

Załącznik nr 1 do Zaproszenia – Umowa generalna ubezpieczenia

(WZÓR)

UMOWA GENERALNA GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO DLA PRACOWNIKÓW PORTU
LOTNICZEGO ŁÓDŹ IM. WŁADYSŁAWA REYMONTA SP. Z O.O.

ZAWARTA W DNIA

POMIĘDZY /PEŁNA NAZWA/:

.....

Z SIEDZIBĄ W, KOD POCZTOWY:,
ZAREJESTROWANYM W, NR KRS:,
POSIADAJĄCYM NIP:, REGON: Z KAPITAŁEM
ZAKŁADOWYM ZŁ WPŁACONYM W CAŁOŚCI,
REPREZENTOWANYM PRZEZ:

- 1)
- 2)

ZWANYM DALEJ **UBEZPIECZAJĄCYM**,

A /PEŁNA NAZWA/:

.....

Z SIEDZIBĄ W, KOD POCZTOWY:,
ZAREJESTROWANYM W, NR KRS:,
POSIADAJĄCYM NIP:, REGON: Z KAPITAŁEM
ZAKŁADOWYM ZŁ WPŁACONYM W CAŁOŚCI,
REPREZENTOWANYM PRZEZ:

- 1)
- 2)

ZWANYM DALEJ **UBEZPIECZYCIEM**.

UMOWA GENERALNA UBEZPIECZENIA JEST ZAWARTA I BĘDZIE WYKONYWANA ZA POŚREDNICTWEM
I PRZY UDZIALE BROKERA UBEZPIECZENIOWEGO:

BIURO BROKERÓW UBEZPIECZENIOWYCH MAXIMA FIDES SP. Z O.O.

Z SIEDZIBĄ W ŁODZI UL. GDAŃSKA 91, KOD POCZTOWY: 90-613,
ZAREJESTROWANYM W KRAJOWYM REJESTRZE SĄDOWYM PRZEDSIĘBIORCÓW, NR KRS: 0000047653,
POSIADAJĄCYM NIP: 727-22-70-042, REGON: 471628890 Z KAPITAŁEM
ZAKŁADOWYM 552.800,00 ZŁ WPŁACONYM W CAŁOŚCI,
REPREZENTOWANYM PRZEZ:

- 1) Katarzyna Pastusiak – Wiceprezes Zarządu

ZWANEGO DALEJ **BROKEREM**.

PODSTAWĄ ZAWARCIA NINIEJSZEJ UMOWY UBEZPIECZENIA JEST UMOWA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA
ZAWARTA PO ROZSTRZYgniĘCIU POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA SEKTOROWEGO, PODPISANA
W DNIU

1/20

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

ROZDZIAŁ I

POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE UMOWY GENERALNEJ UBEZPIECZENIA

1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- 1.1. Umowa generalna grupowego ubezpieczenia zdrowotnego dla pracowników Portu Lotniczego Łódź im. Władysława Reymonta Sp. z o.o. nazywana będzie w niniejszej Umowie – Umową generalną ubezpieczenia.
- 1.2. Ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy generalnej grupowego ubezpieczenia zdrowotnego objęci są pracownicy Portu Lotniczego Łódź im. Władysława Reymonta Sp. z o.o. oraz członkowie ich rodzin.
- 1.3. W kwestiach nieuregulowanych w Umowie generalnej ubezpieczenia mają zastosowanie Ogólne Warunki Ubezpieczenia wskazane w ofercie złożonej w postępowaniu o udzielenie zamówienia sektorowego prowadzonego w trybie negocjacji sektorowych na grupowe ubezpieczenia zdrowotne dla pracowników Portu Lotniczego Łódź im. Władysława Reymonta Sp. z o.o. oraz odpowiednie przepisy prawa polskiego.
- 1.4. Zakres ubezpieczenia określony w Umowie generalnej ubezpieczenia jest zakresem minimalnym, wymaganym przez Ubezpieczającego. Jeżeli w oferowanych przez ubezpieczyciela Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia znajdują się zapisy korzystniejsze dla ubezpieczającego i ubezpieczonych i nie zostaną one wyraźnie zastrzeżone przez ubezpieczyciela przed zakończeniem postępowania o zamówienie publiczne, to zostają automatycznie włączone do Umowy generalnej ubezpieczenia. Postanowienia zawarte w Umowie generalnej ubezpieczenia mają pierwszeństwo przed postanowieniami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
- 1.5. Przez wypadek ubezpieczeniowy na potrzeby niniejszej Umowy generalnej ubezpieczenia rozumie się realizację zdefiniowanego w niniejszej Umowie świadczenia zdrowotnego na rzecz osoby ubezpieczonej.
- 1.6. Przez zakres ubezpieczenia na potrzeby niniejszej Umowy generalnej ubezpieczenia rozumie się co najmniej przewidziany w Umowie generalnej ubezpieczenia katalog świadczeń obejmujący:
 - a) świadczenia wynikające z ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy,
 - b) świadczenia obejmujące badania profilaktyczne,
 - c) świadczenia zdrowotne dodatkowe,
 - d) refundację kosztów zaoferowanych świadczeń.

2. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU UBEZPIECZENIA

- 2.1. Przedmiotem ubezpieczenia jest usługa polegająca na grupowym ubezpieczeniu zdrowotnym dla pracowników oraz rodzin pracowników Portu Lotniczego Łódź im. Władysława Reymonta Sp. z o.o.

3. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE CZASU OBOWIĄZYWANIA UMOWY GENERALNEJ UBEZPIECZENIA I OKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

- 3.1. Okres realizacji Umowy generalnej ubezpieczenia ustala się na 30 miesięcy. Umowa zostaje zawarta od dnia 01 listopada 2018 r. do dnia 30 kwietnia 2021 r., z zastrzeżeniem zapisów § 2 Umowy zawartej w wyniku rozstrzygnięcia postępowania o udzielenie zamówienia sektorowego prowadzonego w trybie negocjacji sektorowych pn.: Grupowe ubezpieczenie zdrowotne dla pracowników Portu Lotniczego Łódź im. Władysława Reymonta Sp. z o.o. w okresie 01.11.2018 r. – 30.04.2021 r. (znak: ZP/03/2018).
- 3.2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonych, którzy złożyli deklaracje przystąpienia do Umowy generalnej ubezpieczenia oraz są wskazani na liście osób przystępujących przed datą początkową – rozpoczyna się od dnia 01.11.2018 r.
- 3.3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonych, którzy przystąpili do Umowy generalnej ubezpieczenia po dacie początkowej, rozpoczyna się od 1 dnia następnego miesiąca kalendarzowego po złożeniu deklaracji.

2/20

- 3.4. Umowa generalna ubezpieczenia wygasa po upływie 30 miesięcy i zostaje automatycznie rozwiązana bez konieczności składania przez strony wypowiedzenia, z zastrzeżeniem przepisów §4 umowy o udzielenie zamówienia.
- 3.5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonych ustaje z ostatnim dniem miesiąca, w którym ustał stosunek prawny z ubezpieczającym lub z dniem skutecznej rezygnacji z uczestnictwa w umowie generalnej ubezpieczenia, lub z dniem śmierci ubezpieczonego.
- 3.6. Niezależnie od zapisów pkt. 3.5. powyżej, odpowiedzialność ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonych ustaje lub zostaje ograniczona, z ostatnim dniem miesiąca po przekroczeniu wieku wskazanego w zapisach dotyczących zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia (Rozdział II Umowy generalnej ubezpieczenia). W przypadku braku wskazania wieku będącego granicą odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do danego zdarzenia, przyjmuje się, że odpowiedzialność ubezpieczyciela ustaje wyłącznie w sytuacjach podniesionych w pkt 3.5. powyżej.
- 3.7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela wobec ubezpieczonego będącego współmałżonkiem/partnerem życiowym lub dzieckiem pracownika ubezpieczającego ustaje z końcem miesiąca, w którym pracownik, jako ubezpieczony został zgłoszony przez ubezpieczającego jako występujący z ubezpieczenia.
- 3.8. Ubezpieczyciel przyjmie odpowiedzialność za skutki chorób i wypadków wynikających z niniejszej Umowy, które zostały stwierdzone i/lub zaszły przed początkiem odpowiedzialności ubezpieczyciela, a powodują nabycie przez ubezpieczonego prawa do wypłaty świadczenia w okresie obowiązywania Umowy generalnej ubezpieczenia.

4. ZAKRES TERYTORIALNY

- 4.1. W odniesieniu do świadczeń medycznych wchodzących w zakres Umowy generalnej ubezpieczenia, ubezpieczyciel zrealizuje świadczenia w placówkach medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- 4.2. W odniesieniu do refundacji kosztów świadczeń medycznych wchodzących w zakres Umowy generalnej ubezpieczenia, ubezpieczyciel zrealizuje refundację bez względu na miejsce wystawienia dokumentu będącego podstawą do ubiegania się o refundację kosztów świadczenia poniesionych przez osobę ubezpieczoną.

5. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

- 5.1. Miesięczna wysokość składki dla każdego z czterech wariantów ochrony ubezpieczeniowej wynika z oferty złożonej przez ubezpieczyciela w postępowaniu o udzielenie zamówienia sektorowego prowadzonego w trybie negocjacji sektorowych na grupowe ubezpieczenia zdrowotne dla pracowników Portu Lotniczego Łódź im. Władysława Reymonta Sp. z o.o. i wynosi:
 - 5.1.1. Pakiet Medycyny Pracy: zł brutto
 - 5.1.2. Pakiet Indywidualny: zł brutto
 - 5.1.3. Pakiet Partnerski: zł brutto
 - 5.1.4. Pakiet Rodziny: zł brutto
- 5.2. Ubezpieczający wymaga podania przez ubezpieczyciela w formularzu oferty wysokości oferowanej składki dla każdego pakietu ubezpieczenia. W przypadku, kiedy ubezpieczyciel zadeklaruje składkę na poziomie wyższym niż określony przez ubezpieczającego, jako maksymalna wysokość składki lub gdy ubezpieczyciel nie wskaże wysokości składki (pozostawi puste pole) spowoduje to odrzucenie oferty jako niezgodnej z treścią zaproszenia do składania ofert końcowych.
- 5.3. Wysokość jednostkowych składek miesięcznych za każdy z pakietów ubezpieczenia, zaoferowana przez ubezpieczającego w ofercie, nie będzie zmieniana w trakcie trwania ubezpieczenia i nie będzie podlegała waloryzacji.
- 5.4. Składka ubezpieczeniowa z tytułu Umowy generalnej ubezpieczenia będzie płatna w ratach miesięcznych.
- 5.5. Rata składki ubezpieczeniowej z tytułu Umowy generalnej ubezpieczenia będzie płatna na podstawie wystawionej przez ubezpieczyciela, informacji o należnej składce. Ubezpieczyciel będzie co miesiąc przysyłał do ubezpieczającego informację o należnej składce w terminie umożliwiającym opłacenie

- raty składki do 15 dnia miesiąca, za który jest należna, z wyjątkiem pierwszego miesiąca obowiązywania umowy – w którym rata składki zostanie opłacona najpóźniej do 25 dnia miesiąca.
- 5.6. Wystawiona przez ubezpieczyciela, informacja o należnej składce, zawierała będzie podział należnej raty składki na następujące składowe:
- 5.6.1. ilość miesięcznych jednostkowych pakietów Medycyny Pracy
 - 5.6.2. ilość miesięcznych jednostkowych pakietów Indywidualnych, w podziale na:
 - 5.6.2.1. zakres świadczeń zdrowotnych medycyny pracy,
 - 5.6.2.2. zakres dodatkowych świadczeń zdrowotnych,
 - 5.6.3. ilość miesięcznych jednostkowych pakietów Partnerskich, w podziale na:
 - 5.6.3.1. zakres świadczeń zdrowotnych medycyny pracy,
 - 5.6.3.2. zakres dodatkowych świadczeń zdrowotnych dla pracownika,
 - 5.6.3.3. zakres dodatkowych świadczeń zdrowotnych dla członka rodziny pracownika,
 - 5.6.4. ilość miesięcznych jednostkowych pakietów Rodzinny, w podziale na:
 - 5.6.4.1. zakres świadczeń zdrowotnych medycyny pracy,
 - 5.6.4.2. zakres dodatkowych świadczeń zdrowotnych dla pracownika,
 - 5.6.4.3. zakres dodatkowych świadczeń zdrowotnych dla członków rodziny pracownika,
- 5.7. Miesięczna rata składki, za wszystkie osoby objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach grupowego ubezpieczenia zdrowotnego dla pracowników Portu Lotniczego Łódź im. Władysława Reymonta Sp. z o.o., przekazywana będzie przez ubezpieczającego jednym przelewem na wskazany rachunek bankowy ubezpieczyciela. W opisie dokonanego przelewu ubezpieczający będzie zawierał okres ubezpieczenia, którego dotyczy składka ubezpieczeniowa oraz numer polisy lub polis potwierdzających zawarcie umowy ubezpieczenia zdrowotnego.
- 5.8. Wysokość miesięcznej raty składki z tytułu grupowego ubezpieczenia zdrowotnego dla pracowników Portu Lotniczego Łódź im. Władysława Reymonta Sp. z o.o., w każdym z miesięcznych okresów trwania ubezpieczenia, będzie stanowił iloczyn miesięcznych jednostkowych składek dla każdego z pakietów oraz liczby pakietów w danym miesiącu.
- 5.9. Składka za ubezpieczonych będących pracownikami ubezpieczającego finansowana będzie z środków własnych Ubezpieczającego.
- 5.10. Składka za ubezpieczonych niebędących pracownikami ubezpieczającego finansowana będzie z środków własnych pracowników Ubezpieczającego.
- 5.11. Nieopłacenie raty składki w terminie nie powoduje rozwiązania Umowy generalnej ubezpieczenia ani zawieszenia udzielanej ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczyciel zobowiązany jest wezwać pisemnie ubezpieczającego, wyznaczając dodatkowy, co najmniej 14 dniowy termin do zapłaty składki. W przypadku niedokonania przez ubezpieczającego wpłaty w dodatkowym, wyznaczonym terminie, ubezpieczyciel może zawiesić ochronę ubezpieczeniową do momentu opłacenia brakującej składki.
- 5.12. Ubezpieczający ma prawo złożyć korektę miesięcznego rozliczenia składek. Korekta uwzględni zmianę wysokości raty składki spowodowaną zmianą liczby osób objętych ochroną ubezpieczeniową. Ww. korekta będzie możliwa do przeprowadzenia w terminie 30 dni od daty złożenia rozliczenia wymagającego korekty. Jeżeli w wyniku dokonanej korekty powstanie nadpłata bądź niedopłata miesięcznej raty składki, to rozbieżność w wymaganej wysokości miesięcznej raty składki zostanie skorygowana w terminie najbliższej płatności.
- 5.13. Za badania wstępne medycyny pracy wykonane na rzecz pracowników ubezpieczającego, którzy nie zostali wpisani na listę osób ubezpieczonych w terminie trzech miesięcy od dnia wystawienia orzeczenia lekarskiego, ubezpieczyciel w terminie nie dłuższym niż trzy miesiące od dnia wystawienia orzeczenia lekarskiego wystawi Ubezpieczającemu fakturę VAT przy uwzględnieniu 10 % rabatu.
- 6. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE UBEZPIECZAJĄCEGO, UBEZPIECZONEGO, WSPÓLUBEZPIECZONEGO, UPOSAŻONEGO**
- 6.1. Ubezpieczającym na potrzeby Umowy generalnej ubezpieczenia jest podmiot zawierający Umowę generalną ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonych.
- 6.2. Ubezpieczony na potrzeby Umowy generalnej ubezpieczenia jest to objęty ochroną ubezpieczeniową pracownik ubezpieczającego.

- 6.3. Współubezpieczony na potrzeby Umowy generalnej ubezpieczenia jest to współmałżonek/partner życiowy, dziecko ubezpieczonego.
- 6.4. Uposażony na potrzeby Umowy generalnej ubezpieczenia jest to osoba wskazana na piśmie przez ubezpieczonego, jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku jego zgonu. W sytuacji, gdy nie wskazano uposażonego świadczenie wchodzi w skład spadku i jest należne prawnie ustanowionym spadkobiercom ubezpieczonego.
- 7. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE DEFINICJI PRACOWNIKA, WSPÓŁMAŁŻONKA/PARTNERA ŻYCIOWEGO, DZIECKA W ODNIESIENIU DO DEFINICJI UBEZPIECZONEGO I WSPÓŁUBEZPIECZONEGO**
- 7.1. Za pracowników ubezpieczającego uważa się osoby fizyczne zatrudnione przez ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub na podstawie umowy cywilnoprawnej, bez względu na wiek pracownika.
- 7.2. Za współmałżonka uważa się osobę, z którą ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim, bez względu na wiek współmałżonka.
- 7.3. Za partnera życiowego uważa się osobę pozostającą z ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim, niepozostającą z ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia, bez względu na wiek partnera, wskazaną przez Ubezpieczonego w formie określonej przez ubezpieczyciela. Ubezpieczony ani partner życiowy nie mogą pozostawać w związkach małżeńskich. Na potrzeby zapisów Umowy generalnej ubezpieczenia, partner życiowy uznawany jest jako członek rodziny ubezpieczonego.
- 7.4. Za dziecko uważa się dziecko własne, przysposobione (w pełni lub częściowo) lub pasierba ubezpieczonego, które nie ukończyło 26 roku życia, lub bez względu na wiek dziecka w razie jego całkowitej niezdolności do pracy, orzeczonej zgodnie z przepisami prawa przez właściwy organ.
- 8. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE JURYSDYKCJI**
- 8.1. Prawem właściwym dla Umowy generalnej ubezpieczenia jest prawo polskie.
- 8.2. Spory wynikające w związku z realizacją Umowy generalnej ubezpieczenia, rozstrzygane będą polubownie.
- 8.3. W przypadku braku możliwości rozstrzygnięcia sporu w ciągu 30 dni, spór zostanie poddany pod rozstrzygnięcie przez Sąd właściwy rzeczowo i miejscowo dla siedziby ubezpieczającego.
- 9. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I TERMINU ICH WYSTAWIANIA**
- 9.1. Ubezpieczyciel niezależnie od Umowy generalnej ubezpieczenia wystawi niezwłocznie odpowiedni dokument potwierdzający udzielanie ochrony ubezpieczeniowej w okresie wskazanym w Umowie generalnej ubezpieczenia.
- 10. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE FORM KOMUNIKACJI I RAPORTOWANIA**
- 10.1. Ubezpieczyciel wyznaczy jednostkę do technicznej obsługi Umowy generalnej ubezpieczenia (m. in. przyjmowania wniosków ubezpieczeniowych i wystawiania dokumentów potwierdzających ochronę ubezpieczeniową).
- 10.2. Ubezpieczyciel wyznaczy osobę/osoby do kontaktu w sprawach dotyczących Umowy generalnej ubezpieczenia. Ubezpieczyciel zawiadomi o powyższym fakcie ubezpieczającego i Brokera w treści oferty lub odrębnym pismem (w terminie 14 dni od podpisania Umowy generalnej ubezpieczenia), przekazując dane teleadresowe wskazanych osób. Ubezpieczyciel każdorazowo będzie powiadamiać ubezpieczającego i Brokera o zmianach w tym zakresie.
- 10.3. Dopuszczalną formą komunikacji pomiędzy ubezpieczającym, ubezpieczonymi pracownikami, Brokerem, a ubezpieczycielem jest przekazywanie dokumentów osobiście oraz za pośrednictwem poczty, faxu, poczty elektronicznej, z wyjątkiem składania oświadczeń woli o wypowiedzeniu Umowy generalnej ubezpieczenia, które winno być dokonane w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Każda ze stron zachowuje prawo żądania potwierdzenia odbioru przekazanych dokumentów.
- 10.4. Ubezpieczyciel jest zobowiązany w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku przez ubezpieczającego lub Brokera do przedstawienia zestawienia zainkasowanej składki ubezpieczeniowej oraz liczby

5/20

- zrealizowanych poszczególnych świadczeń, za okres od początku trwania Umowy generalnej ubezpieczenia do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku. Ubezpieczający lub Broker mogą wnioskować o przedstawienie zestawienia po zakończeniu okresu Umowy generalnej ubezpieczenia oraz w trakcie trwania Umowy generalnej ubezpieczenia - nie częściej niż co 6 miesięcy.
- 10.5. Zestawienie, o którym mowa w pkt 10.4. będzie zawierało następujące informacje: liczbę zrealizowanych świadczeń podzieloną na poszczególne świadczenia wchodzące w zakres ubezpieczenia oraz liczbę i wartość wypłaconych refundacji.

11. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE PRZYSTĘPOWANIA I WYSTĘPOWANIA UBEZPIECZONYCH DO/Z UMOWY GENERALNEJ

- 11.1. Ubezpieczyciel obejmuje ochroną ubezpieczeniową wszystkie, akceptujące warunki ubezpieczenia osoby, spełniające w dniu podpisania Umowy generalnej ubezpieczenia wymogi definicji ubezpieczonego i współubezpieczonego.
- 11.2. Ubezpieczyciel obejmuje ochroną ubezpieczeniową wszystkie, akceptujące warunki ubezpieczenia osoby, które spełnią wymogi definicji ubezpieczonego i współubezpieczonego po dniu podpisania Umowy generalnej ubezpieczenia.
- 11.3. Ubezpieczyciel nie będzie przeprowadzał underwrittingu medycznego przed objęciem ochroną ubezpieczeniową, ani wypełniania przez osoby przystępujące do ubezpieczenia ankiet medycznych oraz innych podobnych dokumentów, ani w inny sposób nie będzie zadawał pytań odnośnie stanu ich zdrowia.
- 11.4. Ubezpieczyciel przyjmie do ubezpieczenia osoby przebywające w szpitalach, na zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyńskich, wychowawczych, urlopach bezpłatnych oraz na rencie inwalidzkiej.
- 11.5. Ubezpieczający będzie zgłaszał ubezpieczonych i współubezpieczonych do ubezpieczenia, poprzez comiesięczne przekazywanie ubezpieczycielowi wypełnionej listy/list osób ubezpieczonych, wg szablonu listy/list przekazanych przez ubezpieczyciela.
- 11.6. Ubezpieczający będzie przekazywał ubezpieczycielowi zaktualizowaną listę/listy osób ubezpieczonych, w terminie do ostatniego roboczego dnia miesiąca poprzedzającego kolejny miesiąc ubezpieczenia. Zaktualizowana lista/listy osób ubezpieczonych będzie przekazywana drogą elektroniczną na adres poczty elektronicznej osoby wskazanej przez ubezpieczyciela lub poprzez udostępniony przez Ubezpieczyciela system elektroniczny/platformę. Nieprzekazanie aktualizacji listy osób ubezpieczonych oznacza utrzymanie stanu dotychczasowego.
- 11.7. Ubezpieczyciel, osobom zgłoszonym na liście/listach osób ubezpieczonych, będzie udzielał świadczeń wchodzących w zakres ubezpieczenia, od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu przekazania listy/list osób ubezpieczonych. Jeżeli przekazanie aktualizacji listy osób ubezpieczonych w danym miesiącu nastąpi później niż w ostatnim dniu poprzedzającego miesiąca, ubezpieczyciel ma prawo naliczyć wynagrodzenie za dany miesiąc w pełnej wysokości, niezależnie od ilości dni udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
- 11.8. Członkowie rodzin przystępujący do ubezpieczenia pozostaną objęci ochroną ubezpieczeniową przez okres nie krótszy niż 12 miesięcy lub czas poniżej 12 miesięcy jaki pozostał do zakończenia programu. (z zastrzeżeniem postanowień pkt. 11.9.)
- 11.9. Osoba ubezpieczona, w tym członek rodziny, może być wykreślony z listy osób ubezpieczonych, przed upływem 12 miesięcy od chwili zgłoszenia lub czasu jaki pozostał do końca ubezpieczenia, w jednym z następujących przypadkach:
- 11.9.1. kiedy wykreślenie z listy osób ubezpieczonych jest równoczesne z wpisaniem osoby na inną listę, czego skutkiem jest uzyskanie prawa do szerszego zakresu świadczeń zdrowotnych,
- 11.9.2. wyrażenia przez ubezpieczyciela pisemnej zgody na wykreślenie osoby ubezpieczonej,
- 11.9.3. ustania stosunku pracy pomiędzy ubezpieczonym a ubezpieczającym,
- 11.9.4. zgonu osoby ubezpieczonej,
- 11.9.5. długotrwałego, trwającego powyżej 6 miesięcy, wyjazdu zagranicznego członka rodziny,
- 11.9.6. trwającego powyżej 1 miesiąca urlopu bezpłatnego ubezpieczonego,
- 11.9.7. rozwodu lub zmiany partnera życiowego (zmiana polegająca na wykreśleniu partnera życiowego możliwa jest do przeprowadzenia jeden raz w trakcie trwania programu).

12. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE OKRESÓW KARENCJI

- 12.1. Za okres karencji na potrzeby Umowy generalnej ubezpieczenia uważa się czasowe zawieszenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu określonych zdarzeń.
- 12.2. Ubezpieczyciel nie stosuje okresów karencji dla osób przystępujących do grupowego ubezpieczenia zdrowotnego dla pracowników Portu Lotniczego Łódź im. Władysława Reymonta Sp. z o.o.

13. LICZEBNOŚĆ GRUPY OBJĘTEJ OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

- 13.1. Ubezpieczający nie gwarantuje, że wszyscy pracownicy ubezpieczającego skorzystają z możliwości przystąpienia do Umowy generalnej ubezpieczenia.
- 13.2. Zmiana liczby ubezpieczonych w okresie trwania umowy ubezpieczenia nie będzie miała wpływu na fakt obowiązywania umowy ubezpieczenia ani na wysokość jednostkowych składek miesięcznych za każdy z pakietów w okresie trwania umowy ubezpieczenia.
- 13.3. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w ramach czterech pakietów świadczeń wchodzących w zakres ubezpieczenia. Ubezpieczyciel nie określa minimalnej liczby osób wymaganych do uruchomienia danego pakietu.
- 13.4. Ubezpieczający wskazuje, że dane o ilości poszczególnych pakietów podane w formularzu oferty na potrzeby wyliczenia maksymalnej wartości zamówienia mają charakter informacyjny i stanowią przewidywania ubezpieczającego, a także nie stanowią zobowiązania ubezpieczającego do zrealizowania i sfinansowania wskazanych ilości pakietów.

14. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE PAKIETÓW

- 14.1. Ochroną ubezpieczeniową w dowolnie wybranym pakiecie, objęci zostaną akceptujący warunki ubezpieczenia pracownicy Portu Lotniczego Łódź im. Władysława Reymonta Sp. z o.o.
- 14.2. Akceptujący warunki ubezpieczenia współmałżonek/partner życiowy pracownika oraz dziecko pracownika Portu Lotniczego Łódź im. Władysława Reymonta Sp. z o.o., będą objęci ochroną ubezpieczeniową w ramach tego samego pakietu świadczeń jak ubezpieczony pracownik, z zastrzeżeniem, że świadczeniami z zakresu medycyny pracy objęci są wyłącznie pracownicy ubezpieczającego.
- 14.3. Ubezpieczyciel w ramach grupowego ubezpieczenia zdrowotnego dla pracowników Portu Lotniczego Łódź im. Władysława Reymonta Sp. z o.o. realizuje świadczenia ujęte w czterech pakietach:
 - 14.3.1. Pakiet Medycyny Pracy dedykowany dla pracownika,
 - 14.3.2. Pakiet Indywidualny dedykowany dla pracownika,
 - 14.3.3. Pakiet Partnerski dedykowany dla pracownika oraz współmałżonka/partnera życiowego lub dziecka (1 + 1 os.),
 - 14.3.4. Pakiet Rodzinny dedykowany dla pracownika, współmałżonka/partnera życiowego oraz dziecka/dzieci (1 + x os.),
- 14.4. Ubezpieczony może zmienić pakiet ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień pkt. 11.

15. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE REALIZACJI ŚWIADCZEŃ

- 15.1. Świadczenia wchodzące w zakres ubezpieczenia, są realizowane dla osoby ubezpieczonej bez względu na skutki chorób i wypadków, które zostały stwierdzone i/lub zaszły przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy generalnej ubezpieczenia.
- 15.2. Świadczenia wchodzące w zakres ubezpieczenia są nielimitowane, za wyjątkiem limitów opisanych w opisie przedmiotu zamówienia - wykaz świadczeń wchodzących w zakres grupowego ubezpieczenia zdrowotnego dla pracowników Portu Lotniczego Łódź im. Władysława Reymonta Sp. z o.o.
- 15.3. Wszystkie świadczenia zdrowotne wchodzące w zakres grupowego ubezpieczenia zdrowotnego dla pracowników Portu Lotniczego Łódź im. Władysława Reymonta Sp. z o.o., są dostępne bezkosztowo w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela i zlokalizowanych w Łodzi.
- 15.4. Refundacja kosztów świadczeń wchodzących w zakres ubezpieczenia:
 - 15.4.1. Refundacja kosztów świadczeń wchodzących w zakres ubezpieczenia polega na zwrocie poniesionych przez osobę ubezpieczoną kosztów świadczeń, wykonanych poza placówkami medycznymi wskazanymi przez ubezpieczyciela.

7/20

- 15.4.2. W przypadku zamiaru skorzystania z refundacji, osoba ubezpieczona pokrywa koszty udzielonych świadczeń bezpośrednio w placówce medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w tej placówce oraz pobiera fakturę lub rachunek za wykonane świadczenia.
- 15.4.3. Ubezpieczyciel dokona zwrotu kosztów poniesionych przez osobę objętą ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy generalnej ubezpieczenia, w zakresie świadczeń objętych pakietem, do którego przypisana jest osoba ubezpieczona w dniu wykonania świadczenia.
- 15.4.4. Osobie ubezpieczonej przysługuje zwrot poniesionych kosztów świadczenia, w wysokości określonej w złożonej przez ubezpieczyciela ofercie.
- 15.4.5. Wypłata świadczenia z tytułu refundacji dokonywana jest na podstawie złożonego przez osobę ubezpieczoną wniosku o wypłatę refundacji wraz z załączonymi oryginałami faktur lub rachunków zawierających dane wymagane przez ubezpieczyciela.
- 15.4.6. W przypadku otrzymania dokumentacji niekompletnej lub niepoprawnie wypełnionej ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania wniosku o wypłatę refundacji poinformuje osobę ubezpieczoną o konieczności uzupełnienia danych niezbędnych do podjęcia decyzji i wskaże braki we wniosku.
- 15.4.7. Ubezpieczyciel zobowiązany jest spełnić świadczenie w terminie do 30 dni licząc od daty otrzymania poprawnie wypełnionego wniosku o wypłatę refundacji.
- 15.4.8. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie na numer konta bankowego wskazany we wniosku o wypłatę refundacji.
- 15.4.9. Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia (refundacji) w przypadku:
- 15.4.9.1. wykonania świadczeń na rzecz osoby nie objętej ochroną ubezpieczeniową w ramach grupowego ubezpieczenia zdrowotnego dla pracowników Portu Lotniczego Łódź im. Władysława Reymonta Sp. z o.o.
 - 15.4.9.2. wykonania świadczeń znajdujących się poza zakresem świadczeń objętych pakietem, do którego przypisana jest osoba ubezpieczona w dniu wykonania świadczenia.
 - 15.4.9.3. wykonania świadczeń poza okresem trwania ochrony ubezpieczeniowej w ramach grupowego ubezpieczenia zdrowotnego dla pracowników Portu Lotniczego Łódź im. Władysława Reymonta Sp. z o.o.
 - 15.4.9.4. wykonania świadczeń bez posiadania skierowania, jeśli świadczenie takiego skierowania wymaga,
 - 15.4.9.5. wykonania świadczeń niezgodnie z zawartą Umową generalną ubezpieczenia.
- 15.5. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności
- 15.5.1. Ubezpieczyciel jest wolny od udzielania świadczenia usług zdrowotnych ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu wyłącznie w przypadkach, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w bezpośrednim następstwie:
- 15.5.1.1. stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wojny lub działań wojennych,
 - 15.5.1.2. czynnego udziału osoby ubezpieczonej w aktach terroryzmu,
 - 15.5.1.3. czynnego i dobrowolnego udziału osoby ubezpieczonej w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - 15.5.1.4. popełnienia przez osobę ubezpieczoną czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, prowadzenia przez osobę ubezpieczonego pojazdu mechanicznego, jeżeli osoba ubezpieczona nie posiadała odpowiednich uprawnień do prowadzenia tego pojazdu lub gdy osoba ubezpieczona prowadziła pojazd po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, a także po zażyciu środków odurzających lub narkotyków,
 - 15.5.1.5. w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - 15.5.1.6. leczenia odwykowego,
 - 15.5.1.7. uzyskania świadczeń medycznych za pomocą czynów zakazanych, prób wyłudzenia lub celowego wprowadzenia ubezpieczyciela w błąd.

16. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE PLACÓWEK MEDYCZNYCH

- 16.1. Ubezpieczyciel w ramach realizacji grupowego ubezpieczenia zdrowotnego dla pracowników Portu Lotniczego Łódź im. Władysława Reymonta Sp. z o.o. udostępnia na terenie Łodzi minimum 3 placówki medyczne.
- 16.2. Na potrzeby realizacji grupowego ubezpieczenia zdrowotnego dla pracowników Portu Lotniczego Łódź im. Władysława Reymonta Sp. z o.o., jako placówki medyczne rozumie się wyłącznie placówki wpisane do rejestru podmiotów leczniczych. Świadczenie usług odbywa się we wszystkich ogólnodostępnych placówkach współpracujących z ubezpieczycielem. Ubezpieczyciel wskaże dane adresowe placówek na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.
- 16.3. Ubezpieczyciel nie może wskazać jako placówki medycznej tzw. placówki przykładowej tj. placówki stworzonej i prowadzonej w celu wykonywania świadczeń zdrowotnych dla pracowników jednego zakładu pracy. Wskazane przez ubezpieczyciela placówki muszą być dostępne dla wszystkich osób uprawnionych objętych Umową generalną ubezpieczenia.
- 16.4. Placówki medyczne udostępnione przez ubezpieczyciela zatrudniają lekarzy mających możliwość wypisywania recept refundowanych.
- 16.5. Zaoferowane przez ubezpieczyciela placówki posiadają elektroniczny system przechowywania oraz udostępniania dokumentacji medycznej.

17. STANDARDY DOSTĘPNOŚCI

- 17.1. Ubezpieczyciel zapewnia co najmniej następujące standardy dostępności oferowanych świadczeń, według potrzeby pacjenta i ze wskazaniem lekarza prowadzącego/internisty (świadczenia realizowane w Łodzi):
 - 17.1.1. Planowa wizyta u lekarzy medycyny pracy – realizowana jest w terminie do 48 godzin od chwili zgłoszenia zlecenia (za pośrednictwem infolinii lub platformy internetowej) przez osobę ubezpieczoną lub ubezpieczającego. Przeprowadzenie wszystkich badań niezbędnych do uzyskania orzeczenia – realizowana jest w terminie do 72 godzin od chwili zgłoszenia zlecenia (za pośrednictwem infolinii lub platformy internetowej) przez osobę ubezpieczoną lub ubezpieczającego (w dniach od poniedziałku do soboty).
 - 17.1.2. Planowa wizyta u lekarzy pierwszego kontaktu: internisty, lekarza rodzinnego - realizowana jest w terminie do 24 godzin od chwili zgłoszenia zlecenia (za pośrednictwem infolinii lub platformy internetowej) przez osobę ubezpieczoną (w dniach od poniedziałku do soboty),
 - 17.1.3. Planowa wizyta u lekarza pediatry: w przypadku dzieci chorych realizowana jest w terminie do 24 godzin od chwili zgłoszenia zlecenia (za pośrednictwem infolinii lub platformy internetowej) przez osobę ubezpieczoną (w dniach od poniedziałku do soboty). W przypadku wizyty profilaktycznej realizowana jest w terminie do 3 dni roboczych (od poniedziałku do soboty) od chwili zgłoszenia zlecenia (za pośrednictwem infolinii lub platformy internetowej) przez osobę ubezpieczoną,
 - 17.1.4. Planowa wizyta u lekarzy specjalistów: ginekolog, ginekolog położnik, chirurg – realizowana jest w terminie do 48 godzin od chwili zgłoszenia zlecenia (za pośrednictwem infolinii lub platformy internetowej) przez osobę ubezpieczoną (w dniach od poniedziałku do soboty),
 - 17.1.5. Planowa wizyta u lekarzy specjalistów oraz badań: okulista, ortopeda, laryngolog, badanie RTG – realizowana jest w terminie do 72 godzin (3 dni roboczych) od chwili zgłoszenia zlecenia (za pośrednictwem infolinii lub platformy internetowej) przez osobę ubezpieczoną – w dniach od poniedziałku do soboty,
 - 17.1.6. Planowa wizyta u lekarzy specjalistów oraz badań: kardiolog, dermatolog, pulmonolog, neurolog, immunolog, reumatolog, rehabilitant, chirurg klatki piersiowej (torakochirurg), chirurg onkolog, mammografia, badanie USG (m.in. brzucha, piersi, z wyłączeniem specjalistycznego, w tym ortopedycznego tym ortopedycznego) – realizowana jest w terminie do 120 godzin (5 dni roboczych) od chwili zgłoszenia zlecenia (za pośrednictwem infolinii lub platformy internetowej) przez osobę ubezpieczoną – w dniach od poniedziałku do soboty,
 - 17.1.7. Planowa wizyta u lekarzy specjalistów oraz planowe badania: alergolog, chirurg naczyniowy, specjalista chorób zakaźnych, diabetolog, endokrynolog, gastroenterolog, nefrolog, neurochirurg, onkolog, psychiatra, urolog, alergolog dziecięcy, androlog, proktolog, badanie tomografia komputerowa, badanie EKG wysiłkowe, biopsje, badanie densytometria – realizowane jest w terminie do 168 godzin

9/20

(7 dni roboczych) od chwili zgłoszenia zlecenia (za pośrednictwem infolinii lub platformy internetowej) przez osobę ubezpieczoną – w dniach od poniedziałku do soboty,

17.1.8. Planowa wizyta u lekarzy specjalistów: hematolog, hepatolog, psycholog, seksuolog, dietetyk, konsultacje profesorskie, badanie USG specjalistyczne (transrektalne, transwaginalne, sercowo-naczyniowe, ortopedyczne), rezonans magnetyczny, endoskopia przewodu pokarmowego, oraz wizyty u wszystkich pozostałych lekarzy specjalistów – realizowane jest w terminie do 240 godzin (10 dni roboczych) od chwili zgłoszenia zlecenia (za pośrednictwem infolinii lub platformy internetowej) przez osobę ubezpieczoną – w dniach od poniedziałku do soboty,

17.1.9. Wizyta u lekarzy specjalistów: chirurg dziecięcy, ortopeda dziecięcy, neurolog dziecięcy – realizowane jest w terminie 10 dni roboczych od chwili zgłoszenia zlecenia (za pośrednictwem infolinii lub platformy internetowej) przez osobę ubezpieczoną (w dniach od poniedziałku do soboty),

17.1.10. Pilna wizyta u lekarza internisty/lekarza rodzinnego lub lekarza pediatrii, podyktowana nagłym lub szybko postępującym pogorszeniem stanu zdrowia – realizowana w terminie do 12 godzin od chwili zgłoszenia zlecenia (za pośrednictwem infolinii lub platformy internetowej) przez osobę ubezpieczoną,

17.1.11. Pilna wizyta u lekarzy specjalistów: ortopedy, okulisty, podyktowana nagłym lub szybko postępującym pogorszeniem stanu zdrowia – realizowana w terminie do 12 godzin od chwili zgłoszenia zlecenia (za pośrednictwem infolinii lub platformy internetowej) przez osobę ubezpieczoną,

18. PLATFORMA INTERNETOWA

18.1. Ubezpieczyciel w okresie 1 miesiąca od dnia zawarcia Umowy generalnej ubezpieczenia udostępni bezpłatną platformę internetową umożliwiającą osobom ubezpieczonym co najmniej:

18.1.1. umawianie wizyt z wybranym specjalistą – w ramach specjalności wchodzących w zakres grupowego ubezpieczenia zdrowotnego dla pracowników Portu Lotniczego Łódź im. Władysława Reymonta Sp. z o.o.,

18.1.2. dostęp do historii odbytych przez osobę ubezpieczoną konsultacji i badań.

19. ZMIANA FORMY PRAWNEJ LUB NAZWY UBEZPIECZAJĄCEGO

19.1. W przypadku wprowadzenia zmian nazwy, kompetencji, zakresu działań i wielkości struktury ubezpieczającego wynikających ze zmian uregulowań organizacyjnych, administracyjnych lub prawnych, ubezpieczający zobowiązuje się poinformować o tym fakcie ubezpieczyciela w terminie 30 dni od daty wprowadzenia zmiany.

19.2. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do nieprzerwanego kontynuowania ochrony ubezpieczeniowej dla wszystkich ryzyk opisanych w niniejszej Umowie oraz do wystawienia odpowiednich dokumentów do umów ubezpieczenia potwierdzających stan aktualny.

ROZDZIAŁ II

ZAKRES UBEZPIECZENIA - WYKAZ ŚWIADCZEŃ WCHODZĄCYCH W ZAKRES GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO DLA PRACOWNIKÓW PORTU LOTNICZEGO ŁÓDŹ IM. WŁADYSŁAWA REYMONTA SP. Z O.O.

1. W ramach grupowego ubezpieczenia zdrowotnego dla pracowników Portu Lotniczego Łódź im. Władysława Reymonta Sp. z o.o. funkcjonują cztery pakiety świadczeń.

2. Pakiet Medycyny Pracy

2.1. Infolinia medyczna - udostępniona przez ubezpieczyciela infolinia medyczna, umożliwiająca osobie ubezpieczonej umówienie terminów wizyt oraz badań lekarskich a także uzyskanie innych potrzebnych informacji oraz zgłoszenie reklamacji. Infolinia jest zobowiązana funkcjonować co najmniej w godzinach od 07.00 do 19.00 w dniach od poniedziałku do piątku.

2.2. Świadczenia z zakresu medycyny pracy (badania wstępne, okresowe i kontrolne) dla pracowników ubezpieczającego – usługa zawiera pełny zakres obejmujący wszystkie badania i konsultacje lekarskie wymagane obowiązującymi przepisami prawa dla pracownika na danym stanowisku pracy, na które kieruje pracodawca wydając skierowanie.

Świadczenia zdrowotne z zakresu medycyny pracy – zgodnie, w szczególności, z przepisami:

10/20

- a) Kodeksu pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 917 ze zm.),
- b) Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 2067),
- c) Ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2017 r. poz. 978 ze zm.),
- d) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2014 r. w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących pracę na stanowisku kierowcy (Dz.U. z 2014, poz. 937 ze zm.),
- e) Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz. 151),
- f) Ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o ochronie osób i mienia (Dz. U. z 2017 r. poz. 2213 ze zm.),
- g) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2015 r. w sprawie badań lekarskich i psychologicznych osób ubiegających się o wpis lub posiadających wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej (Dz.U. z 2015, poz. 2323 ze zm.),
- h) Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 28 maja 1996 r. w sprawie rodzajów prac wymagających szczególnej sprawności psychofizycznej (Dz.U.1996, nr 62 poz. 287 ze zm.),
- i) oraz Ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1155) („Świadczenia Zdrowotne Medycyny Pracy”)

W ramach badań wstępnych, okresowych i kontrolnych lekarz medycyny pracy przeprowadza lub zleca badania niezbędne do wydania pracownikowi orzeczenia o zdolności do wykonywania pracy na danym stanowisku, zgodnie z wymaganiami Kodeksu Pracy, w tym również badania sanitarno-epidemiologiczne.

3. Pakiet Indywidualny, Partnerski, Rodzinny

3.1. Infolinia medyczna - udostępniona przez ubezpieczyciela infolinia medyczna, umożliwiająca osobie ubezpieczonej umówienie terminów wizyt oraz badań lekarskich a także uzyskanie innych potrzebnych informacji oraz zgłoszenie reklamacji. Infolinia jest zobowiązana funkcjonować co najmniej w godzinach od 07.00 do 19.00 w dniach od poniedziałku do piątku.

3.2. Świadczenia z zakresu medycyny pracy (badania wstępne, okresowe i kontrolne) dla pracowników ubezpieczającego – usługa zawiera pełny zakres obejmujący wszystkie badania i konsultacje lekarskie wymagane obowiązującymi przepisami prawa dla pracownika na danym stanowisku pracy, na które kieruje pracodawca wydając skierowanie.

Świadczenia zdrowotne z zakresu medycyny pracy – zgodnie, w szczególności, z przepisami:

- a) Kodeksu pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 917 ze zm.),
- b) Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 2067),
- c) Ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2017 r. poz. 978 ze zm.),
- d) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2014 r. w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących pracę na stanowisku kierowcy (Dz.U. z 2014, poz. 937 ze zm.),
- e) Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz. 151),
- f) Ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o ochronie osób i mienia (Dz. U. z 2017 r. poz. 2213 ze zm.),
- g) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2015 r. w sprawie badań lekarskich i psychologicznych osób ubiegających się o wpis lub posiadających wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej (Dz.U. z 2015, poz. 2323 ze zm.),
- h) Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 28 maja 1996 r. w sprawie rodzajów prac wymagających szczególnej sprawności psychofizycznej (Dz.U.1996, nr 62 poz. 287 ze zm.),

11/20

i) oraz Ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1155) („Świadczenia Zdrowotne Medycyny Pracy”)

W ramach badań wstępnych, okresowych i kontrolnych lekarz medycyny pracy przeprowadza lub zleca badania niezbędne do wydania pracownikowi orzeczenia o zdolności do wykonywania pracy na danym stanowisku, zgodnie z wymaganiami Kodeksu Pracy, w tym również badania sanitarno-epidemiologiczne.

3.3. Nielimitowany dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów co najmniej niżej wymienionych specjalności bez skierowania:

- 3.3.1. internista / lekarz medycyny rodzinnej,
- 3.3.2. ginekolog,
- 3.3.3. ginekolog położnik,
- 3.3.4. chirurg ogólny,
- 3.3.5. laryngolog,
- 3.3.6. okulista (konsultacja umożliwiająca m.in. dobór okularów i soczewek kontaktowych),
- 3.3.7. dermatolog,
- 3.3.8. alergolog,
- 3.3.9. ortopeda,
- 3.3.10. immunolog,
- 3.3.11. kardiolog,
- 3.3.12. neurolog,
- 3.3.13. urolog,
- 3.3.14. diabetolog,
- 3.3.15. endokrynolog,
- 3.3.16. hepatolog,
- 3.3.17. gastroenterolog,
- 3.3.18. nefrolog,
- 3.3.19. onkolog,
- 3.3.20. pulmonolog,
- 3.3.21. reumatolog,
- 3.3.22. rehabilitant,
- 3.3.23. neurochirurg,
- 3.3.24. chirurg klatki piersiowej,
- 3.3.25. chirurg naczyniowy,
- 3.3.26. chirurg onkolog,
- 3.3.27. lekarz chorób zakaźnych,
- 3.3.28. hematolog,
- 3.3.29. proktolog,
- 3.3.30. pediatria,
- 3.3.31. alergolog dziecięcy,
- 3.3.32. chirurg dziecięcy,
- 3.3.33. ortopeda dziecięcy,
- 3.3.34. neurolog dziecięcy.

a) Ponadto przez lekarza pediatrę prowadzona jest działalność profilaktyczna.

b) Konsultacje specjalistyczne obejmują co najmniej: wywiad, poradę specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia.

c) Konsultacje specjalistyczne wyszczególnione w pkt. 3.3.1.-3.3.29. powyżej, dostępne są dla pełnoletnich i niepełnoletnich osób ubezpieczonych w ramach Umowy generalnej ubezpieczenia.

3.4. Konsultacje specjalistyczne lekarza psychiatry, psychologa, seksuologa, androloga i dietetyka obejmują co najmniej wywiad, poradę specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Usługa może być limitowana jednak nie mniej niż 3 porady w roku u każdego z ww. specjalistów.

12/20

- 3.5. Konsultacje profesorskie - konsultacje specjalistyczne, bez limitu, których przedmiotem jest problem diagnostyczny lub terapeutyczny, przeprowadzane przez lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego. Usługa dotyczy lekarzy specjalności dostępnych w zakresie ubezpieczenia. Na konsultację składa się co najmniej analiza dokumentacji lekarskiej oraz badanie podmiotowe i przedmiotowe. Konsultacja specjalistyczna nie wymaga wcześniejszego skierowania od lekarza specjalisty i nie pociąga za sobą dodatkowej odpłatności.
- 3.6. Zabiegi ambulatoryjne - usługi w zakresie zabiegów ambulatoryjnych obejmujących — wraz z niezbędnymi materiałami i środkami medycznymi - co najmniej:
 - 3.6.1. Zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne:
 - 3.6.1.1. założenie i zmianę prostego opatrunku – nie wymagającego opracowania chirurgicznego,
 - 3.6.1.2. nacięcie i drenaż ropnia, krwiaka, czyraka w przypadkach wymagających niezwłocznej pomocy,
 - 3.6.1.3. założenie sączka,
 - 3.6.1.4. założenie szwów w nagłych przypadkach wymagających niezwłocznej pomocy,
 - 3.6.1.5. usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych w placówkach udostępnionych przez ubezpieczyciela, dodatkowo usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza placówkami udostępnionymi przez ubezpieczyciela
 - 3.6.2. Zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:
 - 3.6.2.1. założenie i usunięcie przedniej tamponady nosa,
 - 3.6.2.2. koagulacja naczyń przegrody nosa,
 - 3.6.2.3. przedmuchiwanie (katetyzacja) trąbki słuchowej,
 - 3.6.2.4. usunięcie ciała obcego z nosa, ucha, gardła,
 - 3.6.2.5. założenie/zmiana innego opatrunku laryngologicznego,
 - 3.6.2.6. założenie/zmiana/usunięcie sączka,
 - 3.6.2.7. płukanie ucha/nosa,
 - 3.6.2.8. laryngoskopia pośrednia,
 - 3.6.2.9. pobranie wymazu/posiewu,
 - 3.6.2.10. donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa,
 - 3.6.3. Zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:
 - 3.6.3.1. badanie dna oka,
 - 3.6.3.2. pomiar ciśnienia śródgałkowego,
 - 3.6.3.3. usunięcie ciała obcego z oka,
 - 3.6.3.4. badanie ostrości widzenia,
 - 3.6.3.5. iniekcja podspojówkowa,
 - 3.6.3.6. badanie autorefraktometrem,
 - 3.6.3.7. podanie leku do worka spojówkowego,
 - 3.6.3.8. płukanie worka spojówkowego,
 - 3.6.3.9. gonioskopia,
 - 3.6.3.10. pobranie wymazu/posiewu,
 - 3.6.3.11. dobór okularów/ soczewek kontaktowych,
 - 3.6.4. Zabiegi ambulatoryjne dermatologiczne:
 - 3.6.4.1. dermatoskopia,
 - 3.6.4.2. pobranie wymazu/posiewu,
 - 3.6.5. Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne:
 - 3.6.5.1. pobranie cytologii,
 - 3.6.6. Zabiegi ambulatoryjne ortopedyczne:
 - 3.6.6.1. iniekcje dostawowe i okołostawowe,
 - 3.6.6.2. założenie/zmiana/usunięcie opatrunku gipsowego,
 - 3.6.6.3. repozycja złamania (jeżeli standard przychodni na to pozwala),
 - 3.6.6.4. założenie opaski elastycznej,
 - 3.6.6.5. założenie/dopasowanie korcezy lub stabilizatora,
 - 3.6.6.6. założenie szyny Kramera (transportowej),

- 3.6.6.7. założenie szyny / temblaka,
- 3.6.6.8. założenie / zmiana opatrunku,
- 3.6.6.9. punkcja stawu – pobranie materiału do badań,
- 3.6.7. Zabiegi ambulatoryjne pielęgniarskie:
 - 3.6.7.1. podanie leku doustnego,
 - 3.6.7.2. iniekcja podskórna, domięśniowa, dożylna,
 - 3.6.7.3. podłączenie wlewu kroplowego,
 - 3.6.7.4. pobranie wymazu/posiewu,
 - 3.6.7.5. założenie/zmiana opatrunku nie wymagającego zaopatrzenia chirurgicznego,
- 3.6.8. Pozostałe zabiegi ambulatoryjne:
 - 3.6.8.1. podanie kontrastu,
 - 3.6.8.2. odczulanie (lek pacjenta),
 - 3.6.8.3. pobranie wymazu/posiewu,
 - 3.6.8.4. znieczulenie miejscowe,
 - 3.6.8.5. usunięcie kleszcza,
 - 3.6.8.6. pomiar ciśnienia tętniczego,
 - 3.6.8.7. pomiar wzrostu i wagi ciała,
 - 3.6.8.8. pobranie krwi,

W zakres zabiegów ambulatoryjnych wchodzi bezpłatne materiały i środki medyczne, użyte do ww. zabiegów takie jak co najmniej gips tradycyjny, gips lekki i syntetyczny, znieczulenie, opatrunki, bandaże, venflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, środki dezynfekujące, szwy i nici chirurgiczne.

3.7. Badania diagnostyczne wraz z Nielimitowanymi środkami kontrastowymi - obejmujące co najmniej:

- 3.7.1. Badania hematologiczne i koagulologiczne:
 - 3.7.1.1. eozynofilia bezwzględna,
 - 3.7.1.2. leukocyty,
 - 3.7.1.3. OB,
 - 3.7.1.4. morfologia krwi obwodowej z rozmazem,
 - 3.7.1.5. płytki krwi,
 - 3.7.1.6. retikulocyty,
 - 3.7.1.7. czas protrombinowy (PT),
 - 3.7.1.8. czas trombinowy (TT),
 - 3.7.1.9. czas trombolastynowy (INR),
 - 3.7.1.10. D-Dimery,
 - 3.7.1.11. APTT,
 - 3.7.1.12. Fibrynogen,
- 3.7.2. Badania biochemiczne i hormonalne oraz markery nowotworowe:
 - 3.7.2.1. białko c-reaktywne,
 - 3.7.2.2. ALAT-aminotransferaza alaninowa,
 - 3.7.2.3. ASPAT-aminotransferaza asparaginianowa,
 - 3.7.2.4. amylaza,
 - 3.7.2.5. albuminy,
 - 3.7.2.6. białko całkowite,
 - 3.7.2.7. bilirubina całkowita,
 - 3.7.2.8. bilirubina bezpośrednia,
 - 3.7.2.9. chlorki,
 - 3.7.2.10. cholesterol całkowity,
 - 3.7.2.11. cholesterol HDL,
 - 3.7.2.12. cholesterol LDL,
 - 3.7.2.13. kinaza kreatynowa (CPK),
 - 3.7.2.14. dehydrogenaza mleczanowa,
 - 3.7.2.15. fosfataza zasadowa,
 - 3.7.2.16. fosfataza kwaśna,
 - 3.7.2.17. fosforany,

- 3.7.2.18. GGTP –gamma– glutamylotranspeptydaza,
 - 3.7.2.19. glukoza,
 - 3.7.2.20. glukoza – krzywa,
 - 3.7.2.21. kreatynina,
 - 3.7.2.22. kwas moczowy,
 - 3.7.2.23. lipidogram,
 - 3.7.2.24. magnez,
 - 3.7.2.25. mocznik,
 - 3.7.2.26. potas,
 - 3.7.2.27. proteinogram,
 - 3.7.2.28. sól,
 - 3.7.2.29. trójglicerydy,
 - 3.7.2.30. wapń,
 - 3.7.2.31. żelazo,
 - 3.7.2.32. Immunoglobuliny A (IgA),
 - 3.7.2.33. Immunoglobuliny E (IgE),
 - 3.7.2.34. Immunoglobuliny G (IgG),
 - 3.7.2.35. Immunoglobuliny M (IgM),
 - 3.7.2.36. kwas foliowy,
 - 3.7.2.37. witamina B12,
 - 3.7.2.38. witamina D3,
 - 3.7.2.39. TIBC – całkowita zdolność wiązania żelaza,
 - 3.7.2.40. żelazo-krzywa wchłaniania,
 - 3.7.2.41. ferrytyna,
 - 3.7.2.42. ceruloplazmina,
 - 3.7.2.43. transferyna,
 - 3.7.2.44. troponina,
 - 3.7.2.45. tyreoglobulina,
 - 3.7.2.46. apolipoproteina A1,
 - 3.7.2.47. lipaza,
 - 3.7.2.48. miedź we krwi,
 - 3.7.2.49. adrenalina (poziom we krwi),
 - 3.7.2.50. kortyzol,
 - 3.7.2.51. test z metodopramidem,
 - 3.7.2.52. prolaktyna,
 - 3.7.2.53. TSH,
 - 3.7.2.54. estradiol,
 - 3.7.2.55. FSH,
 - 3.7.2.56. FT3 (wolne T3),
 - 3.7.2.57. FT4 (wolne T4),
 - 3.7.2.58. beta-HCG,
 - 3.7.2.59. LH,
 - 3.7.2.60. progesteron,
 - 3.7.2.61. testosteron (wolny, całkowity),
 - 3.7.2.62. AFP,
 - 3.7.2.63. PSA, PSA antygen swoisty dla stercza (PSA wolny, PSA całkowity)
 - 3.7.2.64. CEA,
 - 3.7.2.65. CA-125,
 - 3.7.2.66. CA-15.3,
 - 3.7.2.67. CA-19.9,
 - 3.7.2.68. hemoglobina glikowana.
- 3.7.3. Badania serologiczne i diagnostyka infekcji:
- 3.7.3.1. odczyn VDRL,

- 3.7.3.2. ASO,
- 3.7.3.3. RF,
- 3.7.3.4. Waalera – Rosego,
- 3.7.3.5. CoombsaBTA,
- 3.7.3.6. oznaczenie przeciwciał anty Rh,
- 3.7.3.7. grupa krwi,
- 3.7.3.8. badanie przeglądowe alloprzeciwciał,
- 3.7.3.9. Antygen Hbs (HBs-Ag),
- 3.7.3.10. ATPO,
- 3.7.3.11. ATG (Anty TG),
- 3.7.3.12. cytomegalia przeciwciała w klasie IGG/IGM,
- 3.7.3.13. EBV przeciwciała w klasie IGG/IGM,
- 3.7.3.14. przeciwciała anty-Hbs,
- 3.7.3.15. przeciwciała anty-HCV,
- 3.7.3.16. Helikobakter pyroli,
- 3.7.3.17. przeciwciała HIV1/HIV2,
- 3.7.3.18. mononukleozą,
- 3.7.3.19. różyczka (IGG, IGM),
- 3.7.3.20. toksoplazmoza przeciwciała w klasie IGG/IGM,
- 3.7.3.21. chlamydia trachomatis IGG/IGM/IGA,
- 3.7.3.22. HBc przeciwciała IGM,
- 3.7.4. Badania moczu:
 - 3.7.4.1. badanie ogólne + osad,
 - 3.7.4.2. kwas wanilinomigdałowy białko,
 - 3.7.4.3. fosforany,
 - 3.7.4.4. glukoza kreatynina,
 - 3.7.4.5. kwas moczowy,
 - 3.7.4.6. magnez,
 - 3.7.4.7. mocznik,
 - 3.7.4.8. sól,
 - 3.7.4.9. wapń,
 - 3.7.4.10. ALA,
 - 3.7.4.11. miedź,
 - 3.7.4.12. potas,
 - 3.7.4.13. katecholaminy,
 - 3.7.4.14. noradrenalina, adrenalina,
 - 3.7.4.15. kortyzol,
 - 3.7.4.16. metoksykatecholaminy,
 - 3.7.4.17. ołów w dobowej zbiorce moczu,
 - 3.7.4.18. amylaza,
- 3.7.5. Badania bakteriologiczne – usługa obejmuje, oprócz badania, wykonanie w zależności od wskazań dodatkowo antybiogramu:
 - 3.7.5.1. posiewy i wymazy w kierunku bakterii tlenowych - posiew moczu,
 - 3.7.5.2. posiew kału ogólny,
 - 3.7.5.3. wymaz z gardła,
 - 3.7.5.4. posiew i wymaz w kierunku bakterii tlenowych i beztlenowych,
 - 3.7.5.5. wymaz z ucha, oka, nosa, odbytu, pochwy, rany, zmian skórnych,
 - 3.7.5.6. posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella i Shigella,
 - 3.7.5.7. czystość pochwy,
 - 3.7.5.8. posiew nasienia,
 - 3.7.5.9. posiew płwociny,
 - 3.7.5.10. wymaz z szyjki macicy,
- 3.7.6. Badania kału:

- 3.7.6.1. badanie ogólne,
- 3.7.6.2. badanie kału ogólne w kierunku pasożytów,
- 3.7.6.3. badanie na krew utajoną,
- 3.7.6.4. badanie na Lamblie,
- 3.7.6.5. badanie na Rota Wirus/adenowirusy,
- 3.7.7. Badania cytologiczne:
 - 3.7.7.1. cytologia ginekologiczna,
 - 3.7.7.2. cytologia złuszczeniowa z nosa,
 - 3.7.7.3. badania mykologiczne z posiewem, mykogram,
- 3.7.8. Badania toksykologiczne:
 - 3.7.8.1. digoksyna,
 - 3.7.8.2. ołów,
- 3.7.9. Inne badania diagnostyczne:
 - 3.7.9.1. spirometria,
 - 3.7.9.2. audiometria tonalna,
 - 3.7.9.3. densytometria przesiewowa (screening) - kręgosłup, kość udowa,
 - 3.7.9.4. mammografia,
 - 3.7.9.5. badanie uroflowmetryczne,
 - 3.7.9.6. biopsje cienkoigłowe - guzka prostaty, piersi, tarczycy, węzłów chłonnych – badanie obejmuje również przekazanie ubezpieczonemu wyniku badania histopatologicznego.
- 3.8. Diagnostyka obrazowa wraz z nielimitowanymi środkami kontrastowymi - obejmujące co najmniej:
 - 3.8.1. Badania elektrokardiograficzne:
 - 3.8.1.1. EKG spoczynkowe z opisem,
 - 3.8.1.2. EKG wysiłkowe,
 - 3.8.1.3. 24 godzinne badanie EKG (Holter EKG),
 - 3.8.1.4. Holter EKG ciśnieniowy,
 - 3.8.1.5. Holter EKG „event”,
 - 3.8.1.6. EEG,
 - 3.8.2. Badania rentgenowskie:
 - 3.8.2.1. RTG czaszki,
 - 3.8.2.2. RTG jamy brzusznej,
 - 3.8.2.3. RTG klatki piersiowej – również z barytem,
 - 3.8.2.4. RTG kości krzyżowej i krzyżowo-ogonowej,
 - 3.8.2.5. RTG kości (nosa, podudzia, udowej, ramienia, przedramienia, skroniowych),
 - 3.8.2.6. RTG kręgosłupa (lędźwiowego, krzyżowo-biodrowego, piersiowego, szyjnego),
 - 3.8.2.7. RTG w kierunku skoliozy,
 - 3.8.2.8. RTG łopatki,
 - 3.8.2.9. RTG miednicy,
 - 3.8.2.10. RTG mostka,
 - 3.8.2.11. RTG żuchwy,
 - 3.8.2.12. RTG zatok,
 - 3.8.2.13. RTG żeber,
 - 3.8.2.14. RTG stawów,
 - 3.8.2.15. RTG kończyn,
 - 3.8.2.16. RTG nadgarstka,
 - 3.8.2.17. urografia,
 - 3.8.2.18. RTG nosogardła (trzeci migdał),
 - 3.8.2.19. RTG barku,
 - 3.8.3. Badania ultrasonograficzne:
 - 3.8.3.1. USG jamy brzusznej,
 - 3.8.3.2. USG miednicy mniejszej,
 - 3.8.3.3. USG układu moczowego (w tym nerek i pęcherza moczowego),
 - 3.8.3.4. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne,

- 3.8.3.5. USG ginekologiczne (ocena ciąży),
- 3.8.3.6. USG piersi,
- 3.8.3.7. USG tarczycy,
- 3.8.3.8. USG gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne,
- 3.8.3.9. USG transwaginalne,
- 3.8.3.10. USG ciąży przez powłoki brzuszne,
- 3.8.3.11. USG skriningowe (screening) ginekologiczne,
- 3.8.3.12. USG jąder,
- 3.8.3.13. USG ślinianek,
- 3.8.3.14. ECHO serca,
- 3.8.3.15. USG gruczołu krokowego transrektalne,
- 3.8.3.16. Doppler USG tętnic szyi,
- 3.8.3.17. Doppler USG żył szyi,
- 3.8.3.18. Doppler USG tętnic kończyny,
- 3.8.3.19. Doppler USG żył kończyny,
- 3.8.3.20. USG Doppler jamy brzusznej/ układu wrotnego,
- 3.8.3.21. USG Doppler tętnic nerkowych,
- 3.8.3.22. USG Doppler tętnic wewnątrzczaszkowych,
- 3.8.3.23. USG stawu biodrowego,
- 3.8.3.24. USG stawu kolanowego,
- 3.8.3.25. USG stawu łokciowego,
- 3.8.3.26. USG stawu skokowego,
- 3.8.3.27. USG stawu barkowego,
- 3.8.3.28. USG monitorowanie biopsji,
- 3.8.3.29. USG tkanek miękkich,
- 3.8.3.30. USG węzłów chłonnych,
- 3.8.3.31. USG krtani,
- 3.8.3.32. USG nadgarstka,
- 3.8.3.33. USG drobne stawy i więzadła,
- 3.8.3.34. USG palca,
- 3.8.3.35. USG ścięgna Achillesa,
- 3.8.4. Badania endoskopowe:
 - 3.8.4.1. anoskopia,
 - 3.8.4.2. gastroskopia,
 - 3.8.4.3. rektoskopia,
 - 3.8.4.4. sigmoidoskopia,
 - 3.8.4.5. kolonoskopia - pobranie wycinków z oceną histopatologiczną w przypadku wskazań medycznych,
- 3.8.5. Badania okulistyczne:
 - 3.8.5.1. pole widzenia,
 - 3.8.5.2. dno oka,
 - 3.8.5.3. adaptacja do ciemności,
 - 3.8.5.4. badanie ciśnienia śródgałkowego,
 - 3.8.5.5. badanie widzenia przestrzennego,
- 3.8.6. Rezonans magnetyczny:
 - 3.8.6.1. jamy brzusznej,
 - 3.8.6.2. miednicy małej,
 - 3.8.6.3. śródpiersia,
 - 3.8.6.4. kręgosłupa: lędźwiowego, piersiowego, szyjnego, głowy + angio (z wyłączeniem spektroskopii),
 - 3.8.6.5. oczodołów,
 - 3.8.6.6. zatok,
 - 3.8.6.7. przysadki,

- 3.8.6.8. stawów: barkowego, łokciowego, kolanowego, nadgarstka, skokowego, biodrowych, krzyżowo-biodrowych, stopy (z wyłączeniem badań dynamicznych),
- 3.8.6.9. kończyny dolnej (udo, podudzie),
- 3.8.6.10. kończyny górnej (ramię, przedramię),
- 3.8.7. Tomografia komputerowa:
 - 3.8.7.1. głowy (z wyłączeniem dental CT),
 - 3.8.7.2. zatok,
 - 3.8.7.3. oczodołów,
 - 3.8.7.4. kości skroniowych,
 - 3.8.7.5. szyi,
 - 3.8.7.6. krtani,
 - 3.8.7.7. klatki piersiowej (z wyłączeniem naczyń wieńcowych i serca),
 - 3.8.7.8. klatki piersiowej HRCT,
 - 3.8.7.9. jamy brzusznej (z wyłączeniem kolonoskopii wirtualnej),
 - 3.8.7.10. miednicy małej,
 - 3.8.7.11. kręgosłupa: szyjnego, piersiowego, lędźwiowego,
 - 3.8.7.12. stawów: biodrowych, kolanowego, skokowego, nadgarstka, barkowego, łokciowego,
 - 3.8.7.13. stopy,
 - 3.8.7.14. CT tkanek miękkich (udo, podudzie, ramię, przedramię),
 - 3.8.7.15. badanie OCT – dwoje oczu,
- 3.9. Prowadzenie ciąży fizjologicznej – zakres usługi obejmuje opiekę lekarza ginekologa, konieczne konsultacje, niezbędne badania diagnostyczne oraz porady zdrowotne w zakresie fizjologii przebiegu ciąży i porodu. Usługa obejmuje, co najmniej następujące badania:
 - 3.9.1. badanie cytologiczne,
 - 3.9.2. grupa krwi i czynnik Rh oraz przeciwciała odpornościowe dla krwinek czerwonych,
 - 3.9.3. przeciwciała odpornościowe dla krwinek czerwonych (BTA),
 - 3.9.4. morfologia krwi,
 - 3.9.5. badanie ogólne moczu,
 - 3.9.6. badanie stężenia glukozy we krwi na czczo,
 - 3.9.7. badanie stężenia glukozy na czczo i 2 godz. po podaniu doustnym 75 g glukozy,
 - 3.9.8. VDRL,
 - 3.9.9. Antygen HBs,
 - 3.9.10. przeciwciała anty-HBV,
 - 3.9.11. przeciwciała anty-HCV,
 - 3.9.12. przeciwciała anty HIV,
 - 3.9.13. przeciwciała w kierunku różyczki (IgG, IgM),
 - 3.9.14. przeciwciała w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM),
 - 3.9.15. przeciwciała w kierunku cytomegalii (IgG, IgM),
 - 3.9.16. Test podwójny – (PAPP-A, wolna podjednostka β -HCG),
 - 3.9.17. Test potrójny – (całkowite HCG, wolny estriol i AFP),
 - 3.9.18. posiew w kierunku paciorkowców β -hemolizujących z pochwy i okolicy odbytu,
 - 3.9.19. posiew z kanału szyjki macicy,
 - 3.9.20. badania ultrasonograficzne macicy i przydatków.
- 3.10. Świadczenia rehabilitacyjne - nielimitowana liczba zabiegów rehabilitacyjnych wykonywanych na podstawie skierowań wystawionych przez lekarzy. Usługa obejmuje, co najmniej następujące badania:
 - 3.10.1. elektroterapia,
 - 3.10.2. elektrostymulacja,
 - 3.10.3. fonoforeza,
 - 3.10.4. galwanizacja,
 - 3.10.5. hydroterapia,
 - 3.10.6. jonoforeza,

- 3.10.7. kinezyterapia, (ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające, ćwiczenia indywidualne: instruktażowe, czynno-bierne i wspomagane, czynne, w odciążeniu, specjalne na przyrządach, wyciąg trakcyjny),
- 3.10.8. krioterapia miejscowa,
- 3.10.9. magnetoterapia,
- 3.10.10. masaż leczniczy kręgosłupa,
- 3.10.11. prądy diadynamiczne,
- 3.10.12. prądy niskiej i średniej częstotliwości (interferencyjne),
- 3.10.13. prądy Tensa,
- 3.10.14. prądy Traeberta,
- 3.10.15. prądy wielkiej częstotliwości (Curapuls),
- 3.10.16. terapia laserowa,
- 3.10.17. terapia manualna,
- 3.10.18. terapia ultradźwiękami,
- 3.11. Szczepienia - usługa obejmująca konsultację lekarską przed szczepieniem, szczepionkę (preparat) oraz wykonanie usługi pielęgniarstwa w postaci iniekcji. Usługa obejmuje, co najmniej następujące szczepienia:
 - 3.11.1. p/ grypie,
 - 3.11.2. p/ wirusowemu zapaleniu wątroby typu A.
- 3.12. Testy alergiczne - usługa obejmująca konsultację lekarską, wykonanie testu/testów oraz preparat do testów alergicznych.
 - 3.12.1. Testy alergiczne płatkowe / skórne / przezskórne 1 punkt
 - 3.12.2. Testy alergiczne płatkowe / skórne / przezskórne 10 punktów
 - 3.12.3. Testy alergiczne płatkowe / skórne / przezskórne 20 punktów
 - 3.12.4. Testy uczuleniowe z krwi - 20 alergenów
- 3.13. Rabat, co najmniej 10% na pozostałe usługi świadczone w oferowanych przez Ubezpieczyciela placówkach.

Umowa generalna ubezpieczeń oraz inne materiały i treści dotyczące ubezpieczeń, w zakresie i sposobie sformułowania, wykraczającym poza bezwzględnie obowiązujące uregulowania prawa i ogólne warunki ubezpieczenia funkcjonujące w Towarzystwach Ubezpieczeniowych, stanowią wyłączną własność intelektualną Biura Brokerów Ubezpieczeniowych Maxima Fides Sp. z o. o. i podlegają ochronie na podstawie przepisów ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jednolity Dz. U. z 2018 poz. 1191).

Naruszenie praw autorskich Biura Brokerów Ubezpieczeniowych Maxima Fides sp. z o. o. w postaci kopiowania, powielania, udostępniania bez zgody autorów w celu innym niż wynikający z niniejszej SIWZ będzie skutkowało sankcjami karnymi oraz wystąpieniem z roszczeniami na drogę cywilnoprawną (wystąpienie z roszczeniem cywilnoprawnym przeciwko podmiotowi, który naruszył prawo).