

**Katalog Świadczeń Gwarantowanych SIGNAL IDUNA dla Produktu Pełnia Zdrowia Polmed**

SKOROWIDZ

DOTYCZY: najważniejszych informacji zawartych w **Katalogu Świadczeń Gwarantowanych Ubezpieczenia Zdrowotnego dla Produktu Pełnia Zdrowia Polmed** zatwierdzonym przez Zarząd SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. uchwałą nr 28/Z/2016 z dnia 21.04.2016 r.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	A.1. A.2. BI 1. BII 1. BIII 1., 2. BIV 1. BV 1., 2. BVI 1. BVII 1. BVIII 1., 2.1.
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	A.2. BI 2. BII 1. BIII 3. BIV 1. BV 3. BVII 1. BVIII 2.2., 2.3.

## A. WPROWADZENIE

1. SIGNAL IDUNA zobowiązuje się do organizacji i dostarczenia usług medycznych wymienionych w Katalogu Świadczeń Gwarantowanych SIGNAL IDUNA dla produktu Pełnia Zdrowia POLMED w CM Polmed.
2. Call Center jest dostępne 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Ubezpieczony wykorzystując Cali Center zobowiązany jest do zgłoszenia zamiaru skorzystania ze świadczeń medycznych objętych umową ubezpieczenia i uzyskania autoryzacji SIGNALIDUNA.
3. Ubezpieczenie obejmuje, niezbędne z medycznego punktu widzenia, usługi medyczne, badania, leczenie i profilaktykę takie jak:
  - I. Konsultacje specjalistyczne
  - II. Refundowane wizyty domowe pediatryczne
  - III. Badania diagnostyczne
  - IV. Badania obrazowe
  - V. Specjalistyczne lekarskie zabiegi ambulatoryjne
  - VI. Ambulatoryjne zabiegi pielęgniarstwa
  - VII. Szczepienie p/grypie sezonowej dla osób dorosłych
  - VIII. Leczenie szpitalne

### I. Konsultacje specjalistyczne

1. Konsultacje lekarskie to usługi medyczne niezbędne do zdiagnozowania stanu zdrowotnego, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej i do monitorowania leczenia, przeprowadzone w CM Polmed.  
Usługi medyczne w zakresie porady lekarskiej przysługujące Ubezpieczonemu to:
  - zebranie wywiadu chorobowego;
  - przeprowadzenie badania lekarskiego: podmiotowego i przedmiotowego, zgodnie z aktualnie obowiązującą wiedzą medyczną, zakończone postawieniem diagnozy lub rozpoczęciem dalszego postępowania diagnostycznego;
  - zlecenie wykonania niezbędnych badań diagnostycznych, zgodnie z aktualnie obowiązującą wiedzą medyczną i profilem danej specjalności medycznej;
  - edukacja zdrowotna i zalecenia medyczne;
  - wystawianie zaświadczeń o niezdolności do pracy, recept na leki, materiały opatrunkowe i inne.
2. Umową ubezpieczeniową objęte są konsultacje specjalistyczne z zakresu następujących specjalności:
  - Internista
  - Pediatra (limit do 10 wizyt w roku polisowym)
  - Chirurg ogólny
  - Ginekolog
  - Okulista
  - Alergolog
  - Dermatolog
  - Endokrynolog
  - Gastroenterolog
  - Kardiolog
  - Ortopeda
  - Laryngolog
  - Neurolog
  - Pulmonolog
  - Urolog

### II. Refundowane wizyty domowe pediatryczne

1. Maksymalnie dwie wizyty lekarza pediatry w roku polisowym przebiegające w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego po wcześniejszym zgłoszeniu konieczności wykonania takiej usługi i uzyskania akceptacji jej wykonania za pośrednictwem Cali Center. Ubezpieczonemu przysługuje refundacja faktycznie poniesionego kosztu wizyty domowej pediatrycznej jednak nie więcej niż do kwoty 100,00 zł za jedną wizytę.  
Wizyta domowa pediatryczna przeprowadzana jest, gdy Ubezpieczony ze względu na aktualny stan zdrowia nie jest w stanie przybyć do CM Polmed.

### III. Badania diagnostyczne

1. Badania diagnostyczne to konieczne z medycznego punktu widzenia badania, niezbędne do zdiagnozowania stanu zdrowotnego, monitorowania leczenia i/ lub ustalenia właściwego postępowania terapeutycznego.
2. Usługi medyczne w zakresie badań diagnostycznych przeprowadzane są na podstawie ważnego skierowania, wystawionego przez lekarza w przypadkach uzasadnionych ich wykonanie aktualnym stanem zdrowia Ubezpieczonego lub w celu wykonania badań profilaktycznych, zgodnie z aktualnie obowiązującą wiedzą medyczną.

3. Skierowanie lekarskie jest ważne pod warunkiem, że wystawione zostało w okresie ubezpieczenia i zachowuje swoją ważność przez okres 1 miesiąca od dnia jego wystawienia.
4. Usługi medyczne przysługujące Ubezpieczonemu w ramach badań diagnostycznych:

#### Badania laboratoryjne:

##### Badania hematologiczne

Morfologia krwi obwodowej z rozmazem
Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów
Odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)

##### Badania biochemiczne

Bilirubina bezpośrednia
Bilirubina całkowita
Glukoza
Kreatynina
Kwas moczowy
Magnez całkowity (Mg)
Potas (K)
Sód (Na)
Chlorki
Amylaza
Białko C-reaktywne (CRP)
Cholesterol HDL
Cholesterol LDL
Cynk (Zn)
Ferrytyna
Glukoza – krzywa obciążenia
Mocznik
Hemoglobina glikozylowana HbA1C
Trójglicerydy
Wapń całkowity (Ca, Ca + +)
Wapń zjonizowany (Ca, Ca + +)
Żelazo (TIBC)

##### Badania enzymatyczne

Aminotransferaza alaninowa (ALT)
Aminotransferaza asparaginowa (AST)
Dehydrogenaza (LDH)
Fosfataza alkaiczna (ALP)
Gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP)
Kinaza fosfokreatynowa (CK-MB)
Lipaza

##### Badania układu krzepnięcia

Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT) (czas kaolinowo-kefalinowy)
Czas protrombinowy (PT)

<b>Badania hormonalne i metaboliczne</b>
Hormon tyreotropowy (TSH)
Trójiodotyronina (FT3)
Tyrosyna wolna (FT4)

<b>Badania moczu</b>
Badanie ogólne moczu w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Białko w moczu</li> <li>• Bilirubina w moczu</li> <li>• Ciała ketonowe w moczu</li> <li>• Erytrocyty/hemoglobina w moczu</li> <li>• Leukocyty w moczu</li> <li>• Urobilinogen w moczu</li> </ul>
Osad w moczu
Glukoza w moczu

<b>Badania bakteriologiczne z antybiogramem</b>
Posiew moczu
Posiew z gardła
Posiew z ucha
Posiew z oka

#### IV. Badania obrazowe

1. Ubezpieczeniem nie są objęte badania obrazowe wykonane w technologii 3D/4D. Nazwy lub metody oznaczeń poszczególnych badań mogą ulegać zmianie w związku z rozwojem technologii medycznej, co nie będzie miało wpływu na zakres usług dostępnych w pakiecie.
2. Usługi medyczne przysługujące Ubezpieczonemu w ramach badań obrazowych to:

<b>Badania rentgenowskie „małe” (z kosztem kontrastu)</b>
RTG - zdjęcie obojczyka
RTG - zdjęcie łopatki
RTG - zdjęcie barku
RTG - zdjęcie kości ramiennej
RTG - zdjęcie stawu łokciowego
RTG - zdjęcie kości przedramienia
RTG - zdjęcie nadgarstka
RTG - zdjęcie ręki/ palców
RTG - zdjęcie kości udowej
RTG - zdjęcie jednego kolana
RTG - zdjęcie obu kolan
RTG - zdjęcie podudzia
RTG - zdjęcie stawu skokowego
RTG - zdjęcie stopy/ palce
RTG - zdjęcie kości pięty
RTG - ślinianek podżuchwowych
RTG - oczodołu
RTG – zatok

<b>Zdjęcia rentgenowskie „duże” (z kosztem kontrastu)</b>
RTG - zdjęcie biodra

RTG - zdjęcie bioder
RTG - zdjęcie bioder i miednicy u dziecka
RTG - zdjęcie klatki piersiowej (AP)
RTG - zdjęcie kręgosłupa szyjnego
RTG - zdjęcie kręgosłupa piersiowego
RTG - zdjęcia kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego
RTG - zdjęcia kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego
RTG - zdjęcia miednicy
RTG - zdjęcia stawów krzyżowo- biodrowych
RTG - kości ogonowej
RTG - krtani warstwowe
RTG - zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej

<b>Badania ultrasonograficzne</b>
USG jamy brzusznej
USG układu moczowego (pęcherz moczowy i nerki)
USG ginekologiczne wykonywane przez powłoki skórne
USG płodu (macicy ciężarnej)
USG jader i najądrzy
USG sutków
USG ślinianek
USG tkanek miękkich szyi i węzłów chłonnych powierzchownych
USG prostaty/gruczołu krokowego
USG przezodbytnicze (transrektalne, diagnostyka chorób jelita grubego)
USG przezpochwowe (transwaginalne)
USG tarczycy
USG serca (ECHO bez Dopplera)
Badanie dopplerowskie tętnic nerkowych
Badanie dopplerowskie tętnic kończyn górnych
Badanie dopplerowskie tętnic kończyn dolnych
Badanie dopplerowskie żył kończyn górnych
Badanie dopplerowskie żył kończyn dolnych
Badanie dopplerowskie tętnic szyjnych i kręgowych

<b>Inne badania diagnostyczne</b>
EKG w spoczynku
KTG prowadzenie ciąży – ocena/monitorowanie prenatalne
Echokardiografia z użyciem techniki Dopplera kolorowego
Badanie dna oka
Autorefraktometria
Badanie widzenia kolorów
Tonometria (ciśnienia wewnątrzgałkowego)
Audiometria
Dermatoskopia
Spirometria

## V. Specjalistyczne lekarskie zabiegi ambulatoryjne

1. Specjalistyczne zabiegi ambulatoryjne obejmują wykonanie procedury medycznej, wskazanej poniżej, przez uprawnionego do jej przeprowadzenia lekarza.
2. Specjalistyczne zabiegi ambulatoryjne przeprowadzane są na podstawie ważnego skierowania wystawionego przez lekarza w przypadkach uzasadnionych ich wykonaniem aktualnym stanem zdrowia Ubezpieczonego. W sytuacjach, gdy specjalistyczny zabieg ambulatoryjny zostanie wykonany w trakcie wizyty przez lekarza udzielającego porady lekarskiej, skierowanie o którym mowa powyżej nie jest wymagane.
3. Skierowanie lekarskie jest ważne pod warunkiem, że zostało wystawione w okresie ubezpieczenia i zachowuje swoją ważność 1 miesiąca od daty wystawienia.
4. Usługi medyczne przysługujące Ubezpieczonemu w ramach zabiegów ambulatoryjnych:

### Zabiegi ogólnolekarskie

Nacięcie i drenaż ropnia

Pobranie wymazu/posiewu

Uodparnianie, podanie preparatów immunologicznych (odczulanie bez leków)

Cewnikowanie/ płukanie pęcherza moczowego

Założenie cewnika Foley'a (cewnikowanie pęcherza moczowego)

### Zabiegi okulistyczne

Usunięcie ciała obcego z powierzchni oka

W ramach kosztu konsultacji specjalistycznej:

Pomiar ciśnienia śródgałkowego

Badanie ostrości widzenia

Podanie leku do worka spojówkowego

Płukanie worka spojówkowego

Dobór okularów

### Zabiegi ginekologiczne

Elektrokoagulacja szyjki macicy

Koagulacja (krioterapia) szyjki macicy

Kolposkopia pochwy

Pochwy i szyjki macicy z biopsją

Pobranie wymazu/posiewu

Pobranie wymazu cytologicznego z szyjki macicy

### Zabiegi chirurgiczne

#### Wycięcie zmian skórnych – łagodnych:

W obrębie twarzy, głowy/szyi (do 2.0 cm)

W obrębie twarzy, głowy/szyi (powyżej 2.0 do 3.0 cm)

W obrębie twarzy, głowy/szyi (powyżej 3.0 do 4.0 cm)

W obrębie twarzy, głowy/szyi (powyżej 4.0 cm)

W obrębie kończyny górnej i dolnej (od 0.6 do 2 cm)

W obrębie kończyny górnej i dolnej (powyżej 2.0 do 3.0 cm)

W obrębie kończyny górnej i dolnej (powyżej 3.0 do 4.0 cm)

W obrębie kończyny górnej i dolnej (powyżej 4.0 cm)

W obrębie tułowia (od 0.6 do 2.0 cm)

W obrębie tułowia (powyżej 2.0 do 3.0 cm)

W obrębie tułowia (powyżej 3.0 do 4 cm)

W obrębie tułowia (powyżej 4 cm)

#### Wycięcie zmian skórnych – złośliwych:

W obrębie twarzy, głowy/szyi (do 2.0 cm)

W obrębie twarzy, głowy/szyi (powyżej 2.0 do 3.0 cm)

W obrębie twarzy, głowy/szyi (powyżej 3.0 do 4.0 cm)

W obrębie twarzy, głowy/szyi (powyżej 4.0 cm)

kończyny górne/dolne (od 0.6 do 2 cm)

kończyny górne/dolne (powyżej 2.0 do 3.0 cm)

kończyny górne/dolne (powyżej 3.0 do 4.0 cm)

kończyny górne/dolne (powyżej 4.0 cm)

W obrębie tułowia (od 0.6 do 2.0 cm)

W obrębie tułowia (powyżej 2.0 do 3.0 cm)

W obrębie tułowia (powyżej 3.0 do 4 cm)

#### Szycie ran:

W obrębie twarzy (do 2.5 cm)

W obrębie twarzy (powyżej 2.5 do 5.0 cm)

W obrębie twarzy (powyżej 5 cm)

W obrębie głowy i szyi (do 2.5 cm)

W obrębie głowy i szyi (powyżej 2.5 do 7.5 cm)

W obrębie głowy i szyi (powyżej 7.5 cm)

W obrębie tułowia (do 2.5 cm)

W obrębie tułowia (powyżej 2.5 do 7.5 cm)

W obrębie tułowia (powyżej 7.5 cm)

W obrębie kończyny górnej i dolnej (do 2.5 cm)

W obrębie kończyny górnej i dolnej (powyżej 2.5 do 7.5 cm)

W obrębie kończyny górnej i dolnej (powyżej 7.5 cm)

#### Usunięcie ciała obcego:

W obrębie dłoni

W obrębie stopy

W obrębie powierzchni skóry pleców

W obrębie powierzchni skóry brzucha

W obrębie powierzchni skóry głowy

#### Inne

Usunięcie płytki/płytek paznokciowych

Elektrokoagulacja zmian powierzchniowych na skórze

Kriochirurgiczne usuwanie zmian powierzchniowych na skórze

Zmiana opatrunków po zabiegach

Usunięcie szwów po zabiegach

Usunięcie szwów po zabiegach wykonanych poza CM Polmed za wyjątkiem usuwania szwów po porodzie, po wcześniejszej kwalifikacji lekarza.

## Zabiegi ortopedyczne

Zaopatrzenie/ unieruchomienie opatrunkiem tymczasowym zwichnięcia lub złamania za pomocą bandaża lub chusty

Blokada dostawowa (bez kosztu leku)

Iniekcje dostawowe i okołostawowe

Nakłucie stawów

## Zabiegi laryngologiczne

Zatrzymanie krwotoku z nosa

Usunięcie ciała obcego z gardła, ucha lub nosa

Drenaż ucha zewnętrznego(krwiak, ropień)

Płukanie uszu

## VI. Ambulatoryjne zabiegi pielęgniarskie

1. Zabiegi pielęgniarskie obejmują wykonanie procedury medycznej wskazanej poniżej przez uprawnioną do jej przeprowadzenia pielęgniarkę.
2. Usługi medyczne przysługujące Ubezpieczonemu w ramach zabiegów pielęgniarskich to:

Iniekcje podskórne/ domięśniowe, bez kosztu leku

Iniekcje dożylnie, bez kosztu leku

Wlewy kroplowe (podanie kroplówki), bez kosztu leku

Pomiar ciśnienia tętniczego

Inhalacje/nebulizacje, bez kosztu leku

## VII. Szczepienia p/grypie sezonowej dla osób dorosłych

1. Jest to usługa medyczna przeprowadzana raz w ciągu roku ubezpieczeniowego obejmująca swoim zakresem:

- kwalifikację do szczepienia przeprowadzoną przez lekarza chorób wewnętrznych (internistę)

- wykonanie szczepienia wraz z kosztem szczepionki

## VIII. Usługi szpitalne

1. Usługi szpitalne, organizowane przez SIGNAL IDUNA, to niezbędne z medycznego punktu widzenia i uzasadnione aktualnym stanem zdrowia Ubezpieczonego usługi, określone zakresem Umowy ubezpieczenia, realizowane wyłącznie u Dostawców Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA. Usługi szpitalne obejmują Leczenie Szpitalne.

### 2. Leczenie Szpitalne

- 1) Zakresem ubezpieczenia objęte są wyłącznie Zabiegi Szpitalne, wymienione w niniejszym Katalogu Świadczeń Gwarantowanych, będącym załącznikiem do Umowy Ubezpieczenia lub Polisy Ubezpieczeniowej, zgodnie z wykupionym zakresem ubezpieczenia. Zakresem ubezpieczenia objęte są tylko i wyłącznie zabiegi wykonywane w trybie planowym.

SIGNAL IDUNA ma prawo do weryfikacji celowości oraz zasadności, z medycznego punktu widzenia, przeprowadzenia zgłaszanego Zabiegu Szpitalnego.

Ubezpieczony zobowiązany jest do wcześniejszego, telefonicznego zgłoszenia konieczności przeprowadzenia Zabiegu Szpitalnego za pośrednictwem Call Center, w celu zgłoszenia leczenia szpitalnego do autoryzacji przez SIGNAL IDUNA. W przypadku zgłaszania leczenia szpitalnego do autoryzacji, Ubezpieczony ma także obowiązek przesłania skierowania, które zawiera:

- nazwę placówki medycznej wystawiającej skierowanie;
- imię, nazwisko i specjalizację lekarza, który wystawił skierowanie;
- pełne brzmienie rozpoznania medycznego będącego przyczyną skierowania do szpitala;
- datę wystawienia skierowania.

2) Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za leczenie szpitalne przeprowadzone bez wcześniejszej autoryzacji SIGNAL IDUNA.

3) Wykonanie Zabiegu Szpitalnego może odbyć się wyłącznie na podstawie ważnego skierowania lekarskiego (ważność skierowania wynosi 1 miesiąc od daty wystawienia), w przypadku skierowania od lekarza spoza CM Polmed, Zabieg Szpitalny zostanie wykonany po kwalifikacji lekarza PZ Polmed.

4) Zabiegi szpitalne przysługujące Ubezpieczonemu w ramach wykupionego pakietu, to:

- Nacięcie migdałka (tonsillotomia);
- Usunięcie migdałka (tonsillektomia);
- Usunięcie polipów (polipektomia wewnątrznosowa);
- Tympanoplastyka;
- Appendektomia (usunięcie wyrostka robaczkowego) – metoda klasyczna;
- Appendektomia (usunięcie wyrostka robaczkowego) – metoda laparoskopowa.

## C. ZATWIERDZENIE I STOSOWANIE

Niniejszy Katalog Świadczeń Gwarantowanych został zatwierdzony przez Zarząd SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. uchwałą nr 28/Z/2016 z dnia 21.04.2016 r. i ma zastosowanie do Umów Ubezpieczenia z datą Początku Ubezpieczenia od 01.05.2016 r

Prezes Zarządu



Jürgen Reimann

Wiceprezes Zarządu



Agnieszka Kielbasińska