

Ubezpieczenia na życie i zdrowie „Ochrona Rodziny” – Karta Produktu

Zakład Ubezpieczeń
(Ubezpieczyciel):

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Centrum Operacyjne:

Podmiot, który na podstawie umowy z Nationale-Nederlanden organizuje i pokrywa koszty Usług medycznych z tytułu Świadczenia medycznego przyznanego przez Nationale-Nederlanden.

Agent Ubezpieczeniowy:

Bank BNP Paribas Bank Polska S.A.

Właściciel Polisy/
Ubezpieczony:

Osoba, która zawarła Umowę ubezpieczenia i zobowiązała się do opłacania Składki. Właściciel polisy jest tą samą osobą co Ubezpieczony. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która w Dniu zawarcia umowy ubezpieczenia ukończyła 18. rok oraz nie ukończyła 70. roku życia.

Typ Umowy Ubezpieczenia:

Indywidualna umowa ubezpieczenia (dział I, grupa 1 i 5)

W Karcie Produktu zawarte są najważniejsze informacje o ubezpieczeniu na życie i zdrowie „Ochrona Rodziny”. Karta Produktu nie jest elementem umowy ubezpieczenia ani materiałem marketingowym. Karta Produktu została przygotowana przez Bank BNP Paribas Bank Polska S.A. we współpracy z Nationale-Nederlanden Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. i ma za zadanie pokazać kluczowe informacje o produkcie ubezpieczeniowym oraz pomóc w zrozumieniu cech produktu.

Decyzję o zawarciu umowy ubezpieczenia proszę podjąć po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, przede wszystkim z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia, w których znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu. Umowa ubezpieczenia „Ochrona Rodziny” zawierana jest na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie i zdrowie „Ochrona Rodziny” oznaczonych kodem OWU/LRB1/3/2017 (dalej: Warunki), których integralną częścią jest Załącznik nr 1 do Warunków oraz Tabela limitów i opłat do umowy ubezpieczenia „Ochrona Rodziny” oznaczona kodem TLiO/ LRB1/3/2017 (dalej: TLiO).

Jeśli informacje dotyczące produktu ubezpieczeniowego zawarte w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia lub Karcie Produktu są dla Państwa niejasne, albo istnieją wątpliwości, czy produkt jest dla Państwa odpowiedni, prosimy o kontakt z doradcą Banku BNP Paribas Bank Polska S.A.

ZAKRES UBEZPIECZENIA:

Ubezpieczenie obejmuje następujące zdarzenia:

- śmierć Ubezpieczonego,
- Niezdolność do pracy albo Niezdolność do samodzielnego życia Ubezpieczonego,
- Chorobę skutkującą Hospitalizacją Ubezpieczonego,
- Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego.

Ubezpieczony może być objęty ochroną z tytułu tylko jednej Umowy ubezpieczenia Ochrona Rodziny.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu śmierci, Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnego życia obowiązuje na całym świecie, 24 godziny na dobę.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Choroby skutkującej Hospitalizacją Ubezpieczonego oraz z tytułu Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, w zakresie Świadczeń medycznych, obowiązuje wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA:

Składka płatna jest miesięcznie. Wysokość Składki jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek Nationale-Nederlanden i zależy od wieku Ubezpieczonego oraz wybranego wariantu Sumy ubezpieczenia. Wysokość Składki wskazana jest w dokumencie Tabeli Limitów i Opłat.

Pierwszą Składkę należy opłacić w terminie do:

- 20-ego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym przypadał Dzień zawarcia umowy ubezpieczenia

- o ile Dzień zawarcia umowy ubezpieczenia nastąpił do 19-ego dnia miesiąca kalendarzowego włącznie,
- b) 20-ego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym przypadał Dzień zawarcia umowy ubezpieczenia – o ile Dzień zawarcia umowy ubezpieczenia nastąpił nie wcześniej niż 20-tego dnia miesiąca kalendarzowego bądź o ile Dzień zawarcia umowy ubezpieczenia nastąpił do 19-ego dnia miesiąca kalendarzowego włącznie a Właściciel polisy nie opłacił pierwszej Składki w terminie płatności wskazanym w punkcie a) powyżej.

Kolejne Składki należy opłacać do 20-ego dnia miesiąca kalendarzowego z góry za następny miesiąc kalendarzowy ochrony ubezpieczeniowej (Miesiąc polisowy).

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ:

Umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres jednego Roku polisowego, z możliwością przedłużenia na kolejne lata.

Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony zobowiązany jest do udzielenia zgodnych z prawdą pisemnych informacji zawartych we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia. W przypadku naruszenia tego obowiązku Nationale-Nederlanden jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w przepisach prawa.

Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych na koszt Nationale-Nederlanden, warunkujących zawarcie Umowy ubezpieczenia.

Start Ochrony Ubezpieczeniowej

Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się:

- a) od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym przypadał Dzień zawarcia umowy ubezpieczenia – w przypadku gdy Właściciel polisy opłacił Składkę do pierwszego dnia włącznie miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym przypadał Dzień zawarcia umowy ubezpieczenia;
- b) od pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym przypadał Dzień zawarcia umowy ubezpieczenia – w przypadku gdy Właściciel polisy opłacił Składkę do 20-ego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym przypadał Dzień zawarcia umowy ubezpieczenia.

Koniec ochrony ubezpieczeniowej

W zakresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Niezdolności do pracy albo Niezdolności do samodzielnego życia – począwszy od Roku polisowego, który nastąpi po Roku polisowym, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia:

- a) Nationale-Nederlanden udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Niezdolności do samodzielnego życia tylko wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
- b) wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Niezdolności do pracy oraz ochrona ubezpieczeniowa

z tytułu Niezdolności do samodzielnego życia wskutek innej przyczyny niż Nieszczęśliwy wypadek. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia, z odstąpieniem od umowy ubezpieczenia albo z wygaśnięciem umowy ubezpieczenia. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia oraz odstąpienie od umowy ubezpieczenia zostały opisane w części Odstąpienie/Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia poniżej.

Umowa ubezpieczenia kończy się

- z końcem Roku polisowego, jeśli Właściciel polisy nie opłaci Składki zgodnie z otrzymaną propozycją kontynuacji Umowy ubezpieczenia na kolejny Rok polisowy lub Nationale-Nederlanden nie przedstawiło propozycji kontynuacji Umowy ubezpieczenia,
- z dniem śmierci Ubezpieczonego,
- z dniem wypłaty Świadczenia z tytułu Niezdolności do pracy albo Niezdolności do samodzielnego życia,
- z końcem Roku polisowego w którym Ubezpieczony ukończył 75 rok życia,
- w przypadku braku wpłaty Składki – z końcem Miesiąca polisowego, za który została opłacona ostatnia Składka, jeżeli pomimo wyznaczenia dodatkowego terminu na opłacenie zaległej Składki, Składka ta nie zostanie opłacona w tym terminie, w zależności, co nastąpi pierwsze.

ŚWIADCZENIA:

Suma ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia w zależności od wybranego wariantu:

Wariant	I	II	III
Śmierć Ubezpieczonego	100 000 zł	300 000 zł	500 000 zł
Niezdolność do pracy albo Niezdolność do samodzielnego życia	100 000 zł	300 000 zł	500 000 zł

Świadczenie medyczne

Niezależnie od wybranego wariantu Sumy ubezpieczenia, zakres ubezpieczenia, w przypadku wystąpienia Choroby skutkującej Hospitalizacją Ubezpieczonego lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, obejmuje Świadczenie medyczne, które polega na organizacji i pokryciu kosztów Usług medycznych w ramach odpowiedniego Limitu Usług medycznych, zgodnie z tabelą zamieszczoną na stronie nr 5.

Śmierć Ubezpieczonego

W przypadku śmierci Ubezpieczonego Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie pieniężne w wysokości Sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem zdania następnego. W przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie pierwszych 90 dni od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w pierwszym Roku polisowym, Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie pieniężne równe sumie Składek należnych na dzień śmierci, chyba że śmierć Ubezpieczonego została spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem,

wtedy Nationale-Nederlanden wypłaci 100% Sumy ubezpieczenia.

Ubezpieczony wyznacza Uposażonych oraz decyduje, jaką część Sumy ubezpieczenia otrzyma każdy z nich.

Uposażeni nabywają prawo do Świadczenia pieniężnego w kwocie odpowiadającej procentowi Sumy ubezpieczenia, określonego wcześniej przez Ubezpieczonego.

Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał jaki procent Świadczenia pieniężnego powinien otrzymać każdy Uposażony, Uposażeni otrzymują równe części. W przypadku gdy podział wskazany przez Ubezpieczonego nie sumuje się do 100%, pieniądze wypłacane są proporcjonalnie do podziału określonego przez Ubezpieczonego.

Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego wskazany przez niego Uposażony nie żyje, nie istnieje lub utracił prawo do Świadczenia pieniężnego, należną mu część otrzymują pozostali Uposażeni w proporcji wynikającej z dyspozycji Ubezpieczonego dotyczącej pozostałych Uposażonych. Jeżeli Ubezpieczony nie wyznaczył Uposażonych lub jeśli do czasu śmierci Ubezpieczonego wszyscy wyznaczeni Uposażeni zmarli, nie istnieją lub utracili prawo do Świadczenia pieniężnego, pieniądze zostaną wypłacone członkom jego rodziny w następującej kolejności: małżonek, dzieci, wnuki, rodzice, rodzeństwo, dzieci rodzeństwa.

Niezdolność do pracy albo Niezdolność do samodzielnego życia Ubezpieczonego

Za dzień zajścia Niezdolności do pracy albo Niezdolności do samodzielnego życia przyjmuje się pierwszy dzień Niezdolności do pracy albo Niezdolności do samodzielnego życia, pod warunkiem, że stan ten utrzymywał się co najmniej 12 miesięcy i trwa nadal.

W przypadku Niezdolności do pracy albo Niezdolności do samodzielnego życia Nationale-Nederlanden wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie pieniężne w wysokości Sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem zdania następnego. W przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie pierwszych 90 dni od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w pierwszym Roku polisowym, Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie pieniężne równe sumie Składek należnych na dzień zajścia Niezdolności do pracy albo Niezdolności do samodzielnego życia.

Choroba skutkująca Hospitalizacją Ubezpieczonego lub Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego

W przypadku Choroby skutkującej Hospitalizacją Ubezpieczonego lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego Nationale-Nederlanden przyzna Świadczenie medyczne polegające na organizacji i pokryciu kosztów Usług medycznych w ramach odpowiedniego Limitu Usług medycznych.

OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI:

Pełna lista ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności Ubezpieczyciela znajduje się art. 15 OWU:

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Niezdolności do pracy albo Niezdolności do samodzielnego życia lub Choroby skutkującej Hospitalizacją, która została spowodowana lub jest następstwem Choroby zdiagnozowanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w powyższym w ust. 1, nie stosuje się, jeżeli dzień zajścia Niezdolności do pracy albo Niezdolności do samodzielnego życia lub Choroby skutkującej Hospitalizacją nastąpił po 24 miesiącach od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci Świadczenia pieniężnego ani nie przyzna Świadczenia medycznego, jeżeli Śmierć Ubezpieczonego albo jego Niezdolność do pracy albo Niezdolność do samodzielnego życia lub Choroba skutkująca Hospitalizacją Ubezpieczonego lub Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego zostały spowodowane lub zaszły w następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, aktach terroryzmu, rozruchach, zamieszkach,
 - c) zdarzenia bezpośrednio związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym,
 - d) prowadzenia pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony, lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego,
 - e) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze,
 - f) zawodowego uprawiania sportów, o których mowa w punkcie powyżej,
 - g) wykonywania pracy pracownika straży granicznej, policjanta, żołnierza zawodowego, saper, pirotechnika,
 - h) bezpośredniego wykonywania pracy kaskadera, nurka, pracy fizycznej w przemyśle wydobywczym,
 - i) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - j) pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - k) Choroby będącej skutkiem spożywania alkoholu,
 - l) Choroby psychicznej.
4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Świadczenia pieniężnego, jeżeli Śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku samobójstwa popełnionego w okresie 2 lat od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
5. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Niezdolność do pracy albo Niezdolność do samodzielnego życia powstała wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

6. Nationale-Nederlanden nie wypłaci Świadczenia pieniężnego, jeżeli Niezdolność do pracy albo Niezdolność do samodzielnego życia została spowodowana lub miała miejsce w następstwie usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności.
7. Nationale-Nederlanden nie odpowiada za opóźnienie w Realizacji Świadczenia medycznego, jeżeli jest ono wynikiem działania Siły wyższej.
8. W przypadku gdy Realizacja Świadczenia medycznego wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej, Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za brak Realizacji lub nienależytą Realizację Świadczenia medycznego, jeśli zgoda nie została wyrażona, pod warunkiem, że brak Realizacji lub nienależyta Realizacja Świadczenia medycznego wynikały właśnie z niewyrażenia przez Ubezpieczonego wyżej wymienionej pisemnej zgody.

ODSTĄPIENIE/ WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA:

Właściciel polisy może:

- odstąpić od umowy w terminie 30 dni od Dnia zawarcia umowy ubezpieczenia,
- wypowiedzieć umowę w dowolnym terminie, poprzez złożenie oświadczenia do Nationale-Nederlanden.

W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, Nationale-Nederlanden zwraca wpłaconą Składkę w terminie 30 dni od dnia otrzymania pisemnego oświadczenia.

W przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia, ulega ona rozwiązaniu z ostatnim dniem Miesiąca polisowego, za który została opłacona ostatnia Składka.

OBOWIĄZKI WŁAŚCICIELA POLISY/ UBEZPIECZONEGO:

Właściciel polisy zobowiązany jest do opłacania Składki w kwocie i terminach wskazanych w Dokumencie ubezpieczenia.

Właściciel polisy zobowiązany jest do informowania Nationale-Nederlanden o każdej zmianie swoich danych teleadresowych.

Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony zobowiązany jest do udzielenia zgodnych z prawdą pisemnych informacji zawartych we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

ZASADY I TRYB ZGŁASZANIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO:

Zgłoszenia roszczenia z tytułu śmierci, Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnego życia Ubezpieczonego można dokonać bezpośrednio do Towarzystwa Ubezpieczeń, niezwłocznie po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego:

- w formie elektronicznej, za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej Nationale-Nederlanden (www.nn.pl) – w takim przypadku Nationale-Nederlanden może wymagać dostarczenia dokumentów w formie papierowej,
- w formie pisemnej – osobiście, w punkcie obsługi klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden, lub przesyłką pocztową przesłaną na adres siedziby Nationale-Nederlanden (ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa);

Zgłoszenia roszczenia z tytułu Choroby skutkującej Hospitalizacją Ubezpieczonego lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego należy dokonać bezpośrednio do Centrum Operacyjnego:

W przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu powinna niezwłocznie po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego lub późniejszym zaistnieniu konieczności skorzystania ze Świadczenia medycznego, skontaktować się z Centrum Operacyjnym pod numerem telefonu: 22 563 11 84 lub 22 383 21 84.

REKLAMACJE:

Zasady i tryb zgłaszania reklamacji oraz rozpatrywania reklamacji

1. Reklamację mogą złożyć Właściciel polisy, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia.
2. Reklamacja może zostać złożona:
 - a) w formie pisemnej – osobiście, w punkcie obsługi klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden, lub przesyłką pocztową przesłaną na adres siedziby Nationale-Nederlanden (ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa);
 - b) ustnie – telefonicznie (pod numerem telefonu 22 522 71 51 albo osobiście do protokołu podczas wizyty w punkcie obsługi klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden,
 - c) w formie elektronicznej, za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej Nationale-Nederlanden (www.nn.pl).
3. Odpowiedź na Reklamację udzielana jest bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od daty otrzymania Reklamacji.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym powyżej poinformujemy osobę zgłaszającą Reklamację o przyczynie opóźnienia, wskażemy okoliczności potrzebne do rozpatrzenia Reklamacji i określimy przewidywany termin jej rozpatrzenia i udzielenia odpowiedzi. Termin ten nie może przekroczyć 60 dni licząc od dnia otrzymania Reklamacji.
5. Odpowiedź na Reklamację udzielana jest w postaci papierowej lub w postaci innego trwałego nośnika informacji i przekazywana przesyłką pocztową wysłaną na aktualny adres korespondencyjny osoby zgłaszającej Reklamację.

6. Odpowiedź na Reklamację może zostać udzielona pocztą elektroniczną na wniosek osoby zgłaszającej Reklamację i przesyłana jest na jej aktualny adres poczty elektronicznej.

POZASĄDOWE ROZSTRZYGANIE SPORÓW:

W przypadku wystąpienia sporu z Nationale-Nederlanden Właściciel polisy, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy może zwrócić się o pomoc do miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów lub Rzecznika Finansowego (rf.gov.pl).

Tabela Limitów Usług medycznych

Usługi medyczne	Limity Usług medycznych
Maksymalna liczba Usług medycznych do wykorzystania w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w Roku polisowym	3
Konsultacje lekarskie - każda konsultacja to jedna Usługa medyczna	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chirurg 2. Okuliści 3. Otolaryngolog 4. Ortopeda 5. Ginekolog 6. Urolog 7. Pulmonolog 8. Lekarz rehabilitacji 9. Psycholog 10. Onkolog 11. Endokrynolog 12. Hepatolog 13. Hematolog 14. Nefrolog 15. Dermatolog
Diagnostyka laboratoryjna (w tym markery nowotworowe) – na jedną Usługę medyczną może składać się dowolna liczba rodzajów badań oznaczonych w pkt 16, pod warunkiem, że zostały objęte jednym skierowaniem	<p>Usługi medyczne do alternatywnego i wielokrotnego wykorzystania w ramach Maksymalnej liczby Usług medycznych do wykorzystania w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w Roku polisowym</p> <p>Do wyczerpania Maksymalnej liczby Usług medycznych do wykorzystania w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w Roku polisowym</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. <ul style="list-style-type: none"> • mocz – badanie ogólne, • OB., • morfologia, • APTT, • PT, • fibrynogen, • glukoza, • elektrolity (sód i potas), • lipidogram, • próby wątrobowe, • amylaza, • mocznik, • TSH, • kreatynina, • kwas moczowy, • proteinogram, • ferrytyna, • wapń całkowity, • fosfor nieorganiczny, • magnez, • CRP ilościowo, • HBs przeciwciała, • HCV przeciwciała, • IgE całkowite, • markery: CA 125, PSA, CA 72-4, AFP, CEA, Beta-HCG, CA 15-3, kalcytonina, Beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 21
Rehabilitacja - na jedną Usługę medyczną mogą składać się ćwiczenia rehabilitacyjne i/ lub zabiegi rehabilitacyjne oznaczone w pkt 17, w łącznym maksymalnym wymiarze 6 godzin i pod warunkiem, że zostały objęte jednym skierowaniem	<p>Maksymalnie jedna Usługa medyczna w Roku polisowym</p> <p>Do wyczerpania Maksymalnej liczby Usług medycznych do wykorzystania w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w Roku polisowym</p> <ol style="list-style-type: none"> 17. <ul style="list-style-type: none"> • Ćwiczenia wytrzymałościowe, cykloergometr, bieżnia, stepper, • Ćwiczenia ogólnousprawniające, • Trening oporowy, • Fizykoterapia i rehabilitacja oddechowa
Badania specjalistyczne - każde badanie to jedna Usługa medyczna.	<p>Usługi medyczne do alternatywnego i wielokrotnego wykorzystania w ramach Maksymalnej liczby Usług medycznych do wykorzystania w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w Roku polisowym</p> <p>Maksymalnie jedna Usługa medyczna w Roku polisowym</p> <p>Maksymalnie jedna Usługa medyczna w Roku polisowym</p> <ol style="list-style-type: none"> 18. Biopsja (pobranie materiału wraz z mikroskopowym badaniem histopatologicznym) 19. RTG 20. USG 21. Rezonans magnetyczny 22. Tomografia komputerowa