieniu powinno być złożone UNIQA w formie pisemnej.
- 4) Ubezpieczony może w każdym czasie zrezygnować z umowy, składając UNIQA oświadczenie o rezygnacji w formie pisemnej lub innej zaakceptowanej przez UNIQA, co powoduje zakończenie odpowiedzialności z upływem okresu, za jaki opłacono ostatnią składkę.



Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia Ochrona z Plusem
Pakiet Zdrowotny

Wniosek

Kod dokumentu: 1254_0421U

Numer wniosku

Numer rachunku bankowego

Oświadczenie Ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia

Oświadczam, iż przed zawarciem umowy ubezpieczenia:

- 1) została przeprowadzona ze mną rozmowa identyfikująca moje potrzeby i wymagania w zakresie ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) zostały mi podane obiektywne informacje o proponowanym produkcie, pozwalające na podjęcie świadomej decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia;
- 3) zostały mi doręczone Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem dla Pakietu Zdrowotnego oraz dokument Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.

Oświadczam, że wnioskowany przeze mnie zakres ochrony i jej warunki odpowiadają moim potrzebom i wymaganiom.

Czytelny podpis Ubezpieczającego

Jeśli Ubezpieczający działa przez przedstawiciela (np. pełnomocnika), do wniosku powinien być załączony Formularz AML i rezydencji podatkowej.

Dane Ubezpieczającego (będącego Ubezpieczonym lub będącego rodzicem lub opiekunem prawnym w przypadku gdy Ubezpieczonym jest dziecko)

Nazwisko _____ Imię, imiona _____
 D D M M R R R R _____ PESEL _____ Płeć kobieta mężczyzna Państwo urodzenia _____
 Data urodzenia _____
 Obywatelstwo _____ dowód osobisty
 polskie inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie) _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____ paszport
 karta pobytu

Pod wskazany niżej numer telefonu/adres e-mail wysłana będzie wszelka korespondencja dotycząca ubezpieczenia, w tym m.in. informacje o powstaniu niedopłaty lub braku wpływu składki.

Telefon komórkowy

E-mail

Adres zamieszkania

Ulica

_____/_____
Numer domu/lokalu

Miejscowość

_____-_____
Kod pocztowy

Kraj

Dane Ubezpiezonego (wypełniane w przypadku formy indywidualnej gdy Ubezpieczonym jest dziecko Ubezpieczającego)

Nazwisko _____ Imię, imiona _____
 D D M M R R R R _____ PESEL _____ Obywatelstwo _____
 Data urodzenia _____ polskie inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie) _____

Adres zamieszkania

Ulica

_____/_____
Numer domu/lokalu

Miejscowość

_____-_____
Kod pocztowy

Kraj

Oświadczenie dotyczące posiadania statusu osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne

W przypadku wątpliwości co do definicji lub jeśli w oświadczeniu w tej sekcji zaznaczono „Tak”, należy wypełnić dodatkowo Formularz AML i rezydencji podatkowej.

Oświadczam, iż jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.¹ Ubezpieczający: Tak Nie

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Dane Uposażonego

Nazwisko, imię

_____/_____/_____
Data urodzenia

Procentowy udział w świadczeniu

Forma, wariant, składka miesięczna

Forma	Wariant Podstawowy	Wariant Rozszerzony
indywidualna	<input type="checkbox"/> 68 zł	<input type="checkbox"/> 130 zł
rodzinna	<input type="checkbox"/> 169 zł	<input type="checkbox"/> 325 zł

1. Zgodnie z definicją w ustawie o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu, za takie osoby uznaje się w szczególności: (a) osoby pełniące istotne funkcje publiczne, np.: ministrów, posłów, senatorów, ambasadorów, dyrektorów przedsiębiorstw i urzędów państwowych, członków najwyższych organów sądowych, oraz (b) osoby znane jako bliscy współpracownicy takich osób; (c) członków najbliższej rodziny takich osób (rodziców, dzieci, współmałżonków).

Dane współubezpieczonych (wypełniane w przypadku formy rodzinnej)

1.	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> współmałżonek/partner <input type="checkbox"/> dziecko
Nazwisko, imię	E-mail	PESEL (w przypadku obcokrajowców: data urodzenia)	Obywatelstwo		
2.	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> współmałżonek/partner <input type="checkbox"/> dziecko
Nazwisko, imię	E-mail	PESEL (w przypadku obcokrajowców: data urodzenia)	Obywatelstwo		
3.	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> współmałżonek/partner <input type="checkbox"/> dziecko
Nazwisko, imię	E-mail	PESEL (w przypadku obcokrajowców: data urodzenia)	Obywatelstwo		

Oświadczenie Ubezpieczonego (w przypadku gdy Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym) (sekcja 2)

Oświadczam, że:

- przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową zostały mi doręczone Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem Pakiet Zdrowotny;
- wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową świadczoną na podstawie ww. dokumentu, w tym na wysokości sum ubezpieczenia;
- upoważniam Ubezpieczającego do wyrażania w moim imieniu zgody na dokonywanie zmian umowy ubezpieczenia, która zostanie zawarta na podstawie niniejszego wniosku, w szczególności w zakresie podmiotu ubezpieczenia i sum ubezpieczenia.

Zgoda współubezpieczonych na zawarcie umowy ubezpieczenia, upoważnienie do udzielania zgody na zmianę warunków ubezpieczenia (sekcja 3)

Oświadczam że:

- przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową, zostały mi doręczone Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem dla Pakietu Zdrowotnego, na podstawie których zawarta zostanie zgodnie z niniejszym wnioskiem umowa ubezpieczenia;
 - wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową świadczoną na podstawie ww. dokumentów, w tym na wysokość sum ubezpieczenia.
- Upoważniam Ubezpieczającego do wyrażania w moim imieniu zgody na dokonywanie zmian umowy ubezpieczenia, która zostanie zawarta na podstawie niniejszego wniosku, w szczególności w zakresie przedmiotu ubezpieczenia oraz wysokości składki.

Deklaracja zgody na udostępnienie danych Partnerowi Medycznemu (sekcja 4)

Wyrażam zgodę na udostępnienie LUX MED Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02-676), ul. Postępu 21C, moich danych osobowych przekazanych Towarzystwu, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem Pakiet Zdrowotny.

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na trwałą nośnik i komunikację elektroniczną (sekcja 5)

Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących umowy ubezpieczenia przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i po jej zawarciu, na trwałym nośniku oraz z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności na podany adres e-mail.

Wnoszę o przesyłanie mi odpowiedzi na zgłaszane przeze mnie reklamacje na podany adres e-mail.

Klauzula marketingowa Ubezpieczającego (kod: 1AP1254) (sekcja 6)

Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych, tutaj podanych, w celach marketingowych, w tym otrzymywanie ofert, zgodnie z poniższym wyborem:

- zaznaczam wszystkie poniższe
- UNIQA TU S.A. – oferty ubezpieczeń majątkowych
 UNIQA TuŹ S.A. – oferty ubezpieczeń na życie i zdrowie
 UNIQA TFI S.A. – oferty funduszy inwestycyjnych
 UNIQA Polska S.A. – doradztwo ubezpieczeniowe
- Wszystkie spółki z siedzibą przy ul. Chłodnej 51 w Warszawie (00-867).
- Oferty mogą być mi przedstawiane:
 głosowo (np. połączenia telefoniczne)
 mailem
 poprzez SMS
 za pośrednictwem mediów społecznościowych
 za pośrednictwem serwisów transakcyjnych UNIQA
 w grach i wirtualnej rzeczywistości (VR)
 pocztą tradycyjną
również przy użyciu automatycznych systemów wywołujących.

Zgoda obejmuje także profilowanie, które będzie służyć określeniu preferencji i potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych. Wyrażoną zgodę można wycofać w dowolnym momencie. Jej wycofanie nie wpływa jednak na prawidłowość przetwarzania danych, które miało miejsce, zanim zgoda została wycofana.

Upoważnienia dla Towarzystwa (sekcja 7)

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez UNIQA TuŹ S.A. (UNIQA) oraz Partnera Medycznego do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje lub dokumentację medyczną o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Zakres informacji o stanie zdrowia lub dokumentacji medycznej obejmuje:

- przyczyny hospitalizacji, wykonane w jej trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania oraz wyniki sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
- przyczyny leczenia ambulatoryjnego, wykonane w jego trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania;
- wyniki przeprowadzonych konsultacji;
- przyczynę mojej śmierci.

Informacje, o których mowa powyżej, udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Wyrażam zgodę na udostępnienie ww. danych i dokumentacji UNIQA i Partnerowi Medycznemu.

Wyrażam zgodę na przekazywanie UNIQA przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności UNIQA oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Powyższe oświadczenia, upoważnienia i zgody pozostają w mocy także po mojej śmierci.

Poniższym podpisem potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń, które mnie dotyczą.

Ubezpieczający składa oświadczenie w sekcjach nr 1, 2, 4, 5, 6 i 7

Data

Podpis

Czytelny podpis Ubezpieczającego (lub opiekuna prawnego w przypadku gdy Ubezpieczonym jest dziecko Ubezpieczającego)

Współubezpieczony (2) składa oświadczenie w sekcjach nr 3, 4, 5 i 7

Podpis

Czytelny podpis współubezpieczonego (2)*

Współubezpieczony (1) składa oświadczenie w sekcjach nr 3, 4, 5 i 7

Podpis

Czytelny podpis współubezpieczonego (1)*

Współubezpieczony (3) składa oświadczenie w sekcjach nr 3, 4, 5 i 7

Podpis

Czytelny podpis współubezpieczonego (3)*

* lub opiekuna prawnego w przypadku gdy współubezpieczonym jest osoba nieposiadająca pełnej zdolności do czynności prawnych

Pośrednik ubezpieczeniowy

Potwierdzam własnoręczność podpisów złożonych w niniejszym wniosku oraz oświadczam, iż dokonałem weryfikacji tożsamości klienta na podstawie dokumentu wskazanego we wniosku.

Nazwisko, imię

Numer systemowy UNIQA / Numer nadany u Partnera Zewnętrznego (jeśli nadano)

Pieczęta i czytelny podpis Pośrednika ubezpieczeniowego

Przewodnik po Twoim ubezpieczeniu

Jak zawierasz umowę ubezpieczenia?



wypełnij i podpisz wniosek o zawarcie umowy



wpłać składkę na wskazany rachunek



a po weryfikacji dokumentacji przez UNIQA



otrzymasz polisę

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od 1. lub 15. dnia miesiąca kalendarzowego. Data rozpoczęcia ochrony jest tożsama z datą, od której przysługuje Ci prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Data początku ochrony potwierdzona jest w polisie.

W jaki sposób opłacasz składkę?

- składkę opłacasz miesięcznie
- składka płatna jest z góry w terminie wskazanym w polisie
- składkę wpłacasz na Twój indywidualny numer rachunku: mBank S.A. ul. Prosta 18, 00-850 Warszawa
- dane do przelewu: UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa



Numer rachunku bankowego

W jakich sytuacjach nie przysługuje Ci świadczenie zdrowotne?

Jeżeli w okresie 24 miesięcy, poprzedzających bezpośrednio datę podpisania wniosku o zawarcie umowy, rozpoznano u Ciebie* lub byłeś leczony z powodu:

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> zawału serca | <input checked="" type="checkbox"/> marskości wątroby | <input checked="" type="checkbox"/> udaru lub wylewu (wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy) |
| <input checked="" type="checkbox"/> niewydolności krążenia | <input checked="" type="checkbox"/> stwardnienia rozsianego | <input checked="" type="checkbox"/> choroby Alzheimera |
| <input checked="" type="checkbox"/> nowotworu złośliwego | <input checked="" type="checkbox"/> nosicielstwa wirusa HIV lub zespołu AIDS | |
| <input checked="" type="checkbox"/> cukrzycy typu I | | |

nie przysługuje Ci dostęp do świadczeń zdrowotnych z tytułu powyższych chorób.

* dotyczy zarówno dorosłego, jak i dziecka w formie indywidualnej oraz współubezpieczonych (współmałżonka/partnera lub dzieci) w formie rodzinnej

Jak korzystać z ubezpieczenia

Potrzebujesz umówić się na wizytę:



lub



lub



zadzwoń na infolinię
Lux Med
22 33 22 888

zarejestruj się przez
Portal Pacjenta Lux Med
www.portalpacjenta.luxmed.pl

zadzwoń do wybranej placówki współpracującej
z Lux Med – wykaz placówek Lux Med
i placówek współpracujących znajdziesz
na stronie www.uniqa.pl

Potrzebujesz więcej informacji na temat ubezpieczenia:

porozmawiaj ze swoim agentem lub wejdź na uniqa.pl

Imię i nazwisko

Telefon

Pakiet Zdrowotny to coś więcej niż ubezpieczenie

Klienci UNIQA otrzymują dostęp do wyjątkowych zniżek i mogą z nich korzystać bez ograniczeń.

Na uniqabenefit.pl znajdują się oferty ponad 500 partnerów.

Dostarczają oni produkty i usługi znanych marek oraz lokalnych dostawców z różnych kategorii,

między innymi: dom i ogród, kultura i edukacja, dziecko, odzież i obuwie, podróże, restauracje, uroda i zdrowie.

W UNIQA wiemy, że każdy klient ma inne potrzeby, dlatego oferta programu UNIQA Benefit jest stale poszerzana o kolejnych partnerów i nowe promocje.

Wejdź na
www.uniqabenefit.pl
i sprawdź aktualne
oferty.

Ten materiał nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego i ma charakter informacyjny. Ubezpieczycielem jest UNIQA TUnŻ S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51. Szczegółowe informacje dotyczące ubezpieczenia, w tym wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, zostały określone w Ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem (indeks GNF/16/02/01) oraz w ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego (indeks GNFZ/18/04/01), rozszerzającego zakres umowy podstawowej, dostępnych na uniqa.pl.

UNIQA jest jedną z największych grup ubezpieczeniowych w Polsce i Europie. Oferuje ubezpieczenia majątkowe, komunikacyjne i na życie, zarówno dla klientów indywidualnych, jak i grupowych. Specjalizuje się w sprzedaży ubezpieczeń przez agentów oraz online, a także w omnikanałowej sprzedaży ubezpieczeń komunikacyjnych.

To stabilna i wiarygodna firma, za którą stoją liczby:

- obecna w 18 krajach
- 15,5 mln klientów w Europie
- 5. ubezpieczyciel w Europie Środkowej i Wschodniej
- 5. pozycja wśród grup ubezpieczeniowych w Polsce
- 5 mln klientów w Polsce
- lider w ubezpieczeniach dla segmentu mieszkalnictwa

Skontaktuj się z nami:

22 599 95 22

* koszt połączenia według taryfy operatora

Centrala
UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa
www.uniqa.pl

Aby uzyskać więcej informacji, skontaktuj się z agentem.

