

WARTA OCHRONA

Pomoc medyczna – Zdrowie

Pomocne usługi assistance



Warta Ochrona to ubezpieczenie skierowane do osób, którym zależy na zabezpieczeniu finansowym siebie oraz najbliższych na wypadek różnych sytuacji losowych. Konstrukcja ubezpieczenia jest elastyczna. Oznacza to, że dzięki pakietom dodatkowym, można dopasować ochronę do własnych potrzeb. Wśród oferowanych pakietów są takie, które zapewniają pomocne usługi assistance, określone w pakiecie **Pomoc medyczna – Zdrowie**. Są to m.in. **wizyta lekarza lub pielęgniarki, rehabilitacja, transport medyczny, dostawa leków**, a także w razie wystąpienia poważnego zachorowania: **pomoc po udarze, pomoc po zawale serca i wsparcie onkologiczne**, a także **konsultacje lekarskie u lekarzy specjalistów, badania specjalistyczne czy diagnostyka rehabilitacyjna**.

Dzięki usługom assistance otrzymasz pomoc specjalistów w przypadku: nagłego zachorowania **na nowotwór, przebiecia udaru lub zawału serca**, narodzin dziecka, wypadku lub wystąpienia trudnej sytuacji losowej. Usługi są realizowane do wysokości określonych limitów. Limity są określone kwotowo i/lub ilościowo i w zależności od usługi dotyczą również członków rodziny ubezpieczonego.

Szczegółowy zakres usług oraz limit poszczególnych świadczeń dla uprawnionego oraz członków rodziny znajdziesz na następnych stronach.

Jak skorzystać z pomocy?

1. Zadzwoń

na infolinię Warty pod numer
502 308 308 (opłata zgodna z taryfą operatora).



2. Wybierz

„**pomoc assistance**”, a następnie
„**assistance medyczne**
z ubezpieczeń na życie”.

Świadczenia assistance w imieniu
Warty są organizowane przez Centrum
Operacyjne, które działa **całą dobę,**
w trybie 24/7.

3. Podaj dane

– przy zgłoszeniu będziesz poproszony
o podane danych, m.in.: **imię i nazwisko**
oraz PESEL, seria i nr polisy, krótki opis
zdarzenia. Jeżeli z usługi korzysta Twój
małżonek/partner lub dziecko, będą
dodatkowo proszeni o podanie danych
osoby uprawnionej.



4. Skorzystaj z pomocy

Centrum Operacyjne weryfikuje dane
i organizuje świadczenie za
pośrednictwem współpracujących,
lokalnych usługodawców. Następnie
przekazuje Ci szczegóły danej usługi,
np. umówionej wizyty lekarskiej. Koszty
świadczenia są opłacane przez Wartę
do limitu przewidzianego na usługę
w ramach zawartej umowy ubezpieczenia.

Jak to działa?

Przykładowe zdarzenie	Opis organizacji usługi
Zachorowanie ubezpieczonej na nowotwór piersi	Ubezpieczona dostała diagnozę – nowotwór piersi. Dzięki ubezpieczeniu na wypadek poważnego zachorowania i Pakietowi medycznemu – Zdrowie odbyła konsultację lekarską u onkologa, a na kolejnych etapach leczenia korzystała z konsultacji u specjalistów takich jak kardiolog, endokrynolog i chirurg. Ubezpieczona skorzystała również z zabiegów rehabilitacji onkologicznej, dzięki czemu szybciej wróciła do sprawności po operacji. Ważnym wsparciem były badania genetyczne córki ubezpieczonej pod kątem predyspozycji w zakresie wystąpienia nowotworu piersi. Wszystkie usługi zostały zorganizowane i opłacone przez Wartę – ubezpieczona nie musiała szukać odpowiednich usług medycznych i środków na ich sfinansowanie. A po zakończeniu leczenia Warta, w ramach limitu 10 000 zł, zwróciła ubezpieczonej koszt zabiegów chirurgii estetycznej, którym musiała się poddać w ramach terapii blizn i zniekształceń, polegającej na laseroterapii i wypełnianiu ubytków tkanek, np. za pomocą kwasu hialuronowego.

Warta Ochrona: Pomoc medyczna – Zdrowie
– usługi, które zorganizujemy oraz pokryjemy ich koszty, do wysokości wskazanych limitów
Wysokie limity oraz szeroki zakres niezbędnych usług po zachorowaniu na nowotwór, zawał lub udar

Pomoc dla Ciebie

Pkt	Zakres świadczeń i opis	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Osoba uprawniona do świadczenia
1)	Konsultacje lekarskie – organizacja i pokrycie kosztów konsultacji lekarskich specjalistów: • chirurga, • okulisty, • otolaryngologa, • ortopedy, • ginekologa, • kardiologa, • neurologa, • urologa, • pulmonologa, • lekarza rehabilitacji, • neurochirurga, • psychologa, • onkologa, • endokrynologa, • hepatologa, • hematologa, • nefrologa, • dermatologa, • psychoonkologa lub psychologa specjalizującego się w pracy z osobami chorymi onkologicznie.	łącznie do kwoty 1400 zł na jedno zdarzenie w roku polisowym	a) wydanie ubezpieczonemu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego albo pisemne skierowanie lekarza prowadzącego leczenie dotyczące diagnostyki choroby onkologicznej, Warunki nabycia prawa do świadczenia: świadczenia przysługują w przypadku wydania ubezpieczonemu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego albo pisemnego skierowania lekarza prowadzącego leczenie dotyczącego diagnostyki choroby onkologicznej. lub b) wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania, zdefiniowanego w katalogu poważnych zachorowań, pod warunkiem, że osoba uprawniona nie skorzystała ze świadczeń w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym, o którym mowa w ppkt a) dotyczącym tego samego nowotworu.	ubezpieczony
2)	Diagnostyka laboratoryjna – organizacja i pokrycie kosztów diagnostyki laboratoryjnej.	łącznie do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie w roku polisowym	Warunki nabycia prawa do świadczenia: świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego (ubezpieczonemu przysługuje zwrot poniesionych kosztów w przypadku uznania roszczenia z tytułu poważnego zachorowania).	
3)	Badania specjalistyczne – organizacja i pokrycie kosztów badań specjalistycznych w zakresie: • RTG, • USG, • rezonansu magnetycznego, • tomografii komputerowej.	łącznie do kwoty 1600 zł na jedno zdarzenie w roku polisowym		
4)	Rehabilitacja onkologiczna – organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji w zakresie: • ćwiczeń wytrzymałościowych, na cykloergometrze, bieżni, stepperze, • ćwiczeń ogólnousprawniających, • treningu oporowego, • fizykoterapii i rehabilitacji.	łącznie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie w roku polisowym	wystąpienie u ubezpieczonego nowotworu złośliwego zdefiniowanego w katalogu poważnych zachorowań Warunki nabycia prawa do świadczenia: świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu nowotworu złośliwego (ubezpieczonemu przysługuje zwrot poniesionych kosztów w przypadku uznania roszczenia z tytułu poważnego zachorowania).	ubezpieczony
5)	Zwrot kosztów zabiegu chirurgii estetycznej – w przypadku poważnego zachorowania w zakresie nowotworu złośliwego.	świadczenie jest ograniczone do 1 zabiegu w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, łącznie do kwoty 10 000 zł		
6)	Konsultacje genetyczne ubezpieczonego w zakresie: a) wykonania testu predyspozycji genetycznych narządu/narządów: sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy, prostaty, b) konsultacji onkologiczno-genetycznej (po testach predyspozycji genetycznych), c) pomocy psychoonkologa lub psychologa specjalizującego się w pracy z osobami chorymi onkologicznie (po testach predyspozycji genetycznych).	usługa w zakresie ppkt a) ograniczona jest do wykonania jednego testu w roku polisowym łącznie do kwoty 3000 zł na maksymalnie jedno zdarzenie w roku polisowym; usługi w zakresie ppkt b) i c) ograniczone są łącznie do kwoty 700 zł na maksymalnie jedno zdarzenie w roku polisowym	zachorowanie członka najbliższej rodziny ubezpieczonego na chorobę nowotworową, zgodnie z definicją w § 1 ust. 2 pkt 35) niniejszych OWUD Warunki nabycia prawa do świadczenia: świadczenie przysługuje w przypadku zachorowania członka najbliższej rodziny ubezpieczonego na chorobę nowotworową, zgodnie z definicją w § 1 ust. 2 pkt 35) OWUD.	ubezpieczony
7)	Konsultacje genetyczne członków najbliższej rodziny ubezpieczonego w zakresie: a) wykonania testu predyspozycji genetycznych narządu/narządów: sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy, prostaty, b) konsultacji onkologiczno-genetycznej (po testach predyspozycji genetycznych), c) pomocy psychoonkologicznej/psychologa specjalizującego się w pracy z osobami chorymi onkologicznie (po testach predyspozycji genetycznych).	usługa w zakresie ppkt a) ograniczona jest do wykonania testów łącznie do kwoty 3000 zł na jedno zdarzenie w roku polisowym (niezależnie od liczby członków najbliższej rodziny); usługi w zakresie ppkt b) i c) ograniczone są łącznie do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie w roku polisowym; dla maksymalnie 3 członków najbliższej rodziny	wystąpienie u ubezpieczonego nowotworu złośliwego zdefiniowanego w katalogu poważnych zachorowań Warunki nabycia prawa do świadczenia: świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu nowotworu złośliwego (ubezpieczonemu przysługuje zwrot poniesionych kosztów w przypadku uznania roszczenia z tytułu poważnego zachorowania).	członek najbliższej rodziny

Pkt	Zakres świadczeń i opis	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Osoba uprawniona do świadczenia
8)	Pomoc po udarze mózgu – organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji i transportu w zakresie: a) rehabilitacji narządów ruchu, kinezyterapii, b) rehabilitacji neuropsychologicznej, neurologopedycznej, logopedycznej (w placówce rehabilitacyjnej), c) transportu medycznego (z miejsca pobytu do placówki rehabilitacyjnej; z placówki rehabilitacyjnej do miejsca pobytu), d) zajęć z trenerem fitness, e) konsultacji z dietetykiem, f) konsultacji z psychologiem (np. w zakresie odżywiania).	usługa w zakresie ppkt a) ograniczona jest łącznie do kwoty 3000 zł na jedno zdarzenie w roku polisowym; usługa w zakresie ppkt b) ograniczona jest łącznie do kwoty 3000 zł na jedno zdarzenie w roku polisowym; usługa w zakresie ppkt c) ograniczona jest łącznie do kwoty 5000 zł na jedno zdarzenie w roku polisowym; możliwość do zrealizowania transportu w okresie 10 miesięcy od daty rozpoznania udaru mózgu; usługi w zakresie od ppkt d) do ppkt f) ograniczone są do łącznej kwoty 1300 zł na jedno zdarzenie w roku polisowym	wystąpienie u ubezpieczonego udaru mózgu zdefiniowanego w katalogu poważnych zachorowań Warunki nabycia prawa do świadczenia: świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu udaru mózgu w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego (<i>ubezpieczonemu przysługuje zwrot poniesionych kosztów w przypadku uznania roszczenia z tytułu poważnego zachorowania</i>).	ubezpieczony
9)	Pomoc po zawale serca – organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji i kosztów zajęć oraz konsultacji w zakresie: a) ćwiczeń wytrzymałościowych, aerobowych (m.in. bieżnia, ergometr), b) ćwiczeń oporowych (m.in. ciężarki, taśmy, atlas treningowy), c) zajęć z trenerem fitness, d) konsultacji z dietetykiem, e) konsultacji z psychologiem (np. w zakresie odżywiania).	usługi w zakresie ppkt a) i b) ograniczone są łącznie do kwoty 3000 zł na jedno zdarzenie w roku polisowym; usługi w zakresie ppkt c)–e) ograniczone są do łącznej kwoty 1300 zł na jedno zdarzenie w roku polisowym	wystąpienie u ubezpieczonego zawału serca zdefiniowanego w katalogu poważnych zachorowań Warunki nabycia prawa do świadczenia: świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu zawału serca w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego (<i>ubezpieczonemu przysługuje zwrot poniesionych kosztów w przypadku uznania roszczenia z tytułu poważnego zachorowania</i>).	ubezpieczony

Pomoc dla Ciebie i Twojej rodziny

Pkt	Zakres świadczeń i opis	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
1)	Transport medyczny a) z miejsca pobytu do placówki medycznej, b) z placówki medycznej do innej placówki medycznej, c) z placówki medycznej do miejsca pobytu	usługi wymienione w pkt a)–c) są świadczone do łącznej kwoty 1000 zł na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko
2)	Rehabilitacja – organizacja procesu rehabilitacji i pokrycie kosztów rehabilitanta, kosztów zleconych zabiegów do określonego limitu	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko
3)	Zakup lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego – organizacja i pokrycie kosztów	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko
4)	Dostawa sprzętu rehabilitacyjnego – organizacja i pokrycie kosztów	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko
5)	Dostawa leków – organizacja i pokrycie kosztów dostawy leków	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko
6)	Opieka pielęgniarstwa po hospitalizacji – organizacja i pokrycie kosztów	maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 1500 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko
7)	Wizyta lekarska pierwszego kontaktu – organizacja i pokrycie kosztów	maksymalnie 3 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko
8)	Wizyta u lekarza specjalisty – organizacja i pokrycie kosztów	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko

Pkt	Zakres świadczeń i opis	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
9)	Konsultacje telefoniczne z lekarzem pierwszego kontaktu – organizacja i pokrycie kosztów	maksymalnie 6 konsultacji w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko
10)	Wizyta pielęgniarki – organizacja i pokrycie kosztów	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko
11)	Opieka domowa po hospitalizacji – organizacja i pokrycie kosztów	maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner
12)	Opieka nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi – organizacja i pokrycie kosztów	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie: a. przewóz dzieci/osoby niesamodzielnej do osoby uprawnionej do opieki albo b. przewóz osoby uprawnionej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi, albo c. do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie w przypadku organizacji opieki w miejscu zamieszkania (maks. przez 5 dni); maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner
13)	Trener fitness – organizacja i pokrycie kosztów	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 1000 zł	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner
14)	Pobyt opiekuna w razie hospitalizacji dziecka – organizacja i pokrycie kosztów	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 1000 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	dziecko
15)	Prywatne lekcje – organizacja i pokrycie kosztów	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	dziecko
16)	Transport roweru po wypadku rowerowym – organizacja i pokrycie kosztów	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	NIE	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko
17)	Naprawa roweru po wypadku rowerowym – organizacja i pokrycie kosztów	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	NIE	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko
18)	Wizyta położnej – organizacja i pokrycie kosztów	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 150 zł	NIE	NIE	TAK	NIE	ubezpieczony
19)	Trener fitness (po urodzeniu się dziecka) – organizacja i pokrycie kosztów	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 1000 zł	NIE	NIE	TAK	NIE	ubezpieczony
20)	Pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej – organizacja i pokrycie kosztów	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	NIE	NIE	NIE	TAK	ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko
21)	Zdrowotne usługi informacyjne	nielimitowany dostęp					ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko
22)	Infolinia „baby assistance”	nielimitowany dostęp					ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko

Rok polisowy – 12 miesięcy od daty początku okresu ubezpieczenia.

Zdarzenie – nagłe pogorszenie stanu zdrowia (stan chorobowy zagrażający życiu lub zdrowiu, np. bardzo wysoka gorączka) albo wypadek, którego skutki doprowadziły do uszkodzenia ciała oraz konieczności leczenia.

Limit usług – limit kwotowy i/lub ilościowy określony dla danej usługi w roku polisowym.