



Grupowe Ubezpieczenie **LUX MED**

Oferta dla funkcjonariuszy,
pracowników cywilnych i emerytów PSP
oraz członków ich rodzin

ZAKRES UBEZPIECZENIA



ŚWIADCZENIA AMBULATORYJNE	PAKIET STANDARDOWY	PAKIET ROZSZERZONY	PAKIET KOMPLEKSOWY
TELEFONICZNA POMOC MEDYCZNA 24/7	+	+	+
PŁATNOŚĆ: PREPAY (OPŁACONY Z GÓRY)	+	+	+
KONSULTACJE SPECJALISTÓW WARIANT PODSTAWOWY – 3 lekarzy specjalistów konsultujących w zakresie: interny, medycyny rodzinnej, pediatrii.	+	+	+
KONSULTACJE SPECJALISTÓW WARIANT I – lekarze 11 specjalności konsultujący ubezpieczonych po 18. r.ż. w zakresie: chirurgii ogólnej, ginekologii, laryngologii, neurologii, okulistyki i optometrii, urologii; oraz ubezpieczonych do 18. r.ż. w zakresie: chirurgii, ginekologii od 16. r.ż., laryngologii, neurologii, okulistyki.	+		
KONSULTACJE SPECJALISTÓW WARIANT II – lekarze 33 specjalności konsultujący ubezpieczonych po 18. r.ż. w zakresie: alergologii, chirurgii ogólnej, dermatologii, diabetologii, endokrynologii, gastroenterologii, ginekologii, hematologii, kardiologii, laryngologii, nefrologii, neurologii, okulistyki i optometrii onkologii, ortopedii, pulmonologii, proktologii, reumatologii, urologii; oraz ubezpieczonych do 18. r.ż. w zakresie: alergologii, chirurgii, dermatologii, gastroenterologii, ginekologii od 16. r.ż., kardiologii, laryngologii, nefrologii, neurologii, okulistyki, ortopedii, pulmonologii, reumatologii, urologii.		+	
KONSULTACJE SPECJALISTÓW WARIANT III – lekarze 47 specjalności konsultujący ubezpieczonych po 18. r.ż. w zakresie: alergologii, chirurgii ogólnej, dermatologii, diabetologii, endokrynologii, gastroenterologii, ginekologii, ginekologii endokrynologicznej hematologii, kardiologii, laryngologii, nefrologii, neurologii, okulistyki i optometrii, onkologii, ortopedii, proktologii, pulmonologii, reumatologii, urologii, chirurgii naczyniowej, chirurgii onkologicznej, chorób zakaźnych, hepatologii, immunologii, neurochirurgii, rehabilitacji medycznej; oraz ubezpieczonych do 18. r.ż. w zakresie: chirurgii, dermatologii, ginekologii do 16. r.ż., ginekologii od 16. r.ż., neurologii, okulistyki, ortopedii, laryngologii, alergologii, diabetologii, endokrynologii, gastroenterologii, hematologii, kardiologii, nefrologii, onkologii, pulmonologii, rehabilitacji medycznej, reumatologii, urologii.			+
KONSULTACJE DIETETYKA WARIANT I – limit 3 wizyty w roku.		+	
KONSULTACJE DIETETYKA WARIANT II – bez limitu ilościowego.			+
KONSULTACJE SPECJALISTÓW ZDROWIA PSYCHICZNEGO I ROZWOJU MOWY – specjaliści konsultujący Ubezpieczonych od 18 r.ż. w zakresie: psychiatrii, psychologii, seksuologii, logopedii oraz Ubezpieczonych do 18 r.ż. w zakresie psychiatrii 1 wizyta w roku oraz psychologii, logopedii: 3 wizyty w roku łącznie.			+

ZABIEGI PIELĘGNIARSKIE – (10 świadczeń) zabiegi ambulatoryjne wykonywane przez pielęgniarkę lub położną, m.in.: iniekcje, podanie leku, kroplówki, pobranie krwi, założenie/zmiana/zdjęcie opatrunku, badanie palpacyjne piersi.	+	+	+
KONSULTACJE LEKARZY DYŻURNYCH WARIANT I – lekarze 3 specjalności w zakresie: interny, medycyny rodzinnej, pediatrii.		+	+
ZABIEGI AMBULATORYJNE WARIANT I – (36 świadczeń) wykonywane przez lekarza, pielęgniarkę lub położną: ogólnolekarskie, chirurgiczne, laryngologiczne, okulistyczne, ginekologiczne, znieczulenia miejscowe.	+		
ZABIEGI AMBULATORYJNE WARIANT II – (45 świadczeń) zabiegi wykonywane przez lekarza, pielęgniarkę lub położną: ogólnolekarskie, chirurgiczne, laryngologiczne, okulistyczne, ortopedyczne, dermatologiczne, ginekologiczne, alergologiczne, znieczulenia miejscowe.		+	
ZABIEGI AMBULATORYJNE WARIANT III – (79 świadczeń) zabiegi wykonywane przez lekarza, pielęgniarkę lub położną: ogólnolekarskie, chirurgiczne, laryngologiczne, okulistyczne, ortopedyczne, dermatologiczne, ginekologiczne, alergologiczne, znieczulenia miejscowe, biopsje cienkoigłowe wraz z badaniem hist.-pat., cewnikowanie pęcherza moczowego.			+
SZCZEPZENIA PRZECIWKO GRYPIE I TĘŻCOWI – szczepienia profilaktyczne przeciwko grypie sezonowej i tężcowi (anatoksyna przeciwteżcowa), konsultacja lekarska lub pielęgniarska przed szczepieniem, szczepionka, iniekcja; dla grup liczących powyżej 30 Pracowników istnieje możliwość organizacji wyjazdowych szczepień przeciwko grypie.	+	+	+
DODATKOWE SZCZEPZENIA PROFILAKTYCZNE – przeciwko WZW A, WZW A i B, odrze, śwince, różyczce, odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowych; konsultacja lekarska lub pielęgniarska przed szczepieniem; szczepionka; iniekcja.		+	+
PANEL BADAŃ LABORATORYJNYCH BEZ SKIEROWANIA – 7 świadczeń dla Ubezpieczonych od 18 r.ż i 5 świadczeń dla Ubezpieczonych do 18 r.ż – raz w roku.	+	+	+
DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA I OBRAZOWA WARIANT I – (263 świadczenia) m.in. krew (badania hematologiczne, koagulologiczne, biochemiczne, hormonalne, markery nowotworowe, serologiczne, diagnostyka infekcji), mocz, kał, bakteriologia, cytologia, mykologia, testy paskowe, elektrokardiografia – EKG spoczynkowe, próba wysiłkowa, RTG, USG, endoskopia, rezonans magnetyczny głowy, tomografia komputerowa głowy, spirometria, audiometria, mammografia.	+		
DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA I OBRAZOWA WARIANT II – (446 świadczeń) m.in. krew (badania hematologiczne, koagulologiczne, biochemiczne, hormonalne, markery nowotworowe, serologiczne, diagnostyka infekcji), mocz, kał, bakteriologia, cytologia, mykologia, toksykologia, testy paskowe, elektrokardiograficzne – EKG spoczynkowe, próba wysiłkowa, Holter, Holter RR, RTG, USG, endoskopia, rezonans magnetyczny z kontrastem, tomografia komputerowa z kontrastem, spirometria, próba rozkurczowa, uroflometria, audiometria, pole widzenia, adaptacja w ciemności, pachymetria, mammografia, densytometria, EEG.		+	
DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA I OBRAZOWA WARIANT III – (707 świadczeń) m.in. krew (badania hematologiczne, koagulologiczne, biochemiczne, hormonalne, markery nowotworowe, serologiczne, diagnostyka infekcji), mocz, kał, bakteriologia, cytologia, mykologia, toksykologia, testy paskowe, elektrokardiografia – EKG spoczynkowe, próba wysiłkowa, Holter, Holter RR, RTG, USG, endoskopia, rezonans magnetyczny z kontrastem, tomografia komputerowa z kontrastem, spirometria, próba rozkurczowa, uroflometria, audiometria, tympanometria, pachymetria, pole widzenia, adaptacja w ciemności, GDX, OCT mammografia, densytometria, EEG, EMG, próba błędnikowa.			+

TESTY ALERGICZNE WARIANT I – testy skórne: punkt, panel pokarmowy, panel wziewny.	+		
TESTY ALERGICZNE WARIANT II – testy skórne: punkt, panel pokarmowy, panel wziewny; testy płatkowe/kontaktowe: panel podstawowy, panel owrzodzenia podudzi.		+	
TESTY ALERGICZNE WARIANT III – testy skórne: punkt, panel pokarmowy, panel wziewny; testy płatkowe/kontaktowe: panel podstawowy, panel owrzodzenia podudzi, panel fryzjerski, panel kosmetyki; testy alergiczne z krwi.			+
PROWADZENIE CIĄŻY – prowadzenie ciąży fizjologicznej, konsultacje ginekologa, położnej, zalecane badania laboratoryjne i obrazowe, edukacja przedporodowa.	+	+	+
PROFILAKTYCZNY PRZEGLĄD STANU ZDROWIA WARIANT I – od 18. r.ż., dla kobiet i mężczyzn, cykl badań z zakresu diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i czynnościowej, uwzględniających wiek i płeć, które rozpoczyna wywiad i kończy konsultacja internistyczna (podsumowanie wyników badań, zalecenia na przyszłość), raz w roku.	+	+	
PROFILAKTYCZNY PRZEGLĄD STANU ZDROWIA WARIANT II – od 18. r.ż., dla kobiet i mężczyzn, rozszerzony cykl badań z zakresu diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i czynnościowej, uwzględniających wiek i płeć, które rozpoczyna wywiad i kończy konsultacja internistyczna (podsumowanie wyników badań, zalecenia na przyszłość), raz w roku.			+
FIZJOTERAPIA WARIANT I – (220 świadczeń) rehabilitacja limitowana obejmuje 10 zabiegów fizykoterapeutycznych i 3 kinezyterapeutyczne w ciągu roku.		+	
FIZJOTERAPIA WARIANT II – (222 świadczenia) rehabilitacja limitowana obejmuje 20 zabiegów fizykoterapeutycznych i 10 kinezyterapeutycznych oraz 3 z zakresu rehabilitacji neurokinezyjologicznej w ciągu roku.			+
WARIANT DOSTĘPNOŚCI PAKIETU – SREBRNY – zapewnienie poprawy dostępu do Lekarzy specjalistów powyżej 70% czasu dostępności. W ramach wariantu Ubezpieczonemu przysługuje refundacja kosztów świadczeń, w wysokości 70% ceny jednostkowej za wykonaną usługę do limitu 650 kwartalnie.	+	+	
WARIANT DOSTĘPNOŚCI PAKIETU – ŻŁOTY – zapewnienie poprawy dostępu do Lekarzy specjalistów powyżej 80% czasu dostępności. W ramach wariantu Ubezpieczonemu przysługuje refundacja kosztów świadczeń, w wysokości 90% ceny jednostkowej za wykonaną usługę do limitu 650 kwartalnie.			+
STANDARDY DOSTĘPNOŚCI (szczegółowy opis w załączniku) – za brak terminu gwarantowanego w dokumencie, Pacjentowi przysługuje zwrot kosztów świadczeń, w wysokości 100% za wykonaną usługę (zgodnie z regulaminem). SLA nie obejmują preferencji pacjenta, tj.: • terminów realizacji wizyt we wskazanej przez Pacjenta, konkretnej placówce medycznej; • terminów realizacji wizyt/telekonsultacji u wskazanego z imienia i nazwiska lekarza lub specjalisty; • terminów realizacji wizyt/telekonsultacji we wskazanym przez Pacjenta przedziale czasowym w jakim dana usługa ma zostać zrealizowana.	+	+	+

Ubezpieczenie Szpitalne LUX MED - Opieka Ortopedyczna Polisa szpitalna, zapewniająca leczenie szpitalne w trybie planowym urazów, które powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku, czyli w wyniku zdarzenia, które miało miejsce niezależnie od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego. Zdarzeniem nie jest wystąpienie chorób i stanów chorobowych, nawet tych występujących nagle. Ubezpieczenie obejmuje leczenie urazów układu kostno-stawowo-mięśniowego, z wyłączeniem kręgosłupa. Zakres Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED - Opieka Ortopedyczna obejmuje: 1) pobyt w prywatnym szpitalu Grupy LUX MED i szpitalach współpracujących; 2) leczenie z zakresu ortopedii planowej; 3) opiekę medyczną przed i po hospitalizacji; 4) rehabilitację po zabiegu. Ubezpieczenie zapewnia również Koordynację Opieki Szpitalnej zapewniającą organizację leczenia na każdym etapie korzystania z Ubezpieczenia. Aktualna lista szpitali, z których Ubezpieczony może skorzystać w ramach ubezpieczenia znajduje się na opiekaszpitalna.luxmed.pl.			+
--	--	--	---

Szczegółowy wykaz świadczeń znajduje się w Załączniku do Umowy Grupowego Ubezpieczenia LUX MED dla Firm.

OFERTA CENOWA

OFERTA CENOWA

PAKIET	STANDARDOWY	ROZSZERZONY	KOMPLEKSOWY	
Typ Indywidualny*	80,00 zł	140,00 zł	265,00 zł	+ 35,00 zł dopłata za szpital za partnera
Typ Partnerski*	119,00 zł	220,00 zł	322,00 zł	+ 22,00 zł dopłata za szpital za dziecko niepełnoletnie
Typ Rodzinny*	275,00 zł	440,00 zł	660,00 zł	+38,00 zł dopłata za szpital za dziecko pełnoletnie



Typ Indywidualny* – Typ ubezpieczenia, w ramach którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Główny Ubezpieczony;



Typ Partnerski* – Typ ubezpieczenia, w ramach którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Główny Ubezpieczony i jeden Współubezpieczony;



Typ Rodzinny* – Typ ubezpieczenia, w ramach którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Główny Ubezpieczony, Współmałżonek albo Partner życiowy oraz Dzieci.

Akceptacja wniosku o zawarcie umowy Ubezpieczenia

Prosimy o wypełnienie e-Deklaracji



Szanowni Państwo, serdecznie zapraszamy do Programu LUX MED dla PSP

Osoby zainteresowane prosimy o zapoznanie się z ULOTKĄ LUX MED dla PSP oraz plikami dotyczącymi oferty

CO NALEŻY TERAZ ZROBIĆ:

Po dokonaniu wyboru wariantu pakietu ubezpieczeniowego prosimy o skorzystanie z linku dostępu do e-Deklaracji PROGRAMU LUX MED dla PSP i wpisanie dedykowanego kodu.

Aby **przystąpić do ochrony i korzystać ze świadczeń** należy:

wypełnić e-Deklarację na platformie udostępnionej przez LUX MED Ubezpieczenia. Szczegółową instrukcję logowania i wypełnienia dokumentów przesyłamy w załączniku.

Poniżej znajdzie Państwo kod oraz link e-Deklaracji:

LINK: <https://edeklaracje.ubezpieczenia-luxmed.pl/client/code>

KOD: ZZSF0931

WARUNEK AKTYWACJI I KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA: e-deklaracja wypełniona **do 20 dnia** miesiąca poprzedzającego i cykliczne, comiesięczne opłacanie składki na dedykowany rachunek bankowy UWAGA! termin zapisu deklaracji oraz skuteczne wpłacenie składki do 20 dnia danego miesiąca są wymagane przez ubezpieczyciela jako niezbędne.

PŁATNOŚĆ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ:

Numer rachunku przeznaczony do opłacenia składki ubezpieczeniowej w ramach programu LUXMED dla PSP:

ING Bank Śląski nr: 66105010121000009081395205

TYTUŁ WPŁATY: Program LUX MED dla PSP, imię i nazwisko ubezpieczonego

JAK KORZYSTAĆ Z UBEZPIECZENIA:

Aby ułatwić korzystanie z Programu LUX MED dla PSP przesyłamy w załączeniu:

- **Przewodnik Ubezpieczonego** – informator, zawierający najważniejsze informacje związane z Ubezpieczeniem
- Ulotkę informacyjną, plik z informacją o opiece ambulatoryjnej oraz ortopedycznej

JESTEŚMY DO PAŃSTWA DYSPOZYCYJ:

MAGNO IN GROUP Sp. z o.o.
MIG | Broker Ubezpieczeniowy

t (+48 22) 290 64 10

mail: strazak@magnoinurance.pl